

Morbilidad en lactantes con destete precoz

Morbidity in infants with early weaning

Yeidi Reyes Montero¹ <https://orcid.org/0000-0002-6386-6990>

Rosa María Alonso Uría^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-2873-9707>

Beatriz Rodríguez Alonso³ <https://orcid.org/0000-0003-2382-0100>

Arnaldo Acosta González⁴ <https://orcid.org/0000-0001-5760-3660>

Jacqueline Santos Ravel⁵ <https://orcid.org/0000-0002-7928-8064>

Eugenio Castillo Isaac⁶ <https://orcid.org/0000-0002-4971-3867>

¹Hospital Pediátrico Docente “William Soler”, sala de Oncopediatría. La Habana, Cuba.

²Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, Departamento de Pediatría. La Habana, Cuba.

³Editorial Ciencias Médicas, Departamento de Revistas Médicas. La Habana, Cuba.

⁴Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Servicio de Tumores Periféricos. La Habana, Cuba.

⁵Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, biblioteca. La Habana. Cuba.

⁶Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”, Departamento de Inglés. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rosemari@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La leche materna es el producto fisiológico fundamental para promover la salud nutricional del niño y su interrupción precoz es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades.

Objetivo: Caracterizar la morbilidad en lactantes con destete precoz.

Metódos: Estudio observacional, correlacional, de corte transversal realizado en 720 lactantes entre 29 días y 6 meses de edad, ingresados en el Hospital Pediátrico Docente de San Miguel del Padrón entre enero y diciembre del año 2014, que constituyeron el universo y muestra del estudio. Se analizaron variables como edad y tipo de destete, ingresos anteriores y causas de ingresos. La recolección de información se realizó a través de las historias clínicas y un cuestionario aplicado a las madres.

Resultados: Solo el 27,7 % estaba con lactancia materna exclusiva, el resto fueron destetados en cualquier edad, incluso antes del mes de nacido. Al aumentar la edad del destete, disminuyeron la cantidad de ingresos y la morbilidad. Los destetados presentaron mayor frecuencia de infecciones respiratorias y digestivas.

Conclusiones: En los lactantes estudiados, mientras más temprano ocurre el destete, mayor es el riesgo de morbilidad y de necesidad de ingresos en servicios hospitalarios, por tanto, menor protección para la salud del pequeño.

Palabras clave: lactancia materna; destete precoz; causas del destete; morbilidad.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the fundamental physiological product to promote the nutritional health of the child and its early interruption is a risk factor for the development of diseases.

Objective: Characterize morbidity in infants with early weaning.

Methods: Observational, correlational, cross-sectional study conducted in 720 infants between 29 days and 6 months of age, admitted to the Pediatric Teaching Hospital of San Miguel del Padrón from January to December 2014, whom represented the universe and the sample of the study. Variables such as age and type of weaning, previous hospitalizations and their causes were analyzed. The collection of information was carried out through medical records and a questionnaire applied to the mothers.

Results: Only 27.7% of the children were exclusively breastfed, the rest were weaned at any age, even before one month of birth. As the age of weaning increased, the amount of hospitalizations and morbidity decreased. Those weaned had a higher frequency of respiratory and digestive infections.

Conclusions: In the infants studied, the earlier the weaning occurs, the greater the risk of morbidity and the need for admission to hospital services was ; therefore, it represented less protection for the child's health.

Keywords: Breastfeeding; early weaning; causes of weaning; morbidity.

