

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Lactancia materna y virus de inmunodeficiencia humana en el marco de indetectable igual a intransmisible

Breastfeeding and human immunodeficiency virus in the framework of undetectable equal to in transmissible

Karen Erazo^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0001-9136-2434>.

¹Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Atención Integral; San Pedro Sula, Honduras.

²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Campus Cortés, Departamento Clínico Integral de Medicina; San Pedro Sula, Honduras.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es transmitido por la leche materna de una madre con VIH a su hijo, por lo que se ha recomendado la omisión de la lactancia materna. Actualmente, en el contexto de Indetectable igual a Intransmisible ($I=I$) muchas mujeres con VIH, cuya carga viral es no detectable expresan su deseo de amamantar, es así que países de altos recursos económicos están cambiando sus directrices con el seguimiento virológico estricto de la madre durante y después del parto y del recién nacido durante esté lactando. El propósito de esta publicación es exponer la complejidad para Honduras, que aún lucha por disminuir la transmisión perinatal del VIH; asumir este reto sin menoscabo de los derechos de la mujer y a la vez tener la logística necesaria para garantizar el seguimiento oportuno a estas pacientes, sin poner en riesgo a los niños perinatalmente expuestos al VIH.

El VIH es un retrovirus que destruye el sistema inmunológico defensivo de las personas, favoreciendo las infecciones oportunistas y otras enfermedades inmunitarias. Se transmite a través de las relaciones sexuales, por compartir agujas para consumo de drogas, transfusiones, otros contactos con sangre de persona infectada y de madre a hijo durante el embarazo, parto o la lactancia materna (LM).¹

A lo largo de la epidemia del VIH se ha establecido la omisión de la lactancia materna en mujeres infectadas con el fin de evitar la transmisión del virus a sus hijos por este medio, sin embargo, actualmente se plantea el apoyo a mujeres que expresan su deseo de amamantar bajo el paradigma de $I=I$, hecho que se logra con una buena adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR).

La prevención de la transmisión perinatal del VIH representa un triunfo significativo en la práctica médica contemporánea, disminuyendo sustancialmente desde la década de 1990, gracias al TAR. Las tasas de infecciones por VIH adquiridas

perinatalmente en los Estados Unidos disminuyeron de 74 en 2010 a 32 en 2019, representando una disminución en las tasas anuales de diagnóstico perinatal de VIH de 0.9 a 1.9% por 100,000 nacidos vivos y las tasas de transmisión perinatal de VIH de 0.9 a 1.6%.^{2,3} Antes de la disponibilidad del TAR, el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna se estimaba en un 16% durante los primeros dos años de vida, asociado sobre todo a la carga viral elevada en la leche materna y en plasma.

El uso de TAR en la mujer embarazada, la supresión viral y el uso de profilaxis antirretroviral neonatal apropiada, indica que el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna puede ser de entre el 0.3 y el 1%. Sin embargo, aún se producen transmisiones a través de la leche materna asociado a la falta de adherencia a los antirretrovirales (ARV) y la lactancia materna exclusiva.⁴ Indetectable igual a Intransmisible no puede aplicarse a la transmisión a través de la leche materna todavía, dadas las incógnitas con respecto a la dinámica viral y la farmacocinética del TAR en la leche materna.

Si se revisa los antecedentes de la lactancia materna en mujeres con VIH, en el 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que las madres con el VIH amamantaran continuamente hasta que el bebé tuviera 12 meses, siempre que la madre y/o el bebé recibieran TAR al mismo tiempo. Sin embargo, esta organización también recomendaba evitar la lactancia materna si la alimentación con fórmula era accesible, factible, asequible, sostenible y segura (directriz de la OMS, 2016). Se pidió a los gobiernos nacionales que alinearan sus servicios de salud con solo uno de estos enfoques. En consecuencia, las directrices varían a nivel mundial, por ejemplo, mientras que los países de altos ingresos como Canadá y los EE. UU recomiendan la alimentación exclusiva con fórmula, los países de ingresos bajos y medios como Nigeria recomiendan la lactancia materna exclusiva.⁵

