

Estado de salud de los niños de 8 a 14 meses según el tipo de lactancia materna

Health status of children aged 8-14 months depending on the type of breastfeeding

MSc. Ener de Jesús Fernández Brizuela¹; Dr. George Steward Lemes¹;
Dra. Juana María Alum Bárcenas¹; MSc. Yuley Díaz Sobrino¹

¹ Policlínico "Teniente Tomás Rojas". Municipio Carlos Manuel de Céspedes. Camagüey. Cuba.

² Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la lactancia materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha permitido la subsistencia de la humanidad, con beneficios ya reconocidos para la salud de la madre, el niño y la economía.

Objetivo: caracterizar el estado de salud de los niños de 8 a 14 meses según el tipo de lactancia recibida en los primeros seis meses de vida.

Métodos: se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo retrospectivo en los 32 niños entre 8 y 14 meses pertenecientes a los consultorios del médico de la familia 20, 21, 22, 23, 25 y 27 del Policlínico de Céspedes, en Camagüey. La muestra no probabilística quedó constituida por 29 niños entre 8 y 14 meses de vida que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Las variables estudiadas fueron: cantidad de episodios de neumonía, de otras infecciones respiratorias que hubieran requerido antimicrobianos o no, de enfermedades diarreicas, de ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas así como el estado nutricional.

Resultados: del total de niños observados 11 fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, lo que representó un 37,9 % del total. Las infecciones respiratorias agudas sin antimicrobianos y las infecciones respiratorias tratadas con antimicrobianos fueron los episodios mayormente observados en ambos grupos. Los niños con compromiso de su estado nutricional fueron más frecuentes en los pacientes que no tuvieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes con un 17,3 % del total.

Conclusiones: prevalecieron las prácticas inadecuadas de lactancia materna exclusiva y en estos niños son más frecuentes las enfermedades infecciosas, los ingresos por dichas causas y los trastornos del estado nutricional.

Palabras clave: lactancia materna; estado nutricional; infecciones.

ABSTRACT:

Introduction: Breastfeeding has proven itself over generations and it has allowed the survival of humanity, it has showed health benefits of mother, child, and economy.

Objective: To characterize the health status of children aged 8-14 months depending on the type of feeding they received in their first six months of life.

Methods: A descriptive retrospective study was undertaken in 32 children aged 8 and 14 months from family medical practices 20, 21, 22, 23, 25 and 27 at Céspedes Polyclinic in Camagüey. The nonrandom sample was composed of 29 children aged 8 and 14 months who met our inclusion and exclusion criteria. The variables studied were: number of pneumonia episodes, other respiratory infections that would or not have required antimicrobial, diarrheal diseases, hospital admissions for infectious diseases, and nutritional status.

Results: Out of the total number of children observed, 11 were exclusively breastfed until six months of age, representing 37.9% of the total. Acute respiratory infections without antibiotics and respiratory infections treated with antimicrobials episodes were mostly observed in both groups. Children with compromised nutritional status were more frequent among patients who were not exclusively breastfed until the sixth month (17.3% of the total).

Conclusions: poor practices EBF prevailed and infectious are more common diseases in these children, thus causes hospitalization and nutritional disorders are very common as well.

Keywords: breastfeeding; nutritional status; infections.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico, instintivo, que ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y permitido la subsistencia de la humanidad, con beneficios ya reconocidos para la salud de la madre, el niño y la economía, cuando se compara con otro tipo de alimentación, incluyendo la del seno materno combinado con otros alimentos.¹

La OMS recomienda que todos los lactantes reciban lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida.^{1, 2} Se han comprobado sus beneficios, tanto en la disminución de la mortalidad como la morbilidad, en los países en vías de desarrollo.^{2,3} También en países desarrollados como Reino Unido,⁴ España,⁵ Australia⁶ y EE.UU.,⁷ se ha confirmado el papel de la LM en la disminución de hospitalización por enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) en lactantes sanos nacidos a término.

