

NIÑOS DE MUY BAJO PESO AL NACER: ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE UNA POBLACION HOSPITALARIA HASTA EL AÑO DE VIDA

Dras. Norma Aspres, Alicia Benítez, Ana Galindo, Iris Schapira, Fga. María de Arce.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Resumen

Durante el periodo enero 1994-diciembre 1995, 124 niños pretérmino MBPN egresaron del Servicio de Neonatología de la Maternidad Sardá. El PN \bar{X} fue de $1.275 \pm 167,5$ g y la EG \bar{X} fue de $30,78 \pm 2,56$ S. El 47,5% de esta población fue considerada de alto riesgo social. De los 124 niños egresados, 4 fallecieron durante el primer año de vida (3,2%), 20 se perdieron en el seguimiento (16%) y 6 (4,8%) salieron del programa por residir a más de 100 km de distancia. Noventa y cuatro pacientes fueron seguidos hasta el año de vida. Se evaluaron: alimentación específica, crecimiento antropométrico, desarrollo y morbimortalidad. La incidencia de amamantamiento fue de 87,2%, 45%, 22% y 12% a las 40 semanas y a las 4,8 y 12 meses de Eco, respectivamente. Se observó una recuperación sostenida de la talla y el P.C. hasta los 12 meses de Eco y una aproximación máxima del peso al P 50 a los 4 meses de Eco. La incidencia de ROP severa (grados 3 y 3 plus) fue de 6,08%. Un paciente presentó hipoacusia neurosensorial unilateral. El 79% de los niños tuvieron al año cociente de desarrollo normal. El 76,6% de los pacientes tenían examen neurológico normal al año. La incidencia de DBP fue de 10,5%. Treinta pacientes se reinternaron al menos una vez (32%), siendo la causa más frecuente la patología respiratoria baja (86,6%). Estos resultados enfatizan la necesidad de programas de vigilancia a largo plazo para poblaciones de alto riesgo biológico y ambiental.

Palabras claves:

Seguimiento, muy bajo peso al nacer, amamantamiento, crecimiento, morbimortalidad, neurodesarrollo.

Los índices de supervivencia de prematuros de bajo peso al nacer (PN menor a 1.500 g MBPN) se incrementan constantemente debido al conocimiento más profundo de la fisiopatología neonatal, al creciente desarrollo tecnológico y a la capacitación especializada del personal que los asiste.^{1,2} La cuestión referente al estado de salud de los sobrevivientes es objeto de estudio permanente. Es aún difícil de establecer la influencia de la prematuridad en sí misma sobre el resultado alejado en estos pacientes, que permita desarrollar una perspectiva teórica completa sobre la cual basar las intervenciones, ya que la morbilidad de este grupo está influida además por otros factores prenatales y posnatales que se podrán de manifiesto a lo largo de los primeros años de vida (desnutrición fetal, lesiones neurológicas prenatales, enfermedades crónicas, medio social desventajoso).

En este contexto, reviste especial interés el análisis de una población hospitalaria perteneciente en su mayoría a medio socioeconómico bajo, enrolada en un programa de seguimiento a largo plazo.

El *objetivo* del presente trabajo es la descrip-

ción longitudinal de la evolución observada hasta el año de vida de una cohorte de 124 prematuros MBPN nacidos en el Hospital Municipal Materno Infantil "Ramón Sardá" de la ciudad de Buenos Aires, egresados e incorporados al Programa de Seguimiento.

Material y métodos

La población de pacientes incluye a todos los sobrevivientes con peso al nacer menor o igual a 1.500 g que nacieron en esta institución, fueron admitidos entre enero de 1994 y diciembre de 1995 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, y egresaron con alta hospitalaria a su domicilio.

Datos perinatales

La edad gestacional (EG) al nacer fue evaluada considerando la fecha de última menstruación materna (FUM) y confirmando la misma por examen de las características físicas.³ Ante discrepancias en más de 2 semanas, alguno de los médicos a cargo del paciente reinterrogaba a la madre y repetía el examen, asignada luego la EG más apropiada.