Recibido: 07-11-2025 Aceptado: 18-03-2025 Primera vez publicado en línea: 07-07-2025
Dirigir correspondencia a: Karen Erazo
Correo electrónico: karenerazo@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Erazo K. Lactancia materna y virus de inmunodeficiencia humana en el marco de indetectable igual a intransmisible. Rev Méd Honduras. 2025; 93(1): 148-150. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93i2.20410>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Las recientes pautas perinatales del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos (2019) están cambiando para reflejar la necesidad de un enfoque de reducción de riesgos y una toma de decisiones compartida con el paciente, estableciendo que las personas que tienen preguntas o desean amamantar, reciban asesoramiento basado en evidencia y centrado en el paciente sobre las opciones de alimentación infantil" (recomendación de nivel AIII). En Estados Unidos y otros entornos de altos ingresos, hay un número creciente de informes de personas con VIH que desean amamantar, con motivaciones que incluyen el deseo para vincularse con su bebé, una oportunidad para brindarle una nutrición óptima y beneficios para la salud, la capacidad de cumplir su papel como padres y la necesidad de cumplir con las expectativas culturales.^{7,8}

Durante décadas, la American Academy of Pediatrics (AAP) desaconsejó la lactancia a las personas con el VIH, para evitar la transmisión a su bebé. Sin embargo, esta política cambió recientemente a la luz de que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna es menor al 1% cuando la madre lactante recibe el tratamiento adecuado y no hay VIH detectable en sangre.^{8,9} En Honduras debe valorarse este riesgo pues a pesar de los avances en la accesibilidad en la medición de carga viral, aun no hay rapidez en la obtención del resultado, limitante que impediría realizar un monitoreo oportuno, tomando en cuenta que la principal causa de abandono de tratamiento antirretroviral es la falta de adherencia. Es por esto que ante una mujer con VIH que exprese su deseo de amamantar debe quedar claro que la alimentación de reemplazo (con fórmula o leche humana de donante almacenada y certificada) es la única opción que elimina la transmisión del VIH, si a pesar de esto continua con la firme decisión de amamantar se recomienda la integración de un equipo multidisciplinario que incluya: un ginecobstetra, un experto en VIH, un pediatra, un consultor en lactancia, quienes juntos deben explorar las razones para querer amamantar y brindar orientación para lograr esos objetivos con métodos alternos al amamantamiento. Se expondrá la necesidad de los siguientes requisitos por parte de la madre para plantear el amamantamiento: 1. Que el inicio del TAR haya sido antes de la concepción o en forma temprana durante el embarazo. 2. Que exista evidencia de supresión viral sostenida (carga viral del VIH < 50 copias por ml). 3. Que la madre demuestre su compromiso de mantener la adherencia al TAR. 4. Que la madre tenga un acceso sostenido para obtener el TAR. 5. Que tenga acceso a la realización de carga viral en los trimestres del embarazo, antes del parto y durante el amamantamiento. 6. Que exista un compromiso materno de mantener la lactancia materna exclusiva (sin fórmula u otros alimentos) durante los primeros 6 meses.

Por otra parte, el personal de salud debe realizar las siguientes acciones: 1. Educar a los padres sobre el riesgo potencial de transmisión del VIH a lo largo del amamantamiento e informar a los padres que el TAR y la profilaxis ARV infantil reduce significativamente, pero no elimina el riesgo. 2. Evaluación periódica de la carga viral en la madre que amamanta (ej. cada 1 ó 2 meses). 3. Profilaxis antirretroviral iniciada en el neonato y mantenida por el tiempo que dure la lactancia, aunque este punto todavía está en discusión en las reuniones de expertos, pero, si se decide mantener, debe realizarse monitoreo hematológico y de pruebas de función hepática por posibles complicaciones asociadas al uso de antirretrovirales en bebés. 4. Pruebas virológicas al niño entre los 14 y 21 días, de 1-2 meses, entre los 4 y 6 meses de vida y luego cada 2 meses durante toda la lactancia, y al mes, a los 3 meses y 6 meses después del destete.¹⁰

Expuesto todo lo anterior, se debe tomar en cuenta la realidad de Honduras para la toma de esta decisión en consonancia con directrices nacionales. Todavía se están realizando diagnósticos tardíos en niños por la falta del tamizaje a la mujer embarazada y la falta de controles prenatales oportunos, lo que pone en evidencia las fallas en el control de la transmisión perinatal del VIH. Además, debido a la centralización en la realización de la carga viral y las pruebas virológicas para los recién nacidos, los profesionales que atienden VIH no acceden a los resultados de estos oportunamente.

