

## La promoción de la lactancia materna en la era del sida

Rafael Pérez-Escamilla<sup>1</sup>

La lactancia materna exclusiva, es decir, la alimentación con leche materna sin añadir ningún otro alimento sólido o líquido, es el método ideal de alimentación durante los primeros meses de vida, ya que ofrece, entre sus muchas ventajas, una nutrición óptima y una alta protección contra enfermedades respiratorias y digestivas en los niños, y un menor riesgo de un nuevo embarazo en las madres. Sin embargo, hasta hace muy poco no se había llegado a ningún consenso sobre la duración óptima de la lactancia materna exclusiva.

La 54.<sup>a</sup> asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra del 14 al 22 de mayo de 2001, emitió recientemente una resolución donde se recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Esta recomendación, resultado de un proceso de consenso, se basa en la conclusión de que ya son suficientes las pruebas científicas en el área de la salud pública para cambiar la recomendación anterior de amamantar de forma exclusiva de 4 a 6 meses después del nacimiento (1). América Latina contribuyó de manera importante a llegar a este consenso, gracias a la influencia de un estudio experimental llevado a cabo en Honduras. Este estudio demostró, por una parte, que los niños amamantados exclusivamente por 6 meses crecen tanto como los que son amamantados de forma exclusiva hasta el cuarto mes de vida, y posteriormente alimentados con leche materna más alimentos semisólidos sanos y nutritivos (2). Es decir, la introducción de alimentos distintos de la leche materna a los 4 meses de edad no representó ninguna ventaja en términos de crecimiento, a pesar de la alta calidad de los alimentos suplementarios. Por lo tanto, es posible que en condiciones reales, en que estos últimos podrían ser menos nutritivos e higiénicos que los administrados en el estudio, la introducción de alimentos adicionales a los 4 meses de edad pueda afectar adversamente al crecimiento al aumentar el riesgo de morbilidad del niño. Por otra parte, en este mismo estudio se encontraron, tras el amamantamiento exclusivo durante 6 meses en lugar de 4, un mejor desarrollo motor infantil (3) y una mayor duración del período anovulatorio de la madre después del parto (4).

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en América Latina y el Caribe, como en casi todo el mundo (5). Esta situación ha despertado dudas sobre la practicalidad de recomendar un régimen de alimentación infantil que se sigue con muy poca frecuencia. Sin embargo, los hallazgos recientes de dos estudios experimentales (6, 7) y uno cuasiexperimental (8) demuestran que la consejería sobre lactancia materna en los hospitales (8) y en la comunidad (6, 7) es una manera de promover la salud maternoinfantil de gran efectividad en función de los costos (9), ya que aumenta muy notablemente las tasas de lactancia materna exclusiva. Según un estudio experimental en una zona periurbana marginal de México, D.F. (6), la frecuencia de la lactancia materna exclusiva 3 meses después del parto fue cinco veces mayor en el grupo de madres que tuvieron seis contactos prenatales, y cuatro veces mayor en el grupo que solo tuvo tres contactos prenatales y posnatales en relación con el grupo testigo, que no tuvo contacto alguno con las consejeras capacitadas para el estudio (67, 50 y 12%, respectivamente [ $P < 0,001$ ]). Los resultados de esta investigación coincidieron con los de un estudio cuasiexperimental llevado a cabo en Santos, Brasil, donde las madres que dieron a luz en un hospital donde había consejería sobre lactancia materna dieron amaman-

<sup>1</sup> Profesor de Ciencias de la Nutrición, Universidad de Connecticut, Storrs, CT, EE.UU. Dirección postal: Universidad de Connecticut, Storrs, CT 06269-4017, EE.UU. Dirección electrónica: rperez@canr.uconn.edu

tamiento exclusivo por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era escasa (8). En un segundo estudio experimental en la Ciudad de Dhaka, Bangladesh, (7) se encontró una prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 5 meses de edad de 70% entre las madres que tuvieron 15 contactos pre, peri y posnatales con consejeras, a diferencia de 6% entre las mujeres asignadas aleatoriamente al grupo testigo, que no recibió ningún asesoramiento ( $P < 0,001$ ).