Eran considerados de peso adecuado para la

edad gestacional (PAEG) cuando se encontraban dentro de los 2 DS de la media para la EG y de bajo peso para la edad gestacional (BPEG) cuando estaban por debajo de los 2 DS de la curva de crecimiento de Lejarraga y col.⁴

Se registraban además las siguientes variables predictoras:

- a. Asfixia perinatal: puntaje de Apgar menor o igual a 6 al 5to. minuto, y/o pH de cordón menor a 7.00.⁵
- b. Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) excepto distress transitorio neonatal.
- c. Evidencia clínica y/o ecocardiográfica de ductus arterioso permeable (DAP).
- d. Hemograma intracraneana (HIC) y su grado máximo de severidad⁶ y leucomalacia periventricular (LPV).
- e. Sepsis por el hallazgo de hemocultivos (+) y/o clínica compatible y al menos una serie completa de antibióticos administrados.
- f. Días de asistencia respiratoria mecánica (ARM).
- g. Días de oxigenoterapia.
- h. Diagnóstico de displasia broncopulmonar (DBP) y su grado de severidad.^{7,8}
- i. Retinopatía de la prematuridad (ROP) y estadio de mayor severidad.⁹
- j. Episodios de apneas.
- k. Días de hospitalización.
- l. Situación de riesgo social. Se consideraba riesgo social si al menos uno de los siguientes factores estaba presente: madre sin pareja, trabajo inestable o desocupación del sostén familiar y educación materna menor a 7 años.

Protocolo de seguimiento

Se establecía contacto con la familia antes del egreso del paciente de la Unidad.

Un médico del equipo de seguimiento se hacía cargo de la coordinación de los aspectos clínicos y socioambientales del niño, entrevistaba a los padres, efectuaba la recolección de los datos clínicos y sociales (epicrisis y entrevista socio-económica-vincular) y otorgaba el alta al paciente.

En cada visita, se evaluaba el crecimiento antropométrico (peso, talla y perímetro cefálico) utilizando los estándares de crecimiento de Lejarraga y col. Hasta el año de vida para su comparación.⁴ Se utilizó además el puntaje estandarizado (Score Z) para peso y talla.¹⁰

Se incluyen los datos correspondientes a las 40 semanas a las 4, 8 y 12 meses de Edad Corregida (ECe). Con la frecuencia aproximadamente mensual, se efectuó el examen del neurodesarrollo

mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de Rodríguez y col. hasta el año de ECe.¹¹

Se efectuaba examen fonoláudico al ingreso al programa y luego con frecuencia trimestral, realizándose potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT) entre los 4 y 6 meses de ECe.

Se realizó examen de fondo de ojo de rutina que comenzaba a las 4-6 semanas de edad cronológica y continuaba en forma ambulatoria hasta completar la vascularización de la retina o según otro criterio oftalmológico. Se repetía el examen oftalmológico a los 12 meses de ECe.

Se alentaba a las madres a continuar con el amamantamiento iniciado durante la internación y se ofrecía ayuda e información a las mismas. Se consignó el tipo de alimentación que recibía el niño a las 40 semanas y a los 4, 8 y 12 meses de ECe.

Se registraron las siguientes variables evolutivas: deserción al programa, presencia de secuelas neurológicas y grado de severidad (leves, moderadas o graves) de acuerdo con la clasificación de K. Pape,¹² presencia de patología respiratoria baja, causa y número de reinternaciones, fallecimiento del paciente y causa del mismo. En los pacientes que presentaban DBP se registraron al año de vida la persistencia de los síntomas respiratorios, la necesidad de tratamiento farmacológico permanente, la necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, la incidencia de patología respiratoria baja y las reinternaciones por causa respiratoria.

Resultados

1. En el período analizado, egresaron 124 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La sobrevida para el período estudiado, excluyendo malformaciones congénitas, fue la siguiente:^{13,14}

Tabla 1: Sobrevida de RN con PN menor a 1.500g (HMIRS 1994-1995).

Peso al nacer (g)	Año 1994	Año 1995
750-999	25%	52,9%
1.000-1.249	75%	88,2%
1.250-1.400	89,7%	95,3%

2. Período neonatal

En la *Tabla 2* se detallan las características de la población en el período neonatal.

De los 27 pacientes que presentaron ductus arterioso permeable (DAP), todos respondieron al

tratamiento clínico excepto uno, que requirió ligadura quirúrgica.

