

## Algunos factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer

### Some risk factors related to the low birth weight

**MSc. Dr. José Israel López,<sup>I</sup> MSc. Dr. Miguel Lugones Botell,<sup>II</sup> MSc. Dra. Susana María Mantecón Echevarría,<sup>III</sup> MSc. Dr. Camilo González Pérez,<sup>III</sup> MSc. Dra. Déborah Pérez Valdés-Dapena<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup> Policlínico Docente "Isidro de Armas". Playa. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Policlínico Universitario "26 de Julio". Playa. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Policlínico Docente "1ro. de Enero". Playa. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Policlínico Universitario "Jorge Ruiz Ramírez". Playa. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el peso al nacer es de gran importancia en el recién nacido (RN).

**Objetivos:** identificar factores de riesgo relacionados con el bajo peso del RN.

**Métodos:** estudio de casos/controles en el policlínico "Isidro de Armas" municipio Playa, entre el 1ro. de enero de 2003 y 31 de diciembre de 2008. Se analizaron algunas variables: edad materna, antecedentes obstétricos: período intergenésico, RN bajo peso en embarazos anteriores, mortinato anterior, hipertensión arterial, embarazo múltiple, enfermedades asociadas o propias de la gestación.

**Resultados:** las mujeres con edades entre 30-34 años aportaron el mayor número de RN con bajo peso (34,1 %); en el grupo control prevaleció el grupo de edades de 20-24 años. En el grupo estudio predominó la hipertensión arterial crónica (9,8 %), las que tuvieron bajo peso con anterioridad (9,8 %) y el período intergenésico corto (7,3 %); en las patologías asociadas fueron la infección cérvicovaginal, la anemia y el asma. En el grupo control predominaron la infección vaginal y la anemia. En el grupo estudio se encontró el retardo del crecimiento fetal (12,1 %) y rotura prematura de membranas, en el grupo control la mayoría (95,1 %) no presentó afecciones propias de la gestación. La mayoría de los nacimientos ocurrieron entre las 32-36 sem (48,8 %) y el peso del RN osciló entre 2 000-2 499 g (85,4 %).

**Conclusiones:** las principales causas de retardo del crecimiento intrauterino fueron: la hipertensión arterial crónica, el antecedente de bajo peso anterior, el período intergenésico corto, la infección cérvicovaginal y la anemia.

**Palabras clave:** riesgo, recién nacido, bajo peso.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The birth weight is very important in the newborn (NB).

**Objectives:** To identify the risk factors related to the low birth weight of NB.

**Methods:** A case-control study was conducted in the "Isidro de Armas" polyclinic, Playa municipality from January 1, 2003 to December 31, 2008. Some variables were analyzed: mother age, obstetric backgrounds, inter-genetics period, and newborn with low birth weight in prior pregnancies, previous stillbirth, high blood pressure, multiple pregnancies, and diseases associated or typical of pregnancy.

**Results:** There was predominance of women aged between 30-34 with newborns with low birth weight (34.1 %); in control group prevailed the ages of 20-24 years. The study group had predominance of chronic arterial blood pressure (9.8 %), those with a prior low birth (9.8 %) and the short inter-genetics period (7.3 %); in the associated pathologies are included the cervicovaginal infection, anemia and asthma. In control group there was predominance of vaginal infection and anemia. In study group there was a fetal growth delay (12.1 %) and premature rupture of membrane, in control group most of them (95.1 %) there were not affections typical of pregnancy. Most of births occurred between 32-36 weeks (48.8 %) and the newborn weight fluctuated between 2 000 and 2 499 g (85.4 %).

**Conclusions:** The major causes of intrauterine growth delay were: chronic high blood pressure, a prior history of low weight, short inter-genetics period, cervicovaginal infection and anemia.

