



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE

DOCUMENTO

Leche Materna y su Riesgo en la
Transmisión del Virus del Zika.

Junio 2016

Documento



LECHE MATERNA Y
SU RIESGO EN LA
TRANSMISIÓN DEL VIRUS
DEL ZIKA.



CEVECE
Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades



Antecedentes

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) refiere que durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

En México, por ejemplo, en la antigua Tenochtitlán se creía que cada seno estaba unido a dos puntos diferentes del cuerpo: uno al corazón y otro a los pulmones, por lo que las niñas al succionar absorbían la leche obtenida del corazón, en cambio, los niños absorberían la leche obtenida del pulmón y así las madres de todas las clases sociales, amamantaban a sus hijos con leche materna durante dos años y al destetarlos, se realizaba una celebración.

Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Desde el punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de los órganos del recién nacido.

Por su composición, se trata de un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. Se distinguen: la leche de pretérmino, el calostro, la leche de transición y la leche madura. El calostro se produce durante los primeros tres a cuatro días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los tres primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.¹

En el calostro se mantiene una producción diaria de 2-3 g de inmunoglobulina IgA y lactoferrina (proteínas protectoras), junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), además de una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) que le confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.



En suma, la leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño amamantado, rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. El calostro y la leche de transición contienen suficiente inmunoglobulina IgA que protege al niño mientras él es capaz de producirla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la lactancia natural es una forma de proporcionar alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, ya que los datos científicos han demostrado que la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas, reduciendo la mortalidad del lactante por diarrea o neumonía, y ayudando a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas.²

El Grupo de Estudio sobre Nutrición Materno Infantil de la Universidad Johns Hopkins, USA, refiere que si se empieza a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida y continuar dándole el pecho hasta los dos años, cada año se salvarían unas 800 000 vidas de infantes³ sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva.⁴

Por otra parte, el virus de Zika (VZIK), perteneciente a la familia Flaviviridae, genero flavivirus, es un virus emergente transmitido por mosquitos del género Aedes que se identificó por vez primera en Uganda en 1947 en macacos de la India, a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla selvática. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

El periodo de incubación (tiempo transcurrido entre la exposición y la aparición de los síntomas) de la enfermedad por el virus de Zika no está claro, pero probablemente sea de pocos días. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue, y consisten en: fiebre, erupciones maculopapulares, conjuntivitis, mialgias, artralgias, malestar y cefaleas; suelen durar entre 2 y 7 días.

Antes del 2007, se habían documentado al menos 14 casos de zika, aunque es posible que hayan ocurrido otros casos que no fueron notificados. Es probable que se hayan producido brotes de zika en muchos lugares y debido a que los síntomas son similares a los de muchas otras enfermedades, es probable que muchos de los casos no hayan sido reconocidos.

Es considerada una enfermedad emergente, pues previo al año 2007, los casos reportados eran esporádicos y posteriormente se han descrito dos brotes de importancia, uno en 2012 en Yap,



Micronesia y después en los años 2013, 2014, 2015, se registraron epidemias en la Polinesia francesa, Isla de Pascua, las Islas Cook y Nueva Caledonia.

Con excepción del brote en la isla de Pascua el año 2014, la enfermedad en las Américas era totalmente desconocida; recientemente se ha descrito un brote en el norte de Brasil, dado que los vectores trasmisores de la enfermedad se encuentran ampliamente distribuidos en la región y se prevén epidemias de mayor magnitud en un periodo de tiempo cercano.

Clínicamente es similar al dengue y la chikungunya, se caracteriza por mialgias, cefalea, artralgias principalmente de manos y pies, conjuntivitis no purulenta, las complicaciones hemorrágicas y neurológicas son raras. La mayoría de las infecciones son asintomáticas y no se han reportado fallecimientos.

El principal modo de transmisión del virus de Zika es a través de mosquitos infectados del género *Aedes* que pican agresivamente durante el día aunque también pueden picar por la noche. Sin embargo, la amplia transmisión actual del virus ha llevado a preguntarse si también puede transmitirse por la lactancia materna, una práctica esencial para la supervivencia y el desarrollo del lactante y el niño pequeño, como quedó descrito en párrafos iniciales de este documento.