De 115 pacientes a quienes se efectuó examen ecográfico cerebral neonatal, 17 (14,78%) presentaron HIC severas (grados 3 y 4 de la clasificación de Volpe) o leucomalacia periventricular. En la

Tabla 2: Características de la población en el período neonatal, n= 124 (HMIRS 1994-1995).

	n	%
PN <1.000 g	14	(11,3)
PN 1.001-1.500 g	110	(88,7)
BPEG	33	(26,6)
Asfisia perinatal	11	(8,9)
SDR	49	(39,5)
DAP	27	(21,7)
Sepsis	40	(32,2)
Apneas	64	(52)
DBP	13	(10,5)
ARM	57	(45,9)
Días de O2	M 3,50	R 1-150
Días de ARM	M 7,00	R 1-88
Días de hospitalización	\bar{X} 58,9	DS 25,13
PN (g)	\bar{X} 1.275	DS 167,5
EG (sem)	\bar{X} 30,78	DS 2,56

Figura 1: Hallazgos ecográficos cerebrales, n= 115 en RN MBPN (%) (HMIRS 1994-1995).

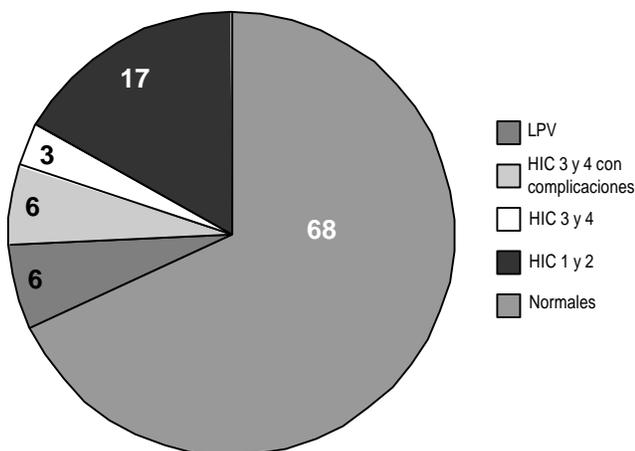


Figura 1 se grafica la incidencia de HIC en esta población.

Se presentó retinopatía severa (grados 3 y 3 plus) en 7/112 pacientes evaluados (5,6%).

En la Figura 2 pueden observarse los resultados de los exámenes oftalmológicos.

3. Riesgo social

De los 124 pacientes, 59 pertenecían a familiares de alto riesgo social, lo que constituye el 47,5% de la población.

4. Resultados del seguimiento

De los 124 pacientes de la cohorte inicial, fueron evaluados al año de vida 94 niños (75,8%), por haber desertado 20 (16%), por residir 6 (4,8%) a más de 100 km. de distancia y no poder ser trasladados para su seguimiento, y por haber fallecido 4 (3,2%) durante el primer año de vida.

De los cuatro pacientes fallecidos, 2 lo hicieron por muerte súbita y 2 por infecciones respiratorias bajas. Treinta y dos pacientes (34%) padecieron infecciones respiratorias bajas.

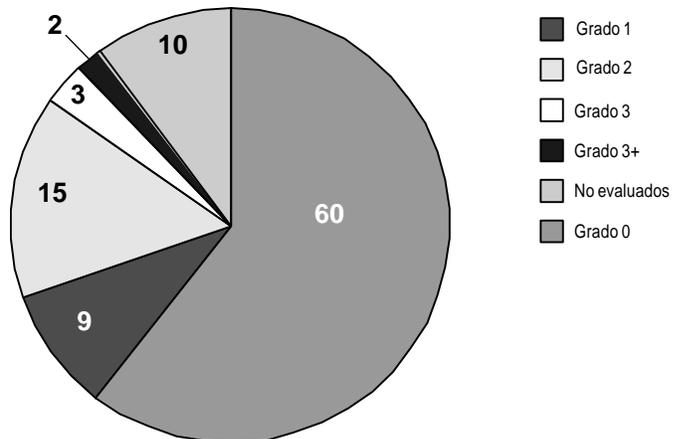
Treinta pacientes (32%) se reinternaron al menos una vez.

La causa más frecuente de reinternaciones fue la patología respiratoria baja (86,6%).

5. Alimentación específica

Se observó una frecuencia de amamantamiento al alta del 87,2% y una perseverancia de la alimentación específica del 45%, 22% y 12% a los 4, 8 y 12 meses de edad corregida, respectivamente. Se incluyen aquí niños con alimentación mixta (leche

Figura 2: Incidencia (%) de retinopatía del prematuro, n= 124 (HMIRS 1994-1995).



humana con el agregado de complementos de leche maternizada).

