



CAPÍTULO 4

LACTANCIA MATERNA



Autores:

Pedro Fernando Faicán Rocano¹

Johana Nataly González Ortiz²

¹ Docente de la Universidad Católica de Cuenca
carrera de Medicina- campus Azogues

² Hospital Darío Machuca-La Troncal



[https://doi.
org/10.58995/
lb.redlic.18.155](https://doi.org/10.58995/lb.redlic.18.155)

4. LACTANCIA MATERNA



Figura 1. Madre indígena lactando a su bebe. Datos claves sobre la lactancia materna. Fuente: World Vision. 2015. Disponible en: <https://shre.ink/a6Fz>

Introducción

La lactancia materna es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el niño/a hasta los 6 meses de edad, continuando con la alimentación complementaria idónea hasta los 2 años, La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca los beneficios para la salud del niño, constituye un factor de protección celular y humoral, fortalece el vínculo afectivo madre/hijo (1).

La lactancia es un acto de supervivencia fisiológica, natural e instintivo, permite a cada especie un crecimiento y desarrollo óptimo (2).

Dar de lactar es el mejor regalo para un niño; incrementa el amor entre madre/hijo favorece el contacto piel a piel ofreciendo tranquilidad y placer, tiene ventajas en aspectos: económico, higiénico y afectivo.

La leche materna contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro, refuerza los lazos afectivos de la familia, reduce casos de maltrato, abandono, de consultas médicas, medicamentos, exámenes y hospitalizaciones del niño, disminuye el uso de sucedáneos de La leche Materna, y la contaminación ambiental (1).

La lactancia materna está predeterminada por factores culturales, cada cultura desarrolla maneras propias de afrontar la crianza y lactancia. Son incontables los mitos, costumbres y rituales en torno a la lactancia. Así también el involucramiento de la mujer al campo laboral con sistemas y leyes insuficientes para proteger la lactancia instala el amamantamiento como un problema, cuya solución más solicitada fue la alimentación artificial (3).

La leche humana es el alimento ideal que el recién nacido debería consumir. Las organizaciones internacionales que están dedicadas al estudio de los beneficios de la lactancia precoz mencionan que la lactancia materna es el mejor alimento para el recién nacido y el lactante hasta el primer año de vida (4).

4.1. Fisiología de la lactancia materna

Desarrollo mamario, el crecimiento mamario depende de factores hormonales en dos periodos importantes de la vida de la mujer: la pubertad y el embarazo.

4.2. Desarrollo mamario etapa prepuberal

Durante la niñez, la glándula se desarrolla paralelo al crecimiento físico. Antes de la pubertad, se lleva a cabo la organogénesis, que incluye el crecimiento y ramificación de conductos y lobulillos. Los conductos están revestidos por epitelio y protruyen hacia el exterior, formando alvéolos cuando son estimulados por las hormonas (estrógenos y progesterona) en la menarquia.

4.3. Desarrollo puberal

Para los 10-12 años, el árbol ductal se amplía y muestra su patrón de ramificación con alargamiento de los conductos existentes, los mismos que desarrollan yemas terminales con extremos dilatados. La formación de las yemas alveolares se inicia al cabo de 1 a 2 años de iniciada la menstruación. Las mamas se desarrollan gradualmente, hasta alcanzar el tamaño de la mujer adulta. Estos estadios de desarrollo mamario son puntuables a través de la escala de Tanner, donde se describen los cambios físicos que se observan a lo largo de la pubertad.

La glándula mamaria madura es una glándula túbulo alveolar, contiene de 15 a 25 lóbulos irregulares dispuestos radialmente respecto al pezón. Cada lóbulo está subdividido en lobulillos, los más pequeños son túbulos alargados cubiertos por pequeñas evaginaciones en forma de saco: los alvéolos. Cada conducto galactóforo posee un diámetro de 2 a 4 mm que se abren en el pezón a través de un orificio de 0.4 a 0.7 mm (5,6).

4.4. Desarrollo mamario durante el embarazo

4.4.1. Lacto génesis

En el primer trimestre de la gestación se da lugar el crecimiento rápido y la ramificación de la porción terminal del sistema ductal dentro del tejido adiposo, el cual disminuye ligeramente para dar espacio a las estructuras epiteliales que proliferan rápidamente.