Se ha reportado transmisión materno infantil (transplacentaria), potencialmente por lactancia materna (el VZIK se ha aislado en leche materna), por exposición ocupacional en laboratorio y potencialmente por sangre. Hay un caso descrito por exposición a semen durante relaciones sexuales.

La OMS declaró en febrero de este año 2016, la detección de RNA del virus de Zika en la leche materna de dos mujeres con infección confirmada, pero los intentos por hacer un cultivo del virus no han sido exitosos por lo que no se han identificado virus replicativos en cultivos celulares. Las muestras de leche en las que se encontró RNA del virus de Zika fueron obtenidas cuando las madres tenían manifestaciones clínicas y sus muestras de suero eran positivas para el virus mediante PCR-RT (reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa).

Hasta ese momento no había informes documentados de que el virus de Zika se transmitiera al lactante a través de la leche materna. De igual modo, se desconoce la frecuencia de la detección del virus, su cinética y su carga en la leche materna.

Los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) han recomendado proporcionar atención de rutina a los bebés sin hallazgos anormales en ecografías prenatales o posnatales, con un examen físico normal y a cuyas madres no se les hayan hecho previamente pruebas para detectar la infección por el virus del Zika. Pero puntualiza que los bebés o niños que hayan viajado a un área con el virus del Zika o que hayan vivido en una de ellas, están en riesgo de contraer la infección. Además, los bebés cuyas madres hayan sido infectadas por el virus



del Zika durante el embarazo están en riesgo de infección in utero. Los bebés también se pueden infectar perinatalmente si la madre viajó a un área con transmisión del virus del Zika o vivió en una de ellas, dentro de las 2 semanas anteriores al parto, y finalmente, aún se desconoce el pronóstico para los bebés con infección congénita por el virus del Zika.

Por otra parte, se han reportado casos de microcefalia en bebés de madres que se infectaron con el virus del Zika durante el embarazo. La microcefalia es una afección en la cual la cabeza del bebé es mucho más pequeña de lo normal. Durante el embarazo, la cabeza del bebé aumenta de tamaño porque el cerebro crece, por lo tanto, la microcefalia puede ocurrir porque el cerebro del bebé no se desarrolla adecuadamente durante el embarazo o porque deja de crecer después del nacimiento. Brasil ha presentado un significativo brote del virus del Zika desde mayo del 2015. Durante este tiempo, los funcionarios en Brasil también han notado un aumento en la cantidad de bebés con microcefalia congénita, lo que significa que la microcefalia ocurrió antes del nacimiento.

Pero ¿de qué tamaño es el problema? Los casos notificados de infección por el virus Zika que se han reportado en mujeres embarazadas, hasta marzo del 2016, corresponden a 18 países y territorios de las Américas: Barbados, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Martinica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Puerto Rico y San Martín.

En Colombia, un total de 10.812 mujeres embarazadas se han identificado con sospecha o infección por el virus Zika confirmado desde el inicio del brote hasta la semana epidemiológica (EW) 11 de 2016. De éstos, 997 mujeres embarazadas han sido confirmadas en laboratorio con el virus Zika, y el restante 9,815 habían presentado síntomas del virus Zika sin confirmación de laboratorio. En Honduras, 68 mujeres embarazadas han sido detectadas con el virus Zika, de las cuales 41 presentaron síntomas del virus Zika durante el primero y segundo trimestre del embarazo. En Puerto Rico, 40 mujeres embarazadas han sido confirmadas por laboratorio con infección por el virus Zika, de las cuales hubo 27 que presentaron síntomas del virus Zika y 13 que eran asintomáticas.

The New England Journal of Medicine publicó un informe sobre una mujer embarazada de 33 años de edad, quien había desarrollado síntomas del virus Zika después de sus viajes a México, Guatemala y Belice en la 11 semana de gestación (finales de noviembre de 2015), y dio positivo por IgG e IgM. La usual recomendación para el diagnóstico de laboratorio del virus Zika, indica que la viremia del virus Zika dura menos de una semana después de la aparición de la infección. Sin embargo, se detectó el ARN del virus Zika en el suero de la mujer embarazada a las 4 semanas y 10 semanas después de la aparición de síntomas de virus Zika, pero no después de la entrega.