Estos datos pueden observarse en la *Figura 3*.

6. Crecimiento

Se presentan datos del crecimiento de 78 pacientes (83%), 41 niñas y 37 varones, de la población de niños evaluados hasta el año de vida, habiéndose excluido aquellos que presentaron secuelas neurológicas moderadas (5 pacientes) y graves (11 pacientes).

Del total, 58 fueron PAEG (31 niñas y 27 varones) y 20 BPEG (10 niñas y 10 varones) al nacer, por lo que la incidencia de BPEG (26,6%) resulta semejante a la de la población al momento de nacimiento (*Tabla 2*).

En las *Figuras 4 a 11* puede observarse la evolución del peso y la talla según sexo y crecimiento

intrauterino durante el primer año de vida.

Se observa una recuperación sostenida de la talla para todos los grupos hasta los 12 meses de ECo.

Para el peso, en cambio, se observa una aproximación máxima al P50 a los 4 meses de ECo. y un alejamiento posterior, finalizando el 1er. año de vida en valores entre el P3 y el P50.

En la *Tabla 3* se aprecia el puntaje estandarizado (Score Z) para peso y talla de la población de 41 niñas desde las 40 S hasta el año de vida.

En la *Tabla 4* se observa el puntaje estandarizado (Score Z) para peso y talla de la población de *Figura 6* n= 27 varones desde las 40 S hasta el año de vida.

La evolución del perímetro cefálico (PC) de las 41 niñas y 37 niños fue la siguiente (*Tabla 5*).

Los valores de perímetro cefálico observados no se alejan significativamente del P50 para ambos sexos de los estándares de referencia, siendo comparables para los 8 a 12 meses de edad corregida.

Figura 3: Incidencia de amamantamiento hasta los 12 meses de ECo. en una población de RN pretérminos MBPN (HMIRS 1994-1995).

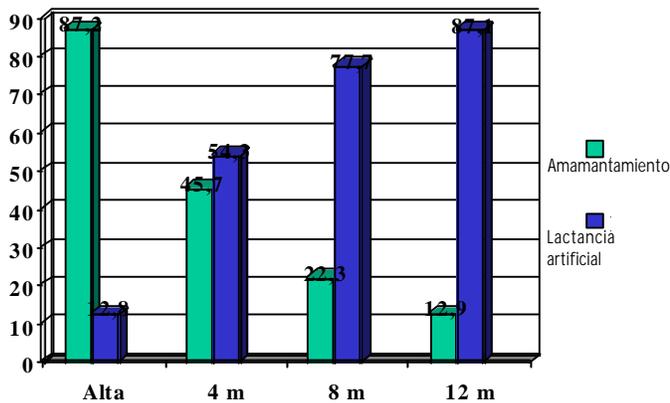
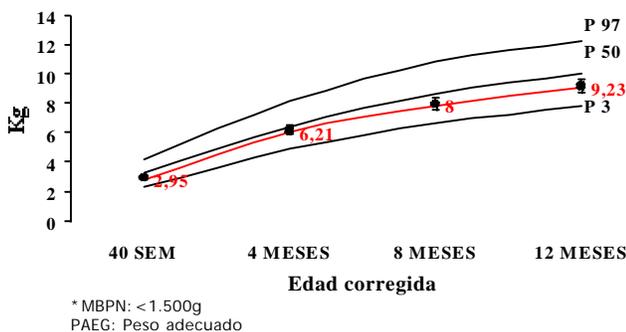


Figura 4: Crecimiento de peso en niños de MBPN* de PAEG, n=27 (HMIRS 1994-1995).



7. Seguimiento oftalmológico

De los 7 pacientes que desarrollaron retinopatía

Tabla 3: Scores Z para peso y talla en la población de 41 niñas pretérmino MBPN sanas desde las 40 semanas hasta el año de vida (HMIRS 1994-1995).

Edad corregida	Peso (Score Z)	Talla (Score Z)
40 semanas	-1.405	-2.690
4 meses	-0.154	-1.228
8 meses	-0.569	-1.157
12 meses	-0.576	-1.186

Tabla 4: Scores Z para peso y talla en la población de 73 varones pretérmino MBPN sanos desde las 40 semanas hasta el año de vida (HMIRS 1994-1995).

