

Características clínicas y epidemiológicas de madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso

Clinical and epidemiological characteristics of mothers with preterm and low weight infants

Yasnier Dueñas Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-3628-8160>

Rolando Rodríguez Puga^{2*} <https://orcid.org/0000-0003-3350-374X>

Orisel del Carmen Rodríguez Abalo³ <https://orcid.org/0000-0003-3242-5102>

¹Policlínico Docente Área Este. Camagüey, Cuba.

²Hospital Pediátrico Provincial Docente Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

³Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: rolandote1986@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El parto prematuro y el bajo peso al nacer constituyen un problema de salud a escala mundial, ya que representan un predictor importante del desarrollo y crecimiento posnatal, así como un indicador de morbilidad y mortalidad infantil.

Objetivo: Caracterizar a madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso según variables clínicas y epidemiológicas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, desde enero hasta diciembre de 2022, de 35 madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso, pertenecientes al Policlínico Docente Área Este de la ciudad de Camagüey. Entre las variables analizadas figuraron: edad, estado nutricional, clasificación del riesgo, control prenatal, riesgo reproductivo preconcepcional, consulta multidisciplinaria, enfermedades propias del embarazo, estado al nacer, deficiencias detectadas y causas.



Resultados: En la serie predominaron el grupo etario de 35 y más años (25,7 %), la obesidad (37,1 %), las madres con elevados riesgos (45,7 %), quienes recibieron entre 8-14 controles prenatales, y malos antecedentes obstétricos (31,4 %). Por otra parte, 22,9 % de las madres tuvieron hijos con bajo peso y 31,4 %, prematuros; en tanto, hubo dificultades en el seguimiento por ausencias (57,1 %).

Conclusiones: Las madres presentaron características clínicas y epidemiológicas desfavorables, tales como la edad de 35 y más años, la obesidad, el alto riesgo, los malos antecedentes obstétricos y la infección vaginal como enfermedad propia del embarazo, que influyeron en que los neonatos fueran prematuros o de bajo peso, o ambos.

Palabras clave: embarazo; recién nacido de bajo peso; recién nacido prematuro; factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Preterm birth and low birth weight constitute a health problem worldwide, since they represent an important predictor of development and postnatal growth, as well as an indicator of newborn morbidity and mortality.

Objective: To characterize mothers with preterm and low weight infants according to clinical and epidemiological variables.

Methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out from January to December, 2022, of 35 mothers with preterm and low weight infants, belonging to the East Area Teaching Polyclinic in Camagüey city. Age, nutritional state, risk classification, prenatal control, preconceptional reproductive risk, multidisciplinary visits, diseases characteristic of pregnancy, birth state, detected deficiencies and causes were among the analyzed variables.

Results: In the series there was prevalence of the 35 and over age group (25.7%), obesity (37.1%), high risk mothers (45.7%) who received among 8-14 prenatal controls, and bad obstetric history (31.4%). On the other hand, 22.9% of the mothers had low weight children and 31.4% preterm children; as long as there were difficulties in follow up due to absences (57.1%).

Conclusions: The mothers presented unfavorable clinical and epidemiological characteristics, such as the 35 and over years, obesity, high risk, bad obstetric history



and vaginal infection as a disease characteristic of pregnancy, which influenced the infants to be preterm or low weight, or both.

Keywords: pregnancy; low birth weight infant; premature infant; risk factors.

Recibido: 11/04/2023

Aprobado: 14/08/2023

Introducción

El bajo peso al nacer (BPN) constituye un problema de salud mundial, no solo porque representa un indicador de morbilidad y mortalidad infantil, sino porque es un importante predictor del desarrollo y crecimiento posnatal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el peso al nacer inferior a 2500 g, independientemente de la edad gestacional, sobre el cual intervienen una serie de factores socioeconómicos y biológicos que pueden ser modificables o no.^(1,2)

También plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, para un estimado de 20 millones en el mundo, lo que representa entre 10-20 % de los recién nacidos vivos, de los cuales entre 40-70 % son prematuros. El mayor número lo aportan los países en vías de desarrollo con 18 %; mientras que en los desarrollados la incidencia fluctúa entre 3,6 y 7,4 %. Por su parte, en Asia Sudoriental varía de 20-43 %, aunque la mayoría de los niños con insuficiencia ponderal nacen en naciones del tercer mundo.^(1,2)

