

Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Malabo. Guinea Ecuatorial

SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN NUTRICIÓN EN LA CIUDAD CAPITAL DE GUINEA ECUATORIAL

Lilian Esther Ruiz González^{1¶}, Inmaculada Nse Elo².

RESUMEN

Introducción: La alimentación adecuada, junto con la lactancia materna (LM), durante los primeros años de vida del niño, son necesarias para asegurar el estado nutricional, y con ello, el estado de salud. **Objetivo:** Describir el estado nutricional de los niños con edades entre 0 – 2 años atendidos en una Consulta especializada en Nutrición de Guinea Ecuatorial. **Locación del estudio:** Consulta de Nutrición del Hospital de Especialidades de Malabo (Guinea Ecuatorial). **Diseño del estudio:** Prospectivo, transversal, descriptivo. **Serie de estudio:** Noventa y dos niños (Varones: 42.4%) con edades entre 0 – 2 años atendidos ambulatoriamente entre Enero del 2017 y Enero del 2018 (ambos inclusive). **Métodos:** Las mediciones antropométricas hechas en el niño fueron estandarizadas como puntajes Z y calificadas nutricionalmente según los estándares de crecimiento y desarrollo provistos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se examinaron, además, la práctica de la LM, la alimentación complementaria, y las formas en las que el niño es alimentado. **Resultados:** Los valores alterados de las mediciones antropométricas se distribuyeron como sigue: *Valores disminuidos de la longitud supina para la edad:* 14.1%; *Valores disminuidos del peso para la edad:* 28.3%; y *Valores disminuidos del Índice de Masa Corporal para la edad:* 30.4.%; respectivamente. El comportamiento de los fenotipos nutricionales fue independiente del sexo del niño. La plausibilidad de los datos impidió examinar la influencia de la edad del niño sobre el comportamiento del indicador antropométrico. El estado de la lactancia fue como sigue: *LM exclusiva:* 7.7%; *LM complementaria:* 48.9%; *Lactancia artificial:* 43.5%; respectivamente. Los alimentos diferentes de la leche se habían introducido en la mitad de los niños. El 67.4% de ellos había sido destetado antes de los 6 meses de edad. **Conclusiones:** La desnutrición es frecuente entre los niños atendidos en una Consulta hospitalaria de Nutrición. La LM se ha abandonado en una proporción importante de ellos. Los alimentos diferentes de la leche se introducen antes de los 6 meses de vida extrauterina. **Ruiz González LE, Nse Elo I. Estado nutricional de los niños atendidos en una consulta especializada en nutrición en la ciudad capital de Guinea Ecuatorial. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2019;29(2):330-46. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.**

Palabras clave: *Niños menores de dos años / Nutrición / Evaluación nutricional / Lactancia materna / Alimentación complementaria.*

¹ Ingeniera química. ² Técnica en Nutrición.

¶ Máster en Ciencias.

Recibido: 5 de Agosto del 2019. Aceptado: 10 de Septiembre del 2019.

Lilian Esther Ruiz González. Escuela de Enfermería. Facultad de Tecnologías de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas, Villa Clara. Cuba.

Correo electrónico: msclilianesther@nauta.cu.

INTRODUCCIÓN

La nutrición reviste una gran importancia como uno de los determinantes fundamentales de la salud humana.¹⁻³ Por ello, las relaciones entre el estado de salud del sujeto y la dieta a la que éste se adhiere deberían enmarcarse dentro del contexto de la promoción de salud: las actividades de educación en salud y promoción de salud no deben ser vistas como de las exclusivas competencia y pertinencia de las autoridades sanitarias del país, sino que deben desplegarse y conducirse para que cada ciudadano asuma plena responsabilidad sobre aquellas prácticas alimentarias tenidas como saludables.^{4,5}

La “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño” fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, y contó con el apoyo de las distintas agencias del Sistema de Naciones Unidas como la UNICEF, la FAO, y el FNUAP; además de otros organismos suprarregionales.⁶ Esta estrategia plantea entre sus principios fundamentales la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad,⁷ y complementada hasta los 2 años;⁸ y la introducción de alimentos adecuados, nutritivos, inocuos, y administrados debidamente a partir de los 6 meses.⁹⁻¹⁰ La estrategia global de la OMS también le dedica particular atención a la lactancia materna y la alimentación de los niños en situaciones vulnerables y condiciones excepcionalmente difíciles.¹¹

La mejor forma de interpretar el estado nutricional del niño, y de esta manera, las tasas de crecimiento y desarrollo del mismo, se basa en el seguimiento periódico de las dimensiones antropométricas del niño, a saber: la estatura, el peso corporal, la circunferencia cefálica y la circunferencia del brazo, en ocasión de los exámenes de salud y/o la atención durante la enfermedad.¹²⁻¹³ De esta manera, la evaluación antropométrica del niño alertará tempranamente a los equipos de salud sobre los trastornos nutricionales tales como la

detención del crecimiento lineal (el “*stunting*” de la terminología anglosajona) y la emaciación (“*wasting*”), por un lado;¹⁴⁻¹⁶ y el exceso de peso y la obesidad, por el otro.¹⁷

Los nuevos patrones de crecimiento y desarrollo infantiles de la OMS se construyeron a partir de una visión del derecho a la salud y la nutrición, en virtud de que los niños incluidos dentro de la base de datos que después sirvió para la construcción de los mismos fueron criados y alimentados según los lineamientos de la OMS y la UNICEF. Además, en la construcción de estos patrones se utilizaron métodos estadísticos mejorados y apropiados. Como se aseguró que los resultados obtenidos en los niños examinados en diferentes entornos étnicos, culturales y genéticos fueron similares entre sí, estos patrones de crecimiento y desarrollo no sólo resultan útiles como referencia internacional, sino también como un instrumento local de vigilancia nutricional en todos los países del mundo.¹⁸

La lactancia materna (LM) es una práctica expandida, aunque no generalizada, en Guinea Ecuatorial. De hecho, los resultados de la “Encuesta Demográfica y de Salud” (reconocida por las siglas *EDSGE-I*), completada en el año 2011, mostraron que sólo el 81% de los niños nacidos en los últimos dos años anteriores a la encuesta fueron amamantados.¹⁹ Entre los niños que fueron lactados, el 60% de ellos recibieron otros alimentos diferentes de la leche materna antes del inicio de la LM.²⁰⁻²¹ De los niños con 12 – 17 meses de vida extrauterina, menos de la mitad fueron amamantados, mientras que, a su vez, lo fueron el 11% de aquellos con 18 – 23 meses de edad: resultados éstos que muestran que la LM en Guinea Ecuatorial no es una práctica universal.²⁰⁻²¹

