



**CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdc12024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282**

## **Perfil clínico-epidemiológico de madres con recién nacidos pretérminos y bajo peso**

Clinical-epidemiological profile of mothers with preterm and low birth weight newborns

Rolando Rodríguez Puga<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3350-374X>

Yoánder Pérez Díaz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3439-7424>

Orisel del Carmen Rodríguez Abalo<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3242-5101>

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico Provincial Docente “Eduardo Agramonte Piña”. Camagüey, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente “Ana Betancourt de Mora”. Camagüey, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [rolandote1986@gmail.com](mailto:rolandote1986@gmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** El pretérmino y bajo peso al nacer constituyen un problema de salud a nivel mundial, ya que representan un predictor importante del desarrollo y crecimiento postnatal e indicador de morbi-mortalidad infantil.

**Objetivo:** Determinar las características clínico-epidemiológicas de madres con recién nacidos pretérminos y bajo peso.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en un universo de 35 madres con recién nacidos pretérminos y bajo peso, pertenecientes al Policlínico Docente “Área Este” de la ciudad de Camagüey, durante el periodo enero-diciembre de 2022. Las variables analizadas incluyeron: grupos de edades, estado nutricional, clasificación del riesgo, controles prenatales, riesgo reproductivo preconcepcional, consulta multidisciplinaria, enfermedades propias del embarazo, estado al nacer, deficiencias detectadas y causas.

**Resultados:** Predominaron las madres en el grupo de edad de 35 años y más (25,7 %), obesas (37,1 %) con alto riesgo obstétrico (45,7 %). El 45,7 % recibió entre 8 y 14 controles prenatales, mientras el 31,4 % presentó malos antecedentes obstétricos. Asistieron a consulta multidisciplinaria el 91,4 % de las madres, entretanto el 22,9 % tuvieron hijos bajo peso y el 31,4 % pretérminos. Las principales deficiencias estuvieron dadas por ausencias maternas (34,3 %) y médicas (22,9 %) a consulta.

**Conclusiones:** Las principales características encontradas en madres de recién nacidos pretérminos y bajo peso fueron la edad de 35 años y más, obesidad, alto riesgo y malos antecedentes obstétricos, al igual que, la infección vaginal como enfermedad propia del embarazo.

**Palabras clave:** embarazo; Recién Nacido de muy Bajo Peso; factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

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

**Objective:** To determine the clinical-epidemiological characteristics of mothers with preterm and low birth weight newborns.

**Methods:** The research was conceived through as observational, descriptive, cross-sectional, in a universe of 35 mothers with preterm and low birth weight newborns, belonging to the “East Area” Teaching Polyclinic in the city of Camaguey, during the period from January-December 2022. The variables analyzed included: age groups, nutritional status, risk classification, prenatal check-ups, pre-conception reproduce risk, multidisciplinary consultation, pregnancy-related diseases, status at birth, detected deficiencies, and causes.

**Results:** There was a predominance of mothers in the age group of 35 years and over (25.7 %), with obese nutritional status (37.1 %) and a history of high obstetric risk (45.7 %). The 45.7 % of cases received between 8 and 14 prenatal check-ups, while 31.4 % had a bad obstetric history. The 91.4 % of mothers were seen in a multidisciplinary consultation, while 22.9 % had low birth weight children and 31.4 % preterm. The main deficiencies were given by maternal (34.3 %) and medical (22.9 %) absences for consultation.

**Conclusions:** The main characteristics found in mothers of preterm and low birth weight newborns were age 35 years and over, obesity, high risk and poor obstetric history, as well as vaginal infection as a disease of pregnancy.

