Seguridad y eficacia de la lactancia artificial para prevenir la transmisión vertical del VIH en una zona con pocos recursos en Kenia

V. Torres Feced[1], M Njoki[2], G. Muthee[1], J. Kimani[3], S. Wanjiru[1], A. Jaén[3], J. Mwangi[3], R. Ngaruro[3], D. Dalmau[3].

[1]Asociación Vihda; [2]Ministerio de Salud de Kenia; [3]Hospital Mutua Terrasa-SEISIDA.

Correspondence to: *Dr. V. Torres*

victorio.torres@gmx.net

Introducción:

La lactancia materna (LM) es responsable de un 20% de las infecciones pediátricas por el VIH y está contraindicada para madres seropositivas en países de renta alta y media. Sin embargo en países de renta baja todavía se recomienda a las madres seropositivas amamantar a sus bebés pues se considera que el riesgo de diarrea y muerte asociados a la lactancia artificial (LA) es superior al del contagio por el VIH. Se describe la supervivencia libre de VIH en el Hospital Provincial de Thika (Kenia) en un programa de apoyo integral a madres seropositivas independientemente de su opción alimentaria. Prevalencia del VIH en embarazadas: 6,7%.

Material y Métodos:

Integración de los servicios clínicos para la mujer embarazada seropositiva en la consulta antenatal incluyendo profilaxis con AZT si CD4>350 o TARGA con AZT-3TC-NVP si CD4<350, tratamiento de infecciones oportunistas y profilaxis postexposición para los bebés con NVP. Apoyo individualizado por nutricionistas en una consulta separada del área de salud materno-infantil para no interferir con la protección y promoción de la lactancia materna en la población general. Suministro gratuito de leche artificial y filtro de agua limpia. Terapias de grupo para cada 20 mujeres y sus parejas. DNA-PCR a las 6 semanas a los bebés expuestos y tests rápido de anticuerpos a los 9 y 18 meses de edad.

Resultados:

Se realizaron un total de 8.588 consultas a 832 mujeres gestantes seropositivas y 7.100 consultas realizadas a 799 lactantes nacidos se madres seropositivas en el período Agosto 2008-Febrero 2012. Los bebés se siguen en la consulta durante 9 meses.

Conclusiones:

La lactancia artificial como parte del apoyo integral a la mujer seropositiva reduce significativamente la transmisión madre hijo sin aumentar la mortalidad. El destete precoz seguido de leche artificial con kit de agua limpia y asesoramiento profesional tiene una supervivencia libre de VIH óptima. Es necesario revisar la recomendación de la OMS en prevención postnatal del VIH para países de renta baja.

Seguridad y eficacia de la lactancia artificial para prevenir la transmisión vertical del VIH en una zona con pocos recursos en Kenia .

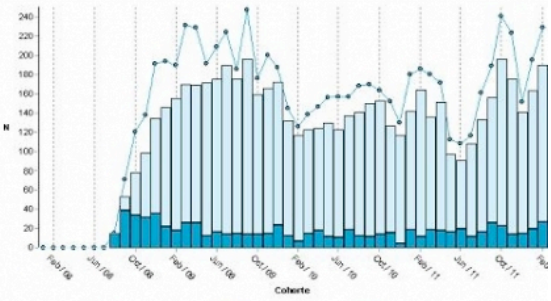
V. Torres, M. Wachira, G. Muthee, J. Kimani, S. Wanjiru, A. Jaén, J. Mwangi, R. Ngaruro, D. Dalmau

INTRODUCCION

La transmisión postnatal del VIH está erradicada en países de renta media y alta. En países de renta baja todavía se recomienda la lactancia materna por considerarse insegura la lactancia artificial. Este estudio evalúa la seguridad de la lactancia artificial para prevenir la infección postnatal por el VIH en un hospital provincial de Kenia.

METODOS

- Integración de los servicios clínicos en la consulta antenatal
- Profilaxis con AZT si CD4>350 o TARGA con AZT-3TC-NVP si CD4<350, tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas y profilaxis postexposición para los bebés con NVP.
- Asesoramiento y apoyo individualizado por nutricionistas en una consulta separada del área de salud materno-infantil para no interferir con la protección y promoción de la lactancia materna en la población general. Suministro gratuito de leche artificial y filtro de agua limpia.
- Terapias de grupo para cada 20 mujeres y sus parejas.
- DNA-PCR a las 6 semanas a los bebés expuestos y tests rápido de anticuerpos a los 9 y 18 meses de edad.



Registro de bebés, nuevos, en seguimiento y número de consultas

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE VIH SEGÚN LA OPCION ALIMENTARIA. HOSPITAL PROVINCIAL DE THIKA-KENIA

	LM	%	LA	%	LM to LA	%	LA to LM	%	Mixta	%	Total
HIV positive	10	20	13	3,0	3	1,5	0	0	4	25	**30**
HIV negative	40	80	421	97,0	193	98,5	9	100	12	75	**675**
TOTAL	50	100	434	100,0	196	100,0	9	100	16	100	705
Dead	3	4,8	13	2,6	4	2	3	21,4	2	9,09	**25**
Discharged	18	29,0	301	60,1	119	59,5	5	35,7	13	59,1	**456**
LTFU	16	25,8	7	1,4	2	1	0	0	4	18,2	**29**
Transfer out	2	3,2	16	3,2	8	4	0	0	1	4,55	**27**
Active	23	37,1	164	32,7	67	33,5	6	42,9	2	9,09	**262**
TOTAL	62	100,0	501	100,0	200	100	14	100	22	100	799

Análisis estadístico: BF vs RF y VIH: OR 8,1 (IC 3,3-19,6) p<0.0001 Woolf. BF to RF vs RF HIV: OR 0,5 (IC: 01,14-1,78) p:0.41 Woolf
BF to RF supervivencia: OR 0.72 (IC 0.24-2.15) p:0.75 (Yates)

CONCLUSIONES

1. El apoyo integral en las opciones alimentarias se traduce en un mejor seguimiento pues la madre se siente partícipe y reduce la morbi-mortalidad asociada con la leche artificial.
2. Es necesario investigar si las madres que optan por dar el pecho lo hacen por miedo a confesar el seroestatus pues eso tendría efectos muy negativos en la adherencia al tratamiento o la modalidad alimentaria favoreciendo la lactancia mixta que se asocia con menor supervivencia libre de VIH.
3. La recomendación de la OMS de lactancia materna exclusiva durante 6 meses tiene que revisarse pues la mayoría de las mujeres seropositivas no lo consiguen.