

Publicado por el
INFO Project, Center for
Communication Programs,
The Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health,
111 Market Place,
Suite 310, Baltimore,
Maryland 21202, USA
www.infoforhealth.org

**Cómo pueden
los programas y
los proveedores
ayudar a las
mujeres a
mejorar las
prácticas de
lactancia**

Mejor lactancia, vidas más sanas



Roger Lemoine/UNICEF

Temas Principales

Solamente la leche materna ofrece a los lactantes y niños pequeños una nutrición completa, protección temprana contra las enfermedades y un alimento seguro y saludable —todo al mismo tiempo. Casi todos los bebés son amamantados en alguna medida, pero mucho menos de la mitad son amamantados de la forma más beneficiosa. Una mejor lactancia brinda un valor triplicado: mejoras importantes en la supervivencia y salud de los niños, una mejor salud para las madres y protección temporal contra el embarazo. ¿Qué pueden hacer los gobiernos, programas y proveedores de salud para apoyar y permitir que las mujeres amamenten mejor?

Implementar estrategias integrales. Las estrategias exitosas para mejorar la lactancia incluyen a los servicios de salud, a las comunidades y familias, y al gobierno. Los servicios de salud ofrecen un valioso punto de contacto para las futuras madres y las madres que amamantan. Las madres necesitan además información, apoyo y tener facultades tanto en la comunidad como en el hogar. Los esfuerzos gubernamentales incluyen la promulgación de políticas apropiadas, por ejemplo, apoyar a las madres que amamantan en el lugar de trabajo. Se pueden iniciar cambios en cualquiera de estas áreas, pero una estrategia efectiva funciona en las tres.

Promover la lactancia para espaciar los nacimientos. Los proveedores pueden aconsejar a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos apropiados durante la lactancia, particularmente el método de la amenorrea de la lactancia (MELA). El MELA, un método basado en la lactancia completa o casi completa, proporciona los mejores beneficios de salud que la lactancia puede darle al bebé y además posterga el siguiente embarazo por hasta

seis meses. Luego, fomenta el cambio a otro método de planificación familiar para espaciar los nacimientos.

Abordar los desafíos que el VIH/SIDA plantea para la lactancia. La crisis del SIDA ha enfocado la preocupación en la transmisión del VIH a través de la leche materna, mientras que ha desviado la atención de los riesgos que el no amamantar implica para la salud del lactante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las agencias de Naciones Unidas (ONU) recomiendan, especialmente donde no existen alternativas seguras a la leche materna disponibles, que las mujeres VIH-positivas amamenten a sus bebés en forma exclusiva durante los primeros meses de vida antes de cambiar completamente a alimentos de reemplazo, siempre que sea posible. La lactancia exclusiva representa la mitad del riesgo de transmisión del VIH en comparación con la lactancia mixta, al mismo tiempo que previene la muerte por otras enfermedades.



Serie L, Número 14
Temas sobre salud mundial

Foto: Un hombre ayuda a su esposa a amamantar a su recién nacido en la sala de maternidad del Hospital Singburi, en Tailandia. La participación de los cónyuges es un aspecto importante para fortalecer el apoyo a las madres que amamantan, tanto en el hogar como en la comunidad.

**Vea el INFO Report sobre
la lactancia que acompaña
a éste: "Guía para
proveedores".**

Contenido

3 Logros y metas de la lactancia

Desde principios de los noventa, esfuerzos a nivel local e internacional han ayudado a las madres a ganar protección y apoyo para la lactancia. Recientemente, sin embargo, este compromiso se ha debilitado por la preocupación acerca de la transmisión del VIH a través de la leche materna. Ahora, la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño de la ONU y la OMS ha convocado a los gobiernos nacionales, servicios de salud, comunidades y donantes internacionales para revitalizar los esfuerzos dirigidos a la lactancia y aplicar las lecciones aprendidas de los éxitos pasados.

6 Se necesitan estrategias integrales

Los países pueden idear estrategias nacionales para informar y aconsejar a las mujeres sobre la lactancia, ampliar la promoción en las comunidades y efectuar cambios en las políticas de gobierno. La orientación médica precisa y actualizada y las prácticas hospitalarias de apoyo pueden alentar a las mujeres a iniciar la lactancia lo más pronto posible después del nacimiento. El apoyo en el hogar y en la comunidad puede ayudar a las mujeres a amamantar mejor. Las políticas de gobierno pueden reconocer explícitamente los beneficios que la lactancia óptima tiene para la salud pública.

9 Enfoque: El enfoque integral de Madagascar mejora la lactancia

En Madagascar, más mujeres amamantan inmediatamente después del parto, en forma exclusiva y hasta que el bebé tenga seis meses de edad. El Ministerio de Salud, en coordinación con varias organizaciones aliadas, inauguró un importante programa para la lactancia, que combina mejoras en los servicios de salud con enfoques a nivel de las políticas y de las comunidades.

11 La lactancia aumenta las opciones anticonceptivas de las mujeres

Las madres que amamantan en forma completa o casi completa pueden usar con confianza el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) para retrasar su próximo embarazo. El MELA aprovecha la infertilidad natural que resulta de la lactancia frecuente, y que puede durar hasta seis meses después del parto, o más, si la menstruación de la mujer no se ha reanudado. Los métodos anticonceptivos no hormonales y los métodos hormonales sólo a base de progestágeno también pueden ser adecuados para las madres que amamantan y no afectan la producción de leche materna ni la salud del lactante.

12 Plana central: La lactancia es lo mejor

La lactancia salva las vidas de los bebés al promover su crecimiento y desarrollo saludable y al protegerlos de ciertas enfermedades crónicas e infecciosas. La lactancia también beneficia a las mujeres inmediatamente después del parto, durante el tiempo que amamantan y para el resto de su vida. Además, les ayuda a espaciar los nacimientos y ahorra a las familias el dinero que tendrían que gastar en sustitutos de la leche materna.

17 Las mujeres con el VIH enfrentan decisiones cruciales sobre la lactancia

Una madre VIH-positiva enfrenta una difícil decisión: amamantar a su bebé para brindarle nutrientes importantes y protección contra enfermedades potencialmente mortales, o no amamantarlo para evitar el riesgo de transmitirle el VIH. Dependiendo de las circunstancias en que se encuentre, una mujer puede recurrir a varias opciones más seguras de amamantar o no amamantar para nutrir a su bebé durante sus primeros meses. Los proveedores de salud pueden ayudar a una mujer VIH-positiva a considerar los diversos riesgos al momento de decidir sobre la lactancia.

23 Bibliografía

Nota: Los números de referencia en letra cursiva dentro del texto remiten a las citas impresas en la página 23. Éstas fueron las más útiles en la preparación de este informe. Otras citas pueden encontrarse en Internet en <http://www.populationreports.org/l14/>.



• Ayuda visual para consejería: ¿Cuándo puede usar el MELA una mujer?, pág. 14

• Ayuda visual para consejería: Diagrama de flujo para consejería sobre el VIH y la alimentación del lactante, pág. 19



• Recuadro: Adoptando los diez pasos para el éxito de la lactancia, pág. 7

• Cuadro: Cuándo pueden las madres que amamantan iniciar un método de planificación familiar, pág. 16

Este informe fue preparado por Vidya Setty, MPH, con la asistencia de Fonda Kingsley, MHS, en la investigación.

Bryant Robey, Redactor; Richard Blackburn, Analista Superior de Investigaciones. Diseño de Mark Beisser, Fran Mueller, y Linda Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Mónica Jiménez, y Catherine Richey.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Marcos Arevalo, Jean Baker, Bruno Benavides, Jane Bertrand, Annette Bongiovanni, Gloria Coe, Judy Levan Fram, John Howson, Monica Jasis, Mihira Karra, Miriam H. Labbok, Luann Martin, Anne Perrine, Ellen Piwoz, Malcolm Potts, Timothy C. Quick, Jay Ross, Pauline Russell-Brown, Stephen Settimi, James Shelton, Bulbul Sood, J. Joseph Speidel, Maryanne Stone-Jimenez, Youssef Tawfik, Melissa Vickers, Mary Beth Weinberger, y Kim Winnard.

Cita sugerida: Setty, V. "Mejor lactancia, vidas más sanas". *Population Reports*, Series L, No. 14. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, Marzo 2006. Disponible electrónicamente en: <http://www.populationreports.org/prs/sl14/>

Volumen XXXIII, Número 3



The INFO Project
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, Center for Communication Programs e Investigadora Principal, INFO Project

Earle Lawrence, Director de Proyectos

Stephen Goldstein, Gerente, División de Publicaciones

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Publicaciones en Idiomas Extranjeros

Population Reports is published at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs

Population Reports tiene por objeto proporcionar información precisa y bien documentada sobre los avances importantes en planificación familiar y asuntos de salud relacionados. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.



Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global, GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPH-A-00-02-00003-00.

POPULATION REPORTS

Logros y metas de la lactancia

La lactancia salva las vidas de los bebés, brinda la mejor nutrición a los lactantes y niños pequeños, y es beneficiosa para la salud de las madres. La lactancia proporciona los beneficios más completos para la salud cuando se inicia inmediatamente después del nacimiento del bebé, sigue siendo la alimentación exclusiva (sin introducir otros alimentos, líquidos o agua) durante los primeros seis meses de vida y luego continúa, con alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años o más (ver el recuadro de la pág. 5).

La lactancia intensa y frecuente puede retrasar el embarazo en forma confiable hasta por seis meses después del parto. El método de la amenorrea de la lactancia (MELA), como se conoce este método anticonceptivo, es eficaz cuando los períodos menstruales de la mujer aún no han regresado y el lactante se alimenta únicamente con leche materna hasta que tenga seis meses.

La opción de amamantar es, en definitiva, una decisión personal de la madre. Las mujeres pueden tomar decisiones informadas cuando los proveedores de salud les ofrecen información sobre la lactancia y el apoyo para ella. A medida que más mujeres amamantan, más niños sobreviven sus primeros años de vida y crecen saludables. Lo que se consigue practicando cualquier forma de lactancia reduce los niveles de desnutrición y previene las muertes infantiles por diarrea y pulmonía. Los logros en las prácticas óptimas de lactancia son los que más reducen los riesgos de enfermedades, desnutrición y muerte temprana.

El porcentaje de lactantes que son amamantados va en aumento, según los hallazgos en los países encuestados más de una vez desde 1986 por los programas de Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y Encuestas de Salud Reproductiva (ESR) (ver el cuadro 1). Datos comparables muestran que en todos excepto 4 de los 65 países encuestados, por lo menos el 90% de niños son amamantados. No obstante, sólo una minoría de lactantes son amamantados en forma óptima (ver el Cuadro 2 en la siguiente página). Por ejemplo, en la mayor parte de países menos de la mitad de los

lactantes son amamantados dentro de la primera hora de nacidos. Además menos de la mitad reciben lactancia exclusiva durante sus primeros seis meses de vida.

Las prácticas de lactancia no llegan a ser óptimas por diversas razones. Se calcula que 60% de los partos en los países en desarrollo no son atendidos por trabajadores de salud capacitados. Además de correr un mayor riesgo por falta de acceso a atención de salud adecuada, estas madres y bebés rara vez reciben atención prenatal o servicios extendidos de posparto que apoyen la lactancia óptima (251).

Existe un número cada vez mayor de mujeres que trabajan fuera del hogar. Cuando regresan a trabajar a tiempo completo después de ser madres, la separación de sus hijos dificulta mantener la lactancia exclusiva por los primeros seis meses completos de la vida del bebé.

Los programas de muchos países reportan que extender los servicios de salud en las comunidades ayuda a que más mujeres amamanten en forma exclusiva y por períodos más largos.

Además, muchas mujeres tienen opiniones equivocadas sobre la lactancia o no reconocen los beneficios que tiene para la salud (6, 83, 118, 166, 209). Las mujeres y sus familiares pueden creer erróneamente que la leche materna no es suficiente para satisfacer o nutrir a sus bebés. De hecho, la leche materna es un alimento completo y contiene toda el agua y nutrientes necesarios para el lactante. Otros creen equivocadamente que amamantar demasiado seguido, o amamantar de ambos pechos, agotará el abastecimiento de leche materna. En realidad estas prácticas conducen a una mayor producción de la misma. Incluso otras personas pueden creer que su hijo sigue con hambre cuando llora o busca mamar, y por eso le dan otros alimentos aparte de la leche materna, en lugar de

Cuadro 1. Mejoran las prácticas de lactancia materna

Tendencias de la lactancia en países con encuestas múltiples desde 1986, por número de países

	% amamantado en el lapso de 1 hora después de nacer	% amamantado en el lapso de 1 día después de nacer	% de lactancia exclusiva hasta los 6 meses	% de lactancia exclusiva o completa hasta los 6 meses	% amamantado al menos por 2 años
Aumentaron en...	36 países	37 países	30 países	32 países	27 países
Sin cambios* en...	Ninguno	3 países	3 países	1 país	2 países
Disminuyeron en...	8 países	4 países	9 países	9 países	9 países

* No hubo ningún cambio o el cambio fue de menos del 1%

Para ver las tendencias por país, consulte los cuadros en Internet 1, 2 y 3 en www.populationreports.org/prs/sl14/webtables.shtml/

La lactancia exclusiva se refiere a alimentar al lactante únicamente con leche materna, sin incluir ningún otro alimento sólido ni líquido. La lactancia completa se refiere a la alimentación del lactante con agua, bebidas a base de agua y jugos de frutas (pero no otros líquidos hechos a base de alimentos) además de la leche materna.

Cuadro 2. La lactancia es común, pero generalmente no es óptima

Niveles de lactancia, encuestas disponibles más recientes, 1994 – 2005

Porcentaje de lactantes amamantados...	Promedio no ponderado entre países	Rango entre países	Número de países con datos
Alguna vez	96 %	86 % – 99 %	65
En el lapso de 1 hora después de nacer	41 %	3 % – 81 %	65
En el lapso de 1 día después de nacer	71 %	25 % – 97 %	65
En forma exclusiva hasta 3 meses	38 %	1 % – 79 %	47
En forma exclusiva hasta 6 meses	31 %	<1 % – 90 %	47
En forma exclusiva o completa hasta 3 meses	62 %	19 % – 90 %	47
En forma exclusiva o completa hasta 6 meses	54 %	13 % – 91 %	57
Al menos por 2 años	40 %	5 % – 89 %	42

Los datos presentados en los Cuadros 1 y 2 provienen principalmente de tabulaciones electrónicas del STATcompiler de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) <www.measuredhs.com/statcompiler/> así como de informes finales de los países de las Encuestas de Salud Reproductiva. Los datos del informe nacional final de las EDS se utilizaron en los casos en que no existían datos en el STATcompiler. No todas las encuestas incluyen preguntas sobre todos los indicadores presentados en los cuadros, y los respondientes tampoco se definen de la misma manera en todas las encuestas. Como resultado, hay variaciones en el número de países reportados en diferentes secciones.

Para datos específicos de una región o país, vea las figuras 1 y 2 en Internet en www.populationreports.org/prs/sl14/swebtables.shtml

continuar amamantando. Tales percepciones erróneas y presiones sociales respecto a la lactancia a menudo reflejan la sabiduría popular y las creencias antiguas de la comunidad.

Un llamado a la acción

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron a los gobiernos, donantes y organizaciones internacionales a “proteger, promover y apoyar” la lactancia con fines de mejorar la nutrición y supervivencia del lactante (269). Este llamado a la acción, conocido como la Declaración de Innocenti, condujo a que se tomara una serie de medidas positivas durante la década de los noventa:

- En 1991, la OMS y UNICEF establecieron la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños™ para ayudar a asegurar que las clínicas de maternidad fomentaran prácticas de lactancia óptimas.
- Muchos países nombraron coordinadores nacionales para la lactancia y desarrollaron políticas nacionales a este respecto.
- Los países trabajaron más para hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de los Sustitutos de la Leche Materna de 1981, que restringe la comercialización poco ética por parte de los fabricantes de sustitutos de la leche materna.

Cómo usar este informe

Con ayuda de este número de *Population Reports*, los gobiernos, programas y proveedores de salud podrán:

- Alentar y apoyar una mejor lactancia implementando estrategias integrales que involucren a los gobiernos, a los servicios de salud y a las familias y sus comunidades (ver la pág. 6).
- Dar consejería a las mujeres respecto a cómo la lactancia puede ayudar a espaciar los nacimientos hasta seis meses después del parto y fomentar el cambio a otro método anticonceptivo posteriormente (ver la pág. 11).
- Informar y aconsejar a las mujeres respecto al VIH y la lactancia, y a considerar los riesgos de la lactancia y la alimentación de reemplazo para las madres VIH-positivas (ver la pág. 17).