**Key words:** risk, newborn, low weight.

---

## INTRODUCCIÓN

El peso al nacer es un aspecto de gran importancia en el recién nacido, por su asociación con la morbilidad y mortalidad en cualquier etapa de la vida, sobre todo la perinatal, de la que representa la segunda causa de muerte.<sup>1,2</sup> Se ha reportado la influencia del bajo peso al nacer tanto en las tasas de mortalidad infantil, como en la supervivencia y desarrollo de la infancia y se enfatiza que para alcanzar tasas de mortalidad infantil inferiores es indispensable un menor índice de bajo peso al nacer.<sup>3</sup> Es innegable la influencia que el peso al nacer tiene sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir un aspecto primordial de los esfuerzos que el médico y la enfermera de la familia deben desarrollar en su prevención.<sup>3</sup>

En 1919 se realizó por primera vez una clasificación de los recién nacidos según el peso y se le llamó prematuros a los menores de 2 500 g de peso al nacer.<sup>4,5</sup> En 1947 se señaló que algunos recién nacidos tenían bajo peso debido a un crecimiento intrauterino lento y que estos debían distinguirse de aquellos cuya afectación del peso responde a una gestación acortada. En 1960 los expertos de la Organización Mundial de la Salud recomendaron que la edad gestacional fuera considerada y se reservara el término prematuro para los niños nacidos antes de las 37 sem de gestación y el término bajo peso para todos los niños con menos de 2 500 g sin tener en cuenta su edad gestacional.<sup>4</sup> En 1963 *Lubchenko* dio a conocer por primera vez la distribución en percentiles del peso al nacimiento, lo que se acepta actualmente.<sup>6-8</sup>

---

## MÉTODOS

De un universo de 632 gestantes que parieron entre el 1ro. de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008, se seleccionaron 41 que tuvieron recién nacidos bajo peso y por muestreo aleatorio simple se seleccionó otro grupo de igual número de controles. Se analizaron las siguientes variables:

Edad materna. Antecedentes obstétricos desfavorables: período integenésico corto, bajo peso en embarazos anteriores, mortinato o mortineonato anterior, hipertensión arterial crónica, embarazo múltiple. Presencia de patologías asociadas a la gestación (anemia, hipertensión arterial, infección cérvicovaginal, infección urinaria, asma bronquial, diabetes mellitus) y patologías propias del embarazo (retardo del crecimiento fetal, rotura prematura de membranas, embarazo múltiple, hipertensión gestacional, placenta previa, diabetes gestacional).

Técnicas de recolección y procesamiento de datos:

Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio. Con esta información se creó una base de datos en el sistema Microsoft Excel.

Técnicas de análisis de los datos:

A las variables estudiadas se les aplicó distribución de frecuencia absoluta y relativa y posteriormente se calcularon los indicadores de números absolutos y porcentajes. Los resultados se muestran en forma de tablas y gráficos. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de independencia para identificar asociaciones significativas entre las variables de las tablas expuestas. Si la p encontrada es menor de 0,05, dicha asociación se considera significativa y no debida al azar.

Operacionalización de las variables:

Edad materna:

Menor de 20 años.

20-24 años.

25-29 años.

30-34 años.

35 y más.

Variables relacionadas con las patologías asociadas o dependientes del embarazo:

1. Anemia (hemoglobina menor de 110 g/L, hematocrito menor de 34 %).
2. Infección vaginal.
3. Infección urinaria (urocultivo positivo con más de 100,000 colonias por campo).
4. Asma bronquial.
5. Gestorragias (placenta previa).
6. Embarazo múltiple.
7. Retardo del crecimiento fetal.

8. Diabetes mellitus.
9. Diabetes gestacional.
10. Hipertensión arterial crónica.
11. Hipertensión arterial gestacional.
12. Rotura prematura de membranas.

Otras variables:

1. Edad gestacional en el momento del parto (< de 32 semanas, 32 a 36 sem, de 37 a 42 sem y > de 42 semanas).
2. Peso al nacer (< 1 500 g, de 1 500 a 1 999 g y de 2 000 a 2 499 g).
3. Modo de nacimiento (eutócico o distócico, puede ser instrumentado o cesárea).