Recibido: 12/07/2020

Aceptado: 02/05/2021

Introducción

La lactancia materna es inherente a los mamíferos y en su ausencia ninguna de estas especies hubiese sobrevivido.⁽¹⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una forma ideal, suficiente, adecuada e insustituible de proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los lactantes, de manera exclusiva durante los primeros seis meses, y como lactancia materna complementaria hasta los dos años.⁽²⁾

Para la OMS la nutrición deficiente en niños menores de 5 años aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable directa o indirectamente de un tercio de los 9,5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006. Publica, además, que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10 % de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años.⁽³⁾

Sin embargo, las tasas internacionales de LM varían entre y dentro de los países, con cifras de destete que oscilan desde 17 % en Europa Oriental hasta 50 % en Latinoamérica y es el amamantamiento durante la primera hora de vida de nacido, un indicador de excelencia.⁽⁴⁾ Actualmente, solo 37 % de los lactantes menores de seis meses en países de ingresos bajos y medios son amamantados de forma exclusiva, y este número es aún menor en países de ingresos altos.⁽⁵⁾

La lactancia materna exclusiva (LME), definida como la alimentación del lactante solo con leche materna, sin inclusión de sólidos ni otros líquidos, ha demostrado ventajas durante los primeros seis meses de vida: mayor calidad en el aporte de nutrientes, sirve como base para la construcción de los tejidos del niño, proporciona moduladores del crecimiento del sistema nervioso central (SNC) y aportan componentes bioactivos que actúan como mediadores entre la madre y su hijo y establecen una comunicación bioquímica y fisiológica.^(6,7)

Además, no hay agresión fisicoquímica y antigénica y sí, apoyo inmunológico, mejor desarrollo del tubo digestivo con la formación de la flora intestinal, prevención de enfermedad diarreica aguda, prevención de enfermedades del tracto respiratorio y de dermatitis atópica.^(3,6)

La leche humana contiene inmunoglobulinas de origen materno, la IgA en cantidades abundantes (3-7 mg/mL), particularmente IgA secretora, cuya actividad está relacionada de forma esencial con la inmunidad de las mucosas, donde puede actuar a tres niveles diferentes, evita la penetración de los antígenos en la pared del intestino, neutraliza la actividad de algunos virus y toxinas dentro y fuera de las células epiteliales, inhibe la adherencia a las mucosas de *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Campylobacter jejuni*, *Giardia lamblia*, *Escherichia coli*, entre otros, y participa en la eliminación de inmunocomplejos. La producción de anticuerpos (IgA secretora) genera

resistencia a la digestión proteolítica, y ofrece protección eficaz contra posibles patógenos que pudieran invadir el tracto respiratorio y digestivo del infante.^(8,9,10)

Mientras que la LM es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, sobre todo porque la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La higiene deficiente, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos.⁽¹¹⁾

La alimentación artificial puede contribuir al incremento de las enfermedades en los lactantes. Por tal razón, los autores consideran importante caracterizar la morbilidad en lactantes con destete precoz.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, correlacional, de corte transversal para darle salida al objetivo. En el Hospital Pediátrico Docente de San Miguel del Padrón se ingresaron durante el año 2014, 720 lactantes de 29 días a 6 meses de edad, que constituyeron el universo de la investigación.

Para el análisis de las variables relacionadas con el destete, la muestra estudiada se correspondió con la totalidad de los lactantes destetados (520), quienes, a pesar de las dificultades con la calidad de alguna información plasmada en las historias clínicas, no resultó necesaria la exclusión de ningún infante del estudio.

Se consideró *destete precoz*, a la introducción de alimentos en la dieta del lactante, además de la leche materna, antes de los seis meses de edad.⁽¹¹⁾

Se realizó la revisión de las historias clínicas de estos lactantes; así como la aplicación de una encuesta rápida a la madre del infante, antes del egreso hospitalario, para la recolección de datos que no estaban incluidos en las historias clínicas.

Se operacionalizaron las siguientes variables:

Edad del destete: es la edad en que la madre interrumpió la LME a su descendiente. Las escalas fueron <1 mes, 1-3 meses, 4-5 meses y 6 meses.

Tipo de destete, medido como:⁽¹¹⁾ destete completo: el niño recibe lactancia artificial y nunca lactancia materna y destete incompleto, cuando además de la leche materna, recibe alimentación suplementaria, o sea, artificial, también conocida como lactancia mixta.