En el último trimestre, el aumento de volumen mamario se debe al crecimiento de las células parenquimatosas y a la distensión de los alvéolos por el calostro inicial, esta etapa concluye con la expulsión de la placenta o alumbramiento, donde desaparece el lactógeno placentario y disminuye la concentración de progesterona, permitiendo que la prolactina se fije a los receptores de la mama.

Las mamas se llenan de calostro, el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 ml del primero al 4to. día, entre el 4to. y el 6to. día postparto, la producción de

leche suele aumentar hasta alcanzar volúmenes diarios de entre 600 y 800 ml entre los 8 y 15 días postparto.

Galactopoyesis: Es proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia.

Involución: la glándula vuelve casi a su estado pre-gestacional, luego del destete total del lactante y la disminución de la prolactina (5,6).

4.4.2. Eyección Láctea

La eyección láctea ocurre como resultado de la presión negativa generada por la succión. Además, la succión estimula la liberación de oxitocina por medio de un reflejo nervioso que actúa sobre la hipófisis posterior, la oxitocina se distribuye por vía hemática en las células mioepiteliales de alveolos y conductos galactóforos que ayudan al vaciamiento alveolar y salida de la leche.

4.4.3. Estructura de la mama

Están situadas en la parte anterior del tórax. Se extiende desde la segunda hasta la sexta costilla, desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media Su forma varía según características personales, genéticas y en la mujer de acuerdo a la edad y paridad, La mayor parte de la masa de la mama está constituida por tejido glandular y adiposo.

4.5. Macroscópicamente presenta:

Pezón: de aspecto papilar, de superficie rugosa y con pequeñas depresiones que representan la zona de desembocadura formada de 12 a 20 conductos galactóforos.

Areola: rodea al pezón, es la zona cutánea que es delgada y pigmentada, presenta múltiples prominencias que son los tubérculos de Montgomery.

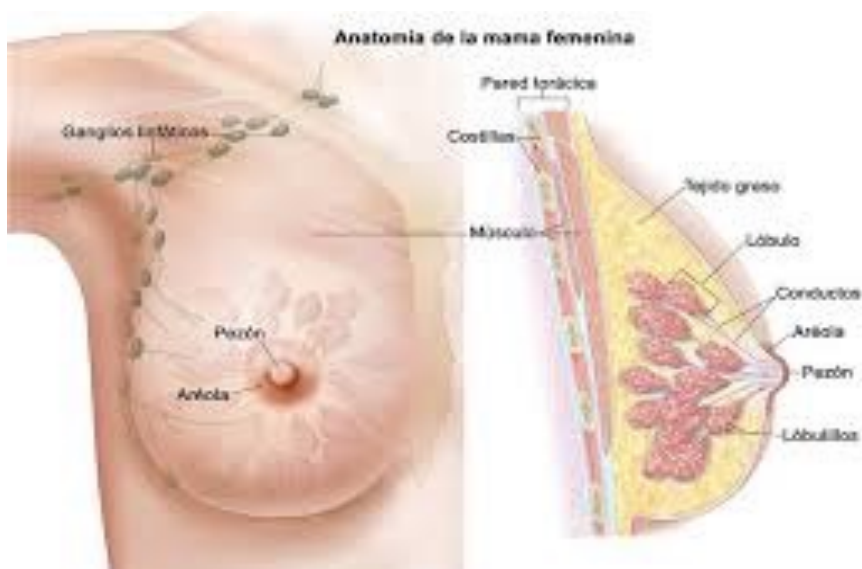


Figura 2. Anatomía de la glándula mamaria femenina. Fuente: Instituto Nacional del Cáncer. 2023. Disponible en: <https://shre.ink/a62Z>

4.6. Microscópicamente:

Cada mama consta de 15 a 20 unidades glandulares, el conducto lactífero, drena cada lóbulo, conducto forma una dilatación llamada seno lactífero, Cada lóbulo mamario está dividido en un número variable de lobulillos mamarios, cada uno de los cuales consta de un sistema de conductos alveolares (6).