Se plantea que un niño presenta de 4 a 10 infecciones respiratorias en el año, generalmente virales, autolimitadas, que mejoran sin tratamiento con antimicrobianos y medidas generales; de hecho, en las primeras etapas de la vida, estas infecciones son beneficiosas para la maduración del sistema inmune.^{8,9}

Existe la posibilidad de colonización y ulterior sobreinfección luego de una enfermedad viral, ya que en los primeros años de vida hay una disminución funcional de la inmunidad celular y del sistema del complemento. También en esta etapa de la vida hay pobre o nula respuesta a antígenos polisacáridicos. Además, son importantes la inmadurez y las condiciones fisiológicas propias del niño pequeño, unido a las características de sus mecanismos defensivos, todo lo cual favorece la mayor gravedad y predisposición a las infecciones.^{10,11}

Debe tomarse en cuenta que la presencia de factores asociados que pueden condicionar que un niño se enferme y se infecte de forma recurrente, son mucho más frecuentes que las inmunodeficiencias primarias y secundarias, esto incluye factores externos como la disminución o ausencia de lactancia materna, que por un lado disminuye el aporte de componentes de defensa (Inmunoglobulina A secretora, lactoferrina), y el no contacto con bacterias de baja patogenicidad en el lactante, que en condiciones normales funciona como estímulo inmunológico.^{10,11}

La producción de Inmunoglobulina A (IgA) en las superficies respiratorias e intestinales tarda varios meses hasta que se alcancen concentraciones protectoras suficientes contra las infecciones, durante ese tiempo la leche materna provee al lactante de IgA, sobre todo en el calostro; también los componentes celulares y otros factores humorales presentes en la leche materna ejercen una protección contra patógenos y en la regulación de la respuesta inmune del lactante pequeño.^{12,13}

En Cuba, a partir de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, se intensificaron acciones específicas contenidas en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil a fin de cumplir los acuerdos emanados de dicha cumbre, así como la iniciativa de crear el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, lo cual se ha convertido en importante opción para el impulso de la lactancia natural exclusiva hasta los 6 meses.¹⁴

Con el binomio lactancia materna e inmunidad podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche natural a su hijos durante los primeros 6 meses de vida.¹⁵

Por tal motivo, se realizó un estudio con el objetivo de caracterizar el estado de salud de los niños de 8 a 14 meses según el tipo de lactancia recibida en los primeros seis meses de vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo transversal a 32 niños pertenecientes a los consultorios del médico de la familia 20, 21, 22, 23, 25 y 27 del Policlínico "Teniente Tomás Rojas", del municipio Carlos Manuel de Céspedes, de la provincia de Camagüey.

El universo estuvo constituido por los 32 niños nacidos entre el primero de noviembre de 2010 y el 31 de mayo de 2011, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: niños entre 8 y 14 meses de nacidos y pertenecientes al área de salud mencionada.

Criterios de exclusión: niños cuyos padres no dieron el consentimiento informado para participar en el estudio; además los niños nacidos antes de las 37 semanas de la gestación; nacidos con menos de 2 500 gramos de peso, independientemente de la edad gestacional; y los portadores de enfermedades crónicas como cardiopatías, neumopatías, nefropatías o enfermedad neurológica.

Finalmente quedó una muestra no probabilística total de 29 casos.

Las variables de estudio fueron: tipo de lactancia empleada hasta el sexto mes de vida (con LME hasta el sexto mes o sin ella); cantidad de veces que se presentaron episodios de neumonía, de otitis media aguda, de otras infecciones respiratorias que requirieron o no del empleo de tratamientos antimicrobianos, y de enfermedades diarreicas agudas, (fueron evaluadas según la frecuencia en que se produjo cada una de ellas); número de ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas; así como el estado nutricional a través del índice de peso para la talla, empleando para su clasificación las tablas y gráficos recomendados por el Centro Nacional de Puericultura, a partir de lo cual se consideraron desnutridos por defecto los niños por debajo del décimo percentil, eutróficos los situados entre el diez y el noventa percentil, y desnutridos por exceso los niños por encima del noventa percentil.¹⁶

Los datos se recolectaron tomando como guía un cuestionario diseñado al efecto por los autores de la investigación teniendo en cuenta la bibliografía revisada, posterior a lo cual fue validado por consenso de los profesores pertenecientes al área de salud. Se registraron las variables mencionadas a partir de la Historia Clínica Individual del niño y de la información ofrecida por las madres.