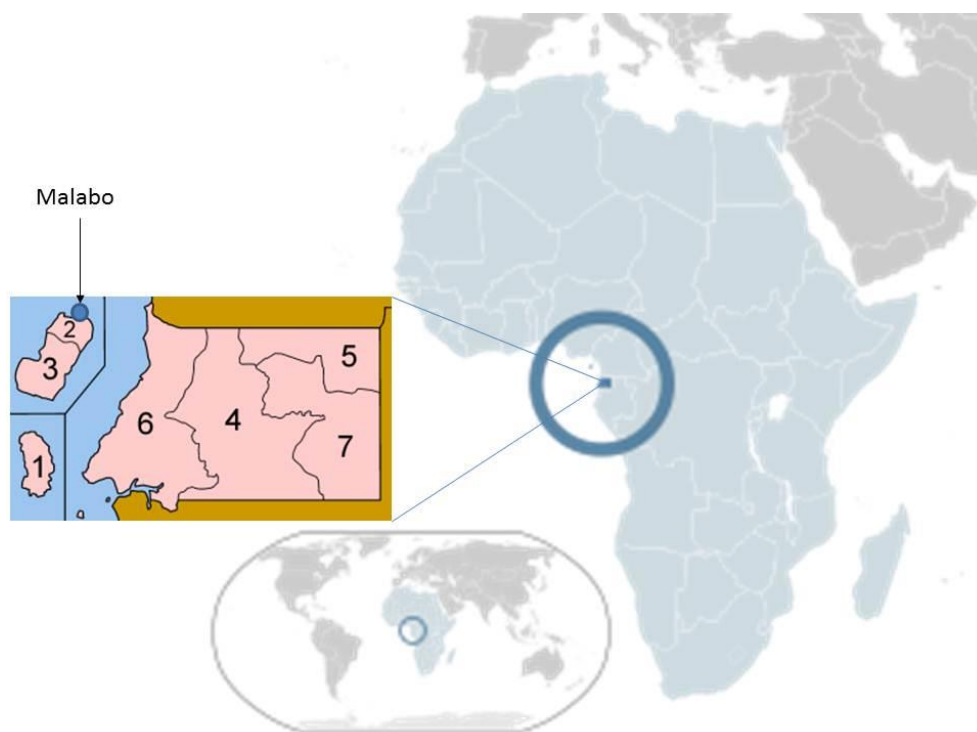
Una alimentación adecuada durante los primeros años de vida es necesaria para garantizar el buen estado nutricional, y el crecimiento y desarrollo óptimos, del niño durante la primera etapa de la vida extrauterina, que se extiende hasta los 2 años

de edad. Por todo lo anteriormente dicho, se ha completado este estudio del estado nutricional de los niños y niñas atendidos en un hospital de especialidades de la ciudad capital de Malabo, Guinea Ecuatorial; y las prácticas alimentarias que se siguen en ellos corrientemente, incluida la LM.

Diseño del estudio: Prospectivo, transversal, descriptivo.

Serie de estudio: Fueron elegibles para participar en este estudio los niños de ambos sexos, con edades entre 0 – 2 años, que fueron atendidos en la Consulta hospitalaria de Nutrición entre los meses de Enero del 2017 y

Figura 1. Guinea Ecuatorial. Guinea Ecuatorial es un país localizado en el Golfo de Guinea, sobre la costa atlántica del continente africano. Por el norte Guinea Ecuatorial limita con Camerún, mientras que por el oeste y el sur sostiene una frontera común con Gabón. Los números se corresponden con las provincias que integran el país: 1: Annobón (capital: San Antonio de Palé); 2: Bioko Norte (capital: Malabo); 3: Bioko Sur (capital: Luba); 4: Centro Sur (capital: Evinayong); 5: Kié-Ntem (capital: Ebebiyín); 6: Litoral (capital: Bata); y 7 Wele-Nzas (capital: Mongomo). La ciudad de Malabo es también la capital del país.



Fuente: http://en.wikipedia.org/wiki/Equatorial_Guinea. Fecha de última visita: Lunes, 17 de Febrero del 2020.

MATERIAL Y MÉTODO

Locación del estudio: Consulta de Nutrición del Hospital de Especialidades de Malabo (Guinea Ecuatorial).

Enero del 2018 (ambos inclusive). De cada niño finalmente incluido en la serie de estudio se obtuvieron el sexo (Masculino vs. Femenino) y la edad como años de vida cumplidos, y el peso al nacer (gramos); y se

administraron los instrumentos y formularios prescritos por el diseño experimental de la investigación. El peso al nacer se clasificó ulteriormente como sigue: *Bajo peso al nacer*: Peso < 2,500 gramos vs. *Peso adecuado al nacer*: Peso \geq 2,500 gramos. Se aseguraron en todo momento las condiciones sanitarias para la conducción de las entrevistas y la realización de las mediciones antropométricas.

Consideraciones éticas: Con vistas a la realización de este trabajo, los padres/tutores/guardianes/custodios de los niños fueron informados sobre los objetivos y propósitos de la investigación, y los beneficios que de la ejecución de la misma se derivarían (en correspondencia con el principio de beneficencia); y el derecho que les asistía en permitir que el niño fuera incluido en la presente serie de estudio; así como a negarse a la inclusión del mismo, o a retirarlo en cualquier momento de la ejecución de la investigación; sin sufrir menoscabo de la asistencia médica que se le brindaba en la institución. Los padres que consintieron en incluir al niño en la presente serie de estudio firmaron el correspondiente acto de consentimiento informado.

En modo alguno los padres/tutores/guardianes/custodios de los niños fueron compulsados ni recompensados (ni mucho menos obligados, ni por las mismas razones sometidos a daños físicos, legales o sociales) para el logro del consentimiento informado.

Los datos recolectados de los niños incluidos en la serie de estudio fueron usados únicamente por la autora principal para responder a los objetivos de la investigación. En todo momento se aseguró la discreción, el anonimato y la confidencialidad en el tratamiento de los datos primarios colectados. Los procedimientos administrados a los niños participantes en el estudio fueron conducidos de acuerdo con lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre los "Principios éticos de las investigaciones biomédicas con seres humanos".²²

Encuesta sobre el estado de la lactancia materna: En todos los casos se condujo una entrevista con la madre/padre/cuidador/guarda/custodio del niño para recoger la práctica de la LM, el tiempo de amamantamiento, el momento del inicio de la alimentación complementaria y la introducción de otros alimentos diferentes a la leche; y la persistencia de la LM a título complementario una vez introducidos los nuevos alimentos.

Mediciones antropométricas: A la admisión en la consulta, el(la) niño(a) fue tallado y pesado según las recomendaciones hechas en la literatura especializada.²³⁻²⁴ El peso corporal se midió en kilogramos con una exactitud de 0.1 décima, asegurando que el niño estuviera descalzo y vestido solamente con ropa interior.

La talla del niño se estimó de la longitud supina (en centímetros). La longitud supina fue medida con una exactitud de una décima utilizando un tallímetro. Para ello, el niño se ubicó en posición de decúbito supino sobre el área de apoyo horizontal del instrumento de medición, y con la cabeza orientada según el plano de Frankfort en contacto con el tope del equipo ejerciendo una tracción leve. Un segundo medidor sostuvo entonces al niño por las rodillas, con los dedos de los pies apuntando hacia arriba, y los hizo coincidir con el carro móvil del equipo.