La paciente eligió la interrupción del embarazo a las 21 semanas de gestación. Con el estudio de las cargas virales fetal y materna, se encontró que las cargas virales del virus Zika eran más altas en el cerebro del feto, con cargas sustanciales virales en la placenta, membranas fetales y el cordón umbilical



detectado con RT-PCR cuantitativo. Menores cantidades de ARN del virus Zika se encontraron en el músculo fetal, hígado, pulmón y bazo, así como el líquido amniótico. Los investigadores sospechan que la persistente viremia del virus de Zika de la madre fue una consecuencia de la replicación viral en el feto o placenta, que tenía una alta carga viral. Otros agentes TORCH no se detectaron en el líquido amniótico. El estudio también realizó análisis histopatológicos postmortem, que indican la pérdida diferenciada de neuronas postmigratorias a través del mecanismo de apoptosis. Sin embargo fue observada, la preservación de neuronas diferenciadas en los ganglios basales, región límbica y médula espinal dorsal.⁵

De acuerdo con un análisis preliminar de la investigación llevada a cabo por autoridades brasileñas, el mayor riesgo de microcefalia y malformaciones parece estar asociado con la infección durante el primer trimestre del embarazo.⁶

Así mismo, la Asociación para la Promoción e Investigación Científica y Cultural de la Lactancia Materna (APILAM), con sede en Valencia, España, refiere que se ha documentado de modo esporádico la transmisión por vía sexual y la vía vertical, de madre a hijo (placentaria y perinatal) y que se está investigando la relación de la transmisión placentaria con la microcefalia congénita.

Aunque preocupa la posible transmisión transfusional, se ha encontrado ARN del virus Zika en leche materna, pero no se ha documentado la transmisión de la infección a través de la lactancia, no obstante que el virus ocasiona una enfermedad en el 75% de los casos, asintomática. Sólo una de cada cuatro personas desarrolla clínica generalmente benigna y con pocas complicaciones en adultos y niños, incluso lactantes, precisando raramente hospitalización. Dos recién nacidos que presentaban test positivo para el virus, presumiblemente tras transmisión perinatal, permanecieron uno asintomático y el otro con síntomas leves de dudosa atribución al virus. Ambos, así como sus madres, evolucionaron favorablemente.

Dados los beneficios de la lactancia materna, comités de expertos, como los Centros para el Control y Prevención de las enfermedades (CDC), recomiendan el amamantamiento incluso en áreas donde hay presencia del virus Zika.

En México, datos de la ENSANUT 2012 señalan que la práctica de la alimentación al seno materno, se ha deteriorado en los últimos 6 años (de 2006 a 2012), particularmente en los sectores más vulnerables. Por ejemplo en la región Sur del país la lactancia materna exclusiva se redujo de 28.5% a 15.5%; en el medio rural pasó de 36.9% a 18.5% y en la población indígena de 34.5% a 27.5%. En este sentido, solamente un tercio de los niños son puestos al seno materno en la primera hora de vida y la práctica de cualquier tipo de lactancia antes del primer mes de vida del niño es solo el 81% y desciende rápidamente al 55% a los seis meses.



A partir de los años 1940 y 1950, los médicos y los consumidores consideraban el uso de la fórmula como un sustituto popular y seguro, en consecuencia, la lactancia materna experimentó un descenso continuo hasta 1970. En 1988 el agresivo marketing de las fórmulas en los países en desarrollo, contribuyó a la disminución mundial en la práctica de la lactancia materna ya que comenzó a anunciarse directamente al público.

El diagnóstico para determinación de infección por el virus del Zika, se basa principalmente en la detección de ARN del VZIK en el suero mediante el uso de PCR-TR. Aunque IgM contra el virus puede ser detectada por ELISA, el diagnóstico de laboratorio es difícil si hay baja viremia y por reacción cruzada de los anticuerpos con otros flavivirus incluyendo el virus del dengue, requiriéndose confirmación por ensayo de neutralización.

El período de viremia no ha sido establecido, pero se cree que es corto, permitiendo la detección del virus durante los primeros 3 a 5 días después de iniciados los síntomas.

Estudios recientes han investigado la utilidad de diagnóstico de VZIK -ARN por PCR -TR en la orina; en el estudio se detectó VZIK- ARN en muestras de orina de 6 pacientes, las muestras de orina mostraron resultados fuertemente positivos; con una carga viral máxima estimada de 0,7 a 220.106 copias / ml. Todos los casos con muestras secuenciales de VZIK- RNA se detectaron en ≤ 15 días (rango de 10 días a > 20 días) después de la aparición de los síntomas.