Para la realización de este estudio se tomaron en cuenta todas las consideraciones éticas correspondientes a este tipo de investigación, informando adecuadamente sobre el propósito de la misma a directores, médicos y enfermeras relacionados con la obtención de información en los consultorios médicos de la familia acerca de sus embarazadas y recién nacidos, se guardó la confidencialidad requerida, utilizando los datos para los propósitos descritos.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se puede observar que el mayor grupo de pacientes que parió recién nacidos con bajo peso en el grupo estudio estuvo comprendido entre las edades de 30 a 34 años (34,1 %), seguido de las de 20 a 24 y 25 a 29 años, con un 19,5 % cada uno, mientras que en el grupo control predominaron las de 20-24 años, para un 34,1 % y las de 25-29, junto con las de 30-34, ambas en un 21,9 %.

**Tabla 1.** Edad materna

Edad	Estudio	%	Control	%
- 20 años	4	9,8	6	14,7
20 - 24 años	8	19,5	14	34,1
25 - 29 años	8	19,5	9	21,9
30 - 34 años	14	34,1	9	21,9
35 años y más	7	17,1	3	7,3
Total	41	100	41	100

Fuente: Historias clínicas.

La tabla 2 relaciona los malos antecedentes obstétricos y el peso al nacer, de manera que en el grupo estudio el 73,1 % no tenían ningún antecedente obstétrico desfavorable; sin embargo, entre las que sí lo tuvieron, predominó la hipertensión arterial crónica con 4 pacientes (9,8 %), las que tuvieron un bajo peso anterior (9,8 %), el período intergenésico corto y el embarazo múltiple con 7,3 % para cada uno, y mortinato anterior con 4,8 %. En el grupo control el 87,8 % de las pacientes no tuvo malos antecedentes obstétricos, predominaron las pacientes con periodo intergenésico corto, las que representaron el 7,3 % y las que tenían antecedentes de bajo peso anterior (4,8 %).

**Tabla 2.** Relación entre antecedentes obstétricos desfavorables y el bajo peso al nacer

Antecedentes obstétricos desfavorables	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
No antecedentes	30	73,1	36	87,8
Periodo intergenésico menor de 24 meses	3	7,3	3	7,3
Bajo peso anterior	4	9,8	2	4,8
Mortinato anterior	2	4,8	0	0
Mortineonato anterior	1	2,4	0	0
Hipertensión arterial crónica	4	9,8	0	0
Embarazo múltiple	3	7,3	0	0

$$\chi^2 = 11,51 \quad p 0,07 > 0,05$$

Fuente: Historias clínicas.

De las patologías asociadas con el embarazo (tabla 3) hubo predominio en el grupo estudio de la infección vaginal con 78,0 %, seguido de la anemia (51,2 %), el asma (14,6 %) y la hipertensión arterial con 12,1 %. En el grupo control fue la infección vaginal (68,3 %), la anemia (48,7 %) y el asma (9,8 %). Hubo mayor número de casos con patologías asociadas en el grupo estudio.

Entre las patologías propias del embarazo las cuales pueden verse también en la tabla 3, predominó en el grupo estudio el retardo del crecimiento fetal con 12,1 % y la rotura prematura de membranas, el embarazo múltiple y la hipertensión arterial gestacional, todas con un 7,3 %. El 75,6 % no tuvo ningún antecedente. En los controles aparece solo un caso de rotura de membranas y otro de asma (2,4 %), y el 95,1 % de pacientes no tuvo patologías propias del embarazo.