Valoración nutricional (según las tablas cubanas de Peso/Talla),⁽¹²⁾ medida como desnutrido (<3 percentil), delgado (3-10 percentil), normopeso (10-90 percentil); sobrepeso (>90 percentil) y obeso (>97 percentil).

Número de ingresos anteriores: es la cantidad de ingresos previos al del estudio que han tenido los lactantes. Se determinó como: no ingresos anteriores, de 1-2 ingresos y >3 ingresos.

Principales causas de ingreso: dado por el grupo de enfermedades padecidas por los lactantes con mayor frecuencia. Se agruparon para su determinación en: infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda. Las infecciones del tracto urinario, infecciones dermatológicas, infecciones del sistema nervioso central y malnutrición, se incluyeron en la categoría de misceláneas por la baja ocurrencia en relación con las anteriores.

La información recogida se procesó con ayuda del paquete estadístico SPSS, versión 15.0. La relación de variables se expresó en frecuencias absolutas y relativas. Se empleó el Test de *ji.cuadrada* (χ^2) para verificar asociación significativa entre las variables involucradas con nivel de significación de 5 % ($p < 0,05$).

Para dar cumplimiento a la Declaración de Helsinki de 2013,⁽¹³⁾ el comité de ética de la investigación científica de la institución y la academia aprobaron la investigación. Se cumplieron los principios para la selección de la población, el proceso de consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos y el contacto. Todas las madres emitieron su consentimiento, por tanto, se incluyó el 100 % del universo de lactantes ingresados.

Resultados

Alimentaron con LME 27,7% de los niños, de ellos, la mayoría (69%) estaba entre 29 días y 2 meses. Por tanto; las $\frac{3}{4}$ partes de los lactantes hospitalizados, en el momento del ingreso ya habían sido destetados y 73,2% recibía lactancia mixta y artificial (en menor medida).

La relación entre la edad del lactante y el tipo de alimentación fue estadísticamente significativa, pues a medida que aumentaron los meses de nacido, disminuyó la cantidad de infantes con LME y, por ende, prevaleció la lactancia mixta y artificial a partir de los 3 meses (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de lactantes según edad y tipo de lactancia

Edad del paciente	Tipo de lactancia						Total	
	LME		LM		LA		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
29 días 2m	138	19,1	14	1,9	5	0,7	157	21,8
3-5 m	52	7,2	288	40,0	67	9,3	407	56,5
6 m	10	1,3	79	11,0	67	9,3	156	21,7
Total	200	27,6	381	52,9	139	19,3	720	100,0

$\chi^2 = 99,89$; $p = 0,0000$: m: meses.

Una de las variables más importantes, que puede estar relacionada con el destete precoz, es la causa de ingreso. En tal sentido, en casi la mitad de los casos, se identificó como principal motivo las infecciones respiratorias agudas (IRA) secundada por la enfermedad diarreica aguda (EDA).

Se apreció que los lactantes destetados fueron los más afectados, especialmente con infecciones respiratorias y digestivas, 77,4 % y 66,9 %, presentaron destete incompleto y completo, respectivamente. Los alimentados con LME (no destetados) mostraron menos enfermedades. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre causas de ingreso y los tipos de destete (Tabla 2).

Tabla 2 - Tipo de destete según causa de ingreso de los pacientes

Causas de ingreso	Tipo de destete						Total	
	No destete		Incompleto		Completo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
IRA	115	15,9	189	26,2	49	6,8	353	49,0
EDA	20	2,7	106	14,7	44	6,1	170	23,6
Misceláneas	65	9,0	86	11,9	46	6,3	197	27,3
Total	200	27,6	381	52,9	139	19,3	720	100,0

$$\chi^2 = 99,89; p = 0,0000.$$

Los destetados antes del mes, presentaron similar frecuencia de IRA y EDA; sin embargo, las afecciones respiratorias predominaron en los destetados entre 1-3 meses y 4-5 meses, al igual que los de seis meses, pero en menor medida que los anteriores, no obstante, a pesar de que se incrementaron los pacientes enfermos a medida que disminuyó la edad del destete, no se identificó asociación estadísticamente significativa entre las causas de ingreso y la edad del destete (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de los lactantes según de edad del destete y causas de ingreso