En años recientes, no obstante, el apoyo tanto del gobierno como de los donantes a la lactancia óptima ha declinado. Probablemente el motivo principal sea que la crisis del SIDA ha centrado la atención en la transmisión del VIH a través de la leche materna, alejándola de los riesgos que implica la ausencia de lactancia para la salud de los niños. La creencia errónea de que todas las madres VIH-positivas pasarán el VIH a sus bebés a través de la lactancia ha eclipsado los beneficios que tiene la lactancia en la salud y la supervivencia (129) (ver la pág. 10). Al mismo tiempo, algunos fabricantes han continuado la promoción poco ética de la fórmula infantil, lo cual puede desalentar la lactancia.

Preocupadas por la declinación del compromiso nacional e internacional con la lactancia, la OMS y UNICEF desarrollaron del 2000 al 2002 la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (258). La estrategia exhorta a los gobiernos nacionales, servicios de salud, comunidades y donantes internacionales a que apliquen las lecciones aprendidas sobre la lactancia a fin de posibilitar y brindar mejor apoyo a las mujeres para amamantar en forma óptima.

¿Qué es una lactancia óptima?

La lactancia óptima es una de las formas más efectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo (24, 108). La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima:

1. Comenzar a amamantar al recién nacido lo más pronto posible.
2. Amamantar en forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido) hasta que el bebé tenga seis meses de edad.
3. A partir de los seis meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los dos años de edad o más (258).

1. Comience a amamantar ni bien nace el bebé

Amamantar inmediatamente después de que nace el bebé —lo ideal es en el lapso de la primera hora— estimula la producción de leche de la madre. La lactancia inmediata o temprana, como se conoce esta práctica, también ayuda a contraer el útero de la madre, reduciendo así el riesgo de que ocurra un sangrado abundante o una infección (ver las págs. 12–13). Alimentar al recién nacido con el calostro —leche amarillenta producida por la madre durante los primeros días después del parto— lo más pronto posible es importante para su salud. El calostro contiene altas concentraciones de carbohidratos, proteína y anticuerpos (actúa como una vacuna que previene las infecciones) y no irrita el intestino del recién nacido como otros líquidos.

Además, cuando las madres amamantan a sus bebés inmediatamente después de nacer, es menos probable que el personal del hospital le dé al bebé otros líquidos: una práctica que puede reducir la probabilidad de que las madres amamanten en forma exclusiva (1, 6, 26).

2. Amamante en forma exclusiva al lactante durante sus primeros seis meses de vida

La leche materna por sí sola puede proveer nutrición completa al bebé durante sus primeros seis meses de vida. La lactancia exclusiva ayuda a mantener saludable al lactante, promueve su crecimiento y desarrollo e incrementa sus posibilidades de supervivencia (122) (ver las págs. 12–13). La leche materna es fácil de digerir para el bebé. Durante sus primeros seis meses de vida, los lactantes no necesitan ninguna complementación (alimentos o líquidos adicionales), ni siquiera agua. La leche materna contiene suficiente agua para calmar la sed del lactante, incluso en climas áridos o tropicales. La leche proveniente de animales, las fórmulas infantiles, la leche en polvo, el agua de arroz, los diferentes tipos de té, las bebidas azucaradas y el cereal tienen menos valor nutritivo que la leche materna.

En sus primeros seis meses de vida, el agua y otros líquidos o alimentos normalmente le causan al lactante más daño que beneficio. Incrementan el riesgo de enfermedades diarreicas y otras. Aun

cuando no estén contaminados, irritan el intestino del bebé y provocan un desequilibrio de las bacterias protectoras intestinales.

3. A partir de los seis meses, continúe amamantando con alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más

A partir de la edad de seis meses, los bebés necesitan una variedad de alimentos además de la leche materna. Otros alimentos, entonces, proveen los nutrientes adicionales para el crecimiento y desarrollo normal. De todas maneras, la lactancia sigue brindando un aporte nutricional importante mucho más allá de los primeros seis meses. La lactancia puede y debería continuar hasta el segundo año del niño o más. La leche materna proporciona al niño en desarrollo la energía, proteína y otros nutrientes que necesita, como vitamina A y hierro. En lugares donde otros nutrientes son escasos, la leche materna puede continuar suministrando la mitad o más de los nutrientes para el niño pequeño (253).



Los consejos y opiniones de familiares y amigos influyen en las prácticas de lactancia de muchas mujeres. Por ello, las estrategias de apoyo a las madres que amamantan que incluyen a la familia de la mujer y a su comunidad conducen a una mejor lactancia. Un ejemplo es evitar darle al lactante alimentos o líquidos distintos a la leche materna durante sus primeros seis meses de vida.

Ilustración: © 2005 Organización Mundial de la Salud

Cuando un lactante llega a los seis meses de edad, los padres deben comenzar a darle una variedad de alimentos, introduciendo uno de cada grupo alimenticio cada día. Excepto en contextos vegetarianos, los productos animales son los primeros alimentos complementarios que deben darse. Donde no hay carne disponible o no es aceptable, agregar otras fuentes de proteína, como frijoles, nueces molidas y huevos o usar suplementos vitamínicos o minerales, si los hay, puede ayudar a suministrar los nutrientes necesarios. A medida que el niño crece, los tipos de alimentos complementarios pueden cambiar de semisólidos a sólidos, y puede ofrecerse una mayor variedad. A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer los mismos alimentos que el resto de la familia, siempre y cuando se preparen de una forma en que el niño pueda digerirlos fácilmente (256).

Se necesitan estrategias integrales

Las estrategias integrales de apoyo a la lactancia óptima pueden hacer mucho por mejorar la salud de lactantes y niños. Las estrategias integrales pueden apoyar la decisión inicial de la mujer para amamantar así como su capacidad de mantener su opción de lactancia y tener éxito con ella. Tales estrategias incluyen a los trabajadores de salud y los servicios, a las comunidades y familias, y las políticas y leyes del gobierno.

Los servicios de salud son clave

Los servicios de salud ofrecen un valioso punto de contacto tanto a quienes van a ser madres como a las madres que amamantan. De hecho, en muchos países, las mujeres reportan que el consejo de los proveedores de salud es la razón principal de sus decisiones sobre la alimentación de sus bebés (76, 93, 118, 140, 209). Para ayudar a que las mujeres logren las mejores prácticas de lactancia, los hospitales y otros centros de salud pueden:

Cambiar políticas y procedimientos. Los trabajadores de salud pueden informar a las mujeres sobre la lactancia durante su embarazo, por ejemplo, en las visitas prenatales y las clases de educación sobre el parto. La información que se brinda durante el embarazo sobre la lactancia inmediata y exclusiva ayuda a las madres a iniciar la lactancia más pronto y amamantar exclusivamente por más tiempo (36, 183, 219). Los hospitales y centros de maternidad también pueden apoyar la lactancia inmediata después del nacimiento de un niño. Por ejemplo, las prácticas de habitación compartida —es decir, dejar a los recién nacidos con su madre durante la estadía en el hospital— fomentan el contacto temprano entre madre e hijo y el amamantamiento (73, 187).

Capacitar a los trabajadores de salud. Los proveedores de salud que atienden a las mujeres en los servicios de salud y en las comunidades (como las matronas comunitarias y los promotores de salud) tienen que estar capacitados en las buenas prácticas de lactancia. Ellos pueden aconsejar a las mujeres sobre la lactancia óptima, sobre los peligros de darle primero al recién nacido otros líquidos excepto el calostro y la lactancia complementaria antes de los seis meses, sobre el cuidado de los senos y sobre cómo resolver el malestar o las dificultades durante la lactancia (vea el *INFO Report* que acompaña a éste: “Respuestas a las preguntas sobre la lactancia: Guía para proveedores”). Los proveedores también pueden ser capacitados para dar consejería sobre la buena lactancia —incluyendo aspectos como que nunca se debe presionar a las mujeres ni obligarlas o avergonzarlas para que opten por amamantar a sus hijos o cuánto amamantar.

La capacitación de los proveedores de salud, previa y durante el servicio, siempre ha dejado de lado el tema de la lactancia. Como resultado, es posible que los proveedores no cuenten con prácticas y recomendaciones informadas (1, 6, 83). Por ejemplo, el personal de algunos hospitales alimenta con biberón a los recién nacidos sin permiso de las madres. Otros aconsejan a las madres darles a sus bebés alimentación complementaria antes de los seis meses (1, 6, 83).

Cambiar estas prácticas poco útiles puede mejorar las prácticas de lactancia de las madres. En un estudio realizado en

Filipinas, por ejemplo, un mayor número de madres amamantó a sus hijos de manera exclusiva y por más tiempo cuando el personal de salud no les dio a los bebés sustitutos de la leche materna (1). En forma similar, un estudio en un hospital de Estambul encontró que 66% de lactantes amamantados por sus madres en el hospital estaban recibiendo lactancia exclusiva a los cuatro meses —más del doble del porcentaje de lactantes que habían tomado fórmula en el hospital, que era 32% (6).

La Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños™.

La Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños, lanzada por UNICEF y la OMS en 1991, insta a los centros de maternidad a adoptar políticas y servicios a favor de la lactancia. Los centros se consideran Amigos de los Niños cuando han dado 10 pasos específicos en apoyo de la lactancia (ver el recuadro de la página opuesta).

Desde 1991, más de 19.000 centros en más de 130 países han sido designados Amigos de los Niños (236, 254) por la OMS y UNICEF. Estudios en Bangladesh, Bielorrusia, Brasil, Croacia, Nigeria y Taiwán reportan que un mayor número de madres están iniciando antes la lactancia y amamantando de manera exclusiva a sus bebés por más tiempo en las áreas atendidas por los Hospitales Amigos de los Niños (76, 82, 120, 168, 210, 225, 244).

Por ejemplo, en Croacia entre 1994 y 2000, después de que el personal hospitalario recibió capacitación en servicios Amigos de los Niños, el porcentaje promedio de lactantes amamantados en estos centros subió de 30% a 66% a los 3 meses, de 11% a 49% a los 6 meses y de 2% a 23% a los 12 meses (29). En forma similar, en Bangladesh en 1997 y 1998, más madres que dieron a luz en un hospital Amigo de los Niños en Dhaka amamantaron a sus hijos en forma exclusiva y por el doble de tiempo que las madres que dieron a luz en otros hospitales de la misma ciudad (5).

Las estrategias comunitarias apoyan el éxito de las madres con la lactancia

Las madres que dan a luz en establecimientos de salud necesitan apoyo continuo para seguir amamantando una vez que regresan al hogar (48). Las madres que dan a luz sin tener al lado a un proveedor capacitado confían aún más en la información y el apoyo de la comunidad para la lactancia, en vista de que no cuentan con el beneficio de la consejería en un establecimiento de salud. En los países en desarrollo, aproximadamente 6 de cada 10 nacimientos no son atendidos por trabajadores de salud capacitados (251).

El apoyo de la comunidad —en el hogar de la mujer, en las instalaciones y programas de su vecindario, y en su lugar de trabajo— conduce a mejores prácticas de lactancia. Una estrategia comunitaria eficaz para la lactancia involucra tres elementos clave (257):

Extender los servicios de salud en las comunidades.

Después de que una mujer que acaba de ser madre deja el establecimiento de salud, los proveedores deben darle seguimiento para ofrecerle información correcta y apoyo continuo,

Adoptando los diez pasos para el éxito de la lactancia



Los “Diez pasos para el éxito de la lactancia” son la piedra fundamental de la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños establecida por la OMS/UNICEF en 1991. Resumen las prácticas de cuidado materno que apoyan la decisión de amamantar de la mujer y le permiten amamantar con éxito. Para que un establecimiento de atención de salud materna sea designado “amigo de los niños” debe cumplir con lo siguiente:

1. Disponer de una política escrita sobre la lactancia que se comunique sistemáticamente a todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que tenga todas las habilidades necesarias para implementar dicha política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y continuar con la lactancia, incluso si han de separarse de sus bebés por cierto tiempo.
6. No dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida más que la leche materna, a no ser que sea por indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños —es decir, permitir que permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a demanda.

9. No ofrecer tetinas ni chupetes (también denominados chupones) a los bebés alimentados con leche materna.
10. Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia y remitir a las madres a estos grupos después de su salida del hospital o la clínica.

Para ser un establecimiento Amigo de los Niños, en primera instancia, el personal identifica y corrige las prácticas perjudiciales a la lactancia. Luego el centro es inspeccionado por un evaluador capacitado de la OMS/UNICEF para determinar si cumple con los estándares internacionales de cuidado materno y de esa forma queda designado como un Hospital Amigo de los Niños.

En áreas donde hay una alta prevalencia del VIH, los criterios de capacitación y evaluación pueden incluir elementos referentes al virus. Tales elementos ayudan a los establecimientos a desarrollar las políticas y procedimientos necesarios y a capacitar al personal sobre aspectos relacionados con el VIH y la alimentación del lactante, pruebas y consejería para el VIH y la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo.

La OMS y UNICEF están revisando y actualizando las guías concernientes a las actividades en los Hospitales Amigos de los Niños. Se espera que la nueva orientación esté disponible en el 2006.

Fuentes: OMS 1990 (270) y UNICEF (2004 (235)

y para manejar o remitir cualquier problema de salud que pudiera surgir. Si están mal informadas, muchas mujeres les dan a sus bebés alimentos y líquidos complementarios demasiado pronto, en lugar de continuar amamantándolos en forma exclusiva.

Los trabajadores de salud comunitarios pueden calmar las dudas de las mujeres respecto a si amamantan correctamente y de una forma que nutre eficazmente al lactante, y con suficiente frecuencia para mantener su suministro de leche (166). Varios países en desarrollo han incluido el apoyo a la lactancia entre sus estrategias de seguimiento posparto. Las mujeres pueden visitar las clínicas pediátricas y las maternidades, o los proveedores de salud visitan a las mujeres en sus hogares (82).

Los programas de muchos países reportan que la ampliación de los servicios de salud dentro de las comunidades ayuda a más mujeres a amamantar en forma exclusiva y por más tiempo (17, 82, 87, 160, 185, 239). Un análisis de 20 estudios en 10 países (Bangladesh, Brasil, Irán, México, Nigeria y 5 países desarrollados) encontró que los niveles y duración de la lactancia, tanto exclusiva como de cualquier otro tipo, aumentaron significativamente en lugares donde trabajadores de salud profesionales o comunitarios ofrecieron a las mujeres apoyo para la lactancia en sus hogares (210). En promedio, cuanto más frecuente es el contacto de un consejero y la

madre fuera del entorno clínico, más prolongado es el tiempo que la madre continúa con la lactancia exclusiva (154).

La consejería brindada por consejeros laicos (miembros de la comunidad capacitados en consejería para la lactancia), por consejeros pares (mujeres de la comunidad que tienen hijos) o de madre a madre (mujeres con hijos, que han amamantado con éxito) pueden ser formas eficaces de proporcionar apoyo (257). Los grupos de apoyo de mujeres o grupos de madres también brindan ayuda a las madres (82).

En Croacia de 1999 a 2000, por ejemplo, los establecimientos de salud Amigos de los Niños formaron grupos de apoyo para la lactancia en las comunidades. Después de ser dadas de alta, las madres se unieron a un grupo comunitario que tenía reuniones cada cuatro semanas. Entre una y otra reunión, las integrantes también podían hacer consultas a la líder del grupo. Una enfermera visitante ayudó a formar el grupo y a coordinar y supervisar las actividades. Después de concluir esta fase del programa, el porcentaje de niños amamantados aumentó en todas las edades entre 1 y 12 meses (29).

También, en el área rural de Ghana entre 1993 y 1996, una asociación crediticia auto administrada combinó reuniones semanales con sesiones educativas sobre salud. Las sesiones ofrecían información sobre los beneficios de la lactancia exclusiva y de dar el calostro a los lactantes. La evaluación del

programa reveló que la proporción de mujeres en el grupo del programa que dieron calostro a sus recién nacidos era más del doble que en el grupo de comparación. Además, las madres participantes incorporaron agua a la dieta de sus lactantes mucho más tarde (82, 151).