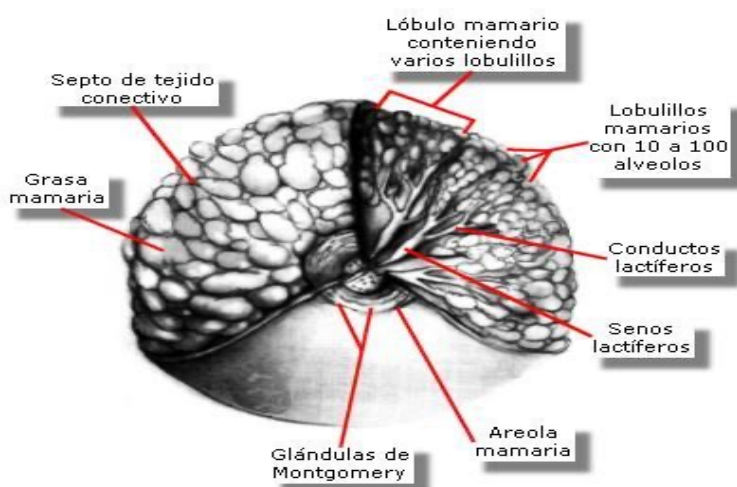


Figura 3. Anatomía microscópica de la mama. Anatomía de la Mama. Fuente: Hernandez, 2012. Disponible en: <https://shre.ink/a62s>

4.7. Fisiología de la producción de leche

La leche varía con la hora del día y el paso de los días, en su concentración de proteínas, lípidos, glúcidos, minerales y células varían también las propiedades físicas como la osmolaridad y el pH.

Calostro. - Es el líquido que la mama secreta en los primeros días anteriores y posteriores al parto, se llama calostro, el mismo que tiene un aspecto viscoso, amarillento, contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas, carbohidratos, lípidos, sales minerales y menos grasa que la leche definitiva, además contiene anticuerpos especialmente la IgA que ayudan a proteger al lactante de infecciones; Posee además niveles altos de colesterol, útil en el desarrollo del tejido cerebral, la mielinización de los nervios y la constitución de numerosas enzimas, por su composición, ayuda a la expulsión del meconio. El volumen producido varía entre los 2 y 20 ml por toma en los primeros 3 días y depende del número de tomas (7).

Leche de transición. - Desde el cuarto y quinceavo día el calostro se transforma en leche de transición que se caracteriza por tener mayor concentración de lípidos, lactosa y vitaminas hidrosolubles, así como más calorías, mientras que las inmunoglobulinas y las proteínas totales es menor.

Leche madura. - La leche madura empieza a aparecer casi al final de la segunda semana después del parto, esta se adapta a las necesidades del bebe, al principio de la toma es ligera y al final es grasa, se caracteriza por ser rala y diluida o incluso azulada, produce saciedad al niño, su producción va desde 700 - 1100 mililitros. También posee en cierta medida endorfinas, por lo que ayudan al niño a inducir el sueño (7).

Volumen gástrico del Recién Nacido

El tamaño del estómago del recién nacido es de aproximadamente 20 ml y se supone que el tamaño del estómago debe corresponder al volumen diario de alimentación, en total es de 160 ml/kg; por consiguiente, el

intervalo de alimentación debe ser de aproximadamente una hora para un recién nacido a término (3).

Fisiología del amamantamiento

Un recién nacido, para ser amamantado, requiere un adecuado desarrollo de los siguientes reflejos:

- Reflejo de deglución: aparece a las 11 semanas gestación.
- Reflejo de succión: (24 semanas gestación).
- Reflejo de búsqueda: (28-32 semanas gestación).
- Reflejo de marcha automática: (se completa a las 37 semanas gestación).
- Coordinación succión-deglución: (28-34 semanas gestación).
- Coordinación succión-deglución-respiración: (32-37 semanas gestación) (8).

4.8. Beneficios de la Lactancia materna

Para la salud del niño

- Proporciona nutrientes de calidad, fácil absorción y energía, contiene toda el agua que el niño necesita.

Inmunidad porque estimula el desarrollo de su propio sistema inmunológico, debido a que el calostro contiene inmunoglobulina A, la cual forma una capa protectora que cubre la mucosa del intestino, nariz y garganta, es decir, a partes susceptibles de virus, bacterias e infecciones (9).

- Reduce la mortalidad infantil en el primer año de vida del niño.
- Reduce el riesgo de malnutrición infantil, se absorbe fácilmente y previene el estreñimiento.