El Índice de Masa Corporal (IMC, Kg.m^{-2}) se calculó con los valores obtenidos de la longitud supina y el peso corporal del niño.²⁵

Evaluación antropométrica: El estado nutricional del niño se evaluó del estado corriente de la longitud supina y el peso corporal después de comparación con los estándares anotados en las Tablas OMS de Crecimiento y Desarrollo.²⁶⁻²⁷ Para ello, el valor del indicador antropométrico se transformó en el puntaje Z de acuerdo con los estándares anotados para el sexo y la edad del niño.

La longitud supina se evaluó como sigue: *Longitud supina insuficiente para la edad*: Longitud supina < -2 desviaciones estándar de la media poblacional; *Longitud supina esperada para la edad*: Longitud supina incluida dentro de las ± 2 desviaciones estándar para el sexo y la edad; y *Longitud supina elevada para la edad*: Longitud supina $> +2$ desviaciones estándar; respectivamente. Se ha de señalar que una longitud supina disminuida para el sexo y la edad se corresponde con un diagnóstico de “stunting”.²⁸ término que describe la detención del crecimiento lineal del niño debido a la actuación crónica en el tiempo de noxas diversas.

Por su parte, el peso corporal del niño fue calificado como sigue: *Peso insuficiente para la edad*: Peso < -2 desviaciones estándar de la media poblacional; *Peso adecuado para la edad*: Peso incluido dentro de las ± 2 desviaciones estándar para el sexo y la edad; y *Peso excesivo para la edad*: Peso $> +2$ desviaciones estándar; respectivamente.

El peso corporal del niño también fue calificado según la longitud supina como se muestra: *Peso insuficiente para la longitud supina*: IMC < -2 desviaciones estándar de la media poblacional; *Peso adecuado para la longitud supina*: IMC incluido dentro de las ± 2 desviaciones estándar; y *Peso excesivo para la longitud supina*: IMC $> +2$ desviaciones estándar; respectivamente. Por su parte, la obesidad se estableció ante un IMC $> +3$ desviaciones estándar. Un peso disminuido para la longitud supina del niño apunta hacia la presencia de emaciación (del inglés “wasting”):²⁹ término que define la incapacidad del niño de adaptarse a los cambios ambientales como para mantener un peso adecuado a la longitud supina corriente. Es inmediato que la concurrencia en el niño de “stunting” y “wasting” implica un deterioro nutricional grave.

Tabla 1. Características demográficas de los niños y niñas examinados en la presente investigación. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de niños incluidos en cada estrato de la característica. En instancias selectas se muestran la media \pm desviación estándar de la característica correspondiente.

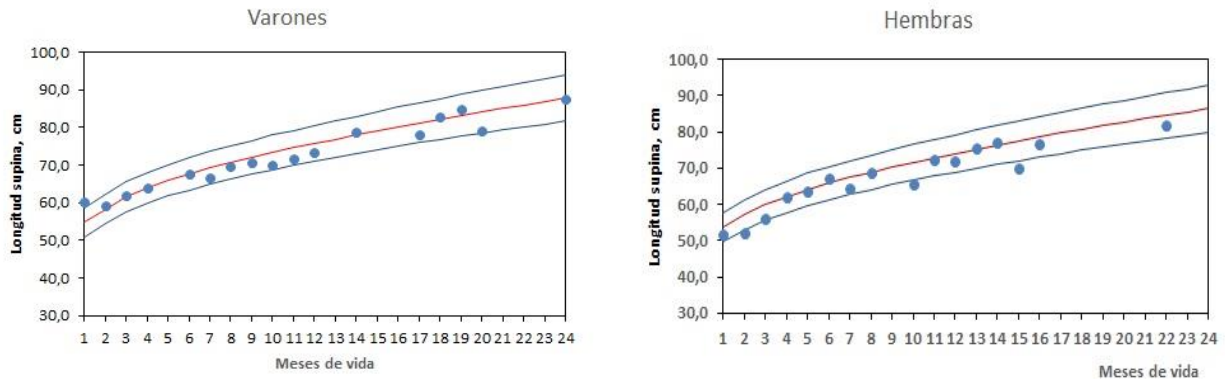
Característica	Hallazgos
Sexo	Varones: 39 [42.4] Hembras: 53 [57.6]
Edad, meses de vida	8.0 \pm 5.5
Edad, meses de vida	1 mes: 7 [7.6] 2 meses: 9 [9.8] 3 meses: 5 [5.4] 4 meses: 11 [11.9] 5 meses: 5 [5.4] 6 meses: 6 [6.5] 7 meses: 4 [4.3] 8 meses: 8 [8.7] 9 meses: 3 [5.4] 10 meses: 6 [6.5] 11 meses: 6 [6.5] 12 meses: 5 [5.4] 13 meses: 1 [1.1] 14 meses: 6 [6.5] 15 meses: 1 [1.1] 16 meses: 2 [2.2] 17 meses: 1 [1.1] 18 meses: 1 [1.1] 19 meses: 1 [1.1] 20 meses: 1 [1.1] 22 meses: 1 [1.1] 24 meses: 2 [2.2]
Peso al nacer, gramos	2,860 \pm 862
Peso al nacer $< 2,500$ gramos	29 [31.5]

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 92.

Procesamiento de datos y análisis estadístico-matemático de los resultados: Los datos demográficos, sanitarios y antropométricos de los niños examinados fueron anotados en los correspondientes registros clínicos, e ingresados en una hoja de cálculo electrónica construida sobre EXCEL para OFFICE de WINDOWS (Microsoft, Redmon, Virginia, Estados Unidos).

Figura 2. Longitud supina del niño para la edad. *Izquierda*: Varones. *Derecha*: Hembras. Línea continua roja: Media poblacional. Líneas continuas azules: Intervalos para la media poblacional para ± 2 desviaciones estándar.



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 92.

Las mediciones antropométricas se redujeron hasta estadígrafos de locación (media) y dispersión (desviación estándar) según el sexo y la edad del niño. Asimismo, se estimó la frecuencia de ocurrencia de los distintos fenotipos nutricionales de acuerdo a los descriptores demográficos de la serie de estudio.

RESULTADOS

Durante la ventana de observación del estudio fueron admitidos en la consulta 92 niños. La Tabla 1 muestra las características demográficas y sanitarias de los mismos. Prevalcieron las hembras sobre los varones. La edad promedio fue de 8.5 ± 5.5 meses de vida extrauterina: *Varones*: 9.1 ± 6.3 meses vs. *Hembras*: 7.2 ± 4.8 meses ($p > 0.05$).

El peso promedio al nacer fue de $2,860 \pm 862$ gramos. El 31.5% de los niños nació con un bajo peso. Los varones mostraron un peso al nacer (al menos numéricamente) mayor (*Varones*: 2996 ± 898 gramos vs. *Hembras*: 2760 ± 829 gramos; $\Delta = 239$ gramos; $p > 0.05$;

test t-Student para la comparación de medias independientes); a la que una menor frecuencia del bajo peso al nacer (*Varones*: 23.1% vs. *Hembras*: 37.7%; $\Delta = -14.6\%$; $p > 0.05$; test Z para la comparación de proporciones independientes).