Se tuvo en cuenta aspectos éticos y jurídicos en la obtención de la información, se utilizó el consentimiento informado donde se expuso la voluntariedad y el anonimato para proteger la privacidad.

Para el procesamiento de datos se utilizó el sistema Excel de Windows. Se empleó la distribución de frecuencia absoluta y el por ciento. Los resultados se presentan en textos, gráficos y tablas estadísticas.

RESULTADOS

En la figura 1 se observa que del total de niños estudiados, 13 fueron alimentados con LME hasta el sexto mes de vida, lo que representa un 37,9 %, predominando así los niños que no fueron alimentados con LME hasta el sexto mes de vida (62,1 %).

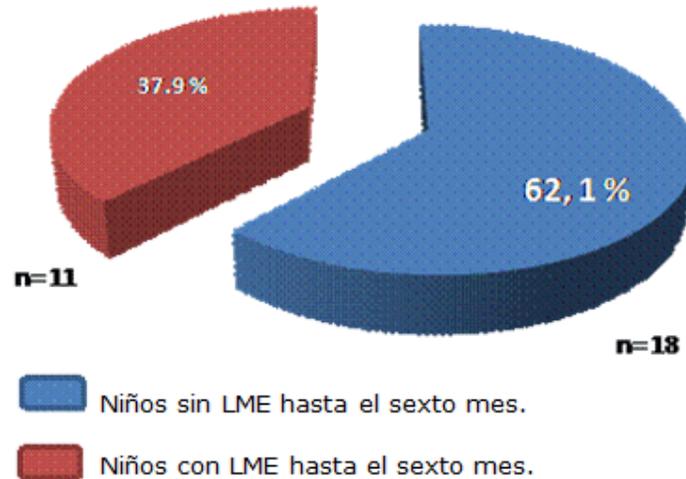


Fig. 1. Tiempo de duración de la lactancia.

En la tabla se observa la distribución de los diferentes procesos infecciosos, teniendo en cuenta el tipo de LM recibida en los primeros seis meses de vida. Las IRA sin tratamiento antimicrobiano fueron los procesos infecciosos mayormente observados en todos los niños, con 11 episodios en los que fueron alimentados con LME hasta el sexto mes, sin embargo fueron 19 episodios en los niños que no tuvieron LME hasta el sexto mes de vida.

Tabla. Comportamiento de la Morbilidad de acuerdo al tipo de lactancia recibida

Morbilidad	LME hasta el sexto mes		No LME hasta el sexto mes	
	No.	%	No.	%
Neumonía	2	6,9	10	34,5
IRA con tratamiento antimicrobiano	9	31,0	17	58,6
IRA sin tratamiento antimicrobiano	11	38,0	19	65,5
EDA	2	6,9	9	31,0
Ingreso Hospitalario	4	13,8	11	38,0

También se observó una frecuencia mayor en el grupo de pacientes que no presentó una LME adecuada hasta el sexto mes, con 17 episodios de IRA con tratamiento antimicrobiano (58,6 %), contra 9 en los niños que si recibieron la LME (31,0 %).

Las neumonías con 10 episodios reportados, las EDA con 9 y los ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas con 11 casos fueron más frecuentes en los niños que no recibieron LME. En los casos estudiados no se describieron episodios de otitis media aguda.

En la figura 2 se muestra la distribución de los casos de acuerdo al estado nutricional, teniendo en cuenta el criterio de peso para la talla en el momento del estudio. En ambos grupos de niños predominó un adecuado estado nutricional con un 27,5 % y un 37,9 % respectivamente. Los niños con compromiso de su estado nutricional por defecto fueron más frecuentes entre los que no recibieron una LME hasta el sexto mes de vida, con 4 casos, para un 17,3 % del total.