**Tabla 3.** Relación entre las patologías asociadas, patologías propias del embarazo y el peso al nacer

Patologías asociadas al embarazo	Casos		Controles		Patologías propias de la gestación	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%
No antecedentes	2	4,9	3	7,3	No antecedentes	31	75,6	39	95,1
Anemia	21	<b>51,2</b>	20	<b>48,7</b>	Retardo del crecimiento fetal	5	<b>12,1</b>	0	0
Hipertensión arterial	5	12,1	0	0	Rotura prematura de membranas	3	<b>7,3</b>	1	<b>2,4</b>
Infección vaginal	32	<b>78,0</b>	28	<b>68,3</b>	Embarazo múltiple	3	<b>7,3</b>	0	0
Infección urinaria	4	9,7	2	4,9	Hipertensión gestacional	3	<b>7,3</b>	0	0
Asma bronquial	6	<b>14,6</b>	4	<b>9,8</b>	Placenta previa	0	0	0	0
Diabetes mellitus	0	0	1	2,4	Diabetes gestacional	0	0	1	<b>2,4</b>

$\chi^2 = 8,75$  p 0,148 > 0,188     $\chi^2 = 8,75$  p 0,017 < 0,05  
Fuente: Historias clínicas.

La tabla 4 muestra la edad gestacional en la cual ocurrió el parto, donde se puede observar que el 48,8 % de los bajos pesos ocurrió entre 32-36 sem, le continuaron con el 46,3 % los de 37-42 sem, y con menos de 32 sem, solo fue el 4,9 %. El peso que predominó también puede verse en esta tabla y fue el comprendido entre 2 000-2 499 g para un total de 35 (85,4 %) y luego hubo 3 (7,3 %) tanto para los de 1 500-1 999 g como para los de menos de 1 500 g. Cuando se analiza la clasificación de los recién nacidos bajo peso, puede verse que el 46,3 % fueron por retardo del crecimiento fetal, seguido de los pretérminos (34,2 %) y el pretérmino asociado con retardo del crecimiento con el 19,5 %.

En la tabla 5 se puede observar la relación entre el modo de nacimiento y el peso al nacer. Casi la mitad de las pacientes del grupo estudio tuvieron un parto eutócico (48,8 %), quedando un 26,8 % para los instrumentados y un 24,4 % para las cesáreas. En el grupo control el 78 % tuvo parto eutócico, las cesáreas fueron el 14,6 % y el parto instrumentado el 7,3 %.

**Tabla 4.** Clasificación del bajo peso y su relación entre la edad gestacional y el peso al nacer

Edad gestacional al nacimiento	No.	%	Peso nacer	No.	%	Clasificación	No.	%
- de 32 sem	2	4,9	- de 1 500g	3	7,3	Retardo del crecimiento fetal	19	46,3
32 - 36 sem	20	48,8	1 500- 1 999g	3	7,3	Pretérmino	14	34,2
37 - 42 sem	19	46,3	2 000- 2 499g	35	85,4	Retardo del crecimiento y pretérmino	8	19,5
Más de 42 sem	0	0	Total	41	100	Total	41	100
Total	41	100						

Fuente: Historias clínicas.

**Tabla 5.** Relación entre el modo del nacimiento y el peso al nacer

Modo del nacimiento	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Eutócico	20	48,8	32	78,0
Instrumentado	11	26,8	3	7,3
Cesárea	10	24,4	6	14,6
Total	41	100	41	100

$$\chi^2 = 8,34 \quad p \ 0,015 < 0,05$$

Fuente: Historias clínicas y tarjetones obstétricos.

## DISCUSIÓN

Uno de los primeros aspectos a destacar es la edad materna, en la cual, como pudo observarse en los resultados, el grupo estudio mostró que la mayor parte de las madres que aportaron recién nacidos bajo peso se encontraban entre 30 y 34 años (34,1 %) , mientras que en el grupo control lo fue el de 20 a 24 años (34,1 %). Ambos grupos se consideran dentro de las edades normales para la reproducción. Existen trabajos donde la edad materna no ha sido identificada como un factor de riesgo,<sup>9</sup> sin embargo, la mayoría de los autores señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 35 años) constituyen un factor de riesgo importante, pues pueden repercutir en el peso del recién nacido,<sup>10</sup> por lo que es siempre un factor que no debe dejarse de tener presente.