Si una mujer expresa su deseo de amamantar porque reúne los criterios de indetectabilidad debe saber que con la capacidad instalada en este momento en el sistema público no podría ofrecérsele un seguimiento oportuno, es por eso que la recomendación pediátrica sigue siendo continuar con la suspensión de la lactancia materna asegurando la alimentación con fórmulas adaptada durante los primeros 6 meses de vida, considerando que no poder amamantar puede generar estrés emocional, social y psicológico significativo, tanto para la madre como para su familia, por lo que se debe ofrecer un adecuado asesoramiento, escuchando las razones y/o motivos de aquellas madres que desearían amamantar a sus hijos.

En conclusión, los pediatras que atendemos a los niños con VIH consideramos que aún Honduras no está preparada para garantizar el seguimiento recomendado en la mayoría de los documentos internacionales a la mujer con VIH que dé a luz y exprese su deseo de amamantar, así como tampoco para dar el seguimiento con las pruebas virológicas necesarias para el recién nacido, lo que aumentaría el riesgo de transmisión.

DETALLES DEL AUTOR

Karen Erazo, Pediatra; karenerazo@yahoo.com.

REFERENCIAS

1. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Documento Informativo sobre la infección por VIH. [Internet]. Madrid: Gesida/SEISIDA; 2017. [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_pacientes.pdf
2. Lampe MA, Nesheim SR, Oladapo KL, Ewing AC, Wiener J, Kourtis AP. Achieving Elimination of Perinatal HIV in the United States. Pediatrics. [Internet]. 2023 [citado 14 mayo 2024];151(5):e2022059604. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10387171/>
3. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Las infecciones por el VIH disminuyen entre las personas jóvenes e impulsan una reducción general en infecciones nuevas por el VIH. [Internet]. Georgia: CDC;2023. [citado 14 mayo 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/releases/2023/2021-hiv-incidence_sp.html
4. Flynn PM, Taha TE, Cababasay M, Butler K, Fowler MG, Mofenson LM et al. Association of Maternal Viral Load and CD4 Count With Perinatal HIV-1 Transmission Risk During Breastfeeding in the PROMISE Postpartum Component. J Acquir Immune Defic Syndr. [Internet]. 2021 [citado 14 mayo 2024];88(2):206-213. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8434954/>
5. World Health Organization. Guidelines on HIV and Infant Feeding. Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence. 2010. [Internet]. Ginebra: WHO;2010. [citado 2 de agosto 2020]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44345/1/9789241599535_eng.pdf
6. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the use of antiretroviral drugs during pregnancy and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. [Internet] Washington D.C.: 2023. [citado 23 agosto 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new>
7. Etowa J, Nare H, Kakuru DM, Etowa EB. Psychosocial Experiences of HIV-Positive Women of African Descent in the Cultural Context of Infant Feeding: A Three-Country Comparative Analyses. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(19):7150. doi: 10.3390/ijerph17197150
8. Alvarenga WA, Nascimento LC, Leal CL, Fabbro MRC, Bussadori JCC, Melo SSES et al. Mothers living with HIV: replacing breastfeeding by infant formula. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2019 [citado 14 mayo 2024];72(5):1153-1160. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880>
9. Abuogi L, Noble L, Smith C; Committee on Pediatric and Adolescent HIV; Section on Breastfeeding. Infant Feeding for Persons Living With and at Risk for HIV in the United States: Clinical Report. Pediatrics. [Internet]. 2024 [citado 14 mayo 2024];153(6):e2024066843. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/153/6/e2024066843/197305/Infant-Feeding-for-Persons-Living-With-and-at-Risk>
10. Volpe LJ, Powis KM, Legbedze J, Sun S, Abrams EJ, Mmasa NK et al. A Counseling and Monitoring Approach for Supporting Breastfeeding Women Living With HIV in Botswana. J Acquir Immune Defic Syndr. [Internet]. 2022 [citado 14 mayo 2024];89(2):e16. Disponible en: https://journals.lww.com/jaids/citation/2022/02010/a_counseling_and_monitoring_approach_for_18.aspx