Igualmente, en América Latina la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7-12 %, donde Perú ocupa el primer lugar, seguido de Colombia, Paraguay y Venezuela; asimismo, 85 % de las muertes neonatales están asociadas con BPN, nacimientos prematuros y restricción en el crecimiento fetal. La menor prevalencia la presentan Ecuador (3,8 %) y Nicaragua (2,9 %).⁽³⁾

Cuba se encuentra entre los países latinoamericanos en transición epidemiológica avanzada, en los que la mortalidad infantil y la frecuencia de bajo peso al nacer son bajas desde hace varios años, pues con el desarrollo de la atención primaria de salud se



alcanza una posición relevante en la atención materno-infantil con un índice de BPN de alrededor de 5 %.⁽⁴⁾

Asimismo, existen 2 enfermedades importantes con diferentes causas y pautas de tratamiento, que influyen en la aparición del BPN: el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación (prematuro) y el crecimiento intrauterino retardado o la combinación de ambos.⁽⁵⁾

En tal sentido, el BPN suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria, dada la alteración en el intercambio madre-placenta-feto, entre los que sobresalen los factores sociodemográficos (edad materna menor de 20 años y mayor de 35), las enfermedades previas al embarazo (hipertensión arterial y enfermedades renales, tiroideas y cardiorrespiratorias), el antecedente de BPN en partos previos, la hipertensión arterial gestacional, la ganancia inadecuada de peso durante la gravidez, el intervalo intergenésico corto, la diabetes gestacional, las infecciones urinarias y las hemorragias vaginales, entre otras. El embarazo gemelar también se asocia hasta en 46 % con el bajo peso al nacer.^(3,6)

Por otra parte, también existen otros factores de interés por el impacto que pueden tener sobre el peso del recién nacido, entre los que figuran el estado nutricional de la madre durante la gestación, la alimentación y la situación sociodemográfica.⁽⁷⁾

En Cuba se ha informado que los factores maternos relacionados con mayor frecuencia al BPN son el período intergenésico inferior a 24 meses, el bajo peso materno preconcepcional, la infección vaginal, la anemia y la hipertensión arterial.⁽⁶⁾

Teniendo en cuenta que el período más importante y de mayor riesgo del ser humano se corresponde con la vida intrauterina, por su repercusión en el desarrollo físico e intelectual, así como que la incidencia de BPN en el área de salud objeto de estudio es elevada, se desarrolló la presente investigación para caracterizar a madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso según variables clínicas y epidemiológicas.



Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, desde enero hasta diciembre de 2022, de 35 madres con recién nacidos prematuros y de bajo peso, pertenecientes al Policlínico Docente Área Este de la ciudad de Camagüey, quienes cumplían los criterios de inclusión seleccionados.

A tal efecto, se tuvieron en cuenta las definiciones de los términos prematuro y bajo peso, que constituyeron criterios diagnósticos y, a la vez, de selección de casos. El primero se refiere al parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación; el segundo, al peso inferior a 2500 g al nacer.

Fueron excluidas las madres que, a pesar de tener una dirección particular correspondiente a la citada área de salud, no residían en ella, así como también aquellas sin historias clínicas o que las tenían incompletas.

Se confeccionó una planilla para la recolección de los datos de interés, que se obtuvieron de las historias clínicas.

Entre las variables analizadas figuraron las siguientes:

- Edad (en años): hasta 18, de 19-24, de 25-30, de 31-35, más de 35.
- Estado nutricional: bajo peso, normopeso, sobrepeso y obeso, según el índice de masa corporal registrado en la historia clínica.
- Clasificación del riesgo: sin riesgo, condición a vigilar, bajo riesgo y alto riesgo, según lo estipulado en el Programa Materno Infantil.
- Control prenatal: 0-7, 8-14 y 15 o más.
- Riesgo reproductivo preconcepcional: según situaciones agravantes previas al embarazo.
- Atención en consulta multidisciplinaria: sí o no.
- Enfermedades propias del embarazo.
- Estado al nacer: prematuro y con bajo peso.
- Deficiencias en la atención y causas (médicas y maternas).