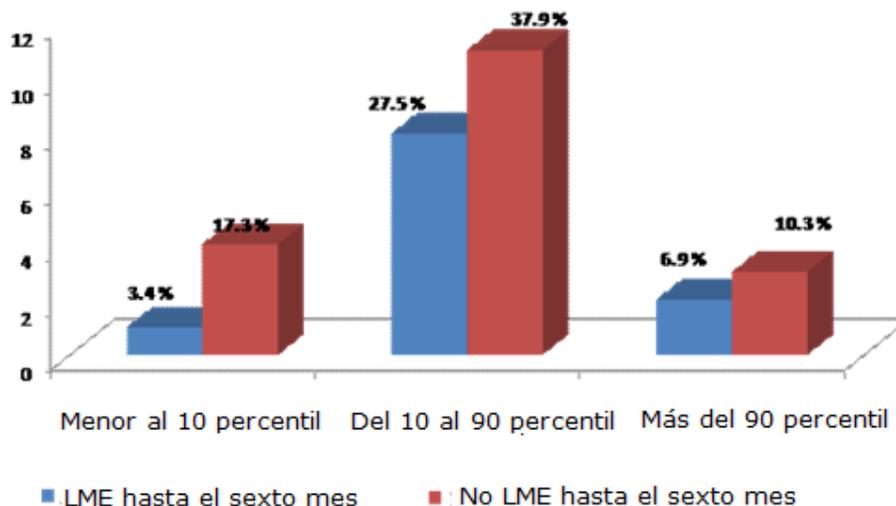


Fig. 2. Distribución según estado nutricional (peso para la talla).

DISCUSIÓN

La frecuencia encontrada de la LME al sexto mes de vida, se encuentra en los rangos de varios estudios realizados: en el municipio Rio de Janeiro, Brasil, se encontró que el 58,1 % de los niños menores de seis meses se alimentaban con LME, aunque en dicho estudio las variaciones de dicho porcentaje dependían de las diferentes formas de asistencia recibidas; ¹⁷ en Francia se relaciona la duración de la LME con las diferentes zonas de residencia, oscilando la LME al sexto mes entre el 54 y 67,5 %; ¹⁸ el estudio realizado por Gijbers et al., ¹⁹ muestra una duración de la LME hasta el sexto mes de solo el 37,0 % de los niños; un trabajo comparativo entre ocho países de Latinoamérica arrojó que los valores no se comportaron de igual forma, siendo Guatemala el de más baja frecuencia; ²⁰ un estudio peruano ²¹ realizado en estratos económicos deprimidos destacó una frecuencia del 79,8 % de LME al sexto mes. En el estudio de costo realizado en EE. UU. se constató un promedio del 50,0 % de los casos lactados hasta el sexto mes. ²² Al evaluar casos y controles Carratalá Munuera et al., ²³ plantean que solo el 20,0 % de los niños recibió el pecho exclusivamente hasta el sexto mes de vida.

Uno de los indicadores del estado de salud en el paciente menor de 1 año es la morbilidad por enfermedades infecciosas, y está influenciada directamente por el tipo de alimentación. Las ocurrencia de infecciones en los niños lactados con leche materna exclusivamente es menor que en los que se emplea la lactancia artificial, como se observa entre los lactantes estudiados, donde las cifras más bajas corresponden a los lactados exclusivamente con leche materna, registrándose

frecuencias muy bajas de IRA, EDA e ingresos por enfermedades infecciosas, en relación con los niños con lactancia materna no exclusiva.

