

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: UN TEMA PARA LA POLÉMICA

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME: DEBATING A POLEMIC TOPIC

Remigio R. Gorrita Pérez,^I Joaquín Román Lafont^{II}

^IEspecialista de II grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor e Investigador Auxiliar. Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba.

^{II}Especialista de II grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Auxiliar. Policlínico Universitario "Santiago Rafael Echezarreta Mulkay". San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

El Síndrome de muerte súbita del lactante es una situación repentina e inexplicable, que resulta aún más difícil, pues ocurre: en los primeros meses de la vida del niño, altera el orden natural, trunca la proyección que sobre él tenían sus familiares, produce un gran vacío; y se añaden sentimientos de culpa y desvalorización que muchas veces no tienen reparación. La etiopatogenia del mismo es desconocida aún en la actualidad. Después de una actualización del tema los autores exponen el convencimiento de que es oportuno continuar investigando muchos aspectos oscuros del SMSL, dar conclusiones más exactas y a la luz de las mismas, si fuera necesario, modificar las recomendaciones establecidas y practicadas por nuestros profesionales y la población en relación al decúbito del niño en las primeras etapas de la vida. Se utilizaron las bases de datos Google, MEDLINE, EBSCO, HOST, DOYMA y la Literatura Médica cubana de los últimos años, localizada en los órganos de información del Sistema Nacional de Información de Ciencias Médicas.

Palabras clave: Síndrome de muerte súbita, mortalidad infantil.

ABSTRACT

The sudden infant death syndrome is an unexpected and unexplained situation, which is even more difficult, as it occurs: in the first months of a child's life, it alters the natural order, cuts short the projection that had relatives, it produces a great emptiness, and feelings of guilt and low self-

esteem are added which many times cannot be repaired. Its etiopathogenesis is still unknown today. After an update of the topic the authors state the belief that it is appropriate to further investigate many dark aspects of SIDS, give more accurate conclusions and in the light of the same, if necessary, modify the recommendations established and practiced by our professionals and the population in relation to child's decubitus in the early stages of life. Google, MEDLINE, EBSCO HOST and DOYMA databases were used, as well as the Cuban medical literature of the recent years, located in the information services of the National Information System of Medical Sciences.

Key words: Sudden infant death syndrome, child mortality.

INTRODUCCIÓN

Se define el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) como la muerte repentina e inesperada de un niño menor de un año de edad, que permanece inexplicable aun después de una necropsia completa, la investigación de la escena de la muerte y la evaluación de la historia clínica del niño y su familia.¹

A través de la historia, las distintas culturas han atribuido la muerte o la han asociado a disímiles creencias, valores, deberes y emociones. Esto ha dado lugar a las diferencias que hoy existen no solo en la incidencia, sino también en las discrepancias en el estudio y la interpretación de este difícil problema, en unos y otros continentes y culturas.

No se debe definir con el mismo énfasis o bajo los mismos parámetros el SMSL cuando nos encontramos con lactantes afectados por situaciones como pueden ser un estado nutricional inadecuado, antecedentes perinatales comprometedores que pudieran haber determinado un parto pretérmino, un bajo peso, o una hipoxia, y lógicamente tampoco las estadísticas ofrecen cifras similares en países con alto desarrollo socioeconómico y un adecuado sistema de salud, con respecto a otros con precaria economía y sistemas de salud.²

La muerte de un niño es siempre una situación desgarradora aún como consecuencia de una enfermedad conocida, y pocos padres están preparados para afrontar este hecho. "Cuando se muere tu esposa te dicen viudo, cuando se mueren tus padres te dicen huérfano, cuando se muere tu hijo no hay palabras".³

El SMSL es una situación repentina e inexplicable que resulta aun más difícil, pues ocurre: en los primeros meses de la vida del niño, altera el orden natural, trunca la proyección que sobre él tenían sus familiares más allegados, produce un gran vacío; y se añaden a esto, sentimientos de culpa y desvalorización que muchas veces no tienen afectivamente, reparación.

Desde 1959 en Cuba se ha producido un creciente desarrollo del sistema de salud, y a partir de 1970 se estructuró el que inicialmente se denominó Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y que después devino en el actual Programa de Atención Materno Infantil, que ha tenido indudables resultados, que son reconocidos internacionalmente.