Los estudios experimentales y cuasiexperimentales que exploran la consejería sobre lactancia materna demuestran que con toda probabilidad esta ayuda a fomentar la lactancia materna exclusiva en contextos sociales, económicos y culturales diversos. Pero para poder diseñar programas de consejería sobre lactancia materna, es muy importante comprender las causas reales que llevan a muchas madres a no amamantar a sus hijos de la manera recomendada por la OMS: 6 meses de forma exclusiva, seguidos de la adición paulatina de alimentos nutritivos preparados higiénicamente, sin suspender la alimentación al pecho hasta que el niño cumpla 2 años de edad. En este número de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* se presenta un estudio interesante (10), llevado a cabo por McLennan en la República Dominicana, donde se pretende identificar qué factores comunitarios obstaculizan la lactancia materna, para de esa manera lograr que las madres notifiquen causas que de ordinario no revelan cuando las preguntas son directas y personales. Es decir, el estudio aplica preguntas indirectas para reducir a un mínimo el sesgo de “complacencia social”, que lleva a las madres a no indicar las causas reales de su decisión de no amamantar cuando se les pregunta de forma directa por qué no observan una práctica de alimentación infantil que la mayoría saben que se considera ideal para sus hijos.

Un resultado interesante de ese estudio es que, al formularse las preguntas indirectamente, es decir, al preguntar a las madres cuáles eran las actitudes o los comportamientos típicos de las mujeres de su comunidad en lo referente a la lactancia, surgieron entre las razones importantes en la comunidad periurbana marginal el miedo de que se afecte la figura o la forma del seno o simplemente la falta de deseo de dar el pecho. Sin embargo, al preguntarse lo mismo de forma directa, las madres dieron razones relacionadas con el lactante o que no podían controlar, como “el niño no quiso amamantar” o “no tuve suficiente leche”. Este enfoque tiene implicaciones muy importantes desde el punto de vista de futuros estudios encaminados a comprender las verdaderas razones por las cuales muchas madres no amamantan a sus hijos de forma exclusiva. Tales estudios son esenciales para poder desarrollar programas de consejería que tengan una buena relación entre efectividad y costos en distintos contextos socioeconómicos y culturales.

Aunque al autor de este comentario editorial le habría gustado finalizarlo con una nota feliz celebrando los grandes avances recientes en la investigación sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva, una segunda recomendación de la asamblea de la OMS lo obliga a abordar el tema de la transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) por la leche materna. Específicamente, la OMS recomienda que se hagan investigaciones sobre cómo prevenir o combatir este grave problema. Según sus datos, cerca de 4 millones de niños en el mundo han sido infectados por el VIH. De estas infecciones, 90% han ocurrido en África, y en América Latina se detecta una incidencia relativamente alta en ciertas partes de algunos países de Centroamérica, América del Sur y el Caribe de habla inglesa, francesa y española. De estos 4 millones de niños, se estima que 3,6 millones fueron infectados por la madre en el útero, en el canal del parto o al lactar (i.e., de forma

vertical de madre a hijo). Se estima, además, que entre 1,2 y 1,8 millones de los niños infectados contrajeron el virus a través de la lactancia materna, lo cual indica que esta práctica causa entre una tercera parte y la mitad de las transmisiones verticales de madre a hijo (11).

Esta situación ha llevado a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América a recomendar que las madres seropositivas al VIH no amamenten a sus hijos. Sin embargo, esta recomendación acarrea serias consecuencias para países en desarrollo, donde el riesgo de un niño de morir por no ser amamantado puede ser igual o más alto que el riesgo de morir debido a que la madre le transmita el VIH. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS han propuesto una estrategia basada en el tamizaje materno voluntario y en programas de consejería, con el fin de que las madres dispongan de la información necesaria para tomar una decisión fundamentada (12). Se ha contemplado, específicamente, la posibilidad de ofrecer fórmulas infantiles y otros alimentos de reemplazo a madres seropositivas al VIH durante el embarazo. Desgraciadamente, esto no ha sido muy factible en las zonas de más riesgo, que es precisamente donde hay menos acceso a la prueba de detección del VIH y a agua limpia y refrigeración para preparar y almacenar de modo higiénico la fórmula infantil. Un argumento que también se ha utilizado por quienes se oponen al tamizaje de las embarazadas es que en sociedades donde lo habitual es dar el pecho, las mujeres que no amamantan por ser seropositivas al VIH podrían ser identificadas fácilmente y por lo tanto estar sujetas a discriminación por parte de la sociedad.