En la actualidad, en los países donde se han implementado políticas de apoyo, promoción, defensa y protección de la lactancia materna, se ha registrado una repercusión positiva en la morbilidad y mortalidad infantil, lo cual justifica todos los esfuerzos encaminados a mantener la LME hasta el sexto mes de vida.²⁴

El estudio realizado en España de casos y controles encontró un efecto protector de la LME al sexto mes sobre las infecciones respiratorias, sobre todo en el segundo trimestre de vida. También se comprobó que disminuye los ingresos hospitalarios por causas infecciosas hasta tres veces con respecto a los niños alimentados artificialmente.²³

Un estudio nacional comprobó que mientras más breve es el período de lactancia materna, mayor es el riesgo de infección y la severidad de estas. Las dos terceras partes de la otitis media y la totalidad de las neumonías ocurrieron en casos con lactancia materna mixta breve o artificial.²⁵ En otros estudios cubanos se constató que la ausencia de LME en los primeros seis meses constituyó un factor de riesgo para la aparición de las infecciones respiratorias agudas en los lactantes.²⁴⁻²⁹

Pérez Sánchez et al.³⁰ demostraron que la lactancia materna no efectiva fue uno de los factores de riesgo inmunopidemiológicos que se encontraron en niños con infecciones respiratorias a repetición.

En una revisión realizada por especialistas venezolanos se plantea el efecto protector de la lactancia materna en enfermedades diarreicas, incluso en poblaciones cuya exposición a microorganismos patógenos entéricos es relativamente baja, enfatizando que los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna en la prevención de enfermedades diarreicas son mayores si el amamantamiento es exclusivo y a libre demanda en los primeros seis meses de vida.³¹

Cisneros et al.³² demostraron que la ausencia de LME en los primeros meses de vida se comportó como factor de riesgo real en la aparición de los episodios de EDA.

El papel protector de la leche materna ha sido demostrado en procesos infecciosos, sobre todo gastroenteritis, por su fácil digestión, evita manipulaciones contaminantes y a través de componentes inmunológicos y la pureza bacteriológica que por sí sola tiene. La lactancia materna influye en el desarrollo de la microbiota intestinal, y este a su vez, es un fuerte mecanismo inductor de maduración y defensa de la mucosa intestinal, y por tanto del sistema inmunitario como un todo.

Las investigaciones concuerdan en el potente valor inmunomodulador de la leche humana, que provee al lactante de nutrientes, precursores, probióticos, factores antimicrobianos y agentes antiinflamatorios, necesarios para la maduración inmunitaria.^{13, 14, 33, 34}

Gorrita Pérez et al.³⁵ observaron una relación entre las prácticas inadecuadas de LM y el incremento de los ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas, así como el incremento de trastornos del estado nutricional.

El estudio realizado por Coronel Carvajal³⁶ mostró que la LME favoreció el adecuado estado nutricional de los niños así como disminuyó el déficit de hierro al comprobar las cifras de hemoglobina de los casos estudiados.

La leche materna es una buena fuente de energía, proteínas, vitaminas y minerales de fácil absorción, por lo que la lactancia materna exclusiva es la mejor forma de alimentar a los niños pequeños y asegurar su crecimiento normal.¹⁵