Con respecto a la relación entre los antecedentes obstétricos desfavorables y el peso al nacer, los más frecuentes fueron en el grupo estudio, la hipertensión arterial, los antecedentes de bajo peso con anterioridad al embarazo actual, el período intergenésico corto y el embarazo múltiple, y en el grupo control el período intergenésico corto y el antecedente de bajo peso, como se vio en los resultados, por lo que se puede decir que el 26,9 % de las gestantes del grupo estudio presentó antecedentes obstétricos desfavorables, mientras que del grupo control, lo fue de 12,2 %, con diferencias significativas. Estos resultados son importantes para tenerlos presentes en la atención primaria de salud para el adecuado seguimiento y la correcta dispensarización y control de las pacientes con estos factores, después del parto. En otros estudios realizados se encontró un predominio del período intergenésico corto relacionado con el bajo peso, lo que destaca lo señalado.<sup>6,10</sup> En un estudio anterior fue semejante al actual, el número de pacientes que no tenía ningún tipo de malos antecedentes obstétricos, donde predominó el período intergenésico corto, el bajo peso anterior y el mortinato.<sup>6</sup> Es decir, que es importante tener en cuenta el período intergenésico corto y los antecedentes de bajo peso en la morbilidad; no obstante, no puede olvidarse que todos estos antecedentes guardan una relación muy estrecha con el bajo peso al nacer.

Se analizaron las patologías asociadas al embarazo, lo que corroboró que la infección vaginal fue la más frecuente en el grupo estudio (también en el grupo control), seguida de la anemia, un factor de riesgo importante, aspecto que ya ha sido señalado por otros autores<sup>11-16</sup> y que evidencia de manera ostensible que estos factores no pueden descuidarse y deben ser tratados a tiempo y de forma correcta.

*Vera López* señala que la enfermedad asociada que más incidió en el bajo peso fue la infección vaginal (41,6 %), seguida de la anemia en la captación del embarazo (16 %), el asma bronquial (11,1 %) y la hipertensión arterial (6,5 %). Del total de gestantes, 155 presentaron alguna enfermedad asociada (78,6 %).<sup>6</sup>

*Sailing* ha señalado como causa esencial del bajo peso la infección cérvicovaginal, y en ello fundamenta el programa de reducción de bajo peso al nacer.<sup>17</sup> En la actualidad se insiste mucho en este aspecto relacionado con la prematuridad.<sup>18,19</sup> Se ha referido que el riesgo de bajo peso al nacer relacionado con infección vaginal se presenta cuando ocurre una rotura prematura de membrana,<sup>20</sup> aunque es importante destacar que en la etiología de la rotura de membranas hay otros factores de importancia que no siempre guardan relación con procesos infecciosos cérvicovaginales, como se ha señalado y que no pueden dejar de tenerse en cuenta.<sup>21</sup>

En las patologías propias del embarazo predominó en el primer grupo el retardo del crecimiento fetal y la rotura prematura de membranas, el embarazo múltiple y la hipertensión arterial gestacional, todas con un 7,3 %, como ya se señaló en los



resultados. En los controles aparece solo un caso de rotura prematura de membranas y otro con diabetes gestacional, con 95,1 % de pacientes sin patologías propias del embarazo.

La edad gestacional en que ocurrió la mayoría de los nacimientos en el grupo estudio estuvo comprendida entre las 32-36 sem, etapa del embarazo que aún tiene alta morbilidad, según ha sido reportado.<sup>22,23</sup>

Todos estos resultados resaltan la importancia que tiene poder actuar en la mujer en la etapa del período preconcepcional, ya que así pueden tomarse medidas con el propósito de obtener mejores resultados desde antes de la gestación, lo cual resulta más oportuno.

