



RAZONES ACEPTABLES PARA SUPLEMENTAR

El presente anexo corresponde a una adaptación local del documento “Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna” elaborado por la OMS y UNICEF en el año 2009 (1) y el Protocolo clínico N°3: “Tomas suplementarias en el recién nacido a término sano amamantado, revisado en 2017” de la Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) (2).

En ambos documentos se establecen algunos criterios clínicos aceptables para usar sucedáneos de la leche humana y cuáles no son aceptables, agrupados según sean afecciones del lactante o la madre. Sin embargo, es importante destacar que el protocolo de la ABM refuerza la necesidad de **prevenir la suplementación** mediante acciones que respeten la fisiología de la lactancia. Además, define situaciones que ocurren frecuentemente, en las cuales se indica suplementación no siendo necesaria. Entre estas se encuentra (2):

1. Niño o niña nacido a término sano, con peso adecuado para la edad gestacional, que come bien, orina y defeca adecuadamente, tiene una pérdida de peso dentro de los límites previsibles y cuyas concentraciones de bilirrubina no son motivo de preocupación (dependiendo de la edad gestacional, el tiempo transcurrido desde el parto y cualquier factor de riesgo). En relación con este punto, se aclara que (2):
 - Los recién nacidos/as normalmente se muestran somnolientos tras un período de alerta inicial después del parto (aproximadamente 2 horas).
 - Una atención cuidadosa a las primeras señales de alimentación del lactante, el mantenimiento del niño o niña en contacto directo piel con piel de forma segura, la estimulación suave del lactante para que intente tomas frecuentes y enseñar a la madre la extracción manual de gotas de calostro, pueden resultar más apropiados que la administración automática de suplementos después de 6, 8, 12 o incluso 24 horas.
 - Un mayor tiempo de contacto piel con piel favorece tomas más frecuentes.
 - Una pérdida de peso del 10% no es un marcador automático de la necesidad de suplementos, pero sí es un indicador de evaluación del lactante.
2. Niño o niña que se encuentra irritable por la noche o que se alimenta constantemente durante varias horas. Con respecto a este punto, se debe tener en consideración:
 - La alimentación en tomas muy seguidas (varias tomas cortas próximas entre sí) es una conducta normal del recién nacido/a, pero justifica una evaluación del niño o niña, de la madre y de la sesión de amamantamiento.
 - Algunos lactantes más irritables sufren dolor, el cual debe abordarse de manera adecuada.
3. Madre cansada o somnolienta.
 - Un cierto cansancio es normal para las nuevas madres. Sin embargo, el alojamiento separado madre-hijo (*rooming out*) por cansancio materno no mejora el tiempo de sueño de las



madres y se ha demostrado que reduce la exclusividad de la lactancia. El cansancio extremo debe evaluarse en cuanto a la seguridad de la madre y el bebé para evitar caídas y asfixia.

- Una gestión de la lactancia que optimice la alimentación del lactante al pecho puede hacer que el lactante esté más satisfecho y permitir que la madre descanse más.

Razones derivadas de los niños o niñas aceptables para suplementar

Las condiciones derivadas del niño o niña que podrían justificar que se evite la lactancia permanentemente son:

1. Niños o niñas que no deben recibir leche humana ni otra leche excepto fórmula especializada (errores innatos del metabolismo) (1):
 - Lactantes con galactosemia clásica: se necesita una fórmula especial libre de galactosa.
 - Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
 - Lactantes con fenilcetonuria: se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite lactancia parcial, con monitorización cuidadosa).
2. Recién nacido/a o lactante alejado de su madre: aquellos/as niños y niñas que no puedan ser alimentados con leche humana por fallecimiento de su madre, por estar alejados de su madre (causa educacional, laboral, penal o cualquier otra) o que se encuentran bajo el cuidado de algún familiar, tutor, cuidador temporal, familia de acogida, o con susceptibilidad de adopción u otros, deben ingresar al PNAC Básico o Refuerzo de niños o niñas menores a doce meses.