Previene la ictericia por el consumo del calostro, lo que ayudara a eliminar el excedente de bilirrubina por medio de las heces.

- Previene la obesidad infantil y en la etapa adulta, baja incidencia de cáncer, lupus o problemas cardiovasculares, caries dentales.
- Buen desarrollo intelectual y psicomotor del niño.
- El vínculo materno infantil se potencia, formando niños felices y sanos emocionalmente (10).

Para la madre

- Una pronta recuperación postparto: La lactancia materna ayuda a incrementar los niveles de la hormona oxitocina, la cual te ayuda a reducir el sangrado postparto y a contraer tu útero, para que tu cuerpo vuelva a la normalidad más tempranamente.
- Protección contra depresión postparto: La hormona oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos, como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona durante la lactancia materna hacen menos propensa a padecer depresión postparto, y de paso ayuda a establecer el apego materno con el bebé.
- Beneficio para el sistema óseo, prevención de fracturas, osteoporosis y artritis: Durante el embarazo los huesos se debilitan, los nutrientes van primero a satisfacer las necesidades del pequeño. Dar de mamar ayuda a traer esos minerales de vuelta a los huesos (re-mineralización ósea).
- Menor riesgo de padecer algunos tipos de cáncer: Las madres que han dado de mamar tienen menores posibilidades de padecer cáncer de ovarios, útero y de mama.
- Mayor tiempo sin la menstruación: La lactancia materna pospone la ovulación. Las madres que dan de mamar de forma exclusiva tardan

meses en menstruar nuevamente, en algunos casos, hasta más de un año. En cambio, las mujeres que optan por la alimentación artificial vuelven a menstruar entre seis y ocho semanas después del parto.

- Mayor reserva de hierro: Debido a que no retorna la menstruación por meses, esto previene la anemia y mejora la calidad de la leche materna (11).
- Efecto anticonceptivo: La lactancia materna retrasa la ovulación, y por tanto es entre 98% y 99% efectiva para prevenir embarazos en los primeros seis meses postparto, lo que le permite al cuerpo recuperarse del embarazo. La duración de este beneficio depende de cuánto tiempo amamante y la cantidad que consume el bebé.
- Precio: La leche materna es gratis y el precio de la fórmula es bastante alto, considerar costo de biberones, agua esterilizada, y demás implementos para preparar la leche artificial.
- Peso: Dar de mamar consume entre 450 y 500 calorías al día, lo que ayuda a perder peso más rápidamente después del embarazo.
- No hace falta preparación: La leche materna está siempre lista y disponible. No requiere preparación, recipiente especial, siempre está a la temperatura ideal, el bebé decide la cantidad que necesita (12).

Para la familia

- La lactancia materna repercute en la economía familiar, reduce los gastos de atención de salud del bebé (12).

Recomendaciones a la puérpera en el momento del alta hospitalaria

- Higiene durante la lactancia, lavado cuidadoso de las mamas, es aconsejable baño de ducha.

- Actividad relativa en el hogar los primeros días, luego realizar actividad física desde los ocho días del parto por 15 minutos diarios.
- Dieta normal, la lactancia requiere un aporte alimenticio suficiente.

Relaciones Sexuales reiniciar luego que termine la involución uterina, esto es, hacia los 40 días posparto.

- Menstruación, puede retornar entre la sexta y octava semana posparto, pero generalmente no aparece durante los primeros meses de lactancia.
- Complicaciones acudir a una unidad de salud si presenta: fiebre, leucorrea, retención urinaria, dolor mamario, edema de extremidades.
- Medicación es recomendable tomar hierro y un complejo vitamínico (6).

Almacenamiento

La leche materna es extraída para ser utilizada cuando la madre no pueda estar con su bebe, esta puede ser manualmente o mediante el uso de un sacaleches (13), también ayudará a aliviar el endurecimiento de los senos, para lo cual se debe usar recolectores de vidrio de boca ancha previamente lavados y hervidos con el fin de evitar contaminación, dejándolos secar naturalmente boca abajo.