El procesamiento estadístico se llevó a cabo mediante el sistema SPSS, versión 26.0, con el uso del porcentaje como medida de resumen. Los resultados se presentaron en tablas. Se garantizó el anonimato de la información obtenida y los datos publicados no revelaron la identidad de las personas. La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética del Policlínico y se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki.⁽⁸⁾

Resultados

En la serie (tabla 1) predominaron el grupo etario de más de 35 años (25,7 %), seguido por los de 19-24 y 31-35 años (22,9 %, respectivamente), así como las madres con obesidad (37,1 %) y sobrepeso (28,6 %).

Tabla 1. Madres según edad y estado nutricional

Grupos etarios (en años)	Estado nutricional								Total	
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Obesa		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hasta 18			2	5,7	1	2,9			3	8,6
19-24	1	2,9	4	11,4	2	5,7	1	2,9	8	22,9
25-30	1	2,9	1	2,9	2	5,7	3	8,6	7	20,0
31-35			1	2,9	1	2,9	6	17,1	8	22,9
Más de 35	1	2,9	1	2,9	4	11,4	3	8,6	9	25,7
Total	3	8,6	9	25,7	10	28,6	13	37,1	35	100,0

Se obtuvo una mayor frecuencia de gestantes con alto riesgo obstétrico (16, para 45,7 %) e igual número recibió entre 8-14 controles prenatales, independientemente del riesgo (tabla 2).

Tabla 2. Madres según clasificación del riesgo durante el embarazo y controles prenatales

Clasificación del riesgo	Controles prenatales						Total	
	0-7		8-14		15 y más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin riesgo obstétrico			6	17,1			6	17,1
Condición a vigilar	1	2,9	2	5,7			3	8,6
Bajo riesgo obstétrico	5	14,3	6	17,1	3	8,6	14	40,0
Alto riesgo obstétrico	2	5,7	4	11,4	8	22,9	16	45,7
Total	8	22,9	16	45,7	11	31,4	35	100,0



De las 35 integrantes de esta casuística (tabla 3), 32 asistieron a la consulta multidisciplinaria durante el embarazo, la mayoría de ellas con malos antecedentes obstétricos (31,4 %) y condiciones socioeconómicas desfavorables (28,6 %). Cabe señalar que algunas presentaron más de un riesgo.

Tabla 3. Riesgo reproductivo preconcepcional y asistencia a consulta multidisciplinaria

Riesgo reproductivo preconcepcional	Consulta multidisciplinaria				Total	
	Sí		No		No.	%
	No.	%	No.	%		
Malos antecedentes obstétricos (multíparas, abortos, defunciones fetales)	10	28,6	1	2,9	11	31,4
Condiciones socioeconómicas desfavorables	9	25,7	1	2,9	10	28,6
Madres solteras y adolescentes	7	20,0	1	2,9	8	22,9
Período intergenésico corto	7	20,0			7	20,0
Enfermedades maternas	5	14,3			5	14,3

Al relacionar las enfermedades propias del embarazo y estado del niño al nacer (tabla 4), se observó mayor incidencia del síndrome de flujo vaginal en ambos grupos (54,3 %), seguido de la preeclampsia y la rotura prematura de membranas (17,1 %, respectivamente). Resulta válido mencionar que hubo madres que presentaron más de una enfermedad durante el embarazo o un mismo recién nacido resultó ser prematuro y de bajo peso.

Tabla 4. Madres según enfermedades propias del embarazo y estado al nacer

Enfermedades propias del embarazo	Estado al nacer				Total	
	Bajo peso		Prematuro		No.	%
	No.	%	No.	%		
Síndrome de flujo vaginal	8	22,9	11	31,4	19	54,3
Preeclampsia	2	5,7	4	11,4	6	17,1
Rotura prematura de membranas	2	5,7	4	11,4	6	17,1
Infección urinaria	3	8,6	2	5,7	5	14,3
Embarazo múltiple	3	8,6	2	5,7	5	14,3
Anemia	2	5,7	3	8,6	5	14,3
Gestorragias de la segunda mitad del embarazo	2	5,7	2	5,7	4	11,4
Descompensación materna			1	2,9	1	2,9

Las dificultades en el seguimiento por las ausencias resultó ser el principal incidente (con 20, para 57,1 %), seguido del incumplimiento con los exámenes complementarios (10, para 28,6 %), mayoritariamente por causas maternas (30 incidencias detectadas). Hubo madres con más de una deficiencia (tabla 5).