Aumentar el apoyo en el hogar y la comunidad. Las estrategias para la lactancia deben incluir no sólo a las madres sino a las personas que influyen en ellas —sus madres, esposos, otros familiares, amigos y líderes de la comunidad. El consejo y las opiniones de familia y amigos afectan las prácticas de lactancia de muchas mujeres (83, 100).

Es posible que una mujer no siga el consejo de su proveedor de salud si personas influyentes de su familia no están de acuerdo. Por ejemplo, en Jos, Nigeria, las madres que amamantaban mencionaron la presión de la familia —ya sea de la madre o de la suegra— como la razón principal para dar agua a sus lactantes en los primeros seis meses, en lugar de amamantarlos en forma exclusiva, como lo recomiendan los proveedores de salud (166).

Campañas nacionales a través de los medios de comunicación masiva pueden fomentar el apoyo de la comunidad a las madres que amamantan (80, 82, 90, 142). Las campañas logran mejores resultados si se desarrollan con la colaboración de la comunidad a la que intentan llegar. Por ejemplo, de 1998 a 2002 en Haryana, India, miembros de la comunidad ayudaron a identificar y desarrollar soluciones a problemas comunes que enfrentaban las madres lactantes. Sus observaciones ayudaron a crear mensajes por los medios que alentaban las buenas prácticas de lactancia. Al hacer la evaluación, se encontró que 31% de los recién nacidos en el área del programa habían recibido líquidos distintos al calostro, en contraste con 75% en el área de comparación. Además, las tasas de lactancia exclusiva en el área donde se desarrolló el programa, a los tres meses posparto, eran considerablemente mayores —79% en comparación con 48% (23, 257).

Cónyuges solidarios. Las preferencias de los esposos también influyen en las prácticas de lactancia de las mujeres. Por ejemplo, en Hong Kong casi 80% de las madres estaban de acuerdo en que el aliento y apoyo de sus esposos para que amamanten era importante. 70% de las mujeres cuyos esposos aprobaban la lactancia amamantaron a sus bebés. Del grupo de mujeres cuyos esposos preferían alimentación artificial, amamantó el 36% (118).

La participación de los esposos en grupos de apoyo para la lactancia en la comunidad también contribuye a fomentarla. En Estambul, Turquía, en 1997, un programa comunitario incrementó el conocimiento de los hombres sobre la lactancia y mejoró sus actitudes hacia ella en mayor medida que un programa previo con base en las clínicas. Antes de asistir a las reuniones de la comunidad, cerca de 50% de los hombres indicaron que el apoyo del padre a la lactancia era importante, y 10% dijo que dar a luz en un hospital Amigo de los Niños era importante. Posteriormente a las reuniones, estos porcentajes subieron a más de 80% y 50%, respectivamente (230).

Las políticas, leyes y alianzas nacionales apoyan la lactancia

Muchos gobiernos han adoptado medidas para apoyar la lactancia. Han promulgado leyes y adoptado políticas y están-

dares que ayudan a las madres que amamantan en el lugar de trabajo y que limitan la comercialización de los sustitutos de la leche materna. En otros países, sin embargo, el apoyo a la lactancia se ha debilitado debido a los malentendidos y desafíos que representa la crisis del SIDA. Especialmente en estos países, la ONU ha hecho un llamado a los gobiernos para renovar su compromiso con la lactancia como una medida clave de salud pública para mejorar la salud y supervivencia infantil.

Los esfuerzos gubernamentales han mejorado las políticas hospitalarias para la lactancia. Por ejemplo, a fines de la década de los 80, el Ministerio de Salud keniano inició un programa de capacitación y promoción de la lactancia e instruyó a los hospitales que no alimentaran rutinariamente a los recién nacidos con otros líquidos antes del calostro de la madre. Después de cambiar esta política, el porcentaje de proveedores de salud que lo hacían descendió de 93% a 48% (30). En Bolivia, Ghana y Madagascar, los niveles de lactancia se han incrementado en respuesta a las nuevas políticas combinadas con la reforma de prácticas en los servicios de salud y el apoyo comunitario (185) (ver *Enfoque* en la página opuesta).

Apoyo en el lugar de trabajo para las madres que amamantan. En todo el mundo, los estudios han encontrado que las mujeres que regresan a trabajar a tiempo completo cuando sus bebés son muy pequeños, tienen menos probabilidad de continuar con la lactancia exclusiva y tienden a amamantar por menos meses (57, 140, 172, 277). Las mujeres a menudo mencionan que es difícil o imposible continuar amamantando, particularmente la lactancia exclusiva, mientras están trabajando (188). En Ciudad de Guatemala, la probabilidad de amamantar en forma exclusiva de las mujeres sin empleo era 3.2 veces mayor que la de las mujeres empleadas (56).

La lactancia es un derecho que tiene toda mujer que trabaja (55), pero muchos empleadores no desean absorber el costo a corto plazo que implica proporcionar beneficios a las madres que amamantan. No toman en cuenta lo que ahorran a largo plazo evitando el ausentismo laboral (137). Para citar un solo ejemplo, porque los bebés alimentados con leche materna sufren pocas enfermedades y menos graves, las mujeres que trabajan y amamantan a sus hijos faltan menos al trabajo pues no tienen que cuidar a hijos enfermos.

A medida que cada vez y más mujeres entran en la fuerza laboral, la lactancia en el empleo se está convirtiendo en un tema importante. Los gobiernos pueden promover la salud pública y la condición de la mujer instando a las empresas a mejorar las condiciones para las mujeres que amamantan en el lugar de trabajo. Pueden recomendar a los empleadores que permitan a las mujeres empleadas recesos por lactancia sin perder su remuneración y que ofrezcan espacios limpios y seguros en sus instalaciones donde las mujeres puedan extraerse y almacenar leche materna (188). Los gobiernos también pueden negociar con los empleadores velando porque provean a las mujeres licencias por maternidad lo bastante largas para amamantar en forma óptima y porque ofrezcan beneficios médicos que incluyan cuidado prenatal y postnatal.

Limitar la comercialización de las fórmulas lácteas. Las políticas de gobierno pueden ayudar a proteger a las madres y a los proveedores de salud de la publicidad engañosa de quienes fabrican sustitutos de la leche materna para la venta.

ENFOQUE

El enfoque integral de Madagascar mejora la lactancia



Como parte del programa de lactancia de Madagascar, trabajadoras de salud practican consejería para la lactancia utilizando tarjetas, rotafolios y afiches. En la foto, una matrona y una participante tradicional representan un juego de roles para mostrar cómo debe sostener la madre al bebé para que agarre el pecho correctamente.

Foto: © 2001 Lisa Folda, Cortesía de Photoshare

En 1997, el Ministerio de Salud de Madagascar inició un importante programa para mejorar las prácticas de lactancia. El enfoque del programa puede servir de modelo a otros países. Combina los enfoques a nivel de políticas con servicios de atención de salud mejorados y el apoyo de la comunidad. Equipos de salud del Ministerio de Salud, dos proyectos financiados por USAID que contaban con pericia y experiencia en incentivar la lactancia —el Proyecto LINKAGES y el Proyecto Jereo Salama Isika (*Look, We Are Healthy*)— y otras organizaciones locales y nacionales dentro de Madagascar colaboraron conjuntamente para llevar a cabo el programa.

Políticas y alianzas desarrolladas

Durante los primeros dos años del programa, el gobierno nacional desarrolló políticas para la lactancia y nutrición del lactante. También estableció y coordinó una coalición nacional para la nutrición conformada por cerca de 50 organizaciones. Dichas organizaciones convinieron en guías referentes a la nutrición, mensajes sobre la lactancia, materiales de comunicación y esfuerzos dirigidos al cambio de comportamientos, a fin de apoyar una mejor nutrición del lactante.

El programa del gobierno incentivó la lactancia enfocándose en acciones esenciales para la buena nutrición del lactante, como la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, la lactancia para complementar otros alimentos a partir de los seis meses de edad, la alimentación del niño enfermo, mejoras en la nutrición de la mujer y el manejo de la deficiencia de vitamina A, la anemia y la deficiencia de yodo.

Servicios de salud que refuerzan el apoyo

El Ministerio de Salud promocionó los fundamentos de la buena nutrición en puntos de contacto clave con los clientes dentro del sistema de salud. Dichos puntos incluían las consultas prenatales, el parto y la atención posparto inmediata, además de las visitas para planificación familiar, inmunizaciones, control del crecimiento y el tratamiento de enfermedades infantiles. Para prestar servicios en estos puntos de contacto, los trabajadores de salud, voluntarios de la comunidad y miembros de grupos femeninos fueron capacitados en consejería y apoyo a las prácticas maternas de alimentación del lactante. Los trabajadores de salud y miembros de la comunidad practicaron el uso de materiales de comunicación, como tarjetas de consejería, rotafolios y afiches por medio de juegos de roles.

Enfoques comunitarios que informan e incentivan

Se efectuó una combinación de actividades comunitarias, que estaban dirigidas tanto a las madres como a sus familias, con el propósito de influir en las prácticas de lactancia. Durante el seguimiento post-natal en los centros de salud y en los hogares de las mujeres, los trabajadores de salud y voluntarios de la comunidad incentivaron y ayudaron a las madres a probar las prácticas óptimas de lactancia.

Los promotores nutricionales también alentaron a las madres a tomar en cuenta las prácticas óptimas de lactancia y mostraron cómo los familiares pueden apoyar las decisiones de las madres. Los mensajes en radio y televisión, los cantantes tradicionales populares y el teatro local representaron el comportamiento óptimo para la lactancia y recalcaron la importancia del apoyo de la familia.

Resultados positivos: más y mejor lactancia

El programa llegó a más de 6 millones de personas en comunidades rurales y urbanas de dos provincias del altiplano. En 2000, 68% de los niños menores de seis meses en el área del programa recibían lactancia exclusiva, a diferencia de 46% antes de iniciarse el programa. En 2001 este porcentaje subió a un máximo de 83%. En 2002 bajó a 75%, después de que debido a una crisis política las actividades de campo del programa quedaron suspendidas temporalmente.

Más lactantes recibían lactancia exclusiva hasta el cuarto y quinto mes después del programa que antes del mismo. Entre los lactantes de cuatro y cinco meses de edad, los niveles de lactancia exclusiva subieron desde 12% antes del programa hasta 58% en 2002. Además, el porcentaje de lactantes que comenzaron a lactar poco tiempo después de nacer se elevó de 34% antes del programa a 73% en 2000, y se incrementó aun más, hasta 76%, en 2002.

Fuentes: Quinn 2005 (185) y OMS 2003 (257)

Estos sustitutos no deben promoverse como una alternativa a la lactancia en general. En cambio, deberían comercializarse para el uso en niños mayores de seis meses de edad, como complemento de la leche materna, o como una opción para las mujeres VIH-positivas que deciden no amamantar (253).

El Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna, que fue adoptado por la Asamblea de Salud Mundial en 1981 y se ha ido fortaleciendo a través de los años, es un esfuerzo a nivel mundial para controlar las actividades de comercialización de compañías tanto locales como internacionales (223, 252). El código prohíbe a los fabricantes de sustitutos de leche materna suministrar muestras gratis de sus productos, ofrecer consejo médico o proporcionar incentivos financieros o materiales a las madres y a los servicios de salud con el fin de que utilicen sus productos. Asimismo, prohíbe a los fabricantes la comercialización al público en general, especialmente usando mensajes y figuras que idealizan la alimentación con biberón. El código se aplica a la leche artificial para bebés, biberones y otros productos utilizados para alimentar al bebé, como las tetinas (pezones artificiales), especialmente cuando son comercializados para los bebés menores de seis meses de edad (252).

El código puede restringir estas actividades de comercialización solamente si los gobiernos promulgan leyes y otras políticas que lo pongan en práctica. A diciembre de 2004, 27 países habían aprobado leyes para implementar el código en su totalidad, y 55 países habían puesto en vigencia algunas de las disposiciones del código (45). A nivel mundial, sin embargo, se han reportado violaciones generalizadas del código desde que fuera introducido (3, 221).

Renovar el apoyo para la lactancia en la era del SIDA. El apoyo de los gobiernos a la lactancia parece haber disminuido en algunos de los países más afectados por el VIH/SIDA, según una revisión en 2000 de los esfuerzos realizados en Botswana, Kenia, Namibia y Uganda (129). Esta declinación del apoyo refleja una perspectiva ampliamente difundida, pero incorrecta, de que todas las madres VIH-positivas infectarán a sus lactantes a través de la lactancia. Además, la revisión de 2000 reporta que mucha gente —incluyendo algunos funcionarios de Ministerios de Salud, proveedores de salud, personal de la ONU y líderes comunitarios— han dejado de considerar los beneficios de la lactancia para la nutrición y para salvar las vidas de todos los bebés (129).

Para abordar los malentendidos respecto al VIH y la lactancia, ocho agencias de la ONU han desarrollado el Marco de Acción Prioritaria sobre el VIH y la Alimentación Infantil. La ONU recomienda que los gobiernos adopten varias “acciones prioritarias” que traten los temas de la lactancia exclusiva y la alimentación de reemplazo en las áreas afectadas por el VIH. Su meta es alentar las prácticas alimentarias apropiadas para todos los lactantes y, al mismo tiempo, colaborar más a reducir la transmisión del VIH. Para alcanzar esta meta, el personal dentro de las distintas ramas de la infraestructura sanitaria debe coordinar el desarrollo de estrategias eficaces para la lactancia (260).

Entre otras recomendaciones, el marco de la ONU alienta a los gobiernos a poner en vigor el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna. De acuerdo a la OMS y la ONU, las madres VIH negativas o que no

saben si están infectadas deben evitar utilizar los sustitutos de la leche materna hasta que sus bebés tengan seis meses de edad (260). Las compañías privadas, sin embargo, promueven intensamente los sustitutos de la leche materna en las áreas donde hay predominancia del VIH. Tal promoción puede influir en las madres que no son VIH-positivas y para quienes la lactancia es frecuentemente la única opción de alimentación segura, en vista de la pobreza de las condiciones de vida en las áreas afectadas por la epidemia del VIH/SIDA. La publicidad agresiva y engañosa de las fórmulas lácteas comerciales podría desanimar a las madres que, si no fuera por eso, decidirían amamantar (119).

Otra recomendación que presenta el marco de la ONU es brindar apoyo adecuado a las mujeres VIH-positivas para que puedan tomar una decisión informada acerca de la alimentación de sus lactantes y llevarla a la práctica con éxito (260). Los proveedores pueden aprender datos objetivos sobre el VIH y la lactancia para poder aconsejar a las mujeres correctamente. Por otra parte, las campañas por los medios de comunicación masiva y los materiales educativos pueden llegar a los miembros de la comunidad y ayudar a disminuir el estigma que rodea la infección por el VIH, de manera que una mujer infectada no se sienta obligada a amamantar por temor a que los miembros de su comunidad asuman que es VIH-positiva si es que no amamanta (119).

Asegurar la lactancia en situaciones de crisis. La protección que puede brindar la lactancia contra las enfermedades es especialmente importante en situaciones de crisis, cuando conflictos o desastres naturales alteran la vida en las comunidades y desplazan a gran número de personas. A menudo, los donantes suministran sustitutos de leche materna como parte de la ayuda de emergencia; pero esta práctica bien intencionada trae más perjuicio que beneficio. Por ejemplo, durante los primeros tres meses de la guerra en Guinea-Bissau en 1998, los niños que dejaron de amamantar tenían una probabilidad de morir seis veces mayor que los niños amamantados (101).

La UNICEF recomienda que en situaciones de crisis los gobiernos rechacen las donaciones de alimentos de reemplazo innecesarios (199). En cambio, proveer mejor atención de salud materna, más raciones de alimentos y un suministro adecuado de agua potable limpia para las embarazadas y mujeres que amamantan constituye una alternativa más saludable y segura. Es importante que las mujeres reciban alimentos adicionales durante el embarazo así como durante la lactancia (135, 234, 253). Las mujeres que amamantan necesitan más calorías, proteína y otros nutrientes. Sin las calorías y nutrientes necesarios, continuarán produciendo suficiente leche para sus bebés pero a expensas de sus propias reservas de energía y nutrientes.

Además, el aumento del estrés al atravesar una situación de crisis puede interferir temporalmente con el flujo de leche de la madre. Si dicho estrés continúa, la producción de leche disminuirá porque la madre no está vaciando los pechos. Eventualmente, cesará la producción de leche materna. La OMS y UNICEF recomiendan que los esfuerzos de ayuda presen atención inmediata a las embarazadas y mujeres que amamantan y que les ofrezcan refugios seguros donde se sentirán más protegidas, podrán permanecer junto a sus hijos y recibirán alimento adecuado y apoyo para la lactancia (264).