**Keywords:** pregnancy; Very Low Birth Weight Newborn; risk factor's.

## **Introducción**

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

La OMS plantea que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, estimándose alrededor de 20 millones con peso inferior a 2500g a nivel mundial, lo que representa entre un 10 y 20 % de los recién nacidos vivos, de los cuales un 40-70% son prematuros; mientras el mayor número lo aportan los países en vías de desarrollo con un 18 %.<sup>(2)</sup>

En las naciones desarrolladas, la incidencia se encuentra entre 3,6 y 7,4 %, en tanto en países de Asia Sudoriental varía de 20 a 43 %; aunque la mayor parte de los niños con insuficiencia ponderal nacen en el tercer mundo.<sup>(1,2)</sup> En América Latina la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7 y 12 %; entretanto Perú ocupa el primer lugar, seguido por Colombia, Paraguay y Venezuela. En el ámbito latinoamericano 85 % de las muertes neonatales están asociadas al BPN, nacimientos pretérmino y restricción del crecimiento fetal. La menor prevalencia la presentan Ecuador (3,8 %) y Nicaragua (2,9 %).<sup>(3)</sup>

Cuba se encuentra dentro de los países latinoamericanos en transición epidemiológica avanzada, en los que la mortalidad infantil y la frecuencia de bajo peso al nacer anuales son bajas desde hace varios años, puesto que, con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) se alcanza una posición relevante en la atención materno infantil con un índice de BPN alrededor del 5 %.<sup>(4)</sup>

Dos grandes enfermedades con diferentes causas y pautas de tratamiento contribuyen a su aparición: el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de la gestación (pretérmino) y el crecimiento intrauterino retardado (CIUR) o la combinación de ambos.<sup>(5)</sup>

El BPN suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria, por alteración en el intercambio madre-placenta-feto y como consecuencia, una malnutrición intrauterina; dentro de ellos se señalan factores sociodemográficos como la edad materna menor de 20 años y mayor de 35, enfermedades previas al embarazo como la hipertensión arterial y las enfermedades renales, tiroideas, cardiorrespiratorias, el antecedente de BPN en partos previos, la hipertensión arterial gestacional, la ganancia inadecuada de peso durante la gestación, el intervalo intergenésico corto, la diabetes gestacional, las infecciones urinarias y las hemorragias vaginales, entre otras. El embarazo gemelar también se asocia hasta en un 46% con el bajo peso al nacer.<sup>(3,6)</sup>

También son señaladas como causas las numerosas influencias que recibe la mujer durante el transcurso del embarazo, en las que se encuentran el estado nutricional, la alimentación, y la

situación socio-demográfica, que han sido identificados como factores de mucho interés debido al impacto que pueden tener sobre el peso del recién nacido.<sup>(7)</sup>

En Cuba se informó que los factores maternos relacionados de manera frecuente con el BPN fueron el período intergenésico menor de 24 meses, el bajo peso materno preconcepcional, la infección vaginal, la anemia y la hipertensión arterial.<sup>(6)</sup>

Al considerar que el período más importante y de mayor riesgo de un ser humano, se corresponde a la vida intrauterina, por su repercusión en el desarrollo físico e intelectual a lo largo de la existencia humana, y la elevada incidencia de casos de BPN en el área de salud en cuestión, se desarrolla la presente investigación para determinar las características clínico-epidemiológicas de madres con recién nacidos pretérminos y bajo peso.

## Métodos

La investigación se concibió mediante un estudio descriptivo, de corte transversal, en el Policlínico Docente “Área Este” de la ciudad de Camagüey, durante el periodo de enero a diciembre de 2022. El universo quedó conformado por 35 madres con recién nacidos pretérminos y bajo peso, que cumplieron con los criterios de selección de la investigación.

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta las definiciones de ambos términos. En el primero se trata de un peso en el momento del nacimiento inferior a 2500 g,<sup>(4)</sup> entretanto el segundo se conceptualiza como el parto ocurrido antes de las 37 semanas de gestación.<sup>(6)</sup> Los dos términos constituyen criterios diagnósticos y a la vez de selección de casos.

Fueron excluidas las madres que, aunque con dirección particular en el Área de Salud, no residían en la misma. En este sentido, también se descartaron los casos con historia clínica incompleta o ausencia de la misma.

Las historias clínicas constituyeron el registro primario de información, mientras para el secundario se utilizó una planilla de recolección de datos.