Tabla 5. Deficiencias detectadas según causa

Deficiencias detectadas	Causa				Total	
	Médica		Materna		No.	%
	No.	%	No.	%		
Dificultades en el seguimiento por las ausencias	8	22,9	12	34,3	20	57,1
Incumplimiento en exámenes complementarios	3	8,6	7	20,0	10	28,6
No ingreso en institución médica	1	2,9	8	22,9	9	25,7
Incumplimiento de protocolos de actuación	6	17,1	2	5,7	8	22,9
Captación tardía	2	5,7	1	2,9	3	8,6

Discusión

Actualmente, el BPN es considerado un problema no resuelto para la ciencia, a pesar de los numerosos esfuerzos realizados por los profesionales del sector, encauzados a optimizar el nacimiento de niños sanos y minimizar los riesgos de morbilidad en la infancia.

Con respecto a la edad como variable materna, se encontró similitud con publicaciones nacionales como la de Bertrán *et al*,⁽⁷⁾ quienes refieren que la mayoría de los neonatos con bajo peso correspondieron a madres de 30 y más años, debido a que la edad óptima para concebir el embarazo es entre 20 y 30 años. Por su parte, López *et al*⁽⁹⁾ revelaron en su investigación que la edad promedio fue de $27,9 \pm 5,3$ años y la evaluación nutricional predominante durante el diagnóstico del embarazo fue el bajo peso; resultados que no concordaron con los del presente estudio.

Otros autores^(2,10) reafirman que la edad materna menor de 20 años y mayor de 35 constituye un riesgo de bajo peso al nacer y del incremento de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. De igual forma, Heredia y Munares⁽¹¹⁾ encontraron en su casuística un promedio de edad $26,6 \pm 6,9$ años, con primacía de las edades comprendidas entre 26-42 años (52,6 %).

También Estrada *et al*⁽³⁾ señalan que las mujeres con mayor probabilidad de tener recién nacidos con bajo peso fueron las de 35 y más años y que esta situación se presenta fundamentalmente en madres con edades extremas (adolescentes y añosas); mientras que 75,8 % de las progenitoras tenían peso normal y 20,2 %, sobrepeso, según los



parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud; este último hallazgo no se correspondió con lo obtenido en la actual serie.

Con referencia a lo anterior, en el presente estudio también se encontró que algunos factores como las edades extremas, sobre todo de 35 y más años, incrementan la probabilidad de que el neonato tenga bajo peso, pues ya las condiciones maternas no son las ideales para el crecimiento óptimo del feto.

En ese mismo sentido, el estado nutricional de la madre previo a la gestación o durante esta es un determinante en el desarrollo del feto y en el peso neonatal.

Teniendo en cuenta el riesgo obstétrico y el número de controles prenatales, los resultados aquí obtenidos coincidieron con los de Freiré *et al*,⁽¹²⁾ quienes exponen que 84,8 % de las madres iniciaron dichos controles antes del segundo trimestre y 9,1 % tuvo menos de 5, lo cual constituye un factor de riesgo obstétrico y perinatal; igualmente subrayan que las madres que comenzaron los controles desde el segundo trimestre de embarazo (13,3 %) tuvieron neonatos con bajo peso al nacer, en contraste con aquellas que comenzaron antes del segundo trimestre.

Según investigadores citados previamente,⁽¹¹⁾ las acciones que mejor ejemplifican los esquemas de prevención son los controles prenatales, pues encontró que el riesgo de bajo peso al nacer es 6 veces superior en las gestantes con 1-3 controles; sin embargo, Licea y García⁽¹³⁾ señalan que no existe tal relación.

Los autores de este artículo consideran que la evaluación del riesgo obstétrico, según los protocolos de atención en el país y las consultas prenatales, son un medio esencial de acercamiento de los profesionales de la salud con las madres.

De acuerdo con lo que se ha venido analizando, el control adecuado del riesgo reproductivo preconcepcional es un eslabón esencial en la atención de la futura gestante; de ahí la importancia que se le brinda desde la atención primaria de salud. En el estudio predominaron las madres con malos antecedentes obstétricos. Al respecto, se coincidió con Mendoza *et al*,⁽¹⁴⁾ quienes destacan que son varios los factores relacionados con el BPN, entre los que mencionan el antecedente de parto prematuro, la edad materna (menos de 20 o más de 35), el período intergenésico corto y el índice de masa corporal bajo.