La lactancia aumenta las opciones anticonceptivas de las mujeres

Existen tres criterios para el MELA, y los tres deben cumplirse para que la lactancia brinde protección temporal eficaz contra otro embarazo:

- 1. Los períodos menstruales de la madre no han regresado, Y**
- 2. El bebé recibe lactancia completa o casi completa, y en forma frecuente, de día y de noche, Y**
- 3. El bebé tiene menos de seis meses de edad (Ver explicación en "Entendiendo los criterios que requiere el MELA", más abajo)**

Cuando una mujer cumple con estos tres criterios, su riesgo de embarazo es menos del 2% (112–114, 128, 176, 186, 241, 273). Esto significa que de 100 mujeres que usan el MELA por un período de seis meses, se espera que 1 ó 2 queden embarazadas.

Después de que ya no es posible usar el MELA, o cuando la mujer que amamanta lo desee, puede cambiar a otro método anticonceptivo para continuar evitando el embarazo. Muchos métodos de planificación familiar brindan protección eficaz contra el embarazo sin afectar la producción de la leche materna. Una mujer que amamanta puede escoger entre varios métodos hormonales y no hormonales, dependiendo de cuánto tiempo haya pasado desde el nacimiento de su bebé.

¿Quién puede usar el MELA?

Casi todas las mujeres que amamantan pueden usar eficazmente el MELA, incluyendo las adolescentes y mujeres de más de 40 años (265). Las condiciones de salud que impiden a algunas mujeres utilizar otros métodos anticonceptivos no les impiden recurrir al MELA.

La mayoría de medicamentos son seguros durante la lactancia. No obstante, las mujeres que toman ciertos medicamentos no deben amamantar y, por lo tanto, no pueden usar el MELA. Una pequeña cantidad de todo lo que la madre ingiere pasa al bebé a través de la leche materna (170). Hay medicamentos que las madres que amamantan deberían evitar por el riesgo que representan para el bebé, entre ellos, las drogas que alteran el temperamento, ciertos anticoagulantes, las altas dosis de corticoesteroides y algunas otras (puede ver la lista completa en "Recomendaciones para la medicación materna y el uso de medicamentos durante la lactancia" en la Onceava Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf) (268).

Los proveedores de atención materna y los proveedores de planificación familiar pueden informar y orientar a las mujeres sobre la lactancia, el MELA, la planificación familiar y cómo espaciar los nacimientos. Los proveedores de atención materna pueden darles consejería en las visitas prenatales, en el posparto inmediato y durante las visitas de seguimiento en

las primeras semanas y meses posteriores al parto —por ejemplo durante las visitas de inmunización y control del crecimiento. Los proveedores de planificación familiar pueden aconsejar a las mujeres con intenciones de quedar embarazadas cuando visitan la clínica para una extracción del DIU o implantes anticonceptivos, o cuando las madres acuden en busca de planificación familiar durante la lactancia. Ambos tipos de proveedores pueden dar consejo a las mujeres sobre el triple valor de la lactancia óptima: para la salud de su hijo, para su propia salud y como método anticonceptivo temporal. Los proveedores pueden usar una sencilla lista de verificación

Las mujeres que usan el MELA para retrasar el próximo embarazo generalmente desean otra forma de anticoncepción después del MELA para continuar protegiéndose del embarazo.

para determinar si una mujer cumple con los tres criterios necesarios para usar el MELA (ver el recuadro de la pág. 14). También pueden ayudar a las mujeres a entender la mejor forma de practicar el MELA, comenzando lo más pronto posible después del parto, y de amamantar apropiadamente. Además, los proveedores pueden ayudarlas a planificar la transición del MELA a otro método anticonceptivo cuando las mujeres ya no cumplen con los criterios que requiere el MELA, o si ya no desean usarlo para la anticoncepción.

Además de ofrecer consejo sobre la prevención del embarazo, los proveedores de salud pueden y deben aconsejar a las mujeres sobre cómo protegerse del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). De todos los métodos anticonceptivos, solamente los condones, usados en forma constante y correcta, proveen protección contra el VIH/SIDA y otras ITS.

Entendiendo los criterios que requiere el MELA

Muchas mujeres se equivocan al creer que cualquier forma de lactancia las protege de quedar embarazadas (27, 95). De hecho, únicamente la lactancia que cumple con los tres criterios requeridos por el MELA brinda anticoncepción confiable. Los proveedores de salud pueden ayudar a las mujeres que amamantan a evitar embarazos no planeados aconsejándolas sobre los tres criterios del MELA, su importancia y las razones en que se basan:

1. Los períodos menstruales de la madre no han regresado. Después de dar a luz y mientras amamanta, una mujer tiene menos probabilidades de ovular y menstruar. La reaparición del período menstrual es un indicador importante de que su infertilidad posparto está por terminar.

(Continúa en la pág. 14)

La lactancia es lo mejor

La lactancia es la forma más sana y segura de alimentar a la mayoría de los bebés. La leche materna tiene una composición nutricional completa. Contiene una combinación de grasas, proteínas, carbohidratos, otros nutrientes y factores de crecimiento esenciales para satisfacer totalmente las necesidades nutricionales de lactantes y niños (159, 162).

La leche materna salva las vidas de los lactantes

Los bebés que son amamantados tienen un menor riesgo de muerte, tanto cuando son lactantes (menos de un año de edad) como en la niñez temprana (entre uno y cinco años de edad) (15, 43, 152, 216, 255).

Por ejemplo:

- Un análisis de los datos de encuestas de 17 países de África, el Sudeste de Asia y América Latina reveló que los lactantes que dejaron de ser amamantados antes de los dos meses de edad tenían cuatro veces más probabilidades de morir antes de llegar a los cuatro meses que los lactantes que continuaron siendo amamantados hasta los dos a tres meses de edad, después de haber considerado otros factores que influyen en la mortalidad infantil (195).
- Un estudio en Bangladesh encontró que los lactantes que no fueron amamantados o fueron amamantados sólo parcialmente tenían el doble de posibilidades de morir antes de cumplir un año que los lactantes que recibieron lactancia exclusiva durante sus primeros cuatro meses de vida (11).

La lactancia y la leche materna fomentan el crecimiento y desarrollo saludables

Los nutrientes de la leche materna fomentan el crecimiento y desarrollo de un niño mejor que cualquier sustituto. La composición de la leche materna permite a los bebés digerir fácilmente los nutrientes que

Una enfermera pesa a un bebé en un Centro de Espaciamiento de Nacimientos y Salud Familiar de Rotary International en Nigeria. Los nutrientes que contiene la leche materna promueven el crecimiento y desarrollo infantil mejor que cualquier sustituto.

Particularmente la lactancia exclusiva hasta por seis meses promueve el mayor aumento de peso durante la infancia.

Foto: © 2000 Liz Gilbert/Fundación David y Lucile Packard, Cortesía de Photoshare

necesitan. La lactancia exclusiva hasta por seis meses, y períodos más prolongados de cualquier tipo de lactancia, parecen promover mayores aumentos de peso durante la lactancia y mayores aumentos de talla en el desarrollo posterior del niño (12, 73, 121, 169, 179, 215, 246).

Es posible que la lactancia tenga también un pequeño efecto protector contra la obesidad en la niñez y otros factores de riesgo cardíacos (9, 13, 85, 130, 171, 211, 212). Tal efecto protector puede deberse a una menor ingestión de proteína y a un metabolismo energético más bajo entre los bebés amamantados que entre los bebés alimentados con fórmula láctea (9, 117).

Varios estudios recientes han revelado que los niños amamantados tienen mejor desarrollo cognitivo (7, 92, 155, 163). Cuanto más meses se prolonga la lactancia, mayores los progresos en el desarrollo cognitivo (7, 8, 79, 163, 184).

La lactancia puede ayudar a fortalecer el vínculo emocional entre las madres y sus hijos, mediante la cercanía y la conexión entre ellos (64, 144). Este vínculo entre madre e hijo puede ayudar a alentar a las mujeres a amamantar por más meses, extendiendo así los beneficios para la salud (31, 243).

La lactancia protege contra ciertas enfermedades infecciosas

Los beneficios inmunológicos de la lactancia, tanto directos como indirectos, brindan protección contra los dos tipos más comunes de enfermedades de la infancia (la diarrea y la infección respiratoria aguda) así como contra las infecciones del oído medio. Sin embargo, una mujer que es VIH-positiva, puede pasar el VIH a su bebé a través de su leche (ver la pág. 17).

Enfermedades diarreicas. La lactancia, especialmente si es exclusiva o completa, reduce significativamente la probabilidad de enfermedades diarreicas (4, 120, 138, 139, 197, 247). (Ver la Figura 1). Protege contra estas enfermedades de dos formas:

1. Reduciendo la exposición del bebé al agua potable potencialmente contaminada (la lactancia exclusiva elimina tal exposición del todo). El agua contaminada es la fuente principal de la diarrea en muchos países (89, 180, 242).
2. Ayudando a que el propio sistema inmune del bebé se desarrolle y se proteja contra los patógenos. Los factores de crecimiento de la leche materna promueven el crecimiento de bacterias esenciales que previenen la proliferación de los patógenos gastrointestinales. Los agentes anti-infecciosos de la leche materna, como los anticuerpos y macrófagos, inhiben activamente o destruyen los patógenos (88, 127, 162).

Infección respiratoria aguda y pulmonía. La infección respiratoria aguda es una de las principales causas de muerte entre los niños menores de cinco años en los países en desarrollo. La pulmonía es la infección respiratoria más grave, atribuyéndosele 9 de cada 10 muertes por infección respiratoria aguda entre niños menores de cinco años (267).

Los niños amamantados, especialmente los que reciben lactancia exclusiva, tienen un riesgo de pulmonía más bajo que otros niños (14, 34, 66, 70, 175, 245, 247, 274). Por ejemplo, en Brasil, los lactantes amamantados parcialmente y los que no fueron

amamantados corrían un riesgo de desarrollar pulmonía que era, respectivamente 3,8 y 16,7 veces más alto que el riesgo de los lactantes que fueron amamantados en forma exclusiva (39).

Infecciones del oído medio. La lactancia reduce la incidencia de infecciones del oído medio en los niños (62, 72, 197, 232). Por ejemplo, un estudio en Mozambique encontró que el riesgo de contraer infecciones del oído medio en los niños que habían sido amamantados por más de 18 meses era una quinta parte del riesgo de los niños amamantados durante 6 meses o menos (52). Las infecciones del oído medio pueden conducir al deterioro auditivo y, por ende, a retrasar el desarrollo del habla (21, 222).

La lactancia podría proteger contra las enfermedades crónicas

La lactancia puede ayudar a reducir la susceptibilidad a desarrollar enfermedades crónicas más tarde, como la diabetes y el asma. Algunos estudios han revelado que la lactancia se asocia con un riesgo reducido de aparición de diabetes mellitus en la infancia (84, 109, 145, 161, 196). La introducción temprana de sustitutos de la leche materna, como la leche vacuna, en la dieta del lactante puede incrementar el riesgo de que aparezca la diabetes mellitus en la infancia (78, 161, 177).

Existe cierta evidencia de que la lactancia ayuda a proteger contra el asma (192), aunque no todos los estudios han encontrado tal relación (200). Un estudio reveló que el riesgo de tener asma en los niños que habían sido amamantados alguna vez se reducía en casi 60%, en comparación con los niños que nunca habían sido amamantados (86). En particular, la lactancia exclusiva durante los primeros meses después de nacer se ha asociado con menores tasas de asma durante la niñez (77, 164).

La lactancia también parece reducir la incidencia de algunos tipos de cáncer en los niños (97, 141, 208, 233). La lactancia por períodos más prolongados puede brindar más protección contra la leucemia y los linfomas en la niñez que la lactancia por períodos más cortos (53, 178, 208, 214). Por ejemplo, un estudio encontró que el riesgo de leucemia y linfomas era más de 2,5 veces mayor entre los niños que habían sido amamantados por seis meses o menos comparado con el de los niños que habían sido amamantados por más de seis meses (20).

Beneficios para la salud de las mujeres que amamantan

La lactancia tiene beneficios directos para la salud de las madres, tan pronto como inician la lactancia, a lo largo de ella y por el resto de sus vidas.

Beneficios posparto. La lactancia temprana, idóneamente lo más pronto posible después del parto, puede ayudar a expulsar la placenta, reducir la pérdida de sangre y acelerar la involución uterina — el proceso por el cual el útero regresa a su tamaño normal. Estos beneficios ocurren porque la oxitocina, una hormona que se libera en el cuerpo cuando la mujer amamanta, estimula las contracciones uterinas (10, 205). Las contracciones ayudan a expulsar la placenta y a reducir la pérdida

de sangre posparto (198). Es posible que la lactancia también ayude a que la mujer regrese a su peso corporal normal (58–60, 102, 111), aunque los hallazgos de los estudios respecto a la pérdida de peso varían.

Reducción de los riesgos de cáncer. La lactancia reduce el riesgo de cáncer ovárico epitelial (158, 189, 190, 229, 275) así como de cáncer de mama (19, 126, 228, 279). Un estudio a gran escala encontró que la reducción del riesgo de cáncer de mama promediaba el 14% para las mujeres que amamantaron alguna vez, comparado con aquéllas que nunca amamantaron (22). Entre las mujeres premenopáusicas, cuanto más prolongada es la duración total de la lactancia a lo largo de la vida, mayor es la protección que la lactancia parece brindar (22, 131, 158, 229, 279).

Huesos sanos. La lactancia puede asociarse con tener huesos más sanos más tarde en la vida. Algunos estudios reportan una mayor densidad ósea entre mujeres que amamantaron alguna vez, comparada con las mujeres que nunca amamantaron (41, 148, 174). Dos estudios han reportado riesgo más bajo de fractura de cadera en la vida futura en mujeres que han amamantado por tiempo más prolongado (51, 123). Si bien los estudios revelan sistemáticamente una pérdida ósea temporal durante la lactancia, dicha pérdida se recupera por completo después de suspenderla o una vez que regresa la menstruación (40, 91, 181, 278).

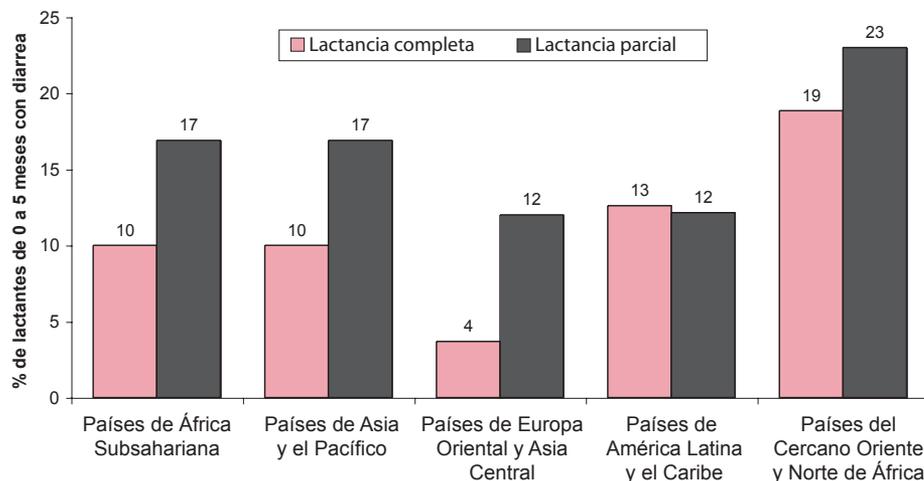
La lactancia ahorra dinero

La lactancia representa ahorros tanto para las familias como para las sociedades. La alimentación con fórmula es inaccesible para la mayoría de las familias del mundo en desarrollo (2, 149). Las mujeres que amamantan se ahorran los gastos de comprar fórmula y también suministros como biberones, tetinas y el equipo de esterilización y refrigeración (69, 182).

Como observamos anteriormente, los niños amamantados padecen de menos enfermedades, y menos graves, que los niños alimentados con fórmula (153, 231). Por ello, los niños que son amamantados requieren menos atención de salud —otra forma de ahorros para las familias y el sistema de salud (15, 16, 28, 134, 182).

Figura 1. Una mejor lactancia reduce la diarrea

Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses con diarrea en las dos semanas precedentes a la encuesta, por tipo de lactancia, por región, 1996 – 2002*



* Los porcentajes son medianas regionales. Los datos provienen de 27 países de África Subsahariana, 7 países de Asia y el Pacífico, 5 países de Europa Oriental y Asia Central, 8 países de América Latina y el Caribe, y 4 países del Cercano Oriente y Norte de África.