Para recolectar la leche materna es importante recogerse el cabello, lavado de manos, uñas cortas y limpias, limpiar los senos con agua y secar con una toalla desechable, posterior se recomienda masajear los senos con las yemas de los dedos desde la parte superior del seno con movimientos circulares en dirección de las manecillas del reloj hacia el pezón, con el fin de estimular la eyección de la leche, para la extracción colocar el dedo pulgar por encima del pezón y los dedos por debajo a unos 2 o 3 centímetros, debiendo los dedos estar en posición de las 6 y 12 del reloj, presionando contra las costillas y pinzando

los dedos, esto se debe realizar rítmicamente, al finalizar asegurarse de tapar el frasco y almacenar (13).

Calostro

- A temperatura ambiente 27 - 32 °C, de 12 a 24 horas.

Leche madura

- A 15 °C: 24 horas
- A 19 - 22 °C: 10 horas
- A 25 °C: de 4 a 8 horas
- Refrigerada entre 0 y 4 °C: de 5 a 8 días

Leche congelada

- En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas
- En un congelador que es parte de la nevera, pero con puerta separada: 3 -4 meses. (La temperatura varía según lo frecuentemente que se abra la puerta)

En un congelador separado, tipo comercial con temperatura constante de -19 grados centígrados, 6 meses o más (13).

Técnicas de Amamantamiento

Recomendaciones

- La madre y el bebé deben estar cómodos y relajados.
- Previo lavado de manos y limpieza del pezón, la madre debe sujetar el pecho colocando su mano como si fuera una letra "C".

El bebé debe tener dentro de la boca el pezón y la mayor parte de la areola, pero el pecho no debe obstruir la respiración del niño.

- Después de 7 o 10 minutos, es preferible que continúe amamantándolo para estimular la producción de leche.
- El tiempo total de cada tetada es entre 10 y 15 minutos.
- Después debe cambiarlo al otro seno.

Para retirar el pezón de la boca del niño, introduzca el dedo meñique entre la comisura de la boca y el pezón.

- Los niños que se amamantan tienen evacuaciones más líquidas sin ser diarrea.
- Ponerlo sobre su hombro dándole palmaditas sobre su espalda para que saque el aire y ofrecerle el otro pecho para que continúe comiendo, hasta que quede satisfecho y nuevamente hacerlo eructar cuando termine de comer.

4.9. Procedimiento para una lactancia materna exitosa:

Postura:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar. Hay diversas posturas, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre.

Posición:

Es la forma en que es colocado el bebé para que mame, existen diversas y todas pueden servir, aunque en función de las circunstancias unas pueden ser más eficaces que otras. Lo importante es que nunca ha de doler.

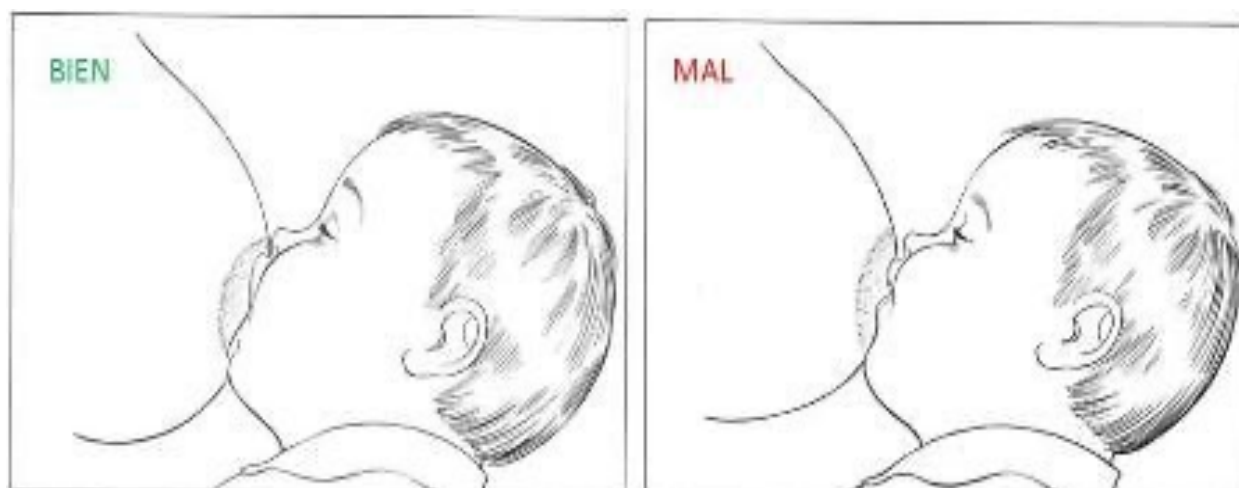


Figura 4. Posición del bebe al pecho, indica la posición adecuada. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

En cualquier caso, y sea cual sea la postura o posición escogida, es importante verificar que el niño agarre el pecho, así como su succión, sean correctos, con la boca bien abierta, los labios e-vertidos, la lengua debajo del pezón, nariz y barbilla tocando el pecho.