La Figura 2 muestra el comportamiento de la longitud supina según el sexo y la edad del niño examinado. Los valores promedio de la longitud supina fueron menores que la media poblacional (que se correspondería con un puntaje Z igual a cero), indicando con ello una tendencia hacia valores disminuidos de la longitud supina para cualquier edad y, de esta manera, un riesgo aumentado de detención de la tasa lineal de crecimiento (del inglés “stunting”). El comportamiento de la longitud supina fue independiente del sexo (datos no mostrados).

La Figura 3 muestra el comportamiento del peso para el sexo y la edad del niño. En la mayoría de las instancias, el peso para la edad fue inferior a la media poblacional (que ocuparía un puntaje Z de cero). Como se anotó anteriormente, el comportamiento del peso

para la edad fue independiente del sexo del niño examinado (datos no mostrados).

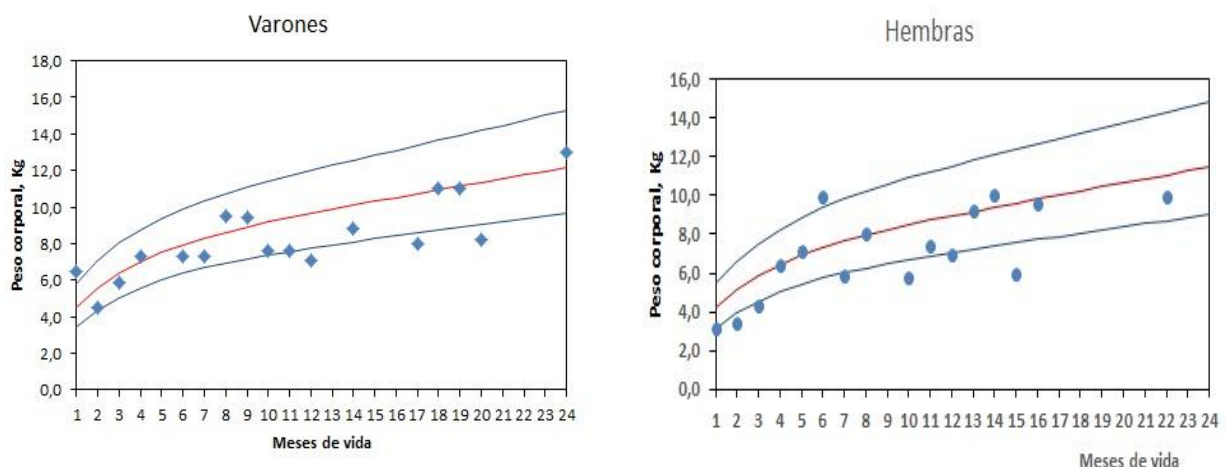
La Figura 4 muestra el comportamiento del IMC (o lo que es lo mismo: el peso para la longitud supina) según el sexo y la edad del niño. De forma similar a las características antropométricas descritas previamente, el peso promedio para la longitud supina fue menor que la media poblacional correspondiente para el sexo y la edad, indicando con ello un riesgo mayor de emaciación (del inglés “wasting”). El comportamiento del peso del niño para la longitud supina fue similar para ambos sexos (datos no mostrados).

fue independiente del sexo del niño (datos no mostrados).

Por su parte, el 10.9% de los niños se presentó con un peso excesivo para la longitud supina, mientras que la obesidad afectó al 7.6% de la serie de estudio. El exceso de peso fue independiente del sexo del niño (datos no mostrados). No obstante, la ocurrencia del exceso de peso y la obesidad fue (al menos numéricamente) mayor entre los varones.

La Figura 5 muestra la distribución de los valores esperados de los distintos indicadores antropométricos del estado nutricional según la edad del niño. La

Figura 3. Peso del niño para la edad. *Izquierda:* Varones. *Derecha:* Hembras. Línea continua roja: Media poblacional. Líneas continuas azules: Intervalos para la media poblacional para ± 2 desviaciones estándar.



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 92.

La Tabla 2 muestra la distribución de los fenotipos nutricionales de interés en la serie de estudio: *Valores disminuidos de la longitud supina para la edad:* 14.1%; *Valores disminuidos del peso para la edad:* 28.3%; y *Valores disminuidos del peso para la longitud supina:* 30.4.%; respectivamente. El comportamiento de los fenotipos nutricionales

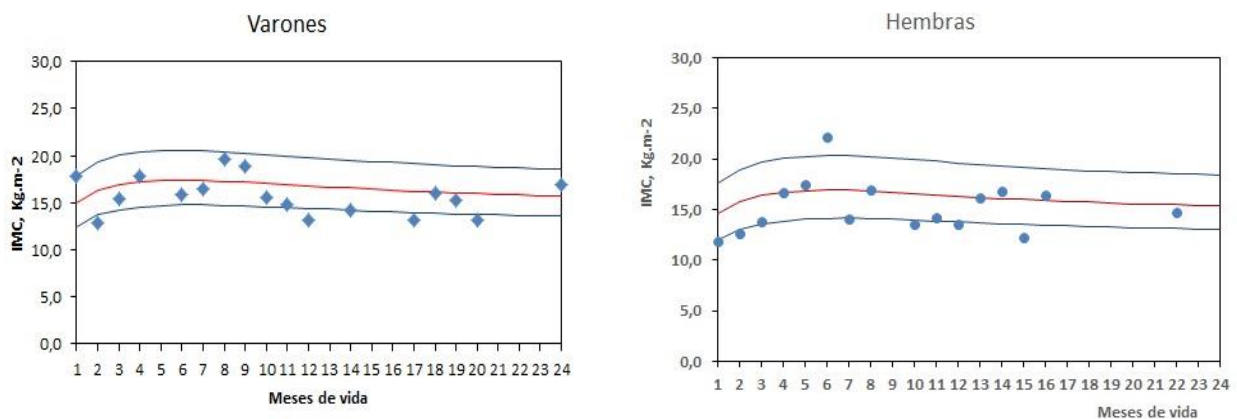
plausibilidad de los datos inherente a series de estudio de pequeño tamaño impidió una mejor apreciación de la influencia de la edad del niño en el comportamiento del indicador antropométrico. No obstante, para cualquier edad, el 93.8% de los niños mostró valores conservados de la longitud supina para la edad, mientras que en el 77.5% de ellos el peso

corporal era el adecuado para la edad (mediana de las observaciones *a-través-de-todas-las-edades*). Sin embargo, solo el 56.3% de los niños examinados tenía valores adecuados del IMC para la edad (mediana de las observaciones *a-través-de-todas-las-edades*).

exclusiva fue dependiente de la edad: 0 – 6 meses de vida: 11.6%; 7 – 12 meses: 3.1%; y 13 – 24 meses: 5.9%; respectivamente.

Por su parte, la tasa de uso de la lactancia artificial fue del 92.4%. La lactancia artificial se incrementó con la edad del niño:

Figura 4. Índice de Masa Corporal del niño para la edad. *Izquierda: Varones. Derecha: Hembras.* Línea continua roja: Media poblacional. Líneas continuas azules: Intervalos para la media poblacional para ± 2 desviaciones estándar.



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 92.