Se analizaron las variables: grupos de edades, para los que quedaron definidos cinco conjuntos que incluyeron a las madres  $\leq 18$  años, de 19-24, 25-30, 31-35 y 35 años y más; el estado nutricional se determinó mediante el índice de masa corporal registrado en la historia clínica de cada madre, expresado en bajo peso (BP), normopeso (NP), sobrepeso (SP) y obesa. Para la clasificación del riesgo se tuvo en cuenta lo estipulado por el Programa Materno Infantil (PAMI), sin riesgo (SRO), condición a vigilar (CAV), bajo riesgo (BRO) y alto riesgo (ARO).

Los controles prenatales se analizaron en relación al total, divididos en tres grupos, de 0-7, 8-14 y 15 y más controles; mientras tanto en el riesgo reproductivo preconcepcional se hizo alusión a las situaciones previas al embarazo que podían traer agravantes al mismo; a la atención en consulta

multidisciplinaria le fue asignada las variantes sí o no, del mismo modo que se registraron las enfermedades propias del embarazo, y se tuvo en cuenta el estado al nacer en pretérmino y bajo peso. Fueron determinadas las deficiencias en la atención y sus causas, definidas en médicas y maternas.

El procesamiento estadístico se llevó a cabo a través del Paquete para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 26.0 en computadora Pentium IV, y se obtuvieron números y porcentajes como medidas de resumen. Los resultados se presentaron en forma de textos y tablas, mientras el tratamiento estadístico fue mediante números absolutos y porcentajes.

Se trata de una investigación no invasiva, basada en recolección de información de las historias clínicas con el propósito de analizar diferentes variables sin mostrar los nombres de los pacientes. La misma fue aprobada por el Consejo Científico, el Comité de Ética del Policlínico y se tuvieron en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki.<sup>(8)</sup>

## Resultados

En la tabla 1 se distribuyeron las madres en estudio según grupos de edades y estado nutricional, con predominio del grupo de más de 35 años (25,7 %), seguido por los de 19-24 y 31-35 años, ambos con el 22,9 %. En relación al estado nutricional se evidenció preponderancia de las madres obesas (37,1 %) y sobrepeso (28,6 %).

**Tabla 1** -Distribución de madres de bajo peso y pretérmino según grupo de edades y estado nutricional

Grupos de edades	Estado nutricional								Total	
	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Obesa			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≤ 18	0	0,0	2	5,7	1	2,9	0	0,0	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	0	0,0	1	2,9	1	2,9	6	17,1	8	22,9

≥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

Fuente: Historia clínica individual.

La tabla 2 muestra la distribución de las madres según riesgo obstétrico y número de controles prenatal, con predominio de las gestantes ARO (45,7 %), seguidas por las BRO (40,0 %) y en cuanto a la atención prenatal predominó la realización de 8 a 14 controles prenatales (16/35), seguidas de las de más de 15 (11/35).

**Tabla 2** –Distribución de las madres según clasificación del riesgo durante el embarazo y total de controles prenatales

Clasificación del riesgo	Controles prenatales						Total	
	0-7		8-14		≥15			
	n	%	N	%	n	%	N	%
Sin Riesgo Obstétrico (SRO)	0	0,0	6	17,1	0	0,0	6	17,1
Condición a vigilar (CAV)	1	2,9	2	5,7	0	0,0	3	8,6
Bajo Riesgo Obstétrico (BRO)	5	14,3	6	17,1	3	8,6	14	40,0
Alto Riesgo Obstétrico (ARO)	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

Fuente: Historia clínica individual.

Predominaron las madres que durante el embarazo asistieron a la consulta multidisciplinaria (32/35), en su mayoría con malos antecedentes obstétricos (31,4 %) y condiciones socioeconómicas desfavorables (28,6 %) (tabla 3).

**Tabla 3 - Distribución según el riesgo reproductivo preconcepcional y asistencia a consulta multidisciplinaria**

Riesgo reproductivo preconcepcional	Consulta multidisciplinaria				Total	
	Si		No			
	N	%	n	%	N	%
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
Periodo intergenésico corto	7	20,0	0	0,0	7	20,0
Enfermedades maternas	5	14,3	0	0,0	5	14,3

*Fuente:* Historia clínica individual.