Por otra parte, existen niños o niñas para quienes la leche humana es la mejor opción de alimentación, pero requieren suplementación de manera transitoria, además de recibir leche humana (sopesar riesgos versus beneficios):

1. Niños o niñas nacidos con peso menor a 1.500 g (muy bajo peso al nacer) (1).
2. Niños o niñas nacidos de menos de 32 semanas de gestación (muy prematuros) (1).
3. Niños o niñas con hipoglicemia asintomática, documentada mediante una determinación de glicemia (no por métodos de cribado a la cabecera del paciente), que no responde a la lactancia frecuente y apropiada. Es importante destacar que si el niño o niña requiere tratamiento intravenoso, durante este debe mantenerse la lactancia (2).
4. Deshidratación severa (p. ej., sodio elevado, alimentación deficiente, letargo, etc.) que no mejora tras una evaluación especializada y una intervención adecuada en la lactancia (2).
5. Pérdida de peso $\geq 8\%$ -10% (día 5 [120 horas] o más tarde) (2).
 - Aunque una pérdida de peso en el intervalo del 8%-10% puede estar dentro de los límites normales, constituye una indicación de evaluación meticulosa y posible asistencia con la lactancia (2).
6. Depositiones diferidas, menos de cuatro deposiciones el día 4 de vida o deposiciones de meconio continuadas el día 5 (120 horas) (2).



7. Mal incremento ponderal: el o la profesional de salud que realiza el control se deberá registrar según lo establecido en la “Norma Técnica para la Supervisión de Salud de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud” vigente para evaluar y realizar el seguimiento de un niño o niña con mal incremento ponderal.

Razones derivadas de las madres aceptables para suplementar

Las condiciones maternas que podrían justificar que se suplemente permanentemente son:

1. Mujeres con infección por VIH.
2. Mujeres con virus HTLV1.
3. Insuficiencia glandular primaria (muy infrecuente), manifestada por una forma anormal de las mamas, escaso crecimiento mamario durante el embarazo o mínimos indicios de activación secretora (2).
4. Trastorno de las mamas o cirugía mamaria previa que puedan conllevar a una producción deficiente de leche (2).
5. Mujeres que se acogen a su derecho a no querer amamantar.
 - Dentro de este punto, es importante destacar que mediante la Ley 21.155 en su artículo 6°, se instruye una modificación del Código, reemplazándose el artículo 18 del Código Sanitario (DFL 725/68) por: *"Es derecho preferente del hijo ser amamantado directamente por su madre, salvo que por indicación médica o decisión de la madre se resuelva lo contrario."*
 - Todas las personas tienen derecho a la alimentación adecuada¹, y los estados deben realizar las acciones necesarias para el sano desarrollo de los niños. Así también, amamantar es una decisión personal de cada mujer, que debe tomarse de manera autónoma, contando con plena información actualizada y basada en evidencia, considerando su situación personal, su bienestar personal y el bienestar del niño o niña.
 - No es una atribución de los equipos de salud coaccionar la decisión de las usuarias de la red de salud, por ningún medio o motivo. Tampoco se debe tomar la decisión por ellas². Los deberes y derechos de los pacientes, en este caso de las mujeres, deben ser respetados a todo evento, evitando emitir juicios y estigmatización.
 - Una mujer que se quiera acoger a su derecho de no amamantar **deberá tener, al menos, una consejería o consulta de LM**, en donde se deberá abordar de manera comprensiva la decisión de la madre, y asegurar de que cuente con información veraz y clara, tomando en cuenta su biografía y sus experiencias personales.

¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (1966). Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

² Ley 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>



Por otra parte, existen condiciones maternas que podrían justificar que se suplemente temporalmente:

1. Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo, septicemia (1).
2. Síndrome de Sheehan.
3. Herpes simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo entre las lesiones en el pecho materno y la boca del bebé hasta que toda lesión activa se haya resuelto (1).
4. Uso de alcohol y drogas:
 - Aquellos casos de madres con adicción crónica a alcohol y/o drogas, sin adherencia al tratamiento o sin tratamiento, deben ser evaluados y confirmados por un profesional del área alcohol y drogas o especialista médico/a en APS, para luego realizar la derivación a través de una consulta o clínica de lactancia (consejería), la que tendrá por objetivo hacer el fomento de LM correspondiente y realizar una educación a la madre con respecto a los eventuales efectos perjudiciales para su hijo/a de mantener la LM en estos casos.
5. Uso de medicamentos incompatibles con la lactancia: existen muy pocos fármacos que consumidos por madres que amamanten impliquen un riesgo clínico significativo para sus hijos e hijas, según bases de datos especializadas y documentos oficiales, tales como:
 - <http://www.e-lactancia.org>
 - <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
6. Retraso de la activación secretora o lactogénesis 2 (comúnmente llamada bajada de la leche) (día 3-5 o más tarde (72-120 horas) y tomas insuficientes del lactante (2).
7. Dolor intolerable durante las tomas que no se alivia con intervenciones adecuadas(2).

Referencias

1. Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-Milk Substitutes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [citado 20 de julio de 2021]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK200756/>
2. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. Breastfeed Med. mayo de 2017;12(4):188-98.