También se exploraron las asociaciones entre el peso del niño al nacer y el fenotipo nutricional. Para cualquier instancia de análisis, los valores encontrados de la longitud supina para la edad, el peso para la edad, y el IMC para la edad fueron independientes del peso al nacer (datos no mostrados).

Finalmente, la Tabla 3 muestra el estado de las prácticas de la lactancia y la alimentación complementaria en la serie de estudio. La lactancia materna era practicada en poco más de la mitad de los niños, y disminuyó con las mayores edades (datos no mostrados).

Como se muestra en la Figura 6, solo el 7.6% de los niños recibía leche materna de forma exclusiva. La lactancia materna

Entre 0 – 6 meses de vida: 88.4%; 7 – 12 meses: 96.9%; y Entre 13 – 24 meses: 94.1%; respectivamente. Se ha de destacar que el 43.5% de los niños era lactado solamente con leches artificiales.

El 57.1% de los niños menores de 2 meses había sido alimentado con biberón en algún momento durante las 24 horas anteriores a la entrevista. Esta proporción fue del 64.3% entre aquellos con 2 – 3 meses de vida extrauterina, y del 66.7% a los 4 – 5 meses de vida.

Entre los niños nacidos con bajo peso, la lactancia se comportó de la manera siguiente: *LME*: 3.1%; *Lactancia artificial*: 56.3%; y *Lactancia materna + artificial*: 40.6%; respectivamente.

Tabla 2. Distribución de los fenotipos nutricionales en la serie de estudio. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de niños y niñas incluidos dentro de cada fenotipo nutricional. Los fenotipos nutricionales de interés se distribuyen según el sexo del niño.

Característica	Varones	Hembras	Todos
Tamaño	39	53	92
Longitud supina disminuida para la edad	4 [10.3]	9 [17.0]	13 [14.1]
Peso disminuido para la edad	10 [25.6]	16 [30.2]	26 [28.3]
IMC disminuido para la edad	13 [33.3]	15 [28.3]	28 [30.4]
Peso excesivo para la longitud supina	5 [12.8]	5 [9.4]	10 [10.9]
Obesidad	4 [10.3]	3 [5.7]	7 [7.6]

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 92.

En el momento de la entrevista, en el 50.0% de los niños se habían introducido alimentos diferentes de la leche. El 67.4% de ellos había sido destetado antes de los 6 meses de edad, mientras que el 32.6% restante fue destetado a los 6 meses de vida.

Quince (46.9%) de los 32 niños que nacieron con bajo peso ya recibían otros alimentos aparte de la leche en el momento de la entrevista. En 11 (73.3%) de estos niños los alimentos se introdujeron antes de los 6 meses de vida extrauterina.

Respecto de la introducción de líquidos en la dieta regular del niño, la tercera parte de los menores de 6 meses recibía otros líquidos diferentes del agua corriente en el momento de la entrevista. Es de notar que el 59.0% de los niños dentro de esta franja etaria recibieron fórmulas infantiles.

La introducción de alimentos sólidos y semisólidos en la dieta del niño se incrementó con la edad: *Edades menores de 2 meses*: 15.0%; *Entre 4 – 5 meses de vida*: 55.0%; y *Edades mayores de 6 meses*: 71.8%; respectivamente. Se hace notar que la tercera parte de los niños con menos de 6 meses de edad recibía alimentos “fortificados” para bebés.

DISCUSIÓN

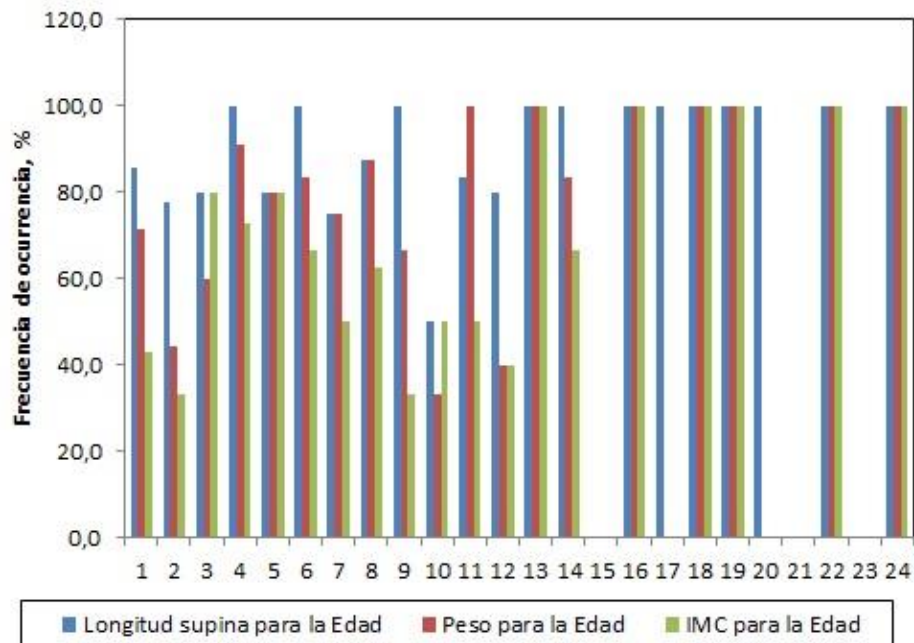
Este trabajo ha mostrado el estado nutricional de niños y niñas con edades entre

0 – 2 años que fueron atendidos en una consulta especializada de Nutrición en un hospital de la ciudad capital de Guinea Ecuatorial. En razón de tal, este trabajo presenta por primera vez (al menos en la historia de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición) los trastornos nutricionales que pueden ocurrir en niños de tan corta edad que son atendidos en un hospital de especialidades de este país.

La desnutrición es uno de los principales problemas de salud que afectan a los niños en los países en vías de desarrollo, entre los que se incluye a Guinea Ecuatorial.¹⁹⁻²¹ De acuerdo con la encuesta EDSGE-I, un tercio de los niños con edades entre 0 – 59 meses sufren de desnutrición crónica (dado por el “stunting” o la detención de la tasa de crecimiento lineal), mientras que el 10% de ellos sufren de desnutrición aguda (evidenciado por el “wasting”)*.

* Se han asentado en la literatura especializada los términos “stunting” y “wasting” como indicadores poblacionales de desnutrición crónica y aguda en niños, respectivamente. El uso de tales términos ha sido criticado a lo largo de los años debido a las inconsistencias derivadas de la administración de un punto de corte universal en poblaciones que difieren entre sí respecto de influencias culturales y ambientales. Para más detalles: Consulte: Referencia [15].

Figura 5. Comportamiento de los indicadores antropométricos del estado nutricional según la edad del niño. Se muestra la frecuencia de ocurrencia de los valores esperados del indicador antropométrico según los meses de vida del niño. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.



Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 92.