Fuente: Stallings, 2004 (217)

Population Reports

¿Cuándo puede usar el MELA una mujer?

Una mujer que amamanta puede usar el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) para espaciar el próximo nacimiento y como una transición a otro método anticonceptivo. Puede comenzar a usar el MELA en cualquier momento, si reúne los tres criterios requeridos para el uso del método.

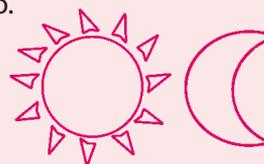
Pregunte a la madre, o ínstela a plantearse estas tres preguntas:

1



¿Ha regresado su menstruación?

2



¿Le está dando regularmente al bebé otros alimentos además de la leche materna o dejando pasar mucho tiempo sin amamantarlo, ya sea de día o de noche?

3



¿Tiene su bebé más de 6 meses de edad?

Si la respuesta a TODAS estas preguntas es NO...

... puede usar el MELA. En este momento, la probabilidad de embarazo sólo es del 2%. Una mujer puede elegir otro método de planificación familiar en cualquier momento—pero es preferible un método sin estrógeno si su bebé es menor de seis meses de edad. Entre los métodos con estrógeno están los anticonceptivos orales combinados y los inyectables combinados.

Pero, cuando la respuesta a CUALQUIERA de estas preguntas es SÍ...

...su probabilidad de embarazo aumenta. Aconséjale que inicie otro método de planificación familiar, preferentemente uno sin estrógeno, y que continúe amamantando por la salud del niño.

Fuente: Adaptado de Institute of Reproductive Health 1992 (98)

Ilustración: Rafael Ávila/JHU CCP

(continúa de la pág. 11)

Indica que la ovulación se ha reanudado o que se reanudará pronto. Durante las primeras ocho semanas después del parto, las mujeres pueden presentar sangrado leve o manchas, pero éste no es el sangrado menstrual. El sangrado leve durante este período no impediría a la mujer practicar el MELA. Pero si una mujer nota que su menstruación ha regresado, o tiene sangrado por dos días consecutivos, entonces ya no puede seguir usando el MELA como anticonceptivo en forma segura.

2. El bebé recibe lactancia completa o casi completa, y en forma frecuente, de día y de noche. La eficacia del MELA depende de un patrón de lactancia que sea completa o casi completa, y frecuente. La lactancia completa en este contexto se refiere tanto a la lactancia exclusiva (cuando el lactante no recibe ningún otro líquido o sólido) como a la lactancia casi exclusiva (cuando el lactante recibe vitaminas, agua, jugo y otros nutrientes de manera infrecuente, además de la leche materna). Lactancia casi completa significa que la mayor parte de la alimentación del bebé (más de las tres cuartas partes) es con leche materna.

La meta para las mujeres debería ser la lactancia exclusiva y evitar darles a sus bebés suplementos regulares. Los lactantes que reciben lactancia completa o casi completa son los que más succionan. La succión frecuente es de crucial importancia porque la eficacia del MELA depende de ello. Mientras que los alimentos adicionales no disminuyan mucho la frecuencia y la cantidad de lactancia (y por ende de la succión), los suplementos en pequeñas cantidades no reducen la eficacia del MELA.

La succión activa desencadena las acciones biológicas necesarias para suprimir la ovulación. Al succionar, el bebé estimula el pezón, lo cual transmite una señal al hipotálamo de la madre —la región del cerebro que secreta las hormonas. Seguidamente, el hipotálamo libera la hormona prolactina, que estimula la producción de leche. La prolactina también impide que se libere la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), una de las hormonas que promueve la ovulación (146, 220). Cuando se reduce la frecuencia e intensidad de la succión por parte del bebé, la GnRH y otras hormonas que promueven la ovulación se desbloquean y, entonces, los ciclos menstruales (y por lo tanto la fertilidad) se reanudan en breve (147).

El amamantamiento frecuente ayuda a las madres a obtener todos los beneficios anticonceptivos del MELA y es también clave para la lactancia óptima. El patrón ideal varía de acuerdo a la edad del bebé —entre 10 y 12 mamadas al día en las primeras semanas después de nacer y entre 8 y 10 al día posteriormente, o a demanda (cuando el bebé quiere alimento), incluyendo al menos una vez durante la noche en los primeros meses. El intervalo entre las mamadas durante el día no debe ser de más de cuatro horas, y en la noche no más de seis horas. Es posible que algunos bebés no deseen ser amamantados 8 a 10 veces al día y que quieran dormir durante toda la noche. Estos bebés tal vez requieran cierto estímulo para mamar con mayor frecuencia.

3. El bebé tiene menos de seis meses de edad. Una mujer puede comenzar el MELA en cualquier momento durante los primeros seis meses después del parto, siempre que haya estado amamantando en forma completa o casi completa al bebé desde que nació y que sus períodos menstruales no hayan regresado. Esto es especialmente importante si ella desea iniciar el MELA más de dos meses después de dar a luz. Después de los seis meses de edad, cuando un niño comienza a recibir otros alimentos, la succión disminuye y eventualmente la ovulación se reinicia.

Se calcula que 10% a 40% de las mujeres que usan el MELA vuelven a menstruar antes de los seis meses posparto (241). La probabilidad de que la menstruación regrese antes de los seis meses depende de muchos factores. Por ejemplo, es probable que los períodos demoren en regresar cuando se trata de mujeres con muchos hijos o que tienen bajo peso (272). Para algunas mujeres, el MELA puede seguir siendo eficaz después de seis meses si los períodos menstruales no han regresado, y si la madre puede continuar amamantando con frecuencia y puede amamantar antes de darle al bebé otros alimentos en cada comida (47, 207).

¿Pueden usar el MELA las mujeres que trabajan?

Las mujeres a quienes les es posible mantener a sus hijos con ellas en el lugar de trabajo o cerca y que pueden amamantar con frecuencia pueden recurrir al MELA siempre y cuando satisfagan los tres criterios requeridos. Las mujeres que se separan de sus lactantes para ir a trabajar o por otras razones pueden usar el MELA si están separadas de ellos por menos de cuatro a cinco horas a la vez.

No obstante, las tasas de embarazo pueden ser más elevadas para las mujeres que se separan de sus bebés. El único estudio que evaluó el uso del MELA entre las mujeres que trabajan calculó que su riesgo de embarazo era del 5% durante los primeros seis meses posparto (238). En este estudio, se pidió a las mujeres extraerse leche durante el tiempo que estaban alejadas de sus hijos —por lo menos con igual frecuencia que el patrón de alimentación de la casa y nunca menos de cada cuatro horas. Es posible que la señal enviada al hipotálamo de la madre al extraerse la leche materna para estimular la producción de leche no sea tan fuerte como cuando el bebé mama.

Una mujer que trabaja podría querer usar el MELA pero estar preocupada por que su empleo se lo impedirá. Los proveedores de salud pueden alentar a la mujer a amamantar más frecuentemente cuando está con su bebé. Esto podría asegurar

que el bebé succione lo suficiente para mantener la eficacia anticonceptiva del MELA (238). Los proveedores también pueden informar a la mujer que la lactancia completa y frecuente brinda beneficios inmediatos para la salud del lactante, independientemente de que ella pueda practicar el MELA.

La transición después del MELA

Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a las mujeres a hacer la transición del MELA a otro método de planificación familiar. Pueden ayudarlas a tomar decisiones informadas sobre otro tipo de anticonceptivo cuando aún están usando el MELA o cuando deseen cambiar el MELA por otro método.

Las mujeres que usan el MELA para retrasar su próximo embarazo generalmente desean otra forma de anticoncepción después del MELA para continuar protegiéndose del embarazo. Por ejemplo, en un estudio de 2004 en Amman, Jordania, 41% de mujeres que habían usado el MELA previamente habían hecho la transición al uso del DIU, anticonceptivos orales o condones a los 12 meses posparto. En contraste, 23% de mujeres que amamataron pero no practicaron el MELA habían adoptado uno de estos métodos (27).

Otros métodos anticonceptivos para las mujeres que amamantan

Una mujer que amamanta tiene otras opciones anticonceptivas a su disposición aparte del MELA. Éstas incluyen métodos no hormonales y hormonales. Sus opciones dependen de cuánto tiempo haya transcurrido después de dar a luz (ver el Cuadro 3).

Los métodos no hormonales no afectan la lactancia ni la leche materna, pueden ser usadas por las mujeres que amamantan o sus parejas, entre estos métodos están los condones, los espermicidas, el diafragma, los DIU de cobre y algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, al igual que métodos permanentes: la esterilización femenina y masculina.



Los proveedores pueden informar y aconsejar a las parejas sobre diversas opciones anticonceptivas apropiadas mientras la mujer está amamantando. Si una mujer está utilizando el método de la amenorrea de la lactancia (MELA), los proveedores pueden ayudarla a evitar un embarazo no previsto planificando que haga la transición a otro método mucho antes de que dejen de cumplirse los tres criterios de MELA.

Ilustración: The LINKAGES Project/AED

Las mujeres pueden iniciar estos métodos casi inmediatamente después del parto, excepto el diafragma y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Los expertos recomiendan retrasar el uso del diafragma hasta seis semanas, por lo menos, cuando el útero de la mujer haya recuperado su tamaño normal y el diafragma pueda colocarse (265). Las parejas pueden aprender a usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, pero, para practicarlos con eficacia, deben retrasar su uso hasta seis semanas después del parto o hasta el regreso de la menstruación, dependiendo del método. Este retraso es necesario porque los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad toman en cuenta los signos de fertilidad o bien monitorean los días del ciclo. Los signos de fertilidad pueden ser confusos si una mujer no está teniendo sus ciclos menstruales (265).

Por otra parte, si el DIU de cobre no se coloca inmediatamente después del parto, la inserción debe retrasarse hasta las

cuatro semanas posparto (265). La inserción del dispositivo dentro de las 48 horas después del parto es segura y conveniente. No obstante, existe mayor probabilidad de que se expulse el DIU a medida que las contracciones hacen que el útero regrese a su tamaño normal (226). En forma similar, si la ligadura de trompas no se realiza en la primera semana siguiente al parto, debe demorarse por seis semanas, hasta que el útero se haya contraído (265). Por lo general, la ligadura de trompas se realiza poco después de dar a luz; la inserción del DIU inmediatamente después del parto es menos frecuente. Ambos procedimientos posparto requieren tener capacitación en técnicas especiales (44, 226).

Los métodos hormonales que contienen sólo un progestágeno pueden utilizarse tan pronto como a las seis semanas después del parto. Para ese tiempo, la lactancia ya está bien establecida (265). Los anticonceptivos sólo de progestágeno incluyen ciertos anticonceptivos orales, inyectables, anillos vaginales, implantes y el DIU-LNG. Antes de las seis semanas, pequeñas

cantidades de hormona pasarían al recién nacido, el cual a esa edad no tiene capacidad para metabolizar los esteroides (18, 25, 61). Cuando las hormonas se toman a las seis semanas o más tarde, las pequeñas cantidades contenidas en la leche materna no parecen perjudicar el crecimiento del bebé ni afectar la cantidad y calidad de la leche materna (227).

Seis meses después del parto, una mujer que amamanta también puede usar en forma segura los métodos hormonales combinados, que contienen un estrógeno y un progestágeno. Entre ellos están incluidos los anticonceptivos orales combinados, los inyectables combinados, el parche anticonceptivo y los anillos vaginales combinados. A los seis meses, el efecto que estos métodos podrían tener en la cantidad y calidad de la leche materna, si lo hubiere, es mínimo (194). El uso de estos métodos entre las seis semanas y los seis meses generalmente no se recomienda a menos que no estén disponibles o no sean aceptables otros métodos más apropiados (265).

Cuadro 3. Cuándo pueden las madres que amamantan iniciar un método de planificación familiar después del parto, en comparación con las madres que no amamantan

Método de planificación familiar	Amamantando	No amamantando
Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)	Inmediatamente	No corresponde
Vasectomía Condones Espermicida	Inmediatamente	Inmediatamente
DIU de cobre	Dentro de las 48 horas; de lo contrario, esperar 4 semanas	Dentro de las 48 horas; de lo contrario, esperar 4 semanas
DIU-LNG	Dentro de 7 días; de lo contrario, esperar 6 semanas	Dentro de 7 días; de lo contrario, esperar 6 semanas
Esterilización femenina	Esperar 4 semanas	Esperar 4 semanas
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad*	Esperar hasta que regrese la menstruación	Esperar 4 semanas
Diafragma	Esperar 6 semanas	Esperar 6 semanas
Anticonceptivos sólo de progestágeno Inyectables sólo de progestágeno Anillos vaginales sólo de progestágeno Implantes	Esperar 6 semanas	Inmediatamente
Anticonceptivos orales combinados Inyectables combinados Parche anticonceptivo Anillos vaginales combinados	Esperar 6 meses	Esperar 3 semanas

*El Método de Días Fijos o la planificación familiar basada en el conocimiento de la fertilidad debe postergarse hasta que se reanude el ciclo menstrual regular de la mujer y que ella haya tenido tres períodos posparto. El método tradicional del ritmo (o del calendario) debe demorarse hasta que se reanude el ciclo menstrual regular de la mujer y que ella haya tenido seis períodos posparto, para calcular la duración de su ciclo.



Las mujeres con el VIH enfrentan decisiones cruciales sobre la lactancia

Una madre que vive con el VIH enfrenta una difícil decisión: amamantar a su bebé a fin de proporcionarle nutrientes importantes y protección contra enfermedades potencialmente mortales, o no amamantarlo para evitar el riesgo de transmitirle el VIH a través de la leche materna.

Desde la perspectiva de salud pública, prevenir la transmisión del VIH a través de la lactancia reviste crucial importancia. Se calcula que esta forma de transmisión representa una cuarta parte a la mitad de las infecciones por el VIH, dependiendo de cuánto dure la lactancia (54, 259) (ver la Figura 2).

Una madre infectada también puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo o al dar a luz. De 100 niños nacidos de madres con VIH no tratadas con antirretrovirales, se calcula que 15 a 25 serán infectados por el virus durante la gestación y el parto. Si las madres con VIH amamantan a sus bebés hasta los seis meses de edad, se infectarían 5 a 10 más de estos 100 niños. Si la lactancia dura entre 18 y 24 meses, 15 a 20 de estos niños quedarían infectados por medio de la leche materna (259).

En promedio, entre los bebés no infectados al nacer, amamantados por madres con VIH no tratadas, 16% quedarán infectados cuando la lactancia continúa por un lapso de dos años (32, 54, 63, 96, 105, 156). La lactancia exclusiva durante menos tiempo minimiza el riesgo (ver la pág. 18). Actualmente hay estudios en curso para evaluar si tratar a las madres y a sus lactantes con terapia antirretroviral reducirá la transmisión a través de la leche materna (ver la pág. 22).

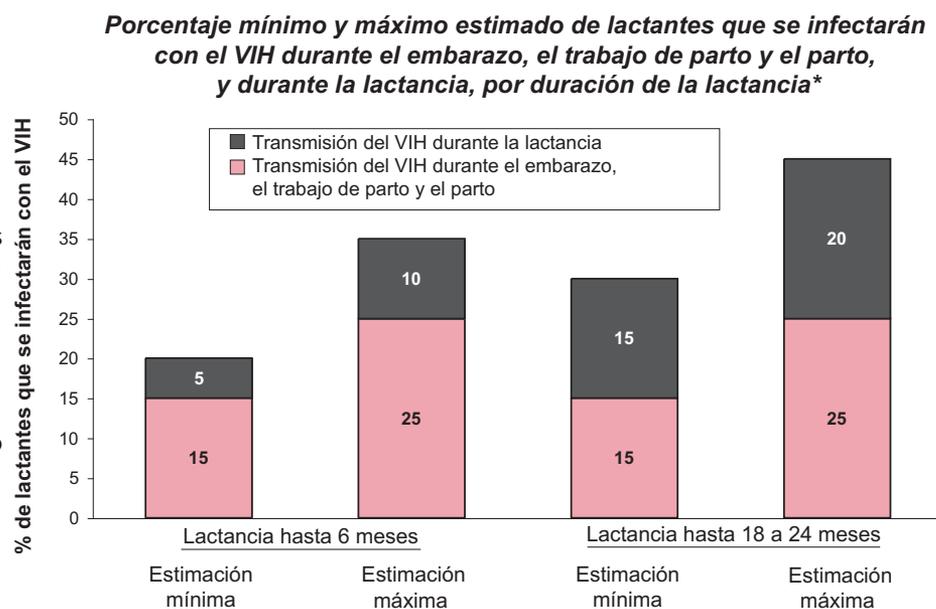
Cómo equilibrar los riesgos

A los riesgos que la lactancia plantea a los bebés de madres con VIH se contraponen los riesgos y consecuencias de la falta de lactancia. En los países en desarrollo, las enfermedades diarreicas y respiratorias son comunes, y a menudo fatales, para los bebés —y considerablemente más comunes y mortales para aquéllos que no son amamantados que para los que sí lo son. Los bebés que no son amamantados pierden la protección inmunológica temprana que brinda la leche materna y corren riesgo de desnutrición y exposición al agua contaminada. Se calcula que más de la mitad de las muertes entre los niños pequeños son atribuibles a la desnutrición (38). La lactancia puede prevenir muchas de estas muertes, especialmente la lactancia exclusiva, porque promueve mayor aumento de peso durante la infancia (págs. 12–13).