Causas de ingreso	Edad del destete (meses)								Total	
	< 1 mes		1 - 3		4 - 5		6			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
IRA	7	1,3	66	12,7	111	21,3	26	5,0	210	40,4
EDA	8	1,5	49	9,4	73	14,0	22	4,2	152	29,2
Misceláneas	2	0,4	41	7,9	95	18,3	20	3,8	158	30,4
Total	17	3,2	156	30,0	279	53,6	68	13,0	520	100,0

$$\chi^2 = 7,53, p = 0,2744.$$

Según el tipo de destete y antecedentes, se determinó que la mayoría (76,5 %) no presentaron hospitalización previa (tabla 4), y de ellos, 36,3 % (n= 200) se alimentaron con LME.

Tabla 4 - Pacientes con tipo de destete según número de ingresos anteriores

Números de ingresos	Tipo de destete						Total	
	No destetados		Incompleto		Completo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No ingresos	200	27,7	321	44,6	30	4,2	551	76,5
1-2 ingresos	0	0,0	60	8,3	97	13,5	157	21,8
3 o más ingresos	0	0,0	0	0,0	12	1,6	12	1,7
Total	200	27,7	381	52,9	139	19,3	720	100,0

$$\chi^2 = 7,53, p = 0,2744.$$

De los destetados completamente 61,7 % tuvo de 1-2 ingresos anteriores y 12 lactantes, 3 o más hospitalizaciones, aspecto que no estuvo presente en niños con destete incompleto. El análisis de esta relación (ingresos anteriores y tipo de alimentación) fue estadísticamente significativo.

A los lactados con LME correspondió 32,6 % de los ingresos por IRA, y a los no lactados 67,4 %, con una proporción de 7 a 3. En total, hubo 68,8 % de ingresos entre los que no recibían LME con respecto a 31,2 % de los que recibían LME, también con una proporción entre unos y otros de 7 a 3.

Según la edad del destete y el número de ingresos anteriores (tabla 5), se observó que más de la mitad de los destetados con menos de un mes presentaron ingresos previos. De igual manera, entre los lactantes de 1-3 meses, la mayoría presentó más de 1 ingreso.

Tabla 5 - Distribución de lactantes según ingresos anteriores y edad del destete

Números de ingresos anteriores	Edad del destete (meses)								Total	
	< 1 mes		1 - 3		4 - 5		6			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No ingresos	8	1,5	35	6,7	254	48,8	52	10,0	349	67,1
1 - 2	4	0,8	114	21,9	25	4,8	16	3,1	159	30,6
3 o más	5	1,0	7	1,3	0	0,0	0	0,0	12	2,3
Total	17	3,3	156	30,0	279	53,6	68	13,1	520	100

$$\chi^2 = 273,68, p = 0,0000.$$

Es importante destacar que, en los destetados, después de los tres meses, es decir, entre 4-5 meses y a los seis meses, predominó la ausencia de ingresos anteriores para 48,8 y 10 %, respectivamente, por lo que mientras más prolongada sea la lactancia materna, se aumenta la frecuencia de pacientes sin ingresos en instalaciones hospitalarias. Se comprobó asociación significativa entre el número de ingresos y la edad del destete ($p < 0,05$).

Asimismo, los destetados antes del cuarto mes se ubicaron en los percentiles más bajos; mientras entre los normopeso, el 48,9 % fueron destetados a los 4-6 meses, y específicamente, entre los de seis meses predominó el normopeso. Es decir, mientras más tarde se destete al niño, mayor frecuencia de pacientes con normopeso se presentan, identificándose asociación significativa ($p < 0,05$) entre el tiempo del destete y la valoración nutricional.