La desnutrición en edades tan tempranas de la vida comporta graves peligros para la salud del niño, y lo expone a un riesgo aumentado de enfermedades infecciosas, entre otras complicaciones.³⁰ La desnutrición infantil también puede repercutir negativamente en el futuro desarrollo intelectual del niño,³¹⁻³² a la vez que hipotecar el desarrollo socio-económico de los países afectados.³²⁻³³

Dada la propia naturaleza de la consulta hospitalaria que contiene a los niños, es inmediato que la frecuencia de los trastornos nutricionales (si no mayoritaria) fuera (al menos) llamativa en la presente serie de estudio. Así, una longitud supina disminuida

para la edad se presentó en (casi) uno de cada 8 niños; mientras que un peso insuficiente para la longitud supina (o lo que es lo mismo, un IMC inadecuado para la edad) fue encontrado en (casi) uno de cada tres de ellos. Lamentablemente, la plausibilidad de los datos, que es propia de una serie de estudio de pequeño tamaño, ha impedido examinar exhaustivamente la influencia del sexo o la edad del niño sobre el comportamiento de los indicadores antropométricos que se emplean en la evaluación nutricional del niño. No obstante, todo parece indicar que los trastornos nutricionales hallados en estos niños son independientes del sexo y la edad de los mismos.

Tabla 3. Estado de las prácticas de la lactancia y la alimentación complementaria entre los niños examinados en la consulta hospitalaria de Nutrición. Se presentan el número y [entre corchetes] el porcentaje de niños en cada estrato de la característica correspondiente. Para más detalles: Consulte el texto del presente ensayo.

Característica	Hallazgos
<i>Lactancia materna</i>	52 [56.5]
• 0 – 6 meses de vida	34 [79.1]
• 7 – 12 meses de vida	11 [34.3]
• 13 – 24 meses de vida	7 [41.1]
<i>Lactancia artificial</i>	85 [92.4]
• 0 – 6 meses de vida	38 [88.4]
• 7 – 12 meses de vida	31 [96.9]
• 13 – 24 meses de vida	16 [94.1]
<i>Uso de biberón</i>	
• 0 – 1 mes de vida	4 [57.1]
• 2 – 3 meses de vida	9 [64.3]
• 4 – 5 meses de vida	10 [66.7]
<i>Momento de introducción de otros alimentos diferentes de la leche</i>	
• 0 – 5 meses de vida	31 [33.7]
• 6 meses de vida	15 [16.3]

Fuente: Registros del estudio.

Tamaño de la serie: 92.

Las consideraciones sobre el papel de los determinantes demográficos en la presentación de la desnutrición en los niños no son gratuitas. A menor edad, mayor la vulnerabilidad nutricional del niño.³⁴ Asimismo, la desnutrición instalada tempranamente puede perpetuarse | agravarse en las edades siguientes, mientras que la recuperación nutricional se hace más tórpida e inefectiva.³⁵ Por otro lado, algunos estudios han revelado diferencias en el alcance y la efectividad de la protección nutricional de los niños vulnerables debidas al sexo | género, con las niñas en una situación de mayor desprotección.³⁶ No solo eso: la desnutrición instalada y perpetuada (y no intervenida) en las niñas puede trasladarse al bajo peso y la anemia en la captación del embarazo de la después mujer, y el bajo peso y la anemia de la descendencia; y cerrar así un ciclo interminable de desnutrición, enfermedad y pobreza.³⁷

A pesar de la prevalencia de las distintas formas de desnutrición reseñadas en este estudio, también el exceso de peso y la obesidad se presentaron en los niños atendidos en la consulta especializada de Nutrición. La obesidad afectó a casi la décima parte de los niños. Estos hallazgos confirman la tendencia epidemiológica global hacia la doble carga nutricional en gran parte del mundo, y con particular impacto en los países en vías de desarrollo.^{21,38} La doble carga nutricional se trasladaría hacia una doble carga de morbilidad, con un panorama local de salud desgarrado entre las infecciones como la tuberculosis, el VIH/sida y las arbovirosis, por un lado; y las enfermedades crónicas no transmisibles, por el otro; con las previsibles consecuencias para las economías locales y regionales.³⁹

El presente estudio se extendió para examinar las prácticas de la LM y la alimentación complementaria en los niños y

niñas examinados. En el momento actual, menos de la décima parte de los niños encuestados era amamantado de forma exclusiva. Es más: casi la mitad de ellos sólo recibía leches artificiales como única fuente de este alimento. La práctica de la LME fue aún más baja entre los niños desnutridos.

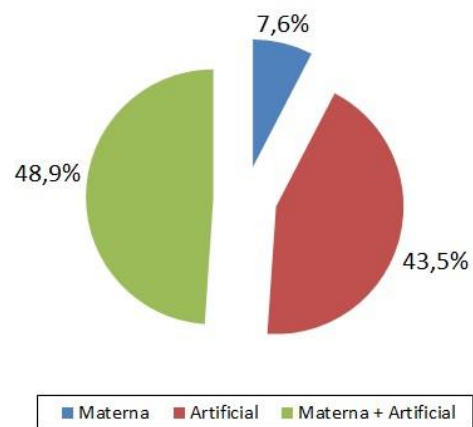
No se insistirá lo suficiente en que la leche materna es el alimento de elección para los lactantes durante el primer semestre de vida.⁴⁰ No solo eso: las bondades de la leche materna son tales que se recomienda fuertemente en todas partes que, no importa la introducción de otros alimentos en la vida del niño, y la conformación de una dieta regular, la leche materna sea parte de la alimentación del mismo hasta completados los 2 primeros años de vida a título complementario.⁴¹

Siempre de acuerdo con los resultados de la encuesta EDSGE-I, la LME se ha convertido en una práctica marginal en Guinea Ecuatorial.¹⁹⁻²¹ En efecto, a los 2 – 3 meses de edad, sólo un 8% de los niños reciben leche materna a título exclusivo, mientras que a los 9 – 11 meses de vida este estimado cae hasta el 1% de los encuestados.¹⁹⁻²¹ En este estudio, la proporción de los niños menores de seis meses de edad sujetos a LME fue del 11.6%. En contraposición con estos hallazgos, más de tres de cada cinco niños recibieron otros alimentos (sean éstos de naturaleza líquida | sólida) aparte de la leche materna antes de la fecha recomendada para ello.

Independientemente de la edad, más de la mitad de los niños era alimentado con biberón. El uso del biberón se reportó en una proporción importante de los niños menores de 2 meses de edad. El uso indiscriminado y acrítico de biberones y chupetes puede incrementar el riesgo de enfermedades diarreicas por violaciones de las normas de higiene, lavado y esterilización (lo que suele ocurrir en familias, comunidades y países precarizados).⁴² El uso de estos dispositivos también puede contribuir al abandono temprano de la LM, y con ello, pérdida de la protección nutricional que la leche materna

sólo es capaz de brindar.⁴³⁻⁴⁴ En tal sentido, el uso del biberón en los niños menores de seis meses es mucho mayor en Guinea Ecuatorial (61%) que en otros países africanos como Burundi⁴⁵ (2% según la encuesta EDSB II del 2010) y Camerún⁴⁶ (15% de acuerdo con la encuesta EDS-MICS del 2011).

Figura 6. Estado de las prácticas de lactancia en la serie de estudio.



Fuente: Registros del estudio.
Tamaño de la serie: 92.

