

Caracterización de factores de riesgo maternos-fetales y el bajo peso al nacer.


Rafael Freyre. 2023

Characterization between maternal-fetal factors of risk and low birth weight.

Municipality Rafael Freyre Torres. 2023

Israel Rolando Sánchez Montero* ¹ 

Roberto García García ² 

Enrique Félix Vázquez Ochoa ³ 

María Teresa Díaz Armas ⁴ 

¹ Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Rafael Freyre. Holguín, Cuba.

² Policlínico con Servicios de Hospitalización Mario Muñoz Monroy. Rafael Freyre. Holguín, Cuba.

³ Centro Universitario Municipal de Rafael Freyre. Holguín, Cuba.

⁴ Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad Ciencias de la Salud, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: irolandohlg@infomed.sld.cu

Resumen

Introducción: El bajo peso al nacer (BPN) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso al nacer menor de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional y de la causa. Un niño BPN tiene una probabilidad de morir veinte veces mayor que un recién nacido con peso normal.

Objetivo: Identificar la relación de riesgo entre algunos factores de riesgo maternos y el bajo peso al nacer.

Abstract

Introduction: Low birth weight (LBW) has been defined by the World Health Organization (WHO) as a birth weight of less than 2500 grams, regardless of gestational age and cause. An LBW infant has a twenty times greater chance of dying than a newborn with normal weight.

Objective: To evaluate the risk relationship between certain maternal risk factors and low birth weight.

Method: An observational, analytical case-control study was conducted. The universe consisted of 466 live births in the municipality in 2023, and the sample consisted of

Método: Se realizó una investigación observacional, analítica de casos y controles, el universo estuvo constituido por los 466 nacidos vivos del municipio en el año 2023, la muestra formada por los 42 bajo peso, que conformó a su vez los casos y 84 controles, con peso mayor de 2500 gramos, que integraron los controles. La información fue recogida de las historias clínicas de las paridas. Se utilizó el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados Epidat, versión 3.1.

Resultados: Las gestantes con un RCIU y las que tuvieron un parto pre término tuvieron los Odds Ratio (OR) más elevados con 66,6 y 33,2 respectivamente, las que tuvieron una ganancia insuficiente de peso, así como las madres añosas tuvieron un OR de 4,7, las que cursaron con infección del tracto urinario tuvieron un OR de 4,5.

Conclusiones: Los factores identificados con mayor fuerza de asociación de riesgo al BPN fueron la infección del tracto urinario, las madres añosas, la ganancia insuficiente de peso, la prematuridad y el RCIU.

Palabras Clave: Factores de riesgo, salud materna, recién nacido prematuro, anemia, adolescente, retardo del crecimiento fetal

42 low birth weight cases and 84 controls with a weight greater than 2500 grams. The information was collected from the medical records of the mothers. The Epidat program for epidemiological analysis of tabulated data, version 3.1, was used.

Results: Pregnant women with IUGR and those who had a preterm birth had the highest odds ratios (OR) at 66.6 and 33.2, respectively. Those who had insufficient weight gain, as well as older mothers, had an OR of 4.7, and those who had a urinary tract infection had an OR of 4.5.

Conclusions: The factors identified with the strongest association with LBW risk were urinary tract infection, older mothers, insufficient weight gain, prematurity, and IUGR.

Keywords: Risk factors, maternal health, premature newborn, anemia, adolescent, fetal growth retardation.

Recibido: 28 de febrero 2025.

Aceptado: 15 de enero 2026.

Editor: Yasnay Jorge Saíenz.

Aprobado por: Silvio Emilio Niño Escofet.

Introducción

El bajo peso al nacer (BPN) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso al nacer menor de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional y de la causa y además, es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil, sobre todo la neonatal;

actualmente se considera el índice de bajo peso como un indicador general de salud y al mismo tiempo, un indicador de la calidad de los servicios de salud.^(1,2) A nivel mundial constituye un determinante clave de la morbilidad infantil, pues está relacionado con más del 75 % de la morbilidad perinatal; un niño bajo peso al nacer tiene una probabilidad de morir veinte veces mayor que un recién nacido con peso normal.⁽³⁾

Las causas son múltiples y están relacionadas con características maternas, demográficas y socioculturales. Entre los factores reportados asociados al BPN están: la edad materna ≤ 19 años y ≥ 35 años, la multiparidad, el bajo nivel educativo, el estado civil soltero, la asistencia prenatal de mala calidad y aquellos factores que interfieren con la nutrición del feto y ganancia de peso. El BPN puede ocurrir por parto prematuro y/o retardo en el crecimiento intrauterino, el primero puede presentarse por infecciones del tracto genital, de las vías urinarias, anemia, preeclampsia y ruptura prematura de membranas, que generan incapacidad del útero para retener el feto; por su parte, el retardo de crecimiento intrauterino puede estar relacionado con factores asociados con la salud del útero y de la madre, entre ellos el estado nutricional materno y los determinantes sociales y ambientales de la salud.⁽⁴⁾