Discusión

La LME hasta los seis meses de edad, ha sido muy difícil de complementar, a pesar del esfuerzo de gobiernos y organismos internacionales. A nivel mundial, 35 % son amamantados durante sus primeros cuatro meses de vida, situación que aumenta el riesgo de enfermedades en los lactantes, ya que la leche maternizada o de fórmula, no proporciona la misma protección inmunológica de la leche materna ^(2,14)

Los hallazgos del estudio se corresponden con los que registran otros países en la encuesta de Indicadores múltiples publicados por la OMS en el Estado Mundial de la Infancia de 2014 para Cuba. Chile, por ejemplo, publica el 44,5% de LME hasta los 6 meses. ^(5,15)

Algunos autores plantean que el consumo de LME se asocia al incremento de la morbilidad infantil por infecciones respiratorias, digestivas, urinarias, entre otras, que son causas de ingreso en el estudio. ⁽⁴⁾ Similares resultados se obtuvieron en 2018 en estudios realizados en Ecuador ⁽¹⁴⁾ y en Cuba ⁽³⁾ en 2016, escenarios bien diferentes.

Se aprecia que los lactantes destetados, tanto en su forma completa o incompleta, fueron los más afectados. Coinciden los resultados de otros estudios ^(3,16,17) donde las EDA e IRA, fueron las enfermedades más frecuentes, En cada estudio, hubo mayor número de niños enfermos sin LME durante el primer semestre de vida.

Los no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía; así como el riesgo de hospitalización por infección respiratoria durante el primer año de vida y que disminuye en 72% en niños alimentados con LME por al menos 4 meses. ⁽⁵⁾

Cualquier volumen de LM es protector, esta se asocia a 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y, además, existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida dicha lactancia ^(4,5)

Los resultados entre la edad del destete y las causas de ingresos aquí encontradas coinciden con lo expresado por otros autores, ⁽¹⁸⁾ a pesar de no encontrarse relación significativa entre la duración de la LME y la protección frente a IRA y EDA.

La severidad de infecciones respiratorias es mayor en niños destetados antes de los 4 meses de vida. Este riesgo disminuye 50% si la LME es de al menos 3 meses y en 63% si se prolonga hasta los 6 meses de vida. Los alimentados con LM presentan 30% menos de riesgo de enfermarse con infecciones gastrointestinales. ⁽⁵⁾

Diferentes autores ⁽¹⁹⁾ plantean que el tiempo de duración de la alimentación es decisivo en la génesis de las enfermedades metabólicas, otros ⁽²⁰⁾ resaltan las consecuencias nocivas del destete precoz, y el desarrollo de alguna enfermedad como EDA, alergias alimentarias y enfermedades metabólicas relacionadas con la edad del destete y el tipo de alimento introducido.

En la investigación de *Mastrup*,⁽¹⁷⁾ se comparan niños que recibieron LME durante el primer semestre de vida con los que no tuvieron LME; se demuestra la alta relación y el riesgo relativo de presentar EDA, IRA y síndromes febriles y un mayor número de ingresos hospitalarios en los que no tuvieron LME.

Este estudio identifica a la LM como elemento imprescindible para disminuir la cantidad de ingresos hospitalarios durante el primer semestre de vida y es coincidente con otros estudios,⁽²¹⁾ que encuentra que 73,5 % de los lactantes no habían tenido ingreso previo y de estos, 63,2 % consumían LME.