Por último, la alimentación complementaria se había iniciado en casi las dos terceras partes de los niños con edades menores de 6 meses. La introducción de otros alimentos diferentes de la leche materna en la vida diaria del niño se hace completados los primeros 6 meses de vida por cuanto este momento coincide con un período de intenso crecimiento encefálico, y el aporte de nutrientes para sostener este proceso no es suficiente solo de la leche materna.⁴⁷⁻⁴⁹

Por otro lado, la inmadurez del intestino delgado (y por extensión de todo el tracto gastrointestinal) desaconseja la introducción temprana de alimentos diferentes de la leche materna. Igualmente, una alimentación

efectiva implica la adquisición de habilidades oromotoras y coordinaciones neuromotoras para asegurar la correcta masticación, salivación y deglución de los alimentos administrados, funcionalidades éstas que no están presentes en niños de tan corta edad.

Otros estudios han revelado prácticas inadecuadas de alimentación complementaria en los niños con edades entre 6 – 24 meses de edad.⁵⁰⁻⁵³ Una correcta alimentación complementaria implica aportes nutrimentales suficientes para sostener los intensos procesos de crecimiento y desarrollo que se inician en estas edades. La correcta alimentación complementaria también tendría otras repercusiones, por cuanto permite la construcción de la vida alimentaria que el sujeto adoptará y seguirá en edades posteriores. Asimismo, una correcta alimentación complementaria se trasladaría hacia una vida alimentaria saludable, y con ello, un estado de salud prolongado en el tiempo, y un riesgo disminuido de ocurrencia de las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas hoy con el aumento de la morbimortalidad a nivel global.

CONCLUSIONES

Un número importante de los niños y niñas que se atienden en una consulta especializada de Nutrición en un hospital de la ciudad capital de Guinea Ecuatorial se presenta con trastornos nutricionales. La obesidad también puede estar presente en estos niños. La lactancia materna exclusiva se practica en solo una pequeña fracción de los niños examinados. La alimentación complementaria se conduce de forma inadecuada en estos niños. La alimentación complementaria se inició en más de la mitad de los niños desnutridos antes de los 6 meses de vida extrauterina.

Limitaciones del estudio

Se ha descrito el estado nutricional de niños y niñas atendidos en una consulta especializada en Nutrición asentada en un hospital de la ciudad-capital de Guinea Ecuatorial. El estado nutricional corriente de los niños y niñas examinados pudiera no ser el propio de los de la población de pertenencia. La consulta hospitalaria atiende pedidos de interconsulta nutricional de los equipos de trabajo de la propia institución, así como de otros que se desempeñan en otros centros de salud tanto de la ciudad-capital como del resto del país. Esta singularidad pudiera introducir sesgos en los estimados presentados de los distintos fenotipos nutricionales.

Futuras extensiones

La información colocada en este ensayo debería ser complementada con los resultados de estudios poblacionales que se conduzcan en las comunidades radicadas bajo la soberanía del hospital, así como de otras provincias del país. Solo así se podrá tener una imagen fidedigna del estado nutricional de los niños y niñas con edades entre 0 – 2 años en Guinea Ecuatorial.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Sergio Santana Porbén, Editor-Ejecutivo de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, por la ayuda prestada en la redacción de esta comunicación.

SUMMARY

Rationale: A proper feeding, along with breastfeeding, during the first years of life of the child, are needed in order to secure his/her nutritional state, as well his/her health status.

Objective: To describe the nutritional state of children with ages between 0 – 2 years assisted at an hospital ambulatory office specialized in Nutrition in Equatorial Guinea. **Study location:** Office of Nutrition, Malabo Specialties Hospital

(Equatorial Guinea). **Study design:** Prospective, cross-sectional, descriptive. **Study serie:** Ninety-two children (Boys: 42.4%) with ages between 0 – 2 years assisted ambulatorily between January 2017 and January 2018 (both included). **Methods:** Anthropometric measurements made in the child were standardized as Z-scores and nutritionally qualified according with the growth and development standards provided by the World Health Organization (WHO). Practices of breastfeeding and complementary feeding, and the ways the child is fed, were also assessed. **Results:** Altered values of anthropometric measurements distributed as follows: Diminished Supine length for age values: 14.1%; Diminished weight for age values: 28.3%; and diminished body mass index for age values: 30.4%; respectively. Behavior of nutritional phenotypes was independent from child's sex. Data paucity impeded the assessment of the influence of age upon the behavior of the anthropometric indicator. The state of breastfeeding was as follows: Exclusive breastfeeding: 7.7%; Complementary breastfeeding: 48.9%; and Artificial lactation: 43.5%; respectively. Foods different from milk had been introduced in half of the children. Sixty-seven-point-four percent of them had been weaned before the 6 first months of life. **Conclusions:** Malnutrition is frequent among children assisted at a hospital Nutrition Office. Breastfeeding has been abandoned in an important proportion of them. Foods different from milk are introduced before the first 6 months of extrauterine life. **Ruiz González LE, Nse Elo I.** Nutritional state of children assisted at a hospital Office specialized in Nutrition in the capital-city of Equatorial Guinea. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2019;29(2):330-46. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Children under six years of age / Nutrition / Nutritional assessment / Breastfeeding / Complementary feeding.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mozaffarian D, Angell SY, Lang T, Rivera JA. Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ (Clin Res)* 2018;361: k2426-k2426. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2426.abstract>. Fecha de última visita: 15 de Febrero del 2019.
2. Bhargava A. Nutrition, health, and economic development: Some policy priorities. *Food Nutr Bull* 2001;22:173-7.
3. Schultz TP. Assessing the productive benefits of nutrition and health: An integrated human capital approach. *J Econometr* 1997;77:141-58.
4. Labonte ME, Poon T, Gladanac B, Ahmed M, Franco-Arellano B, Rayner M, L'Abbé MR. Nutrient profile models with applications in government-led nutrition policies aimed at health promotion and noncommunicable disease prevention: A systematic review. *Adv Nutr* 2018;9: 741-88.
5. Spence AC, McNaughton SA, Lioret S, Hesketh KD, Crawford DA, Campbell KJ. A health promotion intervention can affect diet quality in early childhood. *J Nutr* 2013;143:1672-8.
6. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2019.
7. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(S3):S20-S20. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-13-S3-S20>. Fecha de última visita: 17 de Febrero del 2019.
8. Jain S, Thapar RK, Gupta RK. Complete coverage and covering completely: breast feeding and complementary feeding: Knowledge, attitude, and practices of mothers. *Med J Armed Forces India* 2018; 74:28-32.