*Nota:* El total no se corresponde con la muestra debido a que hubo madres que presentaron más de un riesgo durante el embarazo.

En la tabla 4 se representan las madres según enfermedades propias del embarazo y estado al nacer del niño, con mayor porcentaje del síndrome de flujo vaginal en ambos grupos (54,3 %) y en segundo lugar la preeclampsia (17,1 %).

**Tabla 4 -Distribución según enfermedades propias del embarazo y estado al nacer**

Enfermedades propias del embarazo	Estado al nacer				Total	
	Bajo peso		Pretérmino			
	n	%	n	%	N	%
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	2	5,7	2	5,7	4	11,4
Descompensación materna	0	0,0	1	2,9	1	2,9

*Fuente:* Historia clínica individual.

*Nota:* El total no se corresponde con la muestra debido a que existen madres que presentaron más de una enfermedad durante el embarazo o un mismo recién nacido resultó pretérmino y bajo peso.

La distribución según deficiencias detectadas en el análisis etiológico por causa médica o materna, se muestra en la tabla 5, donde se observan dificultades en el seguimiento por ausencias como principal incidente con el 57,1 % (20/35), seguido por el incumplimiento en exámenes complementarios 28,6 % (10/35), entretanto las causas maternas resultaron las más sobresalientes con 30 incidencias detectadas.

**Tabla 5** - Deficiencias detectadas en el análisis etiológico según causa médica o materna

Deficiencias detectadas	Causa				Total	
	Médica		Materna			
	n	%	n	%	N	%
Dificultades en el seguimiento por 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

*Fuente:* Historia clínica individual.

*Nota:* El total no se corresponde con la muestra debido a que existen madres en las que se detectó más de una deficiencia.



## Discusión

El BPN es considerado en la actualidad 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 morbilidades en la infancia.

Con respecto a la edad como variable materna, se encontró similitud con estudios nacionales como el de *Bertrán* y otros,<sup>(7)</sup> que hallaron a niños con la condición de bajo peso, superior en las mujeres de 30 y más años de edad, y señalan las edades entre 20-30 años como las óptima para el embarazo. En La Habana *López* y otros,<sup>(9)</sup> determinan que la edad promedio fue de  $27,9 \pm 5,3$  años y la evaluación nutricional predominante a la captación del embarazo fue el bajo peso, resultados con los que no logra similitud el presente estudio.

Otros autores,<sup>(2,10)</sup> reafirman que la edad materna menor a 20 y mayor de 35 años, constituye riesgo de bajo peso al nacer e incrementan la vulnerabilidad a la morbi-mortalidad materno infantil. De igual forma *Heredia* y otros,<sup>(11)</sup> encontraron gestantes con un promedio de edad de  $26,6 \pm 6,9$  años, con el mayor porcentaje entre los 26 a 42 años (52,6 %).

También *Estrada* y otros,<sup>(3)</sup> señalan que las mujeres con mayor probabilidad de recién nacidos bajo peso fueron las de 35 años o más, y que esta situación se presenta en los extremos de la edad materna, mujeres adolescentes y añosas, mientras que la clasificación del índice de masa corporal realizada en base a los parámetros establecidos por la OMS y determinada previo al embarazo, evidenció 75,8 % de madres normopeso y 20,2 % sobrepeso, datos con los que la actual investigación no tiene coincidencias.

Los hallazgos de este estudio indican que factores maternos como encontrarse en los extremos de la edad reproductiva, incrementan la probabilidad de tener recién nacido con bajo peso y peso, con mayor riesgo en aquellas mujeres con 35 años y más, donde ya las condiciones maternas no son las ideales para el desarrollo óptimo del feto.

El estado nutricional de la mujer antes o durante la gestación, constituye también un determinante de los resultados del embarazo para la madre y el recién nacido, pues los factores nutricionales de la gestante antes del embarazo son definitorios en el BPN y del grado de desarrollo del niño.