Los indicadores de mortalidad infantil en Cuba son comparables con aquellos de países mas desarrollados, como podemos observar en la tabla 1. Solamente en los últimos dos años las cifras de mortalidad infantil en Cuba han sido de 4,7 y 4,8 por cada 1000 nacido vivo respectivamente (tabla 1).^{2,4-6}

Tabla 1. Tasa de mortalidad infantil. Países seleccionados: Año 2009

Países	Tasas x 1000NV	Países	Tasas x 1000NV
1.- Cuba	4,8	13.- Ecuador	21
2. Canadá	6	14.- Perú	22
3 y 4. E. Unidos, Chile	7	15.- Nicaragua	23
5.- Costa Rica	10	16.- Paraguay	24
6.- Uruguay	12	17.- República Dom.	27
7 y 8. Argentina y México	15	18.- Guatemala	29
9,10 y 11.- Venezuela, Colombia y El Salvador	16	19.- Haití	54
12.- Brasil	18		

Fuente: UNICEF: Estado mundial de la infancia 2010 (*)

Cuando se observa en el primer año de edad, grupo donde se encuentra conceptualmente enmarcado el Síndrome de muerte súbita del lactante, las principales causas de muerte en Cuba y el indicador solamente del año 2009, se puede observar que el SMSL no se encuentra reconocido dentro de las diez primeras causas de muerte.

En el grupo etéreo de 1 a 4 años, donde ya conceptualmente no se encuentran los niños con mayores posibilidades de presentar el SMSL, los resultados estadísticos del 2008 en nuestro país se observan en la tabla 2, y tampoco aquí aparece esa afección como causa principal de muerte (tabla 3).

Tabla 2. Principales causas de muerte en menores de 1 año por componentes

Causas de Muerte	Tasas x 1000 NV
1.- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2,2
2.- Malformaciones congénitas	1,1
3.- Influenza y Neumonía	0,3
4.- Enfermedades del corazón	0,2
5.- Accidentes	0,1
6.- Septicemia	0,1
7.- Meningoencefalitis bacteriana excepto la meningocócica	0,1
8.- Tumores Malignos	0,1
9.- Enfermedades Infecciosas intestinales	0,1
10.- Enfermedades cerebrovasculares	0,0

*Fuente: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mayo 2010

Tabla 3. Principales causas de muerte de 1 a 4 años año por componentes

Causas de Muerte	Tasas x 1000 NV
1.- Tumores Malignos (C00-C97)	0,7
2.- Accidentes (V01-X59, Y85-Y86)	0,7
3.- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	0,4
4.- Influenza y neumonía (J09-J18)	0,3
5.- Enfermedades del corazón (I05-I52)	0,1
6.- Septicemia	0,1

*Fuente Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Mayo 2010

El número de trabajos publicados sobre esta entidad en Cuba son limitados, generalmente actualizaciones sobre diferentes aspectos del mismo y basados en experiencias foráneas y solo excepcionalmente citan algún caso nuestro.^{3,7,8}

Por el contrario en otros países como Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia el Síndrome de muerte súbita del lactante desde la década del 90 fue reconocido como explicación para la muerte en el menor de un año, con cifras que oscilaban en Estados Unidos entre 1,2 y 3 x 1000 nacidos vivos, llegando en los dos últimos casos hasta a 7 x 100 nacidos vivos. En la última década en esos países se ha producido una ostensible reducción en el SMSL, aunque exhiben aún cifras importantes, entre 0,56 y 1 x 1000 nacidos vivos.

En los países latinoamericanos las cifras oscilan entre 0,2 y 08 x 1000 N.V, variaciones que se interpretan muy en relación con las características demográficas, clima, nivel socioeconómico de la población evaluada, la capacidad que poseen para realizar los estudios diagnósticos necesarios y la obtención de información estadística con mayor o menor fidelidad.⁹⁻¹² Es decir que lo que para otros países (SMSL) es un problema reconocido de salud, en nuestras estadísticas oficiales no se identifica así.

¿Qué explicaciones se pudieran dar a esta aparente incongruencia?