Ha generado mucho interés la posibilidad de que los niños amamantados de forma exclusiva tengan un menor riesgo de ser infectados por la leche materna. La hipótesis se basa en que la introducción de alimentos o líquidos distintos de la leche materna a una edad temprana puede causar microhemorragias en la pared intestinal que facilitan la penetración del VIH en el organismo del niño. Un estudio observacional reciente en Sudáfrica (13) apoya esta hipótesis, pero es preciso confirmarla mediante otros estudios con diseños más rigurosos antes de llegar a una conclusión. En hijos de madres infectadas por el VIH, el riesgo acumulado de transmisión vertical del virus aumenta en la medida en que el niño se expone a la leche materna. Por consiguiente, también se ha propuesto que el amamantamiento se practique de forma exclusiva, pero que la leche de la madre se reemplace por completo con otros alimentos cuando el niño cumple 3 meses de edad. De esta manera, el niño se beneficia de la lactancia materna exclusiva durante un período muy vulnerable de su vida, y reduce su riesgo de infección por el VIH al ser alimentado con leche materna solo por un tiempo relativamente corto, es decir por 3 meses.

Algunos estudios observacionales crearon grandes expectativas al sugerir que el riesgo de transmisión vertical del VIH de madre a hijo a través de la leche materna se podía reducir mediante la suplementación materna con vitamina A. Lamentablemente, tres estudios experimentales efectuados en el África hace poco tiempo no han arrojado los mismos resultados (14). Se ha documentado que la pasteurización de la leche materna puede destruir el VIH sin alterar de manera importante la calidad nutricional o inmunológica de la leche. Pese a las implicaciones favorables para los bancos de leche materna, en muchos países en desarrollo las madres ya no quieren que sus hijos sean alimentados con leche materna de origen desconocido. Además, no siempre se puede garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de pasteurización de los bancos de leche (por falta de acceso a pruebas de tamizaje para verificar la ausencia del VIH en muestras de leche, o por problemas con la electricidad o

el combustible), de tal modo que estos han dejado de funcionar en muchos hospitales e instituciones.

Los antirretrovíricos, como la azidotimidina (AZT), se han utilizado de forma efectiva para reducir el riesgo de transmisión intrauterina o en el canal del parto. Sin embargo, hasta hace poco no se sabía si los antirretrovíricos también podían reducir el riesgo de transmisión del VIH por la leche materna. Según algunos resultados recientes, la administración de nevirapina a la madre durante el parto y al niño poco después de nacer puede reducir notablemente el riesgo de transmisión del VIH por la lactancia materna a un costo aproximado de US\$ 4 por tratamiento (15).

Aunque ahora comprendemos mejor la magnitud del problema de la transmisión vertical del VIH por la leche materna, para prevenirlo y combatirlo falta, entre otras cosas, identificar los enfoques de prevención primaria que dan mejores resultados en distintas sociedades. Debido a las enormes implicaciones que encierra este tema para los programas de sida y de promoción de la lactancia materna, es sumamente importante que se establezca un diálogo permanente entre todos los programas locales, nacionales y regionales relacionados con él y que se apoye la ejecución de estudios que permitan responder a las siguientes preguntas: 1) ¿Cuál es la epidemiología del VIH pediátrico en América Latina y el Caribe, incluida la distribución de la infección en distintos grupos poblacionales y de los factores de riesgo de la transmisión de madre a hijo? ¿Qué porcentaje de las transmisiones verticales ocurren entre madres que están infectadas desde el embarazo, y qué porcentaje entre madres que se infectan cuando están amamantando, que es cuando aumenta aun más el riesgo de transmisión vertical por la leche materna? ¿Cuán común es que en las salas de maternidad o en comunidades rurales mujeres que están lactando amamanten a hijos ajenos?, 2) ¿Qué papel desempeña la lactancia materna exclusiva en la prevención de la transmisión del VIH al niño? ¿Por cuánto tiempo deben ser amamantados de forma exclusiva los hijos de madres infectadas por el VIH?, 3) ¿Cuánto acceso tienen distintas poblaciones a las pruebas voluntarias de detección del VIH durante el embarazo? ¿Qué papel desempeña el tamizaje voluntario de la madre en la prevención de la transmisión vertical del VIH? ¿Cuánta y cuán buena es la información sobre el VIH que tienen a su alcance los trabajadores de la salud de la Región? ¿Qué porcentaje de las madres seropositivas cambian sus planes de alimentación infantil cuando se les explican sus riesgos de transmisión y las opciones que tienen?, 4) ¿Cuán factible es en distintas poblaciones que las madres infectadas puedan elegir las opciones propuestas (el uso de alimentos de reemplazo preparados y almacenados de manera segura)?, 5) ¿Cómo se puede aumentar el acceso a medicamentos antirretrovíricos, tales como el AZT y la nevirapina, para madres infectadas y sus hijos?, 6) ¿Qué papel desempeña el estado nutricional de la madre y del niño en el riesgo de transmisión vertical del VIH? ¿Hay un exceso de desnutrición y mortalidad materna entre madres seropositivas que deciden amamantar?, 7) ¿Cómo se puede dar acceso a métodos anticonceptivos eficaces a las madres a quienes se les aconseja que no den de mamar?, 8) ¿Qué papel puede desempeñar la consejería sobre la lactancia materna en la prevención de la mastitis o de pezones agrietados y sangrantes que pueden conllevar a un mayor riesgo de transmisión del virus al niño a través de la lactancia materna?