Edad corregida	Peso (Score Z)	Talla (Score Z)
40 semanas	-1.214	-2.478
4 meses	-0.787	-1.817
8 meses	-0.929	-1.079
12 meses	-1.172	-1.011

severa 8 grados 3 y 3+), solamente 4 pudieron ser evaluados al año de vida, pues 2 pacientes fallecieron y uno de ellos desertó al programa.

De los pacientes evaluados, 3 presentan miopía/estrabismo, y uno solamente miopía, ninguno de los niños es ciego.

Entre los niños que no desarrollaron retinopatía severa, 8 presentan estrabismo y 1 presenta miopía.

8. Seguimiento auditivo

Fueron evaluados 89/94 pacientes (9,5%), encontrándose 6 pacientes con hipoacusias conductivas y 1 paciente con hipoacusia neurosensorial unilateral.

9. Evaluación del neurodesarrollo

De los 94 pacientes, 86 (91,5%) fueron evaluados al año de vida.

El 79% de los pacientes tuvieron cocientes de desarrollo normales (C mayor o igual a 85).

El 8% de los niños se encontraban en riesgo (CD entre 84 y 70).

El 13% de la población presentaba retraso (CD menor a 70).

Estos datos se observan en la *Figura 12*.

10. Secuelas del sistema nervioso central

De los 94 niños evaluados, 22 presentaron algún grado de secuela motora (23,4%)

De ellas 6 fueron leves (6,4%) fueron moderadas (5,3%) y 11 fueron graves (11,7%).

De los 11 niños que presentaron defectos neurológicos graves, 6 habían padecido hemorragias intracraneeanas severas en el período neonatal (grados 3 y 4 con y sin complicaciones) y 2 leucomalacia preentricular aisladas.

11. Displasia broncopulmonar

De los 13 pacientes egresados con el diagnóstico de DBP, 11 fueron evaluados al año de vida.

En 7 de ellos (63%) persistían los síntomas respiratorios y requerían tratamiento farmacológico permanente.

Dos pacientes aún requerían oxigenoterapia domiciliaria.

Presentaron patología respiratoria baja 9/11 pacientes (82%).

Requirieron reinternación por causa respiratoria 7 pacientes (63%).

Tabla 5: Evolución del perímetro cefálico según sexo (HMRS 1994-1995).

Edad corregida	Niñas		Niños	
	\bar{X} (cm)	DS	\bar{X} (cm)	DS
40 semanas	34,19	1,27	34,85	1,35
4 meses	40,96	1,58	41,70	1,40
8 meses	43,72	1,237	44,79	1,30
12 meses	45,49	1,18	46,57	1,41

Discusión

Una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dentro de una Maternidad pública con gran número de nacimiento, asiste anualmente una población de niños de muy bajo peso a los que debe vigilarse luego del alta hospitalaria en su doble riesgo, biológico y ambiental.

La población que hemos analizado presenta alta

Figura 5: Crecimiento de peso en niñas de MBPN* de PAEG, n=31 (HMRS 1994-1995).

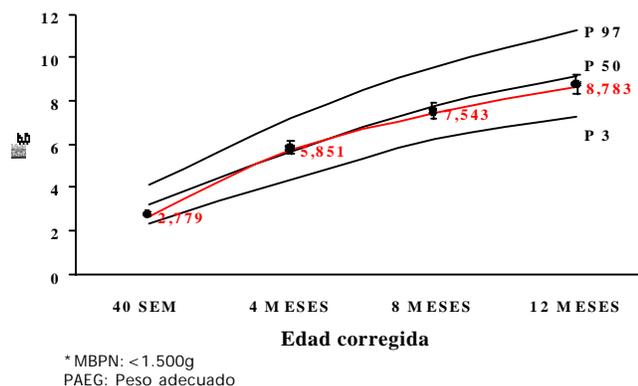
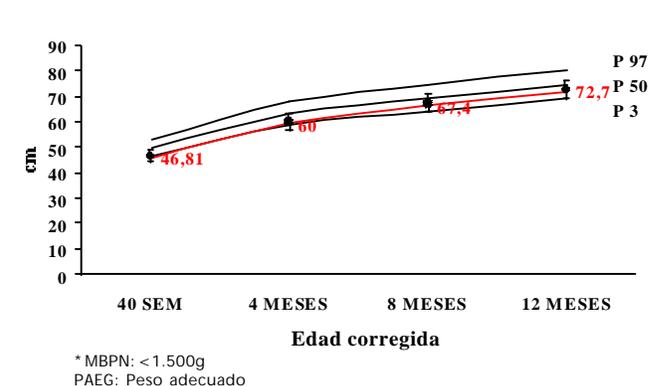