El SMSL es un diagnóstico por exclusión y en muchas ocasiones el mismo puede corresponder a nuestro desconocimiento o nuestra incapacidad para llegar a la verdad de las causas del fenómeno. Se requiere para su consecución los siguientes pasos:^{8,11-18}

- Una anamnesis minuciosa,
- Un examen físico exhaustivo: precisando signos externos (traumatismo, malos tratos, intoxicaciones etc.)
- Una necropsia completa por personal experto y laboratorios adecuados.
- Exploración concienzuda de la escena de la muerte.
- Se deben excluir otras causas antes de establecer el diagnóstico de SMSL como: el abuso o maltrato infantil, enfermedades metabólicas, anomalías del SNC y cardiopatías congénitas

Etiopatogenia del SMSL

La etiopatogenia del mismo es desconocida en la actualidad. Diversas teorías se sustentan en hipótesis más o menos complejas. Lo más probable es que en la muerte súbita del lactante estén implicados múltiples factores, donde interactúan una serie de mecanismos madurativos y constitucionales que condicionarían alteraciones en sus funciones vitales y en el control cardiorrespiratorio.^{1,3,6}

En diferentes publicaciones se ha planteado, y otras citan al respecto como explicación estructural de este fenómeno, la existencia de hipoplasia del núcleo arcuato, región en que se localiza el control cardiorrespiratorio del bulbo raquídeo ventral y que en su relación con otras regiones de encéfalo regula la función autónoma, del despertar y la función quimiosensorial.^{1,3,7} Estos elementos han permitido elaborar la que han llamado hipótesis de triple riesgo: El SMSL podría ocurrir cuando en los lactantes coinciden los tres factores siguientes.

- *Vulnerabilidad:* En ese tipo de paciente pudieran identificarse determinadas alteraciones genéticas o anomalías neurológicas predisponentes.
- *Período crítico:* Se produce en una etapa de la vida donde es mas susceptible el sistema nervioso central y el sistema inmunológico para la acción de diferentes noxas
- *Stress exógeno o eventos disparadores externos:* Se han señalado múltiples elementos como: hábito de fumar en las madres durante y después de la gestación, consumo de alcohol u otras drogas por la madre, infecciones, el colecho, decúbito prono, uso de cobertores, abrigar en exceso o dormir en un lecho muy suave.^{17,22}

Vulnerabilidad vs. período crítico: usualmente el SMSL ocurre entre el segundo y cuarto mes de vida, etapa que se destaca por marcados cambios en el desarrollo mental, cardíaco, ventilatorio y en los modelos de sueño en lactantes normales.

Estas coincidencias con el tiempo explicarían el por que los lactantes son vulnerables para la muerte súbita durante un período crítico de maduración autonómica y mas vulnerables entonces a diferentes factores externos.

Epidemiología del Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).¹⁹⁻²⁸

La epidemiología de esta entidad, ha sido ampliamente descrita en los países en que ese es un problema de salud y donde se manifiesta como una superposición epidemiológica de aquellos factores relacionados habitualmente con la mortalidad infantil.

El Síndrome de muerte súbita del lactante:

- Es más frecuente antes de los 6 meses de edad y aún más antes de los 4 meses.
- Existe una relación masculino: femenino de 3 : 1
- Se observa más frecuentemente en la raza negra. Tal vez mas aplicable a las condiciones socioeconómicas que propiamente al color de la piel
- Está unido estrechamente a malas condiciones socio-económicas y bajo nivel de escolaridad de los padres.
- Se observa en las madres mas jóvenes (menos de 20 años) y con mayor frecuencia solteras
- En niños alimentados con biberón antes de los 6 meses. No utilización de lactancia materna.

- Presencia del hábito de fumar en la madre durante y/o después del embarazo
- Comparten la cama con la madre (colecho).
- Se asocian con mayor frecuencia a prematuridad y/o bajo peso al nacer
- Se señala la posición prona durante el sueño.
- El dormir en superficies blandas.
- En madres con control prenatal inexistente o inadecuado
- Son frecuentemente hijos de madres adictas a las drogas incluido el alcoholismo.
- Pueden ser niños que se les abriga demasiado.
- Con el uso de cobertores.
- Se identifica con mayor frecuencia el antecedente de muerte súbita en otros hermanos o de eventos amenazante para la vida en ellos o en el propio paciente.

Abuso infantil y SMSL^{8,23-28}

El abuso infantil fatal (homicidio), no es frecuente, pero puede ser considerado cuando un niño muere súbita e inesperadamente, y en ocasiones puede aparecer enmascarado dentro del criterio de SMSL. Hasta el 5% de los niños diagnosticados con SMSL pueden haber sido verdaderamente homicidios.