Es fundamental comprender cómo la pandemia del VIH afecta a los patrones de amamantamiento entre las madres seronegativas al VIH. Por una parte, es posible que ejerza un efecto negativo a nivel institucional, ya que agencias internacionales como la UNICEF, cuyas iniciativas antes se dirigían únicamente hacia la promoción de la lactancia materna, ahora se preocupan

por combatir el problema de la transmisión vertical del VIH (12). Si con este fin se comienza a distribuir fórmula infantil a nivel comunitario o en los hospitales, es posible que las madres seronegativas consigan tener acceso a estos productos, con el resultante menoscabo de la lactancia materna. También es posible que las madres seronegativas que se consideran a sí mismas en alto riesgo de infección decidan, por su propia cuenta o como resultado de presiones sociales, no amamantar a sus hijos, para no exponerlos al riesgo de infectarse. Por otra parte, si se confirma que la lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector contra la transmisión vertical del VIH, es posible que las madres seronegativas elijan este método de alimentación como una simple medida preventiva. También podrían sentirse motivadas a observar prácticas sexuales más seguras, lo cual contribuiría a la prevención primaria. A estas áreas de investigación se les debe dar muy alta prioridad en nuestra Región, y enfoques como el presentado en el trabajo de McLennan (10) pueden servir para ayudar a comprender qué factores llevan a las madres a amamantar o no a sus hijos en la era del sida.

**Agradecimiento.** El autor agradece las críticas constructivas y los comentarios de Sonia Vega-López, Ángela Bermúdez-Millán, Sofía Segura-Pérez, y Rubén Grajeda Toledo en las versiones preliminares de este artículo.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>. Consultado el 12 de junio de 2001.
2. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;344(8918):288–293.
3. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001;131(2):262–267.
4. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Canahuati J, Brown KH. Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhea in Honduras. *Am J Clin Nutr* 1997;65(5):1403–1409.
5. Labbok M, Pérez-Escamilla R, Peterson AE, Coly S. Breastfeeding and child spacing: country profiles. Washington, D.C.: Institute for Reproductive Health; 1997.
6. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226–1231.
7. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643–1647.
8. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997;87(4):659–663.
9. Horton S, Sanghvi T, Phillips M, Fiedler J, Perez-Escamilla R, Lutter C, et al. Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health Policy Plan* 1996;11(2):156–168.
10. McLennan JD. Early termination of breast-feeding in periurban Santo Domingo: community perception and personal practice. *Rev Panam Salud Publica* 2001;9(6):362–367.
11. Preble EA, Piwoz EG. HIV and infant feeding: a chronology of research and policy advances and their implications for programs. Washington, D.C.: Academy for Educational Development; 1998.
12. Savage DF, Lhotska L. Recommendations on feeding infants of HIV positive mothers. WHO, UNICEF, UNAIDS guidelines. *Adv Exp Med Biol* 2000;478:225–230.
13. Coutsoydis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM. 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.
14. Fawzi W. Nutritional factors and vertical transmission of HIV-1. *Epidemiology and potential mechanisms*. *Ann N Y Acad Sci* 2000;918:99–114.
15. Brocklehurst P. Interventions aimed at decreasing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000102.