9. Arikpo D, Edet ES, Chibuzor MT, Odey F, Caldwell DM. Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 (5). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011768.pub2/abstract>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2019.
10. Monte CM, Giugliani ER. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio Janeiro: Brasil)* 2004;80(Suppl 5): S131-S141.
11. Gribble K. Supporting the most vulnerable through appropriate infant and young child feeding in emergencies. *J Human Lact* 2018;34:40-6.
12. De Onis M. Child growth and development. En: *Nutrition and health in a developing world*. Humana Press. Cham: 2017. pp 119-141.
13. Gorstein J, Sullivan K, Yip R, Trowbridge F, Fajans P, Clugston G. Issues in the assessment of nutritional status using anthropometry. *Bull World Health Org* 1994;72:273-83.
14. Seoane N, Latham MC. Nutritional anthropometry in the identification of malnutrition in childhood. *J Trop Pediatr* 1971;17:98-104.
15. Perumal N, Bassani DG, Roth DE. Use and misuse of stunting as a measure of child health. *J Nutr* 2018;148:311-5.
16. Myatt M, Khara T, Schoenbuchner S, Pietzsch S, Dolan C, Lelijveld N, Briend A. Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: A descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries. *Arch Belges Sante Publique [also known as Arch Public Health]* 2018;76:28-28. Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-018-0277-1>. Fecha de última visita: 17 de Febrero del 2019.
17. De Onis M. The use of anthropometry in the prevention of childhood overweight and obesity. *Int J Obes* 2004;28:3(Suppl): S81-S85.
18. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Child growth standards. *Bull World Health Org* 2007;85:660-7.
19. Obono E, Mofuman C. Estudio de los indicadores sanitarios de Guinea Ecuatorial. Malabo: 2016. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2181/ESTUDIO+DE+LOS+INDICADORES+SANITARIOS+DE+GUINEA+ECUATORIAL.pdf?sequence=1>. Fecha de última visita: 18 de Febrero del 2019.
20. Custodio E, Descalzo MÁ, Roche J, Sánchez I, Molina L, Lwanga M; *et al.* Nutritional status and its correlates in Equatorial Guinean preschool children: Results from a nationally representative survey. *Food Nutr Bull* 2008;29:49-58.
21. Custodio E, Descalzo MÁ, Roche J, Molina L, Sánchez I, Lwanga M; *et al.* The economic and nutrition transition in Equatorial Guinea coincided with a double burden of over- and under-nutrition. *Econom Human Biol* 2010;8(1): 80-7.
22. General Assembly of the World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Coll Dent* 2014; 81:14-8.
23. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Volume 177. Human Kinetics Books. Champaign [Illinois]: 1988. pp. 3-8.
24. Weiner JS, Lourie JA. Human biology. A guide to field methods. International Biological Program. Handbook number 9. Blackwell Scientific Publications. Oxford: 1969.

25. WHO Working Group. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bulletin World Health Org* 1986;64:929-41.
26. De Onis M, Habicht JP. Anthropometric reference data for international use: Recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *Am J Clin Nutr* 1996;64:650-8.
27. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Org* 2007;85:660-7.
28. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Health* 2014; 34:250-65.
29. Wolde M, Berhan Y, Chala A. Determinants of underweight, stunting and wasting among schoolchildren. *BMC Public Health* 2015;15(1):8-8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-014-1337-2>. Fecha de última visita: 20 de Febrero del 2019.
30. Walson JL, Berkley JA. The impact of malnutrition on childhood infections. *Curr Op Infect Dis* 2018;31:231-6.
31. Alderman H, Hoddinott J, Kinsey B. Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers* 2006;58:450-74.
32. Behrman JR. The impact of health and nutrition on education. *The World Bank Research Observer* 1996;11:23-37.
33. Brown L, Pollitt E. Malnutrition, poverty, and intellectual development. *Scientif Am* 1996;274:38-43.
34. Kalu RE, Etim KD. Factors associated with malnutrition among underfive children in developing countries: A review. *Global J Pure Appl Sci* 2018;24:69-74.
35. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Mater Child Nutr* 2011;7(Suppl 3):S5-S18.
36. Schwekendiek D. A worldwide study on gender differences in chronic undernutrition of children. *International J Child Health Human Dev* 2014;7(1):75-75. Disponible en: <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3496488161/a-worldwide-study-on-gender-differences-in-chronic>. Fecha de última visita: 16 de Febrero del 2019.
37. Delisle HF. Poverty: The double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact. *Ann NY Acad Sci* 2008;1136:172-84.
38. Prentice AM. The double burden of malnutrition in countries passing through the economic transition. *Ann Nutr Metab* 2018;72:47-54.
39. Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y. Double burden of diseases worldwide: Coexistence of undernutrition and overnutrition-related non-communicable chronic diseases. *Obes Rev* 2018;19:49-61.
40. Turck D; pour le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Breast feeding: Health benefits for child and mother. *Arch Pediatr [Paris: France]* 2005; 12(Suppl 3):S145-S165.
41. Prell C, Koletzko B. Breastfeeding and complementary feeding: recommendations on infant nutrition. *Deutsches Ärzteblatt Int* 2016;113(25):435-44. Disponible en: <http://doi:10.3238/arztebl.2016.0435>. Fecha de última visita: 17 de Febrero del 2019.
42. e Silva RDM, de Paula JF, de Almeida-Marques RVD, de Almeida LDFD, Cavalcanti YW. Structural and microbiological analysis of children's pacifiers in public and private nursery schools. *Rev Cubana Estomatol* 2014;51: 24-34.
43. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378-82.

44. Nelson EAS, Yu LM, Williams S; for the International Child Care Practices Study Group Members. International Child Care Practices study: Breastfeeding and pacifier use. *J Human Lact* 2005;21:289-95.
45. Thierry A-F. Burundi: Quand la sécurité alimentaire se heurte à l'élan démographique. Bujumbura: 2013. Disponible en: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/20740/1/nese37-9_a.pdf. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2019.
46. Libite PR, Kelodjoue S, Dzossa AD, Fomo MA, Niekou R, Jazet E. Republic of Cameroon: Demographic and Health Survey and Multiple Indicator Cluster Survey (DHS-MICS). Yaounde: 2011. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20133374469>. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2019.
47. Underwood BA, Hofvander Y. Appropriate timing for complementary feeding of the breast-fed infant: A review. *Acta Pædiatrica* 1982;71:1-32.
48. Motee A, Jeewon R. Importance of exclusive breastfeeding and complementary feeding among infants. *Curr Res Nutr Food Sci J* 2014;2:56-72.
49. Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarrì S, Bottau P, Cavagni G; *et al.* Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *It J Pediatr* 2015;41(1):36-36. Disponible en: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-015-0143-5>. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2019.
50. WHO World Health Organization. Complementary feeding: Report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42739/924154614X.pdf>. Fecha de última visita: 22 de Febrero del 2019.
51. Lutter CK, Daelmans BM, de Onis M, Kothari MT, Ruel MT, Arimond M; *et al.* Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* 2011;128(6):e1418-e1427. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/128/6/e1418.short>. Fecha de última visita: 22 de Febrero del 2019.
52. Ajete Careaga SB, Jiménez Acosta SM. Estado de las prácticas alimentarias de los menores de 2 años de edad en la comunidad artemiseña de San Cristóbal. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2017; 27:112-30.
53. Rodríguez Suárez A, Jiménez Acosta S, Pineda Pérez S, Quintana Jardines I, Mustelier Ochoa H. Lactancia materna y prácticas alimentarias en niñas y niños menores de dos años de edad en Cuba. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2011;17(1):13-19. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/ibc-131406>. Fecha de última visita: 5 de Diciembre del 2018.