Esto se apoya en que mediante la autopsia no puede distinguirse anatomopatológicamente entre asfixia accidental o deliberada producida con un objeto blando aplicada sobre la entrada del aire a las vías respiratorias y el SMSL.

En estos casos aumentan la sospecha de asfixia deliberada siempre que:

- Haya existido apnea, cianosis previa recurrente o eventos aparentemente amenazantes para la vida (ALTE) mientras es cuidado por otra persona
- Qué la edad al morir haya sido mayor de 6 meses, que ya no es la más habitual en que se presenta el SMSL
- Qué se haya producido la muerte previa, inesperada o inexplicable de uno más hermanos
- Qué haya sucedido la muerte previa de lactantes en casa de cuidadores de niños.

Lo polémico...

- Si se trata de una superposición o interrelación de factores, en cada país o latitud estos son diferentes, incluyendo hábitos de vestir, dormir y alimentar a los bebés a esas edades.
- Es que entonces los factores invocados por otros investigadores de otras regiones o países. ¿Podrán ser directamente extrapolados a cualquier otro medio, incluyendo el nuestro?
- En Cuba se tienen cifras de mortalidad infantil que sin modificar los patrones tradicionales de decúbito en el niño se comparan con las mejores a nivel Mundial. ¿Es que hemos sido capaces de modificar otros factores que ellos no han considerado o no han sido capaces de modificar?
- Hasta que punto las estadísticas de otras latitudes están sustentadas en un Programa de Atención Materno Infantil tan serio como el nuestro donde a la generalidad de los fallecidos menores de un año se realizan estudios anatomopatológicos, cada día mas precisos, se establecen con rigor las causas de muerte y se hacen los reparos estadísticos pertinentes basados en los mismos.

Nos preguntaríamos entonces

¿Hasta qué punto sería prudente establecer políticas de salud para un fenómeno que no hemos logrado identificar como un problema de salud en nuestro medio y que se basan en las conclusiones a que han arribado en otros contextos?

Los autores están convencido que es oportuno continuar investigando el fenómeno del SMSL que aún tiene muchos aspectos oscuros para dar conclusiones más exactas y poder a la luz de las mismas, si fuera necesario modificar las recomendaciones actualmente establecidas y practicadas por nuestros profesionales y la población en relación al decúbito en las primeras etapas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; c2013 [citado 29 May 2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/gt-msubita>
2. Pan American Health Organization. Health Situation in the Americas. Basic Indicators [Internet]. Washington D.C: World Health Organization; 2009. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ENG.pdf
3. García García FE. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2008 Abr [citado 29 May 2010];80(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000200009&lng=es.
4. Granma [Internet]. La Habana: Granma Internacional Digital; c1996-2010 [citado 29 May 2010]. Disponible en: <http://granma.co.cu/espanol/2010/enero/lun4/Mortalidad-infantil-2009.html>
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. 10 Primeras causas de muerte por grupos de edad y sexo Cuba 2009 [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2010 [citado 29 May 2010]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/07/diez-primeras-causas-adulto-mayor-2009.pdf>
6. Riverón Corteguera R, Ferrer García H, Valdés Lazo F. Avances en pediatría y atención infantil en Cuba (1959 1974) [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1976 [citado 29 May 2010]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v80n3p187.pdf>
7. Ávalos González MM, Poulot Limonta S, Mariño Membribes ER, Hernández Valdés GM. Síndrome de muerte súbita del lactante. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 Sep [citado 23 May 2010];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200017&lng=es
8. Fernández Couse G, Perea Corral J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2004 [citado 23 May 2010];76(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000300009&script=sci_arttext
9. Osorio JH. Consideraciones específicas para el entendimiento del síndrome de muerte súbita del lactante. Hacia la promoción de salud [Internet]. 2007 Ene [citado 23 May 2010];12. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_7.pdf
10. Richardson HL, Walter AM, Claire Horne RS. Sleep position alters arousal processes maximally at the high-risk age for sudden infant death syndrome. J. Sleep Res [Internet]. 2008 Dec [cited 2010 May 23];17(4). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2008.00683.x/full>
11. Jenik A, Ceriani Cernadas JM. La alimentación a pecho como factor de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante: acuerdos y controversias. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2004 [citado 23 May 2010];102(4). Disponible