Figura 6: Crecimiento de talla en niños de MBPN* de PAEG, n=27 (HMRS 1994-1995).



mortalidad durante el primer año de vida si se la compara con la población de término. Las cifras de mortalidad postneonatal no son mayores que las comunicadas por otros autores para niños MBPN.¹⁵

El riesgo social de la población es elevado (47,5%), lo que probablemente influya en los resultados del crecimiento, el desarrollo, la morbilidad general y la deserción al programa. Aunque es posible efectuar una clasificación del riesgo social más compleja, los autores decidieron considerar tres factores de riesgo que han demostrado ser de gran utilidad en la práctica clínica.

En este grupo, la frecuencia de hospitalizaciones por enfermedades agudas y quirúrgicas fue de 32%, cifra menor a la referida por Mc Cornick¹⁶ de hospitalizaciones durante el primer año de vida, siendo la causa más frecuente la patología respiratoria baja (86,6%).

La incidencia de displasia broncopulmonar (10,5%) es menor que la comunicada en otros estudios,¹⁷ atribuible en parte a la relativamente baja

proporción de niños de peso extremadamente bajo al nacer en esta población (11,3%). El comportamiento de los niños con esta patología durante el primer año de vida es el esperado, presentando alta frecuencia de infecciones respiratorias bajas y de reinternaciones.

En lo referente a la alimentación específica, las cifras de esta población son alentadoras, y superan las de la propia institución en periodos anteriores y las comunicaciones de otros grupos.¹⁸⁻²⁰ Se ha adquirido experiencia en el desarrollo de acciones de promoción de la relactación y la lactancia materna en grupos de riesgo, lo que ha redundado en ventajas para esta población de prematuros.

El crecimiento de los pretérminos sanos, excluidos niños con secuelas neurológicas moderadas y severas, muestra un comportamiento esperable de recuperación sostenida de la talla a lo largo del primer año de vida. La recuperación del peso es máxima alrededor de los 4 meses de edad corregida y luego continúa a ritmo menor. Si este compor-

Figura 7: Crecimiento de talla en niñas de MBPN* de PAEG, n= 31 (HMIRS 1994-1995).

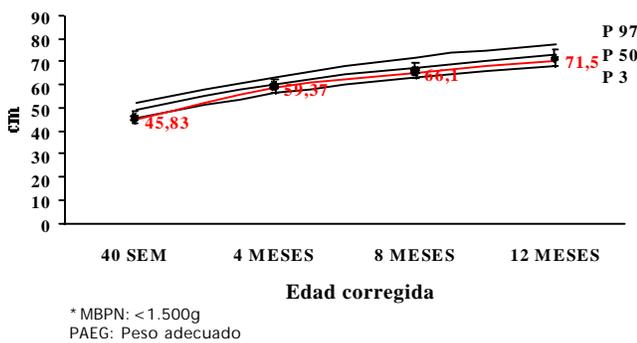


Figura 9: Crecimiento en peso de niñas de MBPN* de BPEG, n= 10 (HMIRS 1994-1995).

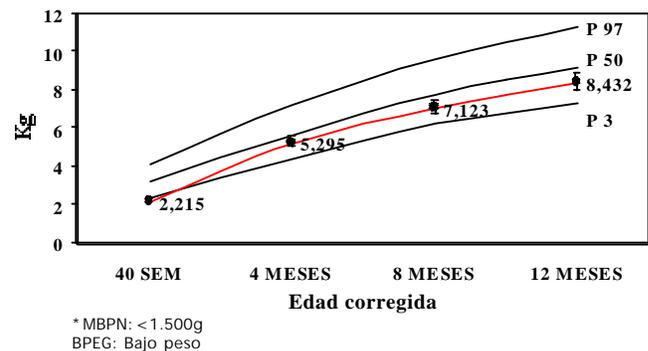


Figura 8: Crecimiento de peso en niños de MBPN* de BPEG, n= 10 (HMIRS 1994-1995).