Algunos autores^(12,15) han aportado resultados similares en cuanto a los malos antecedentes obstétricos como causa principal de BPN; otros⁽¹¹⁾ le conceden mayor importancia al período intergenésico. Concerniente a lo anterior, Arce *et al*⁽¹⁶⁾ afirman que al exponer al útero a un nuevo embarazo en un período inferior a los 2 años, el entorno para la nueva gestación se considera poco favorable.

Respecto a las enfermedades propias del embarazo y el estado del niño al nacer se encontró semejanzas con el estudio de Gómez *et al*,⁽¹⁷⁾ donde predominaron la rotura prematura de membrana y la infección vaginal como factores de riesgo maternos asociados con el BPN. Por su parte, Freire *et al*⁽¹²⁾ hallaron mayor incidencia de la infección del tracto urinario (66,7 %); en tanto, Recinos Méndez⁽¹⁸⁾ hace énfasis en el embarazo múltiple como principal causa, asociado al aumento de la demanda de nutrientes en relación con la gestación normal y los factores socioeconómicos en el medio familiar.

En cuanto a las deficiencias detectadas por causa médica o materna, autores como Mendoza *et al*⁽¹⁴⁾ afirman que la responsabilidad materna es un eslabón perdido en la cadena. A juicio de los autores, son varios los factores al tratar de encontrar las posibles causas. Así, Giraldo *et al*⁽¹⁹⁾ señalan que corresponde a las madres la mayor responsabilidad en el cumplimiento de las indicaciones médicas; planteamientos con los cuales existe cierta concordancia.

Igualmente, en la bibliografía consultada⁽⁹⁾ se puntualiza la necesidad de que el personal sanitario haga un riguroso seguimiento a las gestantes con riesgos identificados; criterio con el también concuerdan otros autores.^(7,20)

En el presente estudio se analizó la situación materna en los recién nacidos prematuros y con bajo peso; sin embargo, la principal limitación, propia de las investigaciones descriptivas, fue la relación entre variables, por lo cual se propone realizar un estudio correlacional para determinar la asociación del evento con los factores de riesgo.

A modo de conclusión, las madres estudiadas presentaron una serie de características clínicas y epidemiológicas desfavorables (edad de 35 años y más, obesidad, alto riesgo, malos antecedentes obstétricos e infección vaginal) que influyeron en que los recién nacidos fueran prematuros y/o de bajo peso.



Se recomienda orientar a las mujeres en edad reproductiva que deseen concebir que acudan a las consultas de planificación familiar para recibir información relacionada con el momento propicio para ello, a fin de lograr la gestación con el mínimo de factores de riesgo que puedan comprometer la salud de la madre y el feto.

Referencias bibliográficas

1. Dupeirón Ramos O, García Veloz M, González Ramos L, Cabrera Prado A, Mora Frías MA. Factores maternos y obstétricos asociados al recién nacido de bajo peso al nacer. La Habana: III Congreso de Medicina Familiar; 2019.
2. Valdés Pino AC, González Lorenzo JM, Domínguez Álvarez PR, Álvarez Brito M. Bajo peso al nacer, una de las causas de mortalidad en el mundo. Primer Taller Nacional de Pediatría Clínico-Docente (Cienfuegos). *PediAprendo*. 2022 [citado 15/02/2023]. Disponible en: <https://pediaprendo.sld.cu/index.php/pediaprendo22/2022/paper/view/65/28>
3. Estrada Restrepo A, Restrepo Mesa SL, Ceballos Feria NC, Mardones Santander F. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [citado 15/02/2023];32(11):e00133215. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FdHmLY3wjDzMZJhcTRQ5Rzc/?lang=es>
4. Rodríguez Sánchez Y, Hernández Piñero L, Menéndez Villa ML. Caracterización del bajo peso al nacer en un área de salud. *Actas del Tercer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas Morfovirtual 2016*; 1 – 30 Nov 2016; La Habana, Cuba. La Habana: CENCOMED; 2016 [citado 15/02/2023]. Disponible en: <http://www.morfovirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2016/paper/view/148>
5. Bello Luján LM, Saavedra Santana P, Gutiérrez García LE, García Hernández JA, Serra Majem LL. Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en Canarias. *Nutr Hosp*. 2015 [citado 15/02/2023];32(4):1541-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000017