Un grupo de autores identifican que en lactantes destetados es más frecuente el ingreso hospitalario, relación que resulta estadísticamente significativa. Otros señalan que la LME es un factor protector de hospitalización ⁽⁵⁾ y consideran que el riesgo de hospitalización por IRA disminuye durante el primer año de vida en 72 % de niños con LME, durante al menos cuatro meses de vida. Se encuentra también indicadores de salud en niños que recibieron LME por más tiempo.⁽²²⁾

Por tanto, los autores de este trabajo consideran que la lactancia materna predominante durante los primeros 6 meses de vida es un factor protector contra las enfermedades, sobre todo las respiratorias, diarreicas agudas y malnutrición, fundamentalmente.

Cada vez son más los autores que exponen las consecuencias de las transgresiones dietéticas durante el primer año de vida, principalmente durante el periodo de la LM, y la asocian con el desarrollo de sobrepeso u obesidad en edades posteriores. Los efectos protectores de la LM en la obesidad han sido estudiados desde hace muchos años.^(5,16,19,20,23)

Las tasas de obesidad son significativamente menores y el riesgo de padecerla se reduce entre 15 a 30 % durante la adolescencia y adultez, comparado con aquellos no amamantados. La duración del amamantamiento está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso y cada mes extra de lactancia se asocia con 4% de disminución del riesgo.⁽⁵⁾

Los resultados de los estudios, verifica el efecto protector de la LM predominante en los primeros 6 meses de vida sobre la malnutrición, *Toriyama* y otros,⁽²⁴⁾ en 2017, plantean que los alimentados con LME tienen una mayor ganancia de peso, respecto a quienes recibieron otros tipos de alimentación y evita la desnutrición por defecto.

Se concluye que, mientras más temprano ocurre el destete, mayor es el riesgo de morbilidad y de necesidad de ingresos en servicios hospitalarios, por tanto, menor protección para la salud del pequeño.

Amamantar al recién nacido en la primera hora de vida y egresar de las maternidades con LME, son orientaciones del sistema de salud cubano que deben cumplirse, conjuntamente con el control y seguimiento efectivo durante los seis primeros meses por el equipo básico de salud para mantener la LME. Estas orientaciones minimizan el riesgo de afectaciones a la salud del lactante, elementos que constituyen recomendaciones de los autores.

Referencias bibliográficas

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 [acceso 17/05/2020];387(10017). Disponible en: <https://www/jhu.pure.elsevier.com/publications/breastfeeding-in-the-21st-cent>
2. Flórez SM, Orrego CLM, Revelo MS, Sánchez OG, Duque PL, Montoya MJJ, *et al.* Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano, *Rev Med Risaralda*. 2018 [acceso 08/01/2020];12(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a05.pdf>
3. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ruiz Hernández E. Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Rev. cuban. pediatr.* 2016 [acceso 27/10/2020];88(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200003&lng=es
4. Martínez GP, Martín GE, Macarro RD, Martínez ME, Manrique TJ. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermer Univ.* 2017;14(1).DOI: <http://dx.DOI.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>;
5. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar, *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(1). DOI: <http://dx.DOI.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
6. Carcausto Machaca AP, Calle Vásquez DB, Ocola de Mostajo RY. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva en madres con menores de 6 meses del CS. *Mariscal Castilla Arequipa-2019* [tesis]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional San Agustín, Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería; 2019[acceso 12/09/2020]:92. Disponible en: <http://www.repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10405>
7. Reyes Montero Y, Alonso Uría RM, Rodríguez Alonso B, Castillo Isaac E. Factores clínicos y sociodemográficos en lactantes con destete precoz. *Rev. cuban. pediatr.* 2020;92(4). [acceso