En relación con la distribución de las madres según riesgo obstétrico y número de controles prenatales se encuentra similitud con *Freiré* y otros,<sup>(12)</sup> quienes determinan que el 84,8 % inició sus controles prenatales antes del segundo trimestre y 15,2 % dentro de este período, con la atención que 9,1 % de embarazadas tuvo menos de cinco controles durante su período gestacional, lo cual

constituye un factor de riesgo, tanto obstétrico como perinatal. Este aspecto es importante pues se encontró que aquellas madres que iniciaron los controles desde el segundo trimestre de embarazo (13,3 %) tuvieron neonatos con bajo peso al nacer, en comparación con aquellas que iniciaron los controles antes del segundo trimestre.

En palabras del propio *Heredia* y otros,<sup>(11)</sup> uno de los puntos que mejor ejemplifica los esquemas de prevención son los controles prenatales, pues encontró 6 veces superior el riesgo asociado a tener de 1 a 3 controles prenatales con la presencia del BPN. Sin embargo *Licea* y *García*,<sup>(13)</sup> en Perú divergen en señalar que el número de controles prenatales no guarda relación con la entidad en cuestión.

Los autores convienen en afirmar que la determinación adecuada de la evaluación del riesgo obstétrico según los protocolos de atención del país y las consultas prenatales son un medio esencial de acercamiento de los profesionales de la salud hacia las madres según las características particulares.

El control adecuado al riesgo reproductivo preconcepcional es un eslabón esencial en el manejo de la futura gestante, de allí la importancia que se le brinda desde la APS. En el estudio se observó predominio de gestantes con malos antecedentes obstétricos.

En esta vertiente se coincide con *Mendoza* y otros,<sup>(14)</sup> que aseveran varios factores han sido implicados antes de la gestación en la ocurrencia de un BPN, entre ellos el antecedente de parto prematuro previo, la edad materna (<20 años o >35 años) -ya analizada-, el periodo intergenésico corto y un índice de masa corporal bajo.

*Echevarría* y otros,<sup>(15)</sup> y el propio *Freire* y otros,<sup>(12)</sup> aportan resultados similares en cuanto a la importancia de los malos antecedentes obstétricos como causa principal. No obstante, otros autores brindan mayor importancia al período intergenésico como desencadenante, tal es el caso de *Heredia* y otros,<sup>(11)</sup> y *Arce* y otros,<sup>(16)</sup> este último afirma que darle poco tiempo de recuperación al útero de la mujer con embarazo previo sería la causa subyacente, pues al someter al útero a un siguiente embarazo en plazo menor a dos años, el entorno para la nueva gestación se considera poco favorable. En la casuística se realizó la distribución de las madres según enfermedades propias del embarazo y estado al nacer del niño, para encontrar semejanzas con el estudio de *Gómez* y otros,<sup>(17)</sup> donde la rotura prematura de membrana con el 25 %, fue la enfermedad propia del embarazo de mayor frecuencia y la infección vaginal según la comorbilidad que predominó en el bajo peso por nacimiento pretérmino.

En tanto *Freire* y otros,<sup>(12)</sup> señalan entre las enfermedades analizadas en el embarazo como patología más prevalente la infección del tracto urinario representada por 66,7 %, mientras *Recino*,<sup>(18)</sup> hace énfasis en el embarazo múltiple como principal causa, asociado al aumento de las demandas de

nutrientes superior al de la gestación normal, aunado al hecho de mantener una nutrición adecuada al estado nutricional en relación a los factores socioeconómicos del medio familiar.

Por último, se realiza el análisis de las deficiencias detectadas por causa médica o materna, donde autores como *Mendoza* y otros,<sup>(14)</sup> afirman que la responsabilidad materna es un eslabón perdido en la cadena del tema en análisis, pues un grupo amplio de factores dependen del punto de vista del analizador al tratar de encontrar posibles causas. *Giraldo* y otros,<sup>(19)</sup> señalan el peso que recae sobre el accionar materno en torno a las indicaciones del equipo de atención médica, planteamientos con los que se existe cierta concordancia.