Las mujeres con el VIH y sus proveedores de salud tienen que considerar los diversos riesgos y consecuencias al decidir si amamantar o no y, de hacerlo, cuándo iniciar la alimentación de reemplazo. Por el momento, no hay pruebas confiables que detecten el VIH en los lactantes lo bastante temprano como para afectar la decisión de una madre respecto a la alimentación. En cambio, el considerar los riesgos y consecuencias muchas veces depende de las circunstancias que enfrenta una mujer infectada:

- ¿Puede obtener alimentos de reemplazo seguros para su bebé? Una madre o familia debe tener los recursos para pagar los alimentos de reemplazo y también los utensilios y habilidades para prepararlos correcta e higiénicamente.
- ¿Puede cuidar adecuadamente de su propia salud mientras amamanta? Es importante que las mujeres infectadas por el VIH mantengan una nutrición adecuada porque la infección avanza más rápido en mujeres que están desnutridas. Las madres con VIH que están amamantando también deben cuidar sus senos para prevenir problemas como la mastitis, que incrementa la probabilidad de pasar el VIH a sus bebés a través de la lactancia (ver la pág. 20).

Figura 2. Riesgo estimado de infección por el VIH entre lactantes y niños pequeños



* Estimaciones hechas en base a 100 lactantes nacidos de madres VIH-positivas quienes no reciben tratamiento.

La estimación de la transmisión por lactancia a los seis meses incluye la transmisión al principio del amamantamiento (durante los primeros 2 meses), la cual es difícil diferenciar de la transmisión durante el trabajo de parto y parto en los estudios publicados pero probablemente represente más de la mitad de la transmisión del VIH durante los primeros seis meses posteriores al parto.

Los datos son totales acumulados; es decir, las estimaciones de la transmisión por lactancia para los 24 meses incluye la transmisión que ocurre antes de los seis meses.

Fuente: OMS 2003 (259)

Population Reports

- ¿Puede conseguir el respaldo de su familia y la comunidad para brindar alimentación de reemplazo en lugar de la lactancia? En algunos lugares no amamantar es equivalente a reconocer que una tiene la infección por el VIH y expone a las mujeres al estigma social y la censura que enfrentan muchas personas que viven con este mal.

En contraste, un tema del que no deben preocuparse las mujeres con el VIH es que la lactancia dañe su propia salud o las ponga en mayor riesgo de muerte mientras amamantan (33, 49, 115, 125, 201).

Si bien alternativas a la leche materna seguras y nutritivas eliminarían el riesgo de transmisión del VIH, éstas generalmente no están disponibles, son demasiado costosas o culturalmente inaceptables (ver la pág. 20). En áreas donde hay elevadas tasas de mortalidad entre lactantes y niños, y no existen alternativas apropiadas a la leche materna para el bebé de una mujer con el VIH, no amamantar es más peligroso que amamantar —particularmente porque la mayoría de los niños amamantados por madres VIH-positivas no se infectan. Un estudio que evaluó el riesgo de distintas estrategias de alimentación usando un simulador encontró que en las áreas pobres con higiene deficiente (como es gran parte de África Subsahariana) el riesgo de muerte asociado con la alimentación de reemplazo excede significativamente el riesgo de la transmisión del VIH (y la muerte) asociado con la lactancia durante seis meses (191). El estudio calculó que, en comparación con la alimentación de reemplazo, cualquier tipo de lactancia que brinden las madres infectadas con el VIH durante los primeros seis meses tendría como resultado 60 infecciones por el VIH, pero una reducción de 100 muertes debidas a otras causas por cada 1,000 nacidos vivos.

La transmisión del VIH a través de la lactancia se puede reducir practicando la lactancia exclusiva, por menos tiempo.

Se puede reducir la transmisión del VIH que se produce a través de la lactancia

El riesgo de infección por el VIH varía sustancialmente dependiendo del patrón y de la duración de la lactancia.

La lactancia por corto tiempo plantea menos riesgo. Aun unas pocas semanas o meses de lactancia proporcionan a los bebés nutrición y protección contra las enfermedades. Las mujeres con el VIH pueden amamantar para brindar estos beneficios y suspender la lactancia pronto a fin de reducir la probabilidad de infectar a sus lactantes. El riesgo de transmisión del VIH es acumulativo, es decir, cuanto más prolongada es la lactancia, mayor es la probabilidad de infección (32, 65). No obstante, los hallazgos de las investigaciones son mixtos respecto a si el riesgo en las primeras semanas de lactancia es más elevado que meses más tarde (32, 50, 67, 96, 132, 150, 156).

La lactancia exclusiva tiene menos riesgo que la alimentación mixta. Introducir otros alimentos mientras se está amamantando aumenta la probabilidad de transmitir el VIH (96). Un estudio reciente realizado en Zimbabwe, donde

participaron más de 4.000 madres VIH-positivas y sus bebés, encontró que la lactancia exclusiva durante los primeros meses de la vida de un bebé es más segura que la introducción temprana de otros alimentos. Comparados con bebés que recibieron lactancia exclusiva durante sus primeros tres meses, los bebés que recibieron alimentación mixta tenían una probabilidad 4 veces mayor de haber adquirido el VIH a los 6 meses. Los bebés amamantados en forma exclusiva en sus primeros meses de vida también estaban mejor cuando se les brindaba alimentación de reemplazo junto con leche materna. En comparación, los bebés que recibieron alimentación mixta temprana tenían una probabilidad 3,8 veces mayor de haber adquirido el VIH a los 12 meses y 2,6 veces mayor a los 18 meses (96). Este estudio confirma hallazgos anteriores (50).

No queda claro por qué la alimentación mixta es menos segura que la lactancia exclusiva. Se cree que otros alimentos alteran el revestimiento intestinal del lactante en los primeros meses de vida, permitiendo que el VIH pase más fácilmente a la corriente sanguínea (37, 213). De todos modos, los intestinos de un bebé pequeño son altamente permeables, lo cual facilita que absorba las inmunoglobulinas y adquiera otro tipo de inmunidad pasiva mediante la leche materna (116). La lactancia facilita que se cierren más rápido las separaciones intestinales, mientras que otros alimentos distintos a la leche materna pueden inflamar y dañar las células intestinales (37, 249).

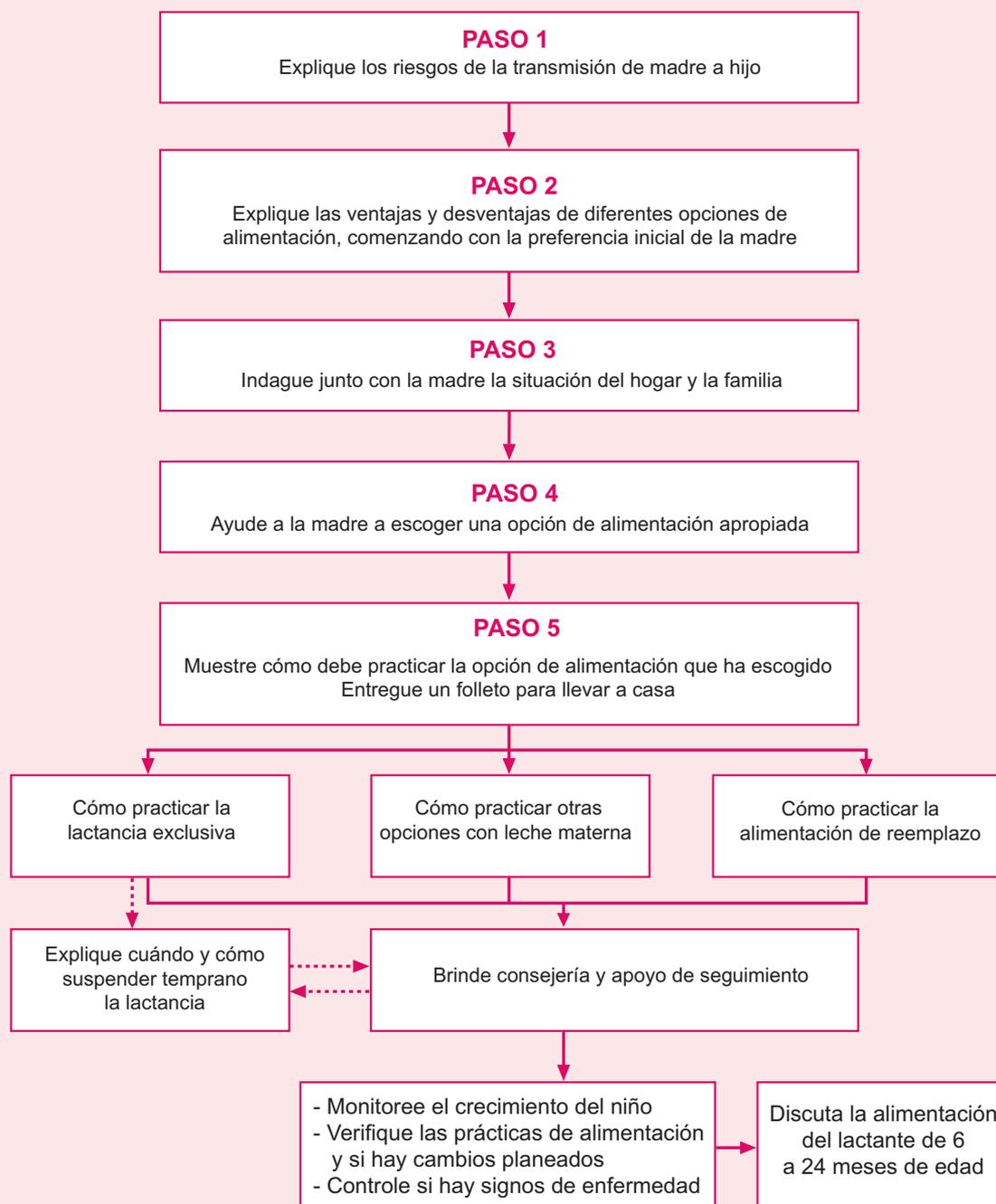
El estudio de Zimbabwe también reveló que incluso la lactancia predominante (es decir dar solamente líquidos como agua, té o jugo además de la leche materna) incrementaba el riesgo de transmisión del VIH. Comparados con los lactantes amamantados exclusivamente, los bebés que fueron amamantados en forma predominante durante sus primeros tres meses de vida tenían una probabilidad 2,6 veces mayor de haber adquirido el VIH a los 12 meses de edad (96).

¿Qué aconsejan los expertos?

La OMS y otras agencias de la ONU recomiendan que las madres VIH-positivas eviten la lactancia siempre y cuando la alimentación de reemplazo satisfaga cinco criterios esenciales: económicamente accesible, factible, aceptable, sostenible y segura (a menudo referidos como criterios AFASS, según la letra inicial de cada criterio en inglés.) De otro modo, y esto se aplicaría a la gran mayoría de países en desarrollo, las madres VIH-positivas deberían amamantar exclusivamente a sus bebés durante sus primeros meses de vida y luego suspender la lactancia si la alimentación de reemplazo cumple esos cinco criterios o cuando la leche materna ya no sea adecuada (259). El mayor riesgo de la alimentación mixta temprana implica que los lactantes de madres con VIH tienen que dejar de amamantar de golpe, en vez de gradualmente, cuando cambian a la alimentación de reemplazo.

En lugares donde la alimentación de reemplazo para los lactantes puede cumplir los cinco criterios esenciales, como en gran parte del mundo desarrollado, la decisión es clara: las mujeres deben evitar la lactancia si tienen el VIH y brindar sólo alimentos de reemplazo apropiados. En muchas partes del mundo en desarrollo, sin embargo, la decisión es más difícil. Los alimentos de reemplazo seguros generalmente no

Diagrama de flujo para consejería sobre el VIH y la alimentación del lactante



Este diagrama de flujo ilustra el proceso de consejería que pueden seguir los proveedores de salud para dar apoyo a las madres VIH-positivas que deben decidir acerca de la alimentación de sus bebés. Está basado en el rotafolios de tarjetas de consejería sobre el VIH y la alimentación del lactante, que se usan durante las sesiones individuales con embarazadas y madres. Es una de las cuatro herramientas de consejería sobre el VIH y la alimentación del lactante desarrolladas por la

UNICEF y la OMS.

Para mayor información sobre estas herramientas y cómo adaptarlas al uso local, diríjase al Departamento de Desarrollo de la Salud del Niño y el Adolescente de la Organización Mundial de la Salud por correo electrónico a <cah@who.int>, por teléfono al +441-22-791-32-81, o por correo postal a 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.



pueden obtenerse con facilidad. La mayoría de las familias no tienen los recursos para comprar, preparar o almacenar correctamente la fórmula comercial. Los sustitutos de la leche materna hechos en casa deben medirse con cuidado y prepararse y almacenarse en condiciones estériles, lo cual a menudo es difícil o imposible. Los sustitutos tradicionales de la leche materna más comunes, como el agua de arroz, no proveen suficiente nutrición. Todos estos factores hacen que la alimentación de reemplazo sea difícil o peligrosa.

Qué pueden hacer los proveedores y las madres

En última instancia, la decisión de cada madre VIH positiva sobre la lactancia es una decisión propia e individual. Por su parte, los proveedores de salud deben hacerse responsables de garantizar que ella tenga información correcta y adecuada para tomar tal decisión, y deben apoyar la decisión que tome. En particular, pueden ayudar a las mujeres a sopesar los riesgos de la lactancia y de la alimentación de reemplazo.

La OMS, UNICEF y otras organizaciones de salud internacionales sugieren varias formas en que los proveedores pueden dar consejo y alentar a las mujeres con el VIH para que tomen decisiones informadas sobre la lactancia, y pueden aconsejar a las mujeres VIH negativas o a las que desconocen su estado respecto al VIH que eviten infectarse y que se hagan las pruebas de detección (119, 136, 167, 259). Sus consejos incluyen los siguientes:

Un estudio en Rakai, Uganda, sugiere que, para una mujer, las probabilidades de contraer el VIH podrían ser más elevadas durante el embarazo que en cualquier otro momento.

Evitar la infección por el VIH. Si una mujer es VIH negativa o desconoce su estado respecto al VIH, necesita protegerse contra la infección y, si está en riesgo, ella y su pareja sexual deben utilizar condones sistemáticamente. La investigación reciente sugiere que sus probabilidades de contraer el VIH podrían ser más elevadas durante el embarazo que en otro momento. Un amplio estudio en Rakai, Uganda, reporta que las embarazadas tienen un riesgo 2,3 veces mayor de contraer el VIH que las mujeres que no están embarazadas ni amamantando, y un riesgo 1,8 veces mayor que las mujeres que están amamantando (81).

Evitar la infección por el VIH mientras se amamanta es particularmente importante por la salud del bebé. Si una mujer se infecta con el VIH durante este período, el riesgo de contagiar a su hijo es más del doble del riesgo de las mujeres que lo contraen antes de dar a luz (63, 65, 240).

Hacerse las pruebas del VIH y buscar consejería. Cuando las mujeres conocen su estado respecto al VIH y reciben consejería, puede tomar decisiones más informadas respecto a la alimentación de sus hijos y cómo proteger su propia salud. La transmisión del VIH a través de la leche materna es más probable entre las madres con niveles altos del VIH en su

leche (67, 104, 193, 202) o en el plasma materno (75, 132, 202). Los altos niveles del virus típicamente ocurren cuando el sistema inmunológico comienza a deteriorarse. Estos altos niveles también se dan en la infección primaria por el VIH — es decir, la primera fase de la infección, cuando el virus se multiplica rápidamente antes de que el sistema inmunológico desarrolle anticuerpos para contrarrestarlo (110). Lamentablemente, las pruebas más ampliamente disponibles no pueden detectar la infección del VIH tan temprano.