6. Pérez Martínez M, Basain Valdés JM, Calderón Chappotín GC. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica Centro. 2019 [citado 15/02/2023];12(3):369-81. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/885>
7. Bertrán Bahades J, Muguercia Silva JL, Verdaguer Pérez L, Morejón Rebelo I, García Kindelán MC. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Santiago de Cuba. Medisan (Santiago de Cuba). 2019 [citado 15/02/2023];23(4):619-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000400619&lng=es
8. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject. JAMA. 2013 [citado 15/02/2023];310(20):2191-4. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
9. López González A, Rodríguez Suárez A, Calzadilla Cámara A, Fernández Gómez R. Eventos maternos asociados al bajo peso al nacer en un municipio de la Ciudad de la Habana. Rev Cuban Aliment Nutr. 2019 [citado 15/02/2023];29(1):68-84. Disponible en: https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/672/pdf_101
10. Quintero Paredes PP, Pérez Mendoza L, Quintero Roba AJ. Comportamiento del bajo peso al nacer en pacientes atendidos en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga, Pinar del Río, Cuba. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2017 [citado 15/02/2023];43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100007
11. Heredia Olivera K, Munares García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016 [citado 15/02/2023];54(5):562-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457746956003/html/>
12. Freiré Carrera MA, Álvarez Ochoa R, Vanegas Izquierdo PE, Peña Cordero SJ. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca, Ecuador. Rev Cuba. Obstet Ginecol. 2020 [citado 15/02/2023];46(3):e527. Disponible en <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/527/612>
13. Licea Ramírez JL, García Bode MP. Factores de riesgos para el bajo peso al nacer en el policlínico "Gustavo Aldereguía Lima". Rev Electrón. "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta". 2018 [citado 15/02/2023];43(1). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1235>



14. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obst Ginecol. 2016 [citado 15/02/2023];81(4):330-42. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012

15. Echevarría Martínez LE, Suárez García N, Guillén Cánova AM, Linares Cánovas LP. Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer. Medisan (Santiago de Cuba). 2018 [citado 15/02/2023];22(8):971. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800720

16. Arce López KL, Vicencio Rivas J, Iglesias Leboreiro J, Bernárdez Zapata I, Rendón Macías ME, Braverman Bronstein A. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018 [citado 15/02/2023];75(4):237-43. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000400237

17. Gómez Mendoza C, Ruiz Álvarez P, Garrido Bosze I, Rodríguez Calvo MD. Bajo peso al nacer, una problemática actual. Arch Méd Camagüey. 2018 [citado 15/02/2023];22(4). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5410/3770>

18. Recinos Méndez YE. Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. Rev Nat Soc Ambient. 2019 [citado 15/02/2023];5(1):41-9. Disponible en:

<https://revistacunsurori.com/index.php/revista/article/view/30>

19. Giraldo Murillo MA, Gómez Ramírez HA, Quintero Cárdenas DF, Rico Cifuentes MM. Caracterización de madres gestantes de recién nacidos con bajo peso al nacer a partir de una muestra de población colombiana en el periodo 2014-2018. Valle del Cauca: Unidad Central. Repositorio de la UCEVA. 2020 [citado 15/02/2023]. Disponible en:

<https://repositorio.uceva.edu.co/handle/20.500.12993/1566>



20. Hierrezuelo Rojas N, Hernández Magdariaga A, Ávila Vázquez M, Velázquez Ferreira LM, Sotera Torres RA. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer en un policlínico de Santiago de Cuba. Medisan (Santiago de Cuba). 2022 [citado 15/02/2023];26(5). Disponible en:

<https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4190/2805>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Yasnier Dueñas Rodríguez: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, y redacción borrador-original. Participación: 45 %.

Rolando Rodríguez Puga: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, redacción-revisión y edición. Participación: 40 %.

Orisel del Carmen Rodríguez Abalo: investigación, supervisión, redacción-revisión y edición. Participación: 15 %.