Este método es no invasivo, pero tiene que ser validado con mayor cantidad de muestras. La saliva es otro fluido corporal que ha sido estudiado para realizar el diagnóstico de VZIK, los resultados indican detección del virus con mayor frecuencia en saliva cuando se compara con la sangre.⁷

En bebés y niños, la infección por el virus del Zika se puede diagnosticar mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) o a través de la detección de la IgM específica al virus del Zika y anticuerpos neutralizantes. No se ha establecido qué prueba es más confiable para hacer el diagnóstico en bebés, por lo que deben hacerse tanto las pruebas de RT-PCR como las de IgM. También puede ser necesaria una neutralización por reducción en placas (PRNT, por sus siglas en inglés) para medir los anticuerpos neutralizantes específicos al virus, a fin de diferenciar el virus del Zika de infecciones por otros flavivirus o de vacunas contra otros flavivirus. Si hay muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR), se debería hacer la prueba de RCP-TI para detectar el virus del Zika; sin embargo, no se deben tomar muestras de LCR con el solo fin de hacer pruebas de detección del virus del Zika. Se puede hacer una evaluación histopatológica de la placenta y del cordón umbilical, así como una tinción inmunohistoquímica en tejido fijado y una prueba de RCP-TI para detectar el virus del Zika en tejido fijado o congelado.



Marco normativo

La Ley General de Salud señala como parte de la salubridad general a la atención materno-infantil y a la prevención y el control de enfermedades transmisibles; por lo que en sus Arts. 27 y 64 establece que entre los servicios básicos de salud, se consideran los referentes a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes, y que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias deben instaurar acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil.

A mayor abundamiento, en su art. 134 indica que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, deben realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de enfermedades transmisibles como la Fiebre amarilla, dengue y otras enfermedades virales transmitidas por artrópodos, como es el caso del Zika, además de aquéllas que determine el Consejo de Salubridad General y los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte.

El Plan Nacional de Desarrollo en su Eje México Incluyente, considera al Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, a través de la Estrategia 2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad; instruyendo líneas de acción relativas a la realización de campañas de vacunación, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, así como una estrategia integral para el combate a epidemias; y el fortalecimiento de los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, entre otras.

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, en su Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, prevé la Estrategia 1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes, reiterando acciones como las campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno en toda la población; promoción de la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles; mejoramiento de los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica; así como vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles.

En su Objetivo 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, el PROSESA, incluye a la Estrategia 3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres



y de seguridad en salud, instruyendo la aplicación de actividades específicas relacionadas con el fortalecimiento de los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres.

En su OBJETIVO 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, la Estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas; se reitera el asegurar la participación de todos los actores para reducir la mortalidad infantil; mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años, y proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años.

A su vez, la Ley para la Protección, Apoyo y Promoción a la Lactancia Materna del Estado de México, cuyo objeto se centra en la protección, apoyo y promoción de la lactancia materna y las prácticas óptimas de alimentación de lactantes y niños pequeños, a fin de establecer las condiciones para garantizar su salud, crecimiento y desarrollo integral; establece en su art. 8º que la lactancia materna es un derecho fundamental, universal, imprescriptible e inalienable de las niñas, niños y mujeres. Constituye un proceso, en el cual el Estado y los sectores público, privado y social tienen la obligación de proveer su protección, apoyo y promoción, a efecto de garantizar la alimentación adecuada, la salud, el crecimiento y el desarrollo integral de los lactantes, niños pequeños y de las propias madres. De igual modo, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, señala en su art. 28 que este sector de la población tiene derecho a la salud, por lo cual, las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales, se mantendrán coordinadas a fin de, entre otras acciones, capacitar y fomentar la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de edad.

La NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio; prevé la Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, señalando que la atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño, y que las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Además, se debe informar diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

En cuanto a la Promoción de la salud materno-infantil, refiere que ésta se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores público y social y en su caso el privado (a nivel unidad), por lo cual las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas por parte del personal de salud



que comprenda, entre otros temas, el de las ventajas de la lactancia materna exclusiva, técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes.