La fortaleza del sistema inmunológico de una persona infectada por el VIH y la gravedad de la infección se reflejan en el recuento de células CD4+, también conocido como el recuento celular T4. Este recuento declina cuando el VIH se está multiplicando aceleradamente, lo cual es indicativo de enfermedad avanzada. Por lo tanto, las madres con recuentos bajos de células CD4+ corren mayor riesgo de transmitir el virus mediante la lactancia (32, 65, 96, 132).

Muchas mujeres se rehúsan a hacerse las pruebas del VIH. Algunas temen cargar con el estigma y ser condenadas por su comunidad al enterarse de que tienen la infección. Otras creen que no tiene sentido hacerse las pruebas porque no pueden obtener tratamiento ni acceso a buenos servicios de salud reproductiva. Mejorar la calidad del tratamiento y la consejería disponibles para las madres con VIH puede ayudar a superar tal rechazo (106). Los proveedores pueden aconsejar a las mujeres sobre la importancia de conocer su estado respecto al VIH para tomar decisiones informadas sobre su propia salud y la salud de sus bebés. Además, los proveedores pueden alentar a la mujer a buscar las pruebas de detección junto con su esposo o su pareja, de manera que pueden superar algunas de estas barreras.

Mantener una buena salud. Las mujeres que están amamantando, tanto las infectadas por el VIH como las que desconocen su estado respecto al virus, deben prestar más atención y cuidado a la salud de sus senos. La mastitis, abscesos mamarios y heridas en el pezón aumentan el riesgo de transmisión del VIH mediante la lactancia (65, 67, 104, 202, 250). Para ayudar a evitar estos problemas, los proveedores de salud pueden aconsejar y ayudar a las madres que amamantan sobre las posiciones para colocar al bebé y hacerle agarrar el pezón, y recomendar que lo alimenten con frecuencia de ambos pechos. También es importante cuidar de la salud bucal del lactante. La candidiasis oral o muguet (una infección micótica de la boca) en los lactantes parece incrementar la transmisión del VIH mediante la lactancia (65). Los proveedores pueden enseñar a las madres a identificar y buscar tratamiento para los problemas de sus senos o la candidiasis oral del lactante.

Los proveedores de atención de salud también pueden ayudar a que las mujeres mantengan la nutrición adecuada. Cuando hay una buena nutrición, el VIH avanza más lentamente. Por ejemplo, un estudio de Tanzania encontró que el VIH avanzó menos rápido en las madres que tomaron suplementos de vitaminas B, C y E que entre las madres que recibieron un placebo (68). En Zimbabwe, un estudio reveló que la transmisión del VIH mediante la lactancia disminuía a medida que incrementaba el grosor de la parte superior del brazo de la madre (la circunferencia de la parte superior del brazo es un indicador del estado nutricional) (96).

Mejorar la nutrición de la madre para reducir el avance de la enfermedad es beneficioso tanto para la madre como para el bebé. Un estudio en Zambia encontró que los bebés libres del virus cuyas madres tenían infección avanzada por el VIH tenían una probabilidad 2,9 veces mayor de morir, y 2,6 veces mayor de ser hospitalizados que los bebés libres del virus de madres con infección por VIH menos avanzada (124). Además, cuando el VIH avanza más lentamente, los niveles del virus en el cuerpo de la madre permanecen bajos, y por lo tanto es menor la probabilidad de que el VIH pase al bebé durante la lactancia (32, 65, 132).

Considerar una gama de opciones para alimentar al bebé.

Dar consejería a una mujer sobre las opciones más saludables en su situación y sobre métodos de alimentación de reemplazo puede habilitarla para tomar decisiones informadas (259) (ver el diagrama de flujo en la pág. 19).

Para las mujeres que amamantan:

Si una mujer que tiene el VIH decide amamantar a su recién nacido, tiene varias opciones.

• Lactancia exclusiva.

La lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida (evitando la alimentación mixta) es por lo general la mejor forma de aumentar la seguridad de la lactancia, dándole al lactante al mismo tiempo la nutrición ideal y la protección inmunológica de la leche materna. La lactancia exclusiva se recomienda a las madres VIH-positivas cuando la alimentación de reemplazo no cumple con los cinco criterios esenciales. La lactancia debe suspenderse si (o cuando) no pueden cumplirse todos estos criterios o cuando la lactancia exclusiva deja de ser adecuada en términos de nutrición. Se recomienda suspender la lactancia temprano, de modo que el período en el cual el lactante está expuesto a la transmisión del VIH por la leche sea corto. Además, las madres deben dejar de amamantar de golpe, en lugar de hacerlo gradualmente, en vista de que la alimentación mixta plantea un riesgo más grande.

• **Extraer la leche materna y someterla al calor.** Las mujeres pueden extraerse la leche ya sea manualmente o usando un extrator. La leche extraída puede someterse a un proceso de calentamiento muy rápido o pasteurizarse y luego enfriarse para matar el VIH y las células portadoras

del mismo. El proceso de calentamiento rápido (*flash-heating*) consiste en calentar la leche materna en un baño de agua (es decir, en un recipiente doble para calentar a baño María) hasta que el agua comience a hervir, y luego retirar la leche del baño de agua y del fuego (42). Un método sencillo y económico de pasteurización en casa, Pasteurización Pretoria, consiste en hacer hervir una cacerola de agua, retirarla del fuego, colocar inmediatamente en el agua la leche materna en un frasco tapado, y dejarla allí por 20 minutos (103). Las pruebas de laboratorio han demostrado que tanto la pasteurización como el calentamiento rápido desactivan el VIH (99). Someterla al calor destruye algunos de los componentes de la leche, pero aun así es mejor para los bebés que las fórmulas comerciales o la leche de animales.

• **Usar nodrizas.** Permitir que una pariente u otra persona amante al bebé es aceptable en algunas culturas cuando la madre está muy enferma o no tiene suficiente leche (94, 276). No obstante, usar nodrizas puede no ser tan seguro. Se han reportado casos de transmisión del VIH mediante nodrizas que no habían sido diagnosticadas con la infección (206). El uso de una nodriza debe considerarse solamente cuando las pruebas del VIH de la posible nodriza son negativas y permanecen igual durante todo el período de lactancia.

Para las mujeres que pueden elegir la alimentación de reemplazo:

Si la alimentación de reemplazo cumple con los cinco criterios esenciales, una mujer que tiene el VIH puede optar por evitar totalmente la lactancia. En este caso, puede considerar varias opciones, cada una de ellas con riesgos y beneficios específicos:

• **Fórmulas comerciales.** Las fórmulas comerciales para lactantes constituyen una opción si son económicas y si se puede confiar en que se tendrá los suministros disponibles, al igual que agua limpia, combustible, utensilios,

Una mujer infectada por el VIH tiene varias opciones para alimentar a su bebé; cada una de ellas conlleva ciertos riesgos y beneficios específicos. Con la ayuda de un proveedor de salud, una mujer VIH-positiva puede tomar decisiones informadas sobre la lactancia y elegir la opción que mejor se ajuste a sus circunstancias. Ilustración: Peggy Kooniz Booher, Kurt Mulholland y Víctor Nolasco/URC/QAP



las habilidades necesarias y el tiempo para preparar los alimentos en forma correcta e higiénica. Las fórmulas comerciales líquidas, a base de leche animal modificada o proteína de soya son las más parecidas a la leche materna en su composición nutritiva, pero carecen de los ácidos grasos esenciales, hormonas, células inmunológicas y otros factores presentes en la leche materna. Las fórmulas comerciales también vienen en polvo. Aunque a menudo éstas son más económicas que la fórmula líquida, no siempre son higiénicas. Muchas contienen contaminantes y, ocasionalmente, algunas contienen bacterias peligrosas para los pequeños lactantes (266).

- **Leche animal modificada en casa.** La leche de vaca o de cabra por lo general se encuentra fácilmente disponible, ya sea fresca o en polvo, y puede costar menos que la fórmula comercial. No obstante, no es adecuada para los lactantes menores de seis meses de edad, a menos que se la modifique en forma apropiada. Debe diluirse con agua hervida limpia para aumentar su contenido líquido y mezclarse con azúcar a fin de mejorar su contenido energético (259). Además, la leche de animales no proporciona suficiente cantidad de ciertos minerales y vitaminas (173). Complementar la leche animal con estos micronutrientes es esencial pero puede ser costoso y, por lo tanto, estar fuera de alcance para muchas personas.

Actualmente hay varios ensayos clínicos en curso o planeados que intentan evaluar si los medicamentos antirretrovirales pueden reducir la transmisión del VIH mediante la lactancia más allá de las primeras semanas posparto.

Buscar tratamiento antirretroviral. Los medicamentos antirretrovirales (ARV) que se recetan a las mujeres VIH-positivas durante el embarazo y el parto y/o a los bebés durante el parto y las primeras semanas de lactancia ayudan a tratar la infección y pueden reducir el riesgo de infección por el VIH en sus hijos (263). Los tratamientos cortos con un solo ARV y con combinaciones de medicamentos ARV, como la zidovudina, lamivudina y nevirapina, reducen el riesgo de transmitir el VIH durante el embarazo y el parto (143, 224) al igual que durante las primeras semanas posparto (71, 133, 218). Muchos ensayos clínicos han evaluado estos medicamentos en cuanto a su seguridad y eficacia y han encontrado dos efectos: disminuyen la multiplicación del VIH en la madre y ayudan a proteger al bebé durante y después de la exposición al virus (248). Efavirenz, que se usa en algunas combinaciones de ARV, no debe indicarse a las embarazadas porque interfiere en el desarrollo del sistema nervioso central del feto (262).

Actualmente hay varios ensayos clínicos en curso o planeados que intentan evaluar si estos medicamentos pueden reducir la transmisión del VIH mediante la lactancia más allá de las primeras semanas posparto. Algunos regímenes farmacológicos indican tratar a la madre tanto en la etapa tardía del embarazo, como durante la lactancia a fin de reducir la cantidad de virus en su leche (74). Otros indican dar ARV a los bebés que son amamantados para reducir las probabilidades de infección a través de la lactancia (74).

Hay estudios clínicos planeados o en curso en Etiopía, India y Uganda para tratar a lactantes no infectados durante sus primeras seis semanas de vida. En estudios en Botswana, Ruanda, Tanzania, Uganda, Sudáfrica y Zimbabwe se dará tratamiento a los lactantes hasta sus primeros seis meses de vida. Además, el ensayo clínico de Botswana, al igual que ensayos en Burkina Faso, Kenia, Malawi y Tanzania, aplicará a las madres la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) hasta por seis meses después del parto para intentar reducir la transmisión durante la lactancia (74). En un subgrupo de mujeres y bebés del ensayo llevado a cabo en Botswana, las concentraciones de nevirapina en los lactantes de madres que recibieron este ARV durante casi cuatro meses posparto alcanzó niveles que pueden inhibir la infección por el VIH (204).

Otra opción que se está explorando es tratar directamente la leche materna con microbicidas (agentes que destruyen el VIH). Estudios iniciales sugieren que el microbicida dodecil sulfato de sodio (DSS) es prometedor. Agregar una pequeña cantidad de DSS a la leche materna elimina todo el VIH sin producirle ningún daño a la leche (237).

Los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo se están expandiendo; pero por el momento aún tienen poca cobertura (165). En los países más afectados por el SIDA, aproximadamente a 10% de las embarazadas se les ofrece actualmente servicios para prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo y el parto (107). Una estrategia que no ha recibido suficiente énfasis es evitar los embarazos no deseados entre las mujeres con el VIH. En términos de salud pública, evitar los embarazos no deseados sería la sola acción que reduciría en mayor medida el número de lactantes infectados por el virus (261). En cambio, la mayoría de programas se enfocan en la terapia con antirretrovirales, prevenir la infección por el VIH entre los futuros padres y en garantizar prácticas seguras para atender el parto. Las embarazadas que son VIH-positivas también aprenden cómo reducir el riesgo de pasar la infección a sus hijos y cómo alimentarlos de la forma más segura, por ejemplo, amamantándolos exclusivamente durante sus primeros meses de vida (119). *(La versión en español de este número se publicó en Enero de 2007).*

Bibliografía

Esta bibliografía sólo incluye las citas de los materiales que fueron más útiles en la preparación de este informe. Los números de referencia para los materiales citados aparecen en cursiva dentro del texto. La bibliografía completa puede encontrarse en el sitio Web de INFO en <http://www.populationreports.org/114/>.

A la fecha de publicación, todos los enlaces incluidos en esta bibliografía se encuentran actualizados.