El agarre espontáneo y la postura biológica

La madre debe estar semi-acostada o sentada, con la espalda reclinada hacia atrás, y colocar el bebé boca abajo sobre ella, con la cabeza situada entre sus pechos descubiertos, de modo que quede todo el cuerpo del bebé en contacto con la madre. No es necesario sujetarlo, solo vigilarlo, porque la propia gravedad lo mantiene firme.



Figura 5. Agarre espontáneo. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

La postura ventral, a la que también se la ha denominado de “crianza biológica”, en contacto directo cuerpo a cuerpo. Se ha comprobado que los bebés humanos pueden mamar con eficacia y sin dañar a su madre en esta posición, aunque tengan alguna limitación mecánica de la succión.

Postura sentada – Posición estirado: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.



Figura 6. Posición sentada. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado.

Postura sentada – Posición “de rugby”: El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda.



Figura 7. Posición Rugby. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta.

Tanto la posición estirada como la “de rugby” funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada.

Postura sentada – Posición caballito: En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.



Figura 8. Posición caballito para lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.
Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil en bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior, facilitando el agarre.

Postura estirada – Posición estirado (en paralelo): En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes, ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea, es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato



Figura 9. Posición estirada en paralelo para lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Postura estirada – Posición estirado (en paralelo inverso): En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior, pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura “a cuatro patas”, en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho.



Figura 10. Posición estirada en paralelo inverso para lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar. Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Postura “a cuatro patas” – Posición “boca arriba”: Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario. Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.



Figura 11. Posición boca arriba para lactancia materna. Posturas y posiciones para amamantar.

Fuente: Alba Lactancia Materna, 2022. Disponible en: <https://shre.ink/a6kl>

Cómo colocar el bebé al pecho paso a paso

1. La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
2. Se acerca el niño al pecho allí donde quede este sin desplazarlo.
3. Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.
4. Se enfoca nariz – pezón.
5. Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
6. Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
7. Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)

8. El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
9. Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
10. La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
11. La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que esta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
12. Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho (14).

Signos de buena posición

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.

Signos de buen agarre

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están invertidos, sobre todo el inferior bien doblado hacia abajo.
- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

Signos de buena succión

Al inicio la succión es rápida y superficial, luego de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión

de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si tu bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien. Lo normal es que si hay silencio ambiental puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma mientras observas un movimiento mandibular amplio que denota que está tragando.

Además, se puede observar que:

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundeen, sino que se ven redondas y llenas (15).

4.10. Medicación y Lactancia

Los medicamentos administrados a la madre lactante modifican la producción de leche (aumentándola o disminuyéndola), y son excretados a través de esta, provocando un riesgo para el lactante (16). El niño es susceptible a los efectos de los medicamentos, principalmente en niños con un peso corporal bajo, por lo que los niveles sanguíneos toxicológicamente insignificantes en la madre pueden resultar importantes para el niño. Además, el niño presenta riñones e hígado inmaduros, con lo que las capacidades de metabolismo y eliminación de los fármacos están limitadas.

Existen muchos medicamentos que son contraindicados durante la lactancia y pueden llevar a su suspensión por efectos sobre el lactante. Entre los grupos de medicamentos más conocidos están psicofármacos como la amitriptilina, antiarrítmicos como la amiodarona, antibióticos y antineoplásicos. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el metronidazol se considera de riesgo de provocar manifestaciones tóxicas en el niño (16).

Suspensión de la lactancia

Son varios factores para la interrupción de la lactancia materna, tales como problemas fisiopatológicos, problemas mentales, cambios en la leche materna al existir un nuevo embarazo, factores laborales, sensación de falta de leche, sensación de que el niño se queda con hambre, presiones sociales y/o familiares y tratamiento farmacológico, entre otros (17).