Discusión

Hasta la fecha, no se han reportado casos de bebés que hayan contraído el zika a través de la lactancia materna y se desconoce si las mujeres embarazadas tienen más probabilidades de presentar síntomas en comparación con la población general. Aunque el virus del Zika puede pasar de la madre al feto durante el embarazo, no se sabe con qué frecuencia ocurre esto. Se prevé que el curso de la enfermedad por el virus del Zika en las mujeres embarazadas, sea similar al de la población en general, pues no existe evidencia que sugiera que las mujeres embarazadas tengan o sean más susceptibles a tener una enfermedad más grave durante el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda comenzar la lactancia materna en la primera hora de vida, utilizarla de forma exclusiva durante los primeros 6 meses, e introducir posteriormente alimentos complementarios, mientras se mantiene la lactancia materna hasta los dos años o más. Estas recomendaciones de la OMS siguen siendo válidas en el contexto del brote de virus de Zika. Como cualquier otra madre, aquella con infección presunta, probable o confirmada por este virus durante el embarazo o después del parto, debe recibir apoyo de calidad de los profesionales de la salud para que inicie y mantenga la lactancia materna. Lo mismo se aplica a las madres y las familias de lactantes con infección presunta, probable o confirmada. Las madres y las familias de lactantes con malformaciones congénitas (microcefalia, por ejemplo) deben recibir apoyo para amamantar a sus hijos de conformidad con las recomendaciones de la OMS.

Entre los puntos que ha definido la OMS, se encuentra que la transmisión perinatal del virus del Zika ocurre cuando una mujer se infecta con el virus del Zika dentro de las 2 semanas anteriores al parto y el virus pasa al bebé cerca del momento del parto o durante el parto. Cuando un bebé contrae la enfermedad por el virus del Zika perinatalmente, el bebé podría presentar síntomas como erupción maculopapular, conjuntivitis, artralgia (síntomas en las articulaciones) y fiebre.

Los Centros para el Control de Enfermedades en los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés) han actualizado las directrices provisionales para la atención de bebés y niños con posible infección congénita o perinatal por el virus del Zika. Estas incluyen recomendaciones sobre la evaluación, las pruebas de detección y el manejo, señalando que se actualizarán a medida que se disponga de más información.

La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre. En esas escasas situaciones



sanitarias en que los lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados, la elección de la mejor alternativa - leche materna extraída de la propia madre del lactante, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina - depende de cada circunstancia.

Los lactantes y los niños se cuentan entre las víctimas más vulnerables de las situaciones de emergencia naturales o provocadas por el hombre. La interrupción de la lactancia natural y la alimentación complementaria inadecuada acentúan el riesgo de malnutrición, enfermedad y mortalidad.

Muchos gobiernos han adoptado medidas importantes para alcanzar el objetivo de la lactancia natural para todos los recién nacidos y, como consecuencia de ello, se ha avanzado mucho, en especial a través de la iniciativa «Hospitales amigos del niño» y de la adopción de medidas legislativas y de otra índole en relación con la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. No obstante, esos logros distan de ser uniformes y hay indicios de un debilitamiento del compromiso, por ejemplo, ante la pandemia del VIH/SIDA y el número y la gravedad de las situaciones de emergencia complejas que afectan a los lactantes y a los niños pequeños, como ahora lo representa la infección por virus del Zika.

Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de salud. También deberían tener acceso a la asistencia práctica especializada, por ejemplo de agentes de promotores sanitarios, de asesores especializados y no especializados y de consultores en lactancia acreditados, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento.

Los debates entre los miembros del grupo de expertos que han emitido lineamientos, información y boletines de la OMS, CDC y OPS principalmente, han puesto de manifiesto las escasas evidencias disponibles en cuanto a la presencia y acción del virus del Zika, por lo que reiteran la necesidad de generar mayores líneas de investigación en temas como: frecuencia y persistencia del virus de Zika en la leche materna tras infecciones sintomáticas y asintomáticas en madres lactantes; transmisibilidad del virus a través de la leche materna; incidencia de infecciones sintomáticas y asintomáticas en recién nacidos de madres infectadas; presentación clínica de la infección en lactantes amamantados y no amamantados y en niños pequeños; presentación clínica de la infección en madres lactantes y repercusiones en la capacidad para amamantar, y anticuerpos protectores en la leche de mujeres que han estado infectadas por el virus de Zika, entre los principales y para los cuales habría que añadir la especificidad de la población y región en que se estudien los casos.