*López* y otros,<sup>(9)</sup> por su parte aseguran la necesidad de una mejor conducción y orientación por parte del personal sanitario en el seguimiento de las gestantes en relación a los riesgos identificados; este criterio también es referido por otros autores<sup>(7,20)</sup>

El estudio alcanzó a analizar la problemática materna en los recién nacidos pretérminos y bajo peso, sin embargo, existió la limitante propia de este tipo de estudios descriptivos, en cuanto a la relación entre variables, debido a 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 de recién nacidos pretérminos y bajo peso presentaron una serie de características clínicas y epidemiológicas desfavorables como la edad de 35 años y más, obesidad, alto riesgo y malos antecedentes obstétricos, al igual que, la infección vaginal como enfermedad propia del embarazo.

Se recomienda a las mujeres en edad reproductiva que desean un embarazo, acudir a las consultas de planificación familiar, en busca del momento propicio aconsejado por los especialistas, a fin de lograr la gestación con un mínimo de factores de riesgo que puedan comprometer la salud de la madre o del feto. En caso de portar un embarazo es necesario acudir a las consultas programas y cumplir con las orientaciones médicas.

## 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. III Congreso de Medicina Familiar (Cuba). 2019 [citado 15/02/2023];[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/420>
2. Valdés Pino A, González Lorenzo JM, Domínguez Álvarez PR y 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];[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://pediaprendo.sld.cu/index.php/pediaprendo22/2022/paper/view/65>
3. Estrada Restrepo A, Restrepo Mesa SL, Ceballos Feria NC y 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 y Menéndez Villa ML. Caracterización del bajo peso al nacer en un área de salud. Tercer Congreso virtual de Ciencias Morfológicas. 2016 [citado 15/02/2023];[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.morfovvirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovvirtual/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. Nutrición Hospitalaria. 2015 [citado 15/02/2023];32(4):1541-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015001000017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000017&lng=es).
  6. Pérez Martínez M, Basain Valdés JM y Calderón Chappotín GC. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del 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. 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](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. Clin Rev Educ. 2013 [citado 15/02/2023];310(20):2191-4. Available from: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
  9. López González A, Rodríguez Suárez A, Calzadilla Cámara A y Fernández Gómez R. Eventos maternos asociados al bajo peso al nacer en un municipio de la Ciudad de la Habana. Rev Cubana Aliment Nutr. 2019 [acceso: 15/02/2023];29(1):68-84. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/672>
  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 Cubana Obstet Ginecol. 2017 [citado 15/02/2023];43(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2017000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100007&lng=es).

11. Heredia Olivera K y Munares García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2019 [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 y Peña Cordero SJ. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca, Ecuador. Rev Cub de Obst Ginec. 2020 [citado 15/02/2023];46(3):e527. Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/527>
13. Licea Ramírez JL y García Bode MD. Factores de riesgos para el bajo peso al nacer en el policlínico "Gustavo Aldereguía Lima". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019 [citado 15/02/2023];43(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1235>
14. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD y Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obst Ginecol. 2019 [citado 15/02/2023];81(4):330-42. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000400012&Ing=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012&Ing=es).
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. 2018 [citado 15/02/2023];22(8):971. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000800720&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800720&Ing=es).
16. Arce López KL, Vicencio Rivas J, Iglesias Leboireiro 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: [http://www.bmhim.com/files/bmhim\\_2018\\_75\\_237-243.pdf](http://www.bmhim.com/files/bmhim_2018_75_237-243.pdf)
17. Gómez Mendoza C, Ruiz Álvarez P, Garrido Bosze I, Rodríguez Calvo MD. Bajo peso al nacer, una problemática actual. Rev AMC. 2019 [citado 15/02/2023];22(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5410>
18. Recinos Méndez YE. Desnutrición materna, bajo peso al nacer, pobreza y sociedad. Rev Nat Soc y Ambient. 2019 [citado 15/02/2023];5(1):41-9. Disponible en: <http://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. Repositorio de la UCEVA. 2020 [citado 15/02/2023];[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/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. 2022 [citado 15/02/2023];26(5):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4190>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### **Contribución de los autores**

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

Yoánder Pérez Díaz: 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 %