4.13. Anticoncepción y lactancia

La lactancia es un método de anticoncepción natural que la OMS denomina: método de amenorrea de la lactancia (MELA).³ Su eficacia anticonceptiva es de 98%; es decir, menor que la de los anticonceptivos orales (0.1%). Se basa en el efecto fisiológico de amamantar para suprimir la ovulación y es una alternativa ante la decisión de la mujer de no tomar anticonceptivos hormonales, La mayoría de las mujeres que no dan de lactar a los cuatro meses de posparto recupera los ciclos menstruales; después de las primeras menstruaciones, la lactancia pierde efectividad como método anticonceptivo (18).

4.14. Lactancia materna y SIDA

El Sida es la enfermedad causada por el virus del VIH, el sistema inmune sufre un deterioro grave a causa del virus, lo que le impide luchar contra las enfermedades. En relación con el tema se confirma que la lactancia materna exclusiva tiene un efecto protector contra la transmisión vertical del VIH, es posible que las madres seronegativas elijan este método de alimentación como una simple medida preventiva.

El riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna es del 14% y está asociado a:

- Carga viral elevada en la leche materna y en plasma.
- Situación clínico-inmunológica materna avanzada.
- Infección aguda materna.

Por tanto, el uso de la terapia antirretroviral en la madre y la profilaxis con TARV en el lactante son factores protectores para la transmisión del VIH por esta vía (19).

Referencias.

1. Morillo J. B., Montero L. Breastfeeding and the relationship between mother and child in adolescent mothers. *Enfermería Global*. 2010 junio; 19. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200019&script=sci_abstract&tlng=en
2. Barriuso L., Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la Lactancia materna en el norte de España. *ANALES Sis San Navarra*. 1998; 21(Suplemento 3). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6508546>
3. Vargas-Zarate M., Becerra-Bulla F., Balsero-Oyuela S., Mene-ses-Burbano Y. Lactancia materna: mitos y verdades. *rev. fac.med.* 2021 enero; 68(4). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400608
4. Ministerio de salud Pública MSP. Beneficios de la lactancia materna. <https://www.salud.gob.ec/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
5. Ayerra-Gamboa A., Zabau J., Adán S., Barricarte M. Anatomía y fisiología de la lactancia materna. *Ocronos*. 2018. <https://revistamedica.com/anatomia-fisiologia-lactancia-materna/>
6. Usandizaga-Beguiristáin J. F. P. P. *Obstetricia y Ginecología Madrid: Marban*; 2012.
7. Amalar A. *La Lactancia Materna. La lactancia materna información para amamantar*. 2014.
8. Villacres A. Anatomía y fisiología de la lactancia materna. Curso avanzado de buenas prácticas en lactancia materna UNICEF-PUC. 2020;(1). <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/78-profesionales-capacitados-en-buenas-pr%C3%A1cticas-sobre-lactancia-materna-durante>

9. Lutter C. K. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo. Washington DC: Organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud, Secretariado OMS; 2010. <https://www.paho.org/es/documentos/inicio-temprano-lactancia-materna-clave-para-supervivencia-desarrollo>
10. Novillo-Luzuriaga N., Robles-Amaya J., Calderón-Cisneros J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. Enfermería Investiga. 2019 septiembre; 4(5). <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/729>
11. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. ; 2013. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-alimentacion-lactante-nino-pequeno-1>
12. Brahm P., Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena Pediátrica. 2017; 88(1). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
13. Ortega-Ramirez M. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta pediátrica de México. 2015; 36(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000200011
14. Rioja Salud. La lactancia materna. Gobierno de la Rioja, Promoción de la salud; 2014. https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la_rioja.pdf
15. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. 2019. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4928.pdf>
16. Gorrita-Perez R. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Revista cubana Pediatría. 2014; 86(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300001

17. Acosta D., Lugo G., Domenech M., Vera de Molinas Z., Maidana de Larrosa G., Samaniego L. Interrupción de la lactancia materna relacionada con el consumo de medicamentos. 2020. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200003
18. Kennedy K. Postpartum contraception and lactation. 2011; 20. <https://pcainitiative.acog.org/wp-content/uploads/Postpartum-Contraception-and-Breastfeeding-1.pdf>
19. Brocklehurst P. Interventions aimed at decreasing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane database syst. 2000; 2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796128/>