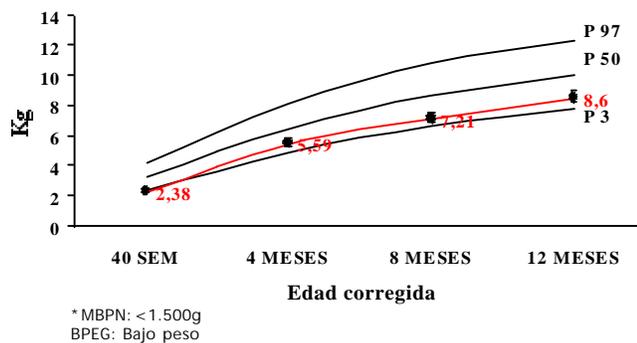
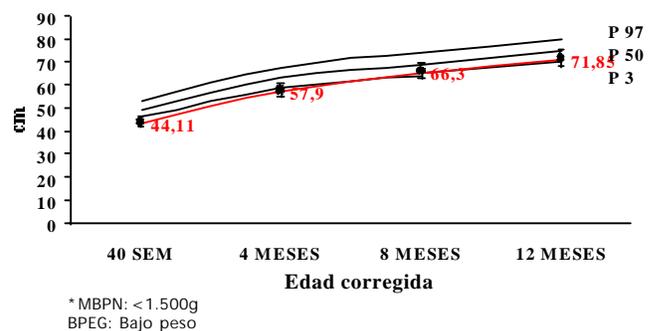


Figura 10: Crecimiento de talla en niños de MBPN* de BPEG, n= 10 (HMIRS 1994-1995).



tamiento hasta el año de vida es atribuible al deterioro probable de la ingesta calórica en una población de bajos recursos, es un interrogante cuya respuesta requerirá de un período de mayor observación.

En lo referente a los valores de circunferencia craneana, son comparables para ambos sexos a los del P50 de los estándares de referencia, especialmente los correspondientes a los 8 y 12 meses de edad corregida. Solamente 7 de 112 pacientes evaluados (6,2%) presentaron grados avanzados de retinopatía de la prematuridad (grados 3 y 3+), y ninguno de los cuatro niños que pudieron ser examinados al año de vida padeció ceguera, lo que atribuimos al uso controlado del oxígeno y a la aún baja sobrevivencia de prematuros extremos. Un 10% de los niños no fue evaluado al alta por no contar el

servicio con un oftalmólogo designado exclusivamente para esta tarea durante el período de estudio. Estos niños fueron examinados durante el seguimiento, y no fueron observadas lesiones cicatrizales en la retina.

La frecuencia de secuelas neurológicas mayores está dentro de los valores esperables para este grupo de pacientes,⁶ y se relaciona en su mayoría con la detección ecográfica de hemorragias severas y/o leucomalacia periventricular en el período neonatal, como se describe para otras poblaciones estudiada. Los resultados de los exámenes del neurodesarrollo evidencia que la mayoría de los pacientes de la población están madurativamente normales al llegar al primer año de vida. Se requiere de seguimiento alejado para evaluar aspectos más sutiles del desempeño del grupo.

Conclusión

Esta población de niños pretérmino MBPN incorporada a un programa de seguimiento evolucionó satisfactoriamente al menos durante el primer año de vida y se requiere de evaluación alejada.

La organización de programas de vigilancia que ofrezcan apoyo nutricional y estimulen entre otros aspectos los controles en salud, la perseverancia en el amamantamiento y el tratamiento oportuno de los problemas clínicos, pueden contribuir eficazmente a mejorar los resultados definitivos en poblaciones de alto riesgo nutricional.

Bibliografía

1. Hack M, Fanaroff A. Outcomes of extremely low birth weight infants between 1989. *N Engl J Med* 1989; 321: 164-7.
2. La Pine T, Jackson J, Bennett F. Outcome of infants weighing less than 800 grs at birth: 15 years experience. *Pediatrics* 1995; 96: 479.
3. Ballard J, Kasmaier N, Driver M. A simplified score for assesment of fetal maturation of newly born infants. *Ped Res* 1977; 11: 374.
4. Lejarraga H, Fustiñana C. Estándares de peso, longitudinal corporal y perímetro cefálico desde las 26 hasta las 92 semanas postmenstruales. *Arch Arg Ped* 1986; 84: 210-14.
5. Committee on Obstetrical Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion (1994). Fetal Distress and Birth Asphyxia, Number 137.
6. Volpe J. Intracranial hemorrhage: germinal matrix-intraventricular hemorrhage of the premature infant. In: *Neurology of the Newborn*. 3rd Ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1994: 424-428.
7. Norway W. Bronchopulmonary Dysplasia:

Figura 11: Crecimiento de talla en niñas de MBPN* de BPEG, n=10 (HMIRS 1994-1995).