CONCLUSIONES

Continúan prevaleciendo las prácticas inadecuadas de lactancia materna exclusiva y en este grupo de niños son más frecuentes las enfermedades infecciosas, los ingresos por dichas causas y los trastornos del estado nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (2002). Infant and Young Child Nutrition; Global strategy for Infant and Young Child Feeding. Executive Board Paper EB 109/12. WHO. Geneva, Switzerland.
2. WHO/UNICEF. The Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding in the 1990#s: A Global Initiative Meeting in Florence, Italy and New York. Geneva, Switzerland. : WHO/ UNICEF 1990.
3. Bahl R.; Frost C.; Kirkwood B.R.; Edmond K.; Martínez J.; Bhandari N.; et al. Infant feeding patterns and risk of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. Bull World Health Organ. 2005 Jun; 83 (6):418-26. Epub 2005 Jun 17.
4. Quigley M.A.; Kelly Y.J.; Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom: Millenium Cohort Study. Pediatrics. 2007; 119:837-42.
5. Paricio Talayero J.M.; Lizán-García M.; Otero Puime A.; Benlloch Muncharaz M.J.; Beseler Soto B.; Sánchez-Palomares M.; et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. Pediatrics. 2006; 118(1): e92-9.
6. Oddy W.H.; Sly P.D.; de Klerk N.H.; Landau L.I.; Kendall G.E.; Holt P.G.; et al. Breastfeeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. Arch Dis Child 2003; 88: 224-8.
7. Chantry C.J.; Howard C.R.; Aunger P. Full Breastfeeding Duration and Associated Decreased in Respiratory Tract Infection in US Children. Pediatrics. 2006; 117: 425-32.
8. Duijts L.; Jaddoe V.W.; Hoffman A.; Moll H.A. Prolonged and Exclusive Breastfeeding Reduces the Risk of Infectious Diseases in Infancy. Pediatrics. 2010 Jul; 126 (1): e18-25. Epub 2010 Jun 21.
9. Bueno Campaña M.; Calvo Rey C.; Vázquez M.C.; Parra C.E.; Molina A.C.; Rodrigo G.G.; et al. Infecciones de vías respiratorias en los primeros meses de vida. An Pediatr Barc. 2008; 69: 400-5.

10. Holmlund U.; Amoudruz P.; Johansson M.A.; Haileselassie Y.; Ongoiba A.; Kayentao K.; et al. Maternal country of origin, breast milk characteristics and potential influences on immunity in offspring. *Clin Exp Immunol* 2010. Dec; 162(3):500-9. Epub 2010 Oct 5.
11. Penagos Paniagua M.J.; Berrón Pérez R.D.; García Cruz M.L.; Zaragoza Benítez J.M. El sistema immune del recién nacido. *Alerg Asma Inmunol Pediatr* [Internet]. May-ago 2003[citado 12 Dic 2011]; 12 (2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2003/al032e.pdf>
12. Suzuki K.; Fagarasan S. How host-bacterial interactions lead to IgA synthesis in the gut. *Trends Immunol* 2008; 29:523-31.
13. Hosea Blewett H.J.; Cicalo M.C.; Holland C.D.; Field C.J. The immunological components of human milk. *Adv Food Nutr Res* 2008; 54:45-80.
14. Álvarez Sintés R.; Díaz Alonso G.; Salas Mainegra I.; Lemus Lago E.R.; Batista Moliner R. *Temas de Medicina General Integral*. La Habana: ed. Ciencias Médicas, 2001; vol 1:112-23.
15. Castillo Belén J.R.; Rams Veranes A.; Castillo Belén A.; Rizo Rodríguez R.; Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. *MEDISAN* [Internet] febrero 2009 [citada 16 enero 2011]; 13(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san13109.htm
16. Dirección Nacional Materno Infantil. Centro Nacional de Puericultura. Consulta de Puericultura. [Internet]. La Habana, 2012. Disponible en: <http://files.sld.cu/puericultura/files/2013/08/libro-consulta-de-puericultura-2012.pdf>
17. Vasconcellos P.R.S.; Couto O.M.I.; Tavares A.C.L.; Dos Santos B.A. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. Dic 2010 [citado 12 marzo 2011]; 26(12) [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf>
18. Bonet M.; Blondel B.; Khoshnood B. Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units: a multi-level approach. *Public Health Nutrition* [Internet]. Jun 2010 [citado 12 marzo 2011]; 13(12) [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN13_12%2FS136898001000159Xa.pdf&code=c98334c097e27b424c8f885f98070afa
19. Gijsbers B.; Mesters I.; Knottnerus A.; Van Schayck C.P. Factors associated with the duration of exclusive breast-feeding in asthmatic families. *Health Educ Res* [Internet]. 2008 [citado 12 marzo 2011]; 23(1) [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://her.oxfordjournals.org/content/23/1/158.full.pdf+html>
20. Lutter C.K.; Chaparro C.M.; Grummer-Strawn L.M. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. *Health Policy and Planning* [Internet]. 2011 [citado 12 marzo 2012]; 26 [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/26/3/257.full.pdf+html>
21. Carrasco Loyola M.B.; Villena Sarmiento R.S.; Pachas Barrionuevo F.M.; Sánchez Huamán Y.D. Lactancia materna y hábitos de succión nutritivos y no nutritivos en niños de 0-71 meses de comunidades urbano marginales del cono norte de Lima. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(2):83-90.