Actualmente no hay pruebas comercialmente disponibles para detectar el virus del Zika, por lo que éstas se realizan en el Laboratorio de Diagnóstico de Arbovirus de los CDC y en algunos servicios de salud estatales o territoriales, lo que obliga a que los proveedores de atención médica deban



contactar a sus instancias sanitarias para que se facilite la aplicación de pruebas como las descritas en párrafos anteriores.

Conclusiones

En cuanto a los casos especiales en los que se supone cierta restricción para el amamantamiento, como son las madres con VIH/SIDA, es posible adoptar estas experiencias para generar procedimientos y esquemas de asesoramiento, que incluyan ahora información general sobre la enfermedad transmitida por el virus del Zika y sobre la manera de satisfacer las necesidades nutricionales, los riesgos y las ventajas de la lactancia natural, a fin de no perder mayor oportunidad de incrementar el porcentaje de madres que amamantan.

Es posible que en cuanto la información científica determine los casos en que es necesario recomendar la suspensión de la lactancia natural, también se generen distintas opciones de alimentación, como son los bancos de leche en el Estado de México y una orientación específica para seleccionar la opción que probablemente mejor se adecue a la situación, a fin de no desestimular en general, a aquellas que prefieren dar el pecho.

Sólo en los casos extremos, la utilización de un sucedáneo adecuado de la leche materna para lactantes, deberá ser elaborada de conformidad con las normas del Codex Alimentarius que correspondan, o una preparación casera con suplementos de micronutrientes.

Es necesario realizar mayor difusión de los resultados que emite la OMS como lo es que en países en los que hay transmisión del virus de Zika no se han descrito resultados neurológicos adversos ni enfermedades graves en lactantes con infección posnatal y con ello, también propiciar que el sector salud permanezca atento a que todo cambio de esta situación sea monitoreado cuidadosamente y sin olvidar que, de conformidad con la información existente, los beneficios de la lactancia materna para el niño y la madre superan los posibles riesgos de transmisión del virus de Zika a través de la leche materna.

La Secretaría de Salud federal debe promover la generación de líneas de investigación en materia de Lactancia Materna a fin de conjuntar los esfuerzos internacionales que aclaren el riesgo relacionado con la transmisión del Zika a través de la leche materna, pues de no hacerlo, los indicadores relativos a la lactancia materna podrían descender aún más de lo que ya se ha registrado, con las consecuencias en el desarrollo de la población infantil y los derechos de la primera infancia.

La autoridad sanitaria debe prevenir el abuso en la publicidad de fórmulas lácteas que podrían generarse a partir de la ambigüedad actualmente existente respecto al riesgo de transmisión del Zika.



De conformidad con el marco jurídico vigente, los tres órdenes de gobierno, tienen el deber y compromiso de promover la lactancia materna, por lo que esta promoción masiva debe insistir, en que estando la madre en condiciones saludables, la leche materna contiene todos los nutrimentos que el niño o la niña requieren para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de la vida, y le proporciona múltiples beneficios como los anticuerpos o sustancias que lo protegen de infecciones; de que es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y supervivencia de los niños y combinada con la alimentación complementaria, previene la mala nutrición y puede salvar la vida de los niños.

Adicionalmente, en materia de Sanidad Internacional, se debe intensificar la información a los viajeros con destinos tropicales, donde los mosquitos son transmisores de distintas enfermedades, para que adopten las precauciones necesarias para protegerse de las picaduras, acudan al médico si sufren síntomas compatibles con la infección dentro de los 15 días de abandonar la zona endémica y se aconseje a las mujeres embarazadas posponer viajes a regiones con peligro potencial de contagio por Zika, además de prestar la debida protección contra los mosquitos a niños y ancianos.

La participación de la comunidad se debe reflejar en la integración de redes de apoyo a la lactancia natural y de atención al niño o los clubes y asociaciones religiosas, para ser capacitados por las instituciones de salud y puedan ser asimismo fuente de información para el grueso de la población. El apoyo de base comunitaria, inclusive el que facilitan otras madres, los asesores en materia de lactancia natural profesionales y no profesionales y los asesores en lactancia cualificados, pueden intervenir de forma eficaz para que las mujeres alimenten a sus hijos de forma apropiada y no sean víctimas de falsos mitos o información errónea relacionada con la transmisión de enfermedades poco conocidas como es el Zika.