- 07/10/2020]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/671/625>
8. Mazariegos M, Ramírez Zea M. Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. Arch Latinoam Nutric. 2015 [acceso 15/10/2020];65(3):143-51. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222015000300002&script=sci_abstract&tlng=en
9. Lima SP, Santos EKA, Erdmann AL, Souza AIJ. Desvelando o significado da experiência vivida para o ser mulher na amamentação com complicações puerperais, Texto Contexto Enfermer. 2018 [acceso 12/12/2020]; 27(1):e0880016. DOI: <http://dx.Doi.org/10.1590/0104-07072018000880016>
10. Alonso Uría RM. Lactancia Materna. En: Toste Rodríguez G, editora. Madre adolescente. Guía para la familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2018. p.190.
11. Sánchez Sigl MR, Baigorria Javier S, Alonso Cordero ME, Hernández Armas DM. Lactancia materna: algunos factores que promueven el destete precoz. Rev Ciencias Médicas. 2009 [acceso 18/05/2020];15(3), Disponible en: <http://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/439/html>
12. Gutiérrez MJA, Berdasco GA, Esquivel LM, Jiménez HJM, Posada LE, Romero del Sol JM, *et al.* Crecimiento y desarrollo. En: Oliva Agüero A, editora. Pediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas ;2006. p. 27-58.
13. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 64ª Asamblea General, Asociación Médica Mundial: Asamblea; 2013. [acceso 26/03/2020]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/64a-asamblea-general-de-la-declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las>
14. Acosta SM, De la Rosa FJM. Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. Arch. méd. Camagüey. 2018 [acceso 26/03/2020];22(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400452&lng=es
15. Ministerio de Salud Pública. Informe de encuesta de Indicadores Múltiples. 2014 [acceso 26/03/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/09/mics5-2014-cuba.pdf>, <https://especialidades.sld.cu/higienepidemiologia/2015/09/19/encuesta-de-indicadores-multiples-por-conglomerados-cuba-2014/>
16. Magraner Tarrau ME. Enfermedades respiratorias más frecuentes. En: Toste Rodríguez G, editora. Madre adolescente. Guía para la familia. La Habana: Editorial Científico Técnica; 201. p. 329-30.
17. Mastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Norby S, Hallum K, Frandsen A, *et al.* Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Preterm Infants. Results from a Prospective National Cohort Study. 2014 [acceso 26/03/2020];9(2). DOI: <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0089077>
18. Cardona GK, Castaño CJJ, Hurtado QCI, Moreno GMI, Restrepo PA, Villegas AOA. Frecuencia de lactancia materna exclusiva, factores asociados y relación con el desarrollo antropométrico y patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2010-2011. Arch Med. 2013 [acceso 26/03/2020];13(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf>

19. González LT, Simarro GM. Lactancia materna como factor protector de la obesidad infantil y en edades futuras [tesis]. España: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2016 [acceso 26/03/2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10261/158348>
20. Luz e Silva AM, Sobral da Silva MGR, Nunes da Silva TA, Ribeiro da Silva Pedrosa ZV. La introducción alimentaria precoz y el riesgo de alergias: Revisión de la literatura. *Enfermer Global*. 2019 [acceso 26/03/2020];54(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.345231>
21. Haroon S, Das J, Salam R, Imdad A, Bhutta Z. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: asystematic review. *BMC Public Health*. 2013 [acceso 26/03/2020];13(3). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S20>
22. Brito LD, Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva [tesis]. Mayabeque, San José de las Lajas: Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”; 2014.
23. Navarro IMJ, Caire JG, Ortega VMI, Bolaños VAV, Saucedo TMS. Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Nutr Hosp*. 2015;32(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049>
24. Toriyama ATM, Fujimori E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. Lactancia materna: ¿qué ha cambiado en la última década? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017 [acceso 12/12/2020];25:e2941. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2941.pdf

Conflictos de intereses

Los autores no tienen conflicto de ningún tipo.

Contribuciones de los autores

Yeidi Reyes Montero: conceptualización, curación de datos, investigación y elaboración del informe final.

Rosa María Alonso Uría: conceptualización, administración del proyecto, metodología, supervisión, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Beatriz Rodríguez Alonso: curación de datos, análisis formal, metodología, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Arnaldo Acosta González: curación de datos, recursos, redacción-revisión y edición.

Jaqueline Santos Ravelo: curación de datos, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

Eugenio Castillo Isaac: curación de datos, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