22. Bartick M.; Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* [Internet]. Mayo 2010 [citado 12 marzo 2012]; 125 (5) [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/e1048.full.pdf+html>
23. Carratalá Munuera M.C.; Gascón Pérez E.; Raga Ortega M. ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Aten Primaria*. 2005; 35(3):140-5.
24. Francisco Moraga M. Lactancia materna y postnatal, un desafío de país. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. Ago 2011 [citado 12 marzo 2012]; 82 (4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0370-41062011000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. De la Vega Paitkova T.; Pérez Martínez V.T.; Bezos Martínez L. La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Jul- sep 2010 [citado 12 marzo 2012]; 26 (3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252010000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Corcho Quintero A.; Delgado Díaz O.L.; Cruz Martínez G.; Verdasquera Corcho D.; Díaz Fuentes C.; Carbó Riverón M. Factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Oct-dic 2010 [citado 12 marzo 2012]; 26 (4): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252010000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Prieto Herrera M.E.; Russ Duran G.; Reitor Landrian L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Abr-mayo 2000 [citado 12 marzo 2012]; 16(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252000000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. González Méndez I.; Pileta Romero B. Lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2002 [citado 12 marzo 2012]; 18(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-03192002000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. Alvarez Lam I.; Quintero Noa J.; Villavicencio Cordovés E.; Ponce Bittar J.; Tamargo Martínez I.; Quiñones Pérez D.; et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la otitis media aguda en pacientes pediátricos. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2011 [citado 12 marzo 2012]; 83(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75312011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Pérez Sánchez M.; Fundora Hernández H.; Notario Rodríguez M.; Rabaza Pérez J.; Hernández Sánchez M.A.; Rodríguez Bertheau A. Factores de riesgo inmunoepidemiológicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2011 [citado 12 marzo 2012]; 83(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75312011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
31. Salazar S.; Chávez M.; Delgado X.; Rubio E.; Pacheco T. Lactancia materna. *Arch Venez Puer Ped* [Internet]. 2009 [citado 12 marzo 2012]; 72(4): [aprox. 2 p.].

Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

32. Hernández Cisneros F.; Rodríguez Salceda Z.; Ferrer Herrera I.; Trufero Cánovas N. Enfermedades diarreicas agudas en el niño: comportamiento de algunos factores de riesgo. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2000[citado 12 marzo 2012]; 16(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-21252000000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. Amador García M.; Hermelo Treche M. Alimentación y nutrición. En: De la Torre Montejó E.; Canneti Fernández S.; González Valdez J.; Gutierrez Muñiz J.A.; Jordán Rodríguez J.R.; Pelayo-González Posada E.D. Editores. *Pediatría vol.2*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996. p.46-63.

34. Amador García M.; Martínez González A.; Hermelo Treche M. Bases de la alimentación y la nutrición del niño sano. En: De la Torre Montejó E.; Pelayo-González Posada E.D. Editores. *Pediatría vol. 1*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 169-97.

35. Gorrita Pérez R.R. Impacto de la lactancia materna sobre la morbilidad en el primer año de vida. *Rev cienc méd habana*. [Internet]. feb 2004 [citada 16 enero 2012]; 10(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en:

http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol10_1_04/hab03104.htm

36. Coronel Carbajal C. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2000[citada 16 enero 2012]; 72(4): [aprox. 2 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-75312000000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 4 de septiembre de 2013.
Aprobado: 6 de noviembre de 2013.

Dr. Ener de Jesús Fernández Brizuela. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. MSc. en atención integral al niño. Asistente. fbener@finlay.cmw.sld.cu