- en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000400008
12. Alfaro JM. Síndrome de Muerte Súbita del Lactante. Revista CES Medicina [Internet]. 1994 [citado 23 May 2010];8(2). Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/1628>
 13. Osorio JH, Pourfarzam. M. Estudio de la variante polimórfica 625G>A del gen de la Acetil-CoA deshidrogenada de cadena corta en una familia de Manizales. Biosalud, Volumen 6, enero diciembre 2007. págs 11-18
 14. Álvarez Fumero R. ¿Son los errores congénitos del metabolismo causa prevenible de muerte súbita? Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2004 Mar [citado 23 May 2010];76(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000100006&lng=es.
 15. Krous HF, Haas E, Hampton CVF, Chadwick AE, Stanley C, Langston C. Pulmonary arterial medial smooth muscle thickness in sudden infant death syndrome: an analysis of subsets of 73 cases. Forensic Sci Med Pathol [Internet]. 2009 [citado 2010 May 23];5(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800176/>
 16. Gil L, Herbón F, Little A, López M, Martínez L, Cancilliere MC. Investigación de las causas de muerte súbita e inexplicable en niños menores de un año en la ciudad de Bariloche y alrededores. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2008 Nov [citado 23 May 2010];106(6). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000600009
 17. Dick A, Ford R. Cholinergic and oxidative stress mechanisms in sudden infant death syndrome Acta Pediatr [Internet]. 2009 Nov [cited 2010 May 23];98(11). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/about/copyright.html>
 18. Jarecki BW, Piekarz AD, Jackson JO, Cummins TR. Human voltage-gated sodium channel mutations that cause inherited neuronal and muscle channelopathies increase resurgent sodium currents. Clin Invest [Internet]. 2010 [cited 2010 May 23];120(1). Disponible en: <http://www.jci.org/articles/view/40801>
 19. Vargas JH, Suárez MJ, Llamoga AS, Quispe NT, Alva FR, Chu JC, et al. Administración de vacunas y casos de muerte súbita del lactante en el Perú, 2001: ¿asociación o coincidencia temporal? Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2006 Ene [citado 23 May 2010];23(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000100007&script=sci_arttext
 20. Blair Peter S. Putting co-sleeping into perspective. Journal de Pediatría [Internet]. 2008 Abr [cited 2010 May 24];84(2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/en_v84n2a01.pdf
 21. Silveira Pinho AP, Aerts D, Lahorgue Nunes M. Risk factors for sudden infant death syndrome in a developing country. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 Jun [citado 23 May 2010];42(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000300002&lng=es .
 22. Aguirre VC. Tabaquismo durante el embarazo: efectos en la salud respiratoria infantil. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2007 Sep [citado 23 May 2010];23(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482007000300004&lng=es .
 23. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, Edmonds M, Ellen M, Heckstall-Smith A, et al. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. BMJ [Internet]. 2010 [cited 2010 May 23];339. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b3666>
 24. Edwin A Mitchell. Risk factors for SIDS. BMJ 2009; 339: b3466 Disponible en http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/oct13_1/b3466
 25. Semmekrot BA, van Sleuwen BE, L'Hoir MP. Surveillance study of apparent life-threatening events (ALTE) in the Netherlands. European Journal of Pediatrics [Internet]. 2010 Feb [cited 2010 May 23];169(2). Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797405/>
 26. Osorio PK, Venegas CG, Cosoi PE, Bercovich WA. Características clínicas de lactantes con eventos agudos amenazantes de la vida: life threatening events. Rev Chil

- Pediatr [Internet]. 2006 Apr [citado 23 May 2010];77(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000200004&lng=en .
27. Brockmann PE, Oyarzún MA, Villarroel L, Bertrand P. Síndrome de muerte súbita del lactante: prevalencia y cambios en los últimos años en Chile. Rev Méd Chile [Internet]. 2013 May [citado 23 May 2010];141(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500006&lng=es
28. Mitchell EA, Stewart AW, Scragg R, Ford RP, Taylor BJ, Becroft DM, et al. Ethnic differences in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. BMJ [Internet]. 1993 Jan [cited 2010 May 23];306(6869). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8435568>

Remigio R. Gorrita Pérez. Especialista de II grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor e Investigador Auxiliar. Policlínico Universitario “Santiago Rafael Echezarreta Mulkay”. San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba. E-mail: remigio.gorrita@infomed.sld.cu