Los malos antecedentes obstétricos con mayor incidencia, tuvieron mayor influencia en el grupo estudio, predominó la hipertensión arterial crónica, el antecedente de bajo peso anterior y el período intergenésico corto como aspectos relevantes. También influyó de manera importante la infección cérvicovaginal y la anemia dentro de las patologías asociadas al embarazo en ambos grupos. El retardo del crecimiento intrauterino resultó ser la principal causa de recién nacidos bajo peso y estuvo muy relacionado con el modo del nacimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hathcock A. Increasing infant mortality among very low birth weight infants delaware. Biomedical Collection. 2003;52(36):862-6.
2. Estado Mundial de la infancia 2000. UNICEF. Programa para la reducción del Bajo Peso al Nacer. Boletín de Salud Perinatal, 2000 [consultado 24 Jul 2011];18:7-9. Disponible en: <http://nutrinet.org/servicios/biblioteca-digital/func-startdown/66/>
3. Beltrán González BM, Ruiz Iglesias M, Grau Abalo R, Álvarez León I. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. Rev Cubana Salud Pública. 2007 [consultado 24 Jul 2011]; 33(2) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-3462007000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3462007000200007&lng=es)
4. Lemus Lago ER, Lima Enriquez E, Batista Moliner R. Bajo peso al nacer, crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997;13(2):150-8.
5. Oliva RJ. Prematuridad. Temas de actualización en Obstetricia y Ginecología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1974. p. 58.
6. Vera López M, Castillo Fernández FA, Navas Ábalos N. Repercusión del parto pretérmino. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211118179008>
7. Acevedo Ortiz A, Matos Toledo AC. Asistencia respiratoria mecánica a niños con muy bajo peso al nacer [en línea]. MEDISAN. 2006 [consultado 23 Jul 2011];10(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_2\\_06/san03206.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san03206.htm)

8. Colectivo de autores. Retardo del crecimiento fetal. Consenso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010. p. 238.
9. López José Israel, Lugones Botell M, Valdespino Pineda LM. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol, 2004 [consultado 24 Jul 2011];30(1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0138-600x2004000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2004000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2002. p. 406.
11. Fernández González JM, Calzadilla Cámbara A, Fernández Ychaso G, Ychaso Rodríguez N. Incidencia de bajo peso al nacer en el Policlínico Docente "Antonio Maceo": Años 2000 al 2002. Rev Cubana Pediatr. 2004 [consultado 26 Jul 2011];76(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312004000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000200003&lng=es)
12. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer: Algunos factores asociados a la madre. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005 [consultado 25 Jul 2011];31(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. Díaz Alonso G, González Docal I, Román Fernández L. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 1995;11(3):224-31.
14. Smith C M. Intrauterine infection and preterm delivery. New England, Journal of Medicine. May 2001;340(20):1500-7.
15. Aguilar Valdés J. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2002;37(3):122-6.
16. Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. Atención Primaria. 2002;56:241-6.
17. Erich Saling E. Programa de prevención del parto pretérmino. J Perinat. Med. 2000;(28):546-51.
18. Ronald V. Low birth weight, randomized study. Clin obstet gynecol. 2003;17(5):731-44.
19. Pérez GN, Presno LC, Sarmiento BG. El recién nacido de bajo peso: Algunas consideraciones epidemiológicas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005 [consultado 26 Jul 2011];21(5,6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
20. Noticias al Día. INFOMED. 25 de abril de 2011. Infecciones vaginales causan partos prematuros. [consultado 26 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/archivos-aldia.php>

21. Lugones BM, Ramírez BM. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 [consultado 26 jul 2011];26(4) Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-21252010000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252010000400011&lng=es)

22. Prendes LM, Jiménez AG, González PR. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(1):35-42.

23. UNICEF. Estado Mundial de la infancia. Los niños, la atención de la salud, la educación y un medio ambiente saludable. Educación. 2003 [consultado 26 jul 2011]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc03/contents/index.html>

Recibido: 3 de septiembre de 2011.

Aprobado: 18 de septiembre de 2011.

*José Israel López*. Policlínico Docente "Isidro de Armas". Playa. La Habana, Cuba.  
Autor para la correspondencia: Miguel Lugones Botell. Correo electrónico:  
[lugones@infomed.sld.cu](mailto:lugones@infomed.sld.cu)