9. ARENZ, S., RUCKERL, R., KOLETZKO, B., and VON KRIES, R. Breastfeeding and childhood obesity—A systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 28(10): 1247-1256. Oct. 2004.
11. ARIEEN, S., BLACK, R.E., ANTELMAN, G., BAQUI, A., CAULFIELD, L., and BECKER, S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 108(4): E67. Oct. 2001.
14. BACHRACH, V.R., SCHWARZ, E., and BACHRACH, L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 157(3): 237-243. Mar. 2003.
15. BAHL, R., FROST, C., KIRKWOOD, B.R., EDMOND, K., MARTINES, J., BHANDARI, N., and ARTHUR, P. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: Multi-center cohort study. *Bulletin of the World Health Organization* 83(6): 418-426. Jun. 2005.
22. BERNIER, M.O., PLU-BUREAU, G., BOSSARD, N., AYZAC, L., and THALABARD, J.C. Breastfeeding and risk of breast cancer: A meta-analysis of published studies. *Human Reproduction Update* 6(4): 374-386. Jul./Aug. 2000.
24. BLACK, R.E., MORRIS, S.S., and BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 361(9376): 2226-2234. Jun. 28, 2003.
27. BONGIOVANNI, A., SAMAM'H, M.A., AL'SARABI, R.H., MASRI, S.D., ZEHNER, E.R., and HUFFMAN, S.L. LAM promotion in Jordan addresses unmet need for contraception in the extended postpartum period. Washington, D.C., The LINKAGES Project, Academy for Educational Development, 2005.
29. BOSNJAK, A.P., BATINICA, M., HEGEDUS-JUNGVIRTH, M., GRGU-RIC, J., and BOZIKOV, J. The effect of Baby-Friendly Hospital Initiative and postnatal support on breastfeeding rates—Croatian experience. *Collegium Antropologicum* 28(1): 235-243. Jun. 2004.
32. BREASTFEEDING AND HIV INTERNATIONAL TRANSMISSION STUDY GROUP. Late postnatal transmission of HIV-1 in breastfed children: An individual patient data meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases* 189(12): 2154-2166. Jun. 15, 2004.
33. BREASTFEEDING AND HIV INTERNATIONAL TRANSMISSION STUDY GROUP. Mortality among HIV-1-infected women according to children's feeding modality. An individual patient data meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 39(4): 430-438. Aug. 1, 2005.
48. COUTINHO, S.B., DE LIRA, P.I., DE CARVALHO LIMA, M., and ASHWORTH, A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 366(9491): 1094-1100. Sep. 24, 2005.
49. COUTSODIS, A., COOVADIA, H., PILLAY, K., and KUHN, L. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS* 15(5): 653-655. Mar. 30, 2001.
50. COUTSODIS, A., PILLAY, K., KUHN, L., SPOONER, E., TSAI, W.Y., and COOVADIA, H.M. 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* 15(3): 379-387. Feb. 16, 2001.
54. DE COCK, K.M., FOWLER, M.G., MERCIER, E., DE VINCENZI, I., SABA, J., HOFF, E., ALNWICK, D.J., ROGERS, M., and SHAFFER, N. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association* 283(9): 1175-1182. Mar. 1, 2000.
65. EMBREE, J.E., NJENGA, S., DATTA, P., NAGELKERKE, N.J., NDINYA-ACHOLA, J.O., MOHAMMED, Z., RAMDAHIN, S., BWAYO, J.J., and PLUMMER, F.A. Risk factors for postnatal mother-child transmission of HIV-1. *AIDS* 14(16): 2535-2541. Nov. 10, 2000.
68. FAWZI, W.W., MSAMANGA, G.I., SPIEGELMAN, D., WEI, R., KAPIGA, S., VILLAMOR, E., MWAKAGILE, D., MUGUSI, F., HERTZMARK, E., ESSEX, M., and HUNTER, D.J. A randomized trial of multivitamin supplements and HIV disease progression and mortality. *New England Journal of Medicine* 351(1): 23-32. Jul. 1, 2004.
74. GAILLARD, P., FOWLER, M.G., DABIS, F., COOVADIA, H., VAN DER HORST, C., VAN ROMPAY, K., RUFF, A., TAHA, T., THOMAS, T., DE VINCENZI, I., and NEWELL, M.L. Use of antiretroviral drugs to prevent HIV-1 transmission through breastfeeding: From animal studies to randomized clinical trials. Ghent IAS Working Group on HIV in Women and Children. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 35(2): 178-187. Feb. 1, 2004.
76. GAU, M.L. Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies* 41(4): 425-435. May 2004.
96. ILIFF, P.J., PIWOZ, E.G., TAVENGWA, N.V., ZUNGUZA, C.D., MARINDO, E.T., NATHOO, K.J., MOULTON, L.H., WARD, B.J., and HUMPHREY, J.H. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS* 19(7): 699-708. Apr. 29, 2005.
99. ISRAEL-BALLARD, K., CHANTRY, C., DEWEY, K., LÖNNERDAL, B., SHEPPARD, H., DONOVAN, R., CARLSON, J., SAGE, A., and ABRAMS, B. Viral, nutritional, and bacterial safety of flash-heated and Pretoria-pasteurized breastmilk to prevent mother-to-child transmission of HIV in resource-poor countries: A pilot study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 40(2): 175-181. Oct. 1, 2005.
101. JAKOBSEN, M., SODEMANN, M., NYLEN, G., BALE, C., NIELSEN, J., LISSE, I., and AABY, P. Breastfeeding status as a predictor of mortality among refugee children in an emergency situation in Guinea-Bissau. *Tropical Medicine and International Health* 8(11): 992-996. Nov. 2003.
105. JOHN, G.C., RICHARDSON, B.A., NDUATI, R.W., MBORI-NGACHA, D., and KREISS, J.K. Timing of breastmilk HIV-1 transmission: A meta-analysis. *East African Medical Journal* 78(2): 75-79. Feb. 2001.
108. JONES, G., STEKETEE, R.W., BLACK, R.E., BHUTTA, Z.A., and MORRIS, S.S. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 362(9377): 65-71. Jul. 5, 2003.
115. KILEWO, C., KARLSSON, K., SWAI, A., MASSAWA, A., LYAMUYA, E., MHALU, F., and BIBERFELD, G. Mortality during the first 24 months after delivery in relation to CD4 T-lymphocyte levels and viral load in a cohort of breastfeeding HIV-1-infected women in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 38(5): 598-602. Apr. 15, 2005.
119. KONIZ-BOOHER, P., BURKHALTER, B., DE WAGT, A., ILIFF, P., and WILLUMSEN, J., eds. HIV and infant feeding: A compilation of programmatic evidence. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, University Research Co, LLC, Jul. 2004. 108 p.
122. KRAMER, M.S. and KAKUMA, R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: A systematic review. Geneva, World Health Organization, 2002. 47 p.
124. KUHN, L., KASONDE, P., SINKALA, M., KANKASA, C., SEMRAU, K., SCOTT, N., TSAI, W.Y., VERMUND, S.H., ALDROVANDI, G.M., and THEA, D.M. Does severity of HIV disease in HIV-infected mothers affect mortality and morbidity among their uninfected infants? *Clinical Infectious Diseases* 41(11): 1654-1661. Dec. 1, 2005.
125. KUHN, L., KASONDE, P., SINKALA, M., KANKASA, C., SEMRAU, K., VVALIKA, C., TSAI, W.Y., ALDROVANDI, G.M., and THEA, D.M. Prolonged breastfeeding and mortality up to two years postpartum among HIV-positive women in Zambia. *AIDS* 19(15): 1677-1681. Oct. 14, 2005.
128. LABBOK, M.H., HIGHT-LAUKARAN, V., PETERSON, A.E., FLETCHER, V., VON HERTZEN, H., and VAN LOOK, P.F. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): 1. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception* 55(6): 327-336. Jun. 1997.
129. LATHAM, M. and KISANGA, P. Current status of protection, support, and promotion of breastfeeding in four African countries. Ithaca, New York, Cornell University, Mar. 2001. 90 p.
133. LEROY, V., SAKAROVITCH, C., CORTINA-BORJA, M., MCINTYRE, J., COOVADIA, H., DABIS, F., and NEWELL, M.L. Is there a difference in the efficacy of peripartum antiretroviral regimens in reducing mother-to-child transmission of HIV in Africa? *AIDS* 19(16): 1865-1875. Nov. 4, 2005.
136. LINKAGES PROJECT. Infant feeding options in the context of HIV. Washington, D.C., The Linkages Project, Academy for Educational Development, May 2005. 25 p. (Available: http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/Infant_Feeding_Options.pdf)
138. LOPEZ-ALARCON, M., VILLALPANDO, S., and FAJARDO, A. Breastfeeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *Journal of Nutrition* 127(3): 436-443. Mar. 1997.
141. MARTIN, R.M., GUNNELL, D., OWEN, C.G., and SMITH, G.D. Breastfeeding and childhood cancer: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Cancer*. Jun. 28, 2005.
154. MORROW, A.L., GUERRERO, M.L., SHULTS, J., CALVA, J.J., LUTTER, C., BRAVO, J., RUIZ-PALACIOS, G., MORROW, R.C., and BUTTERFOSS, F.D. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Lancet* 353(9160): 1226-3121. Apr. 10, 1999.
156. NDUATI, R., JOHN, G., MBORI-NGACHA, D., RICHARDSON, B., OVERBAUGH, J., MWATHA, A., NDINYA-ACHOLA, J., BWAYO, J., ONYANGO, F.E., HUGHES, J., and KREISS, J. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association* 283(9): 1167-1174. Mar. 1, 2000.
162. ODDY, W.H. The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeeding Review* 10(3): 5-18. Nov. 2002.
185. QUINN, V., GUYON, A., SCHUBERT, J., STONE-JIMENEZ, M., HAINSWORTH, M., and MARTIN, L. Improving breastfeeding practices at broad scale at the community level: Success stories from Africa and Latin America. Washington, D.C., The LINKAGES Project, Academy for Educational Development, 2005.
187. RAPPLEY, G. Keeping mothers and babies together—Breastfeeding and bonding. *RCM Midwives Journal* : Official Journal of the Royal College of Midwives 5(10): 332-334. Oct. 2002.
188. REA, M.F. and MORROW, A.L. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding among women in the labor force. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 554: 121-132. 2004.
191. ROSS, J.S. and LABBOK, M.H. Modeling the effects of different infant feeding strategies on infant survival and mother-to-child transmission of HIV. *American Journal of Public Health* 94(7): 1174-1180. Jul. 2004.
195. RUTSTEIN, S.O. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl 1): S7-S24. Apr. 2005.
199. SEAL, A., TAYLOR, A., GOSTELOW, L., and MCGRATH, M. Review of policies and guidelines on infant feeding in emergencies: Common ground and gaps. *Disasters* 25(2): 136-148. Jun. 2001.
201. SEDGH, G., SPIEGELMAN, D., LARSEN, U., MSAMANGA, G., and FAWZI, W.W. Breastfeeding and maternal HIV-1 disease progression and mortality. *AIDS* 18(7): 1043-1049. Apr. 30, 2004.
204. SHAPIRO, R.L., HOLLAND, D.T., CAPPARELLI, E., LOCKMAN, S., THIOR, I., WESTER, C., STEVENS, L., PETER, T., ESSEX, M., CONNOR, J.D., and MIROCHNICK, M. Antiretroviral concentrations in breastfeeding infants of women in Botswana receiving antiretroviral treatment. *Journal of Infectious Diseases* 192(5): 720-727. Sep. 1, 2005.
210. SIKORSKI, J., RENFREW, M.J., PINDORIA, S., and WADE, A. Support for breastfeeding mothers: A systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 17(4): 407-417. Oct. 2003.
217. STALLINGS, R.A. Child morbidity and treatment patterns. Calverton, Maryland, ORC Macro, Dec. 2004. (DHS Comparative Reports No 8)
229. TUNG, K.H., WILKENS, L.R., WU, A.H., MCDUFFIE, K., NOMURA, A.M., KOLONEL, L.N., TERADA, K.Y., and GOODMAN, M.T. Effect of anovulation factors on pre- and postmenopausal ovarian cancer risk: Revisiting the incessant ovulation hypothesis. *American Journal of Epidemiology* 161(4): 321-329. Feb. 15, 2005.
235. UNITED NATIONS CHILDREN FUND (UNICEF) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hospital level implementation. Baby-Friendly Hospital Initiative: Section 1 Background and Implementation. New York, UNICEF and WHO, Dec. 2004. p. 19-24. (Available: http://www.unicef.org/nutrition/files/December_2004_B_n_1_1_1_2_.pdf)
237. URDANETA, S., WIGDAHL, B., NEELY, E.B., BERLIN, C.M., JR., SCHEGRUND, C.L., LIN, H.M., and HOWETT, M.K. Inactivation of HIV-1 in breastmilk by treatment with the alkyl sulfate microbicide sodium dodecyl sulfate (SDS). *Retrovirology* 2(1): 28. Apr. 29, 2005.
238. VALDES, V., LABBOK, M.H., PUGIN, E., and PEREZ, A. The efficacy of the Lactational Amenorrhea Method (LAM) among working women. *Contraception* 62(5): 217-219. Nov. 2000.
241. VAN DER WIJDEN, C., KLEIJNEN, J., and VAN DEN BERK, T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD001329. 2003.
250. WILLUMSEN, J.F., FILTEAU, S.M., COUTSODIS, A., UEBEL, K.E., NEWELL, M.L., and TOMKINS, A.M. Subclinical mastitis as a risk factor for mother-infant HIV transmission. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 478: 211-223. 2000.
253. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Geneva, WHO, 1998. 212 p. (Available: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_NUT_98.1.htm)
254. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding. Geneva, WHO, 1998. 111 p.
257. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. Geneva, WHO, 2003. 30 p. (Available: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159121_8.pdf)
258. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, WHO, 2003. 30 p.
259. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence. Geneva, WHO, 2004. 25 p. (Available: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/ISBN_92_4_156271_4.pdf)
260. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). HIV and infant feeding: Framework for priority action. Geneva, WHO, 2003. 6 p. (Available: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.pdf)
262. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings. Recommendations for use. 2004 Revision. Draft. Geneva, WHO, Jan. 7, 2004. 34 p. (Available: http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/pmtct_2004.pdf)
263. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva, WHO, 2004. 50 p. (Available: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugsguidelines.pdf>)
264. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, WHO, 2004. 84 p. (Available: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>)
265. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd edition. Geneva, WHO, 2004. 186 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>)
271. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) AND UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. HIV and infant feeding counseling tools: Counseling cards. Geneva, WHO, 2005. 20 p.
272. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) TASK FORCE ON METHODS FOR THE NATURAL REGULATION OF FERTILITY. The World Health Organization multinational study of breastfeeding and lactational amenorrhea. 2. Factors associated with the length of amenorrhea. *Fertility and Sterility* 70(3): 461-471. Sep. 1998.



The INFO Project

The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310 • Baltimore, Maryland 21202, USA • FAX: 410-659-6266 • Website: <http://www.infoforhealth.org>



Por favor envíe detalles sobre los siguientes productos/servicios:

La base de datos bibliográficos más grande del mundo sobre población, planificación familiar y temas de salud afines, disponible en formato CD-ROM (gratuito para los países en desarrollo) y por Internet, sin costo alguno, en: <http://www.popline.org>

ENTREGA DE DOCUMENTOS: Reciba copias de textos completos de los documentos incluidos en POPLINE por correo regular o correo electrónico.

BÚSQUEDAS: Se pueden solicitar búsquedas bibliográficas por medio de un correo electrónico dirigido a: popline@jhuccp.org, por correo regular a la dirección ó número de fax que aparece arriba.

Population Reports

Por favor marcar (✓) los ejemplares que le gustaría recibir y envíe este formulario por correo regular o vía fax a la dirección o número de fax que aparece arriba. Para hacer su orden vía Internet escriba al correo electrónico: Orders@jhuccp.org ó visite el formulario de la página web: <http://www.populationreports.org>

ANTICONCEPTIVOS ORALES — Serie A

- A-9, Los anticonceptivos orales hoy día
- A-10, Cómo ayudar a las mujeres a usar la píldora

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS — Serie B

- B-6, Los DIU al Día
- B-7, Se renueva la atención en el DIU

ESTERILIZACIÓN FEMENINA — Serie C

- C-10, La esterilización voluntaria femenina: Número uno y en aumento

ESTERILIZACIÓN MASCULINA — Serie D

- D-5, Vasectomía: nuevas oportunidades
- D-5, Guía rápida de orientación para la vasectomía

MÉTODOS DE BARRERA — Serie H

- H-8, Condones: Ahora más que nunca
- H-9, Condones: Cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad

PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR — Serie J

- J-39, ¿Cómo pagar el costo de la planificación familiar?
- J-40, Lecciones y retos de la planificación familiar: para que un programa tenga éxito
- J-41, Cómo satisfacer las necesidades de los adultos jóvenes
- J-42, Cómo ayudar a los medios de difusión a informar sobre la planificación familiar
- J-42, Póster: La planificación familiar nos ayuda a todos
- J-43, Cómo atender la necesidad insatisfecha: Nuevas estrategias
- J-44, Métodos de planificación familiar: Nueva orientación
- J-45, Gente en movimiento: Nuevo foco de interés de la salud reproductiva
- J-46, Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres
- J-47, Programas de planificación familiar: Mejorías en la calidad
- J-48, Guía de orientación ACCEDA
- J-49, Por qué es importante la planificación familiar
- J-50, Elección informada en la planificación familiar: Cómo ayudar a la gente a decidir
- J-51, Logística de la planificación familiar: Cómo fortalecer la cadena de suministros
- J-52, Mejoramiento del desempeño

- J-53, Cómo afrontar las crisis: De qué forma pueden los proveedores de salud satisfacer las necesidades de salud reproductiva en situaciones de crisis

INYECTABLES E IMPLANTES — Serie K

- K-4, Decisiones que encaran los programas de Norplant
- K-4, Guía de orientación sobre el Norplant
- K-4, La hoja de datos: Norplant de una mirada
- K-5, Una nueva era para los inyectables
- K-5, La hoja de datos: Una mirada rápida al AMPD
- K-5, Guía de orientación: Orientación sobre inyectables

TEMAS SOBRE SALUD MUNDIAL — Serie L

- L-10, El tratamiento de las complicaciones postaborto: Una intervención para salvar la vida de la mujer
- L-10, Cuadro mural: La planificación familiar después del aborto incompleto
- L-11, Para acabar con la violencia contra la mujer
- L-12, Los jóvenes y el VIH/SIDA: ¿Podemos evitar una catástrofe?
- L-13, Espaciamiento de los nacimientos: Con intervalos de tres a cinco años, más vidas a salvo
- L-14, Mejor lactancia vidas más sanas: (con suplemento: Respuestas a las preguntas sobre la lactancia: Guía para proveedores)

TÓPICOS ESPECIALES — Serie M

- M-10, El medio ambiente y el crecimiento de la población: Acciones para la presente década
- M-10, Cuadro mural: El medio ambiente y la población
- M-11, La revolución reproductiva: nuevos resultados de las encuestas
- M-12, Oportunidades para la mujer mediante la libre decisión reproductiva
- M-13, Cómo ganar la carrera de la alimentación
- M-14, Soluciones para un mundo con escasez de agua
- M-15, Población y medio ambiente: Un reto global
- M-16, El gran reto urbano
- M-17, Nuevos hallazgos de las encuestas: La revolución reproductiva continúa
- M-18, Encuestas a los hombres: Nuevos hallazgos
- M-19, Nuevas opciones de anticonceptivos

MAXIMIZAR EL ACCESO Y LA CALIDAD — Serie Q

- Q-1, Mejoramiento de la interacción entre el cliente y el proveedor
- Q-2, Organizando mejor el trabajo

Por favor envíenme _____ ejemplares de futuras publicaciones de **Population Reports** y/o la búsqueda de **POPLINE**.

Apellido _____ Nombre _____

Dirección _____