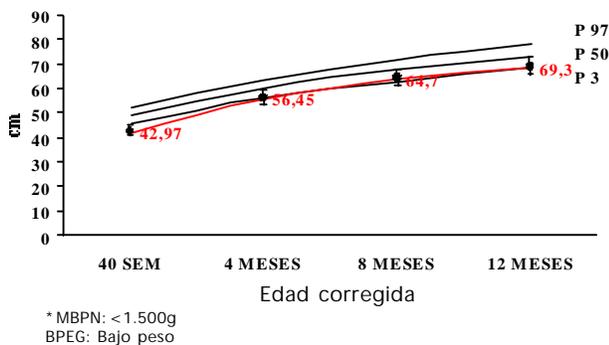
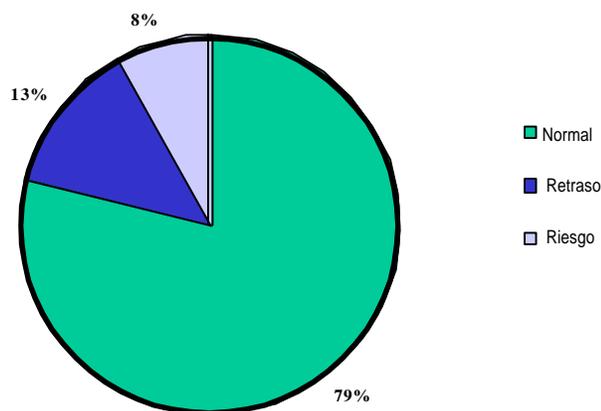


Figura 12: Cociente de desarrollo a los 12 meses de E.CO., población n: RNL 1.500 grs (HMIRS, 1994-1995).



- Twenty-five Years Later. *Pediatrics* 1992; 89: 969-73.
8. Sheenan A, Dunn M, Ohlsson A, Lennox K. Abnormal pulmonary outcomes in premature infants: prediction from oxygen requirement in the neonatal period. *Pediatrics* 1988; 82: 527-32.
 9. Committee for the classifications of ROP: An international classification of retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 1984; 74: 127-33.
 10. Lejarraga H, Anigstein C. Desviaciones del peso para la edad de los estándares argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Arg Pediatr* 1992; 90: 239-42.
 11. Rodríguez S et al. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor. 8va Edición. Ed Galdoc. Santiago de Chile, 1994.
 12. Pape K, Galil A. Follow-Up of the High Risk Infant: Methodological Problems. In: *Perinatal Brain Lesions*. Edited by: K. Pape and J. Wigglesworth. Blackwell Scientific Publication, 1989. Chapter 9, 231-52.
 13. Estadísticas vitales. HMMI "R. Sardá". *Revista del HMIR Sardá* 1995; Vol XIV, 1, 15-23.
 14. Estadísticas vitales. HMMI "R. Sardá". *Revista del HMIR Sardá* 1996; Vol XV, 2, 64-77.
 15. Mc Cormick M. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med* 1985; 312: 82.
 16. Mc Cormick M, Shapiro S, Starfield B. Rehospitalization in the first year of life for high-risk survivors. *Pediatrics* 1980; 66: 991-9.
 17. Hi-Fi Study Group. High frequency oscillatory ventilation compared with conventional mechanical ventilation in the treatment of respiratory failures in preterm infants. Assessment of pulmonary function at 9 months of corrected age. *J of Pediatr* 1990; 116: 933-41.
 18. Aspres N, Benítez A, Galindo A, Larguía M. Amamantamiento en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. *Revistas del HMIR Sardá* 194; Vol XIII N° 3, 115-2.
 19. Waisman M; Dinerstein A. Persistencia de la alimentación a pecho en Consultorio Externo Pediátrico. Influencia de factores de atención médica. Libro de Resúmenes del 28° Congreso Argentino de Pediatría 1988; R 5157 pág. 136.
 20. Pereira G, Schwartz D, Gould P. Breastfeeding in the neonatal intensive care nursery. *Perinatal Neonatal* 1984; 8: 35.

Sólo soy feliz cuando venzo alguna dificultad

LUDWIG VAN BEETHOVEN