Al problema de las madres en todo el mundo que se ven acosadas y confundidas por campañas de publicidad de leches artificiales y biberones a través de la televisión, afiches, radio y por otras personas, que les dicen lo bueno que es alimentar al niño con biberón, se suma la problemática de la insuficiente información relacionada con la transmisión de enfermedades como el Zika, a través de la leche materna, por lo que se insiste en la generación de campañas previstas por el PROSESA para informar adecuada y oportunamente, a las madres, los padres y otros dispensadores de atención, con información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial.

Durante los períodos vacacionales y rondando las fechas de eventos internacionales como serán los juegos olímpicos, se debe reforzar la información a viajeros, enfatizando en que las mujeres embarazadas que pretendan viajar a un área con zika deben hablar primero con un profesional de la salud y /o recibir atención una vez realizado el viaje, aun cuando no se sientan enfermas y sobre todo cuando presenten sintomatología específica. Así mismo, las prácticas sexuales se deben aconsejar con uso de preservativos, sobre todo si la pareja sexual masculina vive en un área con presencia de zika o ha viajado a una de ellas.



El uso de repelentes contra insectos debe ser objeto de orientación para asegurar que no se apliquen en bebés de menos de 2 meses de edad y en su caso, se apliquen otro tipo de medidas como las barreras físicas (mosquiteros).

Referencia bibliográficas

1. UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile 1995. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>.
 2. OMS. Lactancia materna exclusiva. http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
 3. Black RE, Victora CG, Walker SP, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013; published online
 4. OMS. 10 datos sobre la lactancia materna. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
 5. OPS/OMS Zika - Actualización Epidemiológica. 31 Marzo 2016 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=34041&lang=en
 6. OPS/OMS 2016. Preguntas y respuestas: Zika y el embarazo
 7. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11552%3Aquestion-and-answers-zika-and-pregnancy&catid=3986%3Azika-virus-infection&Itemid=41672&lang=en
 8. Medicina Preventiva Santa Fe. Infección por Virus Zika (VZIK): Arbovirosis emergente en las Américas
 9. <http://medicinapreventiva.info/medicina-interna/23034/infeccion-por-virus-zika-vzik-arbovirosis-emergente-en-las-americas-por-carvajala09>
-
- UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile 1995. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
 - FAO. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Roma 2002. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29 . UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile 1995. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
 - UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile 1995. <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
 - DIF/SS. Implementación de Acciones en Lactancia Materna. México 2012. <http://sitios.dif.gob.mx/dgadc/wp-content/uploads/2015/02/ImplementacionAccionesLactanciaMaternaSNDIF.pdf>
 - OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra 2003.
 - OMS. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Ginebra 1993.
 - The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387(10017):475-490.
 - Besnard M, Lastère S, Teissier A, Cao-Lormeau VM, Musso D. Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. Euro Surveill 2014;19(13):20751. de febrero de 2016
 - UNICEF. Lactancia Materna. Ecuador 2012. <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
 - EROSKI CONSUMER. Qué es el virus del Zika, cómo se transmite y a qué niveles afecta. Enero 2016. http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2016/01/29/223270.php#sthash.109iVZPB.dpuf
 - ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. La OMS descarta la transmisión del virus Zika a través de leche materna. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/noticias/oms-descarta-transmision-virus-zika-traves-leche-materna>
 - APILAM. Virus Zika. Riesgo para la lactancia. Febrero 2016. <http://www.e-lactancia.org/producto/1734>
 - OMS febrero 2016. Lactancia materna en el contexto del brote de virus de Zika
 - http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204510/1/WHO_ZIKV_MOC_16.5_spa.pdf
 - OMS. Febrero 2016. Mujeres, microcefalia y enfermedad por el virus de Zika. Preguntas y Respuestas. <http://www.who.int/features/qa/zika-pregnancy/es/>
 - CDC. Mensajes clave sobre la enfermedad por el virus del zika
 - <http://www.cdc.gov/zika/es/pdfs/spanish-key-messages.pdf>
 - OPS/OMS Zika - Actualización Epidemiológica. 31 Marzo 2016 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=34041&lang=en
 - OMS. Comunicación de Riesgos en el contexto del brote de Zika. Ginebra. Marzo 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204635/1/WHO_ZIKV_RCCE_16.1_spa.pdf?ua=1