Otros autores reconocen la causa multifactorial, y la atribuyen a factores maternos, fetales y ambientales. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influyen de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico.⁽⁵⁾

Para la Organización Mundial de la Salud, la incidencia del bajo peso al nacer, es un indicador de gran utilidad para vigilar el progreso de las naciones hacia el logro de la meta de salud para todos, se estima que entre un 15 % y un 20 % de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de veinte millones de neonatos cada año.⁽⁶⁾

En Estados Unidos de Norteamérica se sitúa alrededor de 7 %, en el Reino Unido en 6 % y en España en 5 %, aproximadamente.^(6,7) Según datos de la OMS, en Latinoamérica existe una prevalencia de 9,26 % de BPN, con fluctuaciones en países dentro del área; mientras que, en Sudamérica, Perú

presenta el índice más alto de la región (11 %), seguido de Paraguay, Colombia, Venezuela y Bolivia. (5,8)

En Cuba al cierre del 2023 el índice de bajo peso al nacer fue del 7,6 %, y en la provincia de Holguín del 8,3 %. ⁽⁹⁾ El municipio Rafael Freyre Torres terminó el 2023 con un índice del 9,0 % y una tendencia ascendente en los últimos 10 años, por lo tanto, se decidió realizar esta investigación con el objetivo de identificar la relación de riesgo entre algunos factores de riesgo maternos y el bajo peso al nacer.

Método

Se realizó una investigación observacional, analítica, de casos y controles, en el municipio Rafael Freyre Torres. El universo estuvo constituido por los 466 nacidos vivos ocurridos en el territorio durante el 2023 y como muestra se tomaron los 42 bajo peso al nacer que conformaron los casos y 84 nacidos, con peso superior a los 2500 gramos, que integraron los controles, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple, no pareado. La información fue recogida de las historias clínicas de las paridas y llevadas a una base de datos en Microsoft Excel 97.

Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 3.1 de la Xunta de Galicia y la Organización Panamericana de la salud, donde se obtuvo el Odds Ratio (OR), el intervalo de confianza para el 95 % (IC 95 %), la fracción atribuible en expuestos (FAE) y poblacional (FAP), el χ^2 y sus valores p.

Fueron aceptados los valores de OR siempre que:

- a. Existió asociación entre variables con fundamentación científica y se demostró un nivel de significación de $p < 0,05$.
- b. El valor obtenido de OR estuvo comprendido en el intervalo de confianza adecuado:
 - Si OR mayor que 1 y el límite inferior del IC también es mayor que 1, existe asociación y se considera un factor de riesgo.
 - Si OR mayor que 1 y el límite inferior del IC es menor que 1, no se considera asociación.

- Si OR menor que 1 y el límite superior del IC es menor que 1, hay asociación y se considera factor protector.
- Si OR menor que 1 y el límite superior del IC es mayor que 1, no hay asociación.
- OR = 1 no hay asociación, nulidad del resultado.

Se considera la magnitud del efecto del OR de la siguiente forma:

Si OR < 1,68 insignificante

Si OR entre 1,68 y 3,47 pequeño

Si OR entre 3,47 y 6,71 moderado

Si OR > 7,71 grande

Delimitación y operacionalización de las variables

-Ganancia insuficiente de peso: Variable cualitativa nominal dicotómica.

Deficiente: menor que la esperada, teniendo en cuenta la valoración ponderal al inicio del embarazo. Se consideró como factor de riesgo.

No deficiente: la esperada o mayor, teniendo en cuenta la valoración ponderal al inicio del embarazo. Se consideró como ausencia del factor de riesgo.

-Desnutrición materna: Variable cualitativa nominal dicotómica, dado por el Índice de Masa Corporal (IMC) al inicio de la gestación. Se consideraron 2 categorías:

Desnutrida: $IMC < 18,7 \text{ kg/m}^2$. Se consideró como factor de riesgo.

No desnutrida: IMC mayor o igual a $18,7 \text{ kg/m}^2$. Se consideró como ausencia del factor de riesgo

-Embarazo en la adolescencia: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Edad de la gestante menor o igual a 19 años, se consideró como factor de riesgo.

Edad de la gestante entre 20 y 35 años, no se consideró como factor de riesgo.

-Anemia del embarazo: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Hemoglobina menor de 11 gramos por litro, se consideró como factor de riesgo.

Hemoglobina igual o mayor de 11 gramos por litro, no se consideró como factor de riesgo.

-Infección del tracto urinario: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Urocultivo con crecimiento bacteriano: Se consideró como factor de riesgo.

Urocultivo sin crecimiento bacteriano: No se consideró como factor de riesgo.

-Infección vaginal: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Exudado vaginal positivo: Se consideró como factor de riesgo.

Exudado vaginal negativo: No se consideró como factor de riesgo.

-Madre añosa: Variable cualitativa nominal dicotómica, se consideraron 2 categorías.

Edad igual o mayor de 35 años: Se consideró como factor de riesgo.

Edad menor de 35 años: No se consideró como factor de riesgo.

-Retardo del crecimiento intrauterino: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Peso del recién nacido inferior al adecuado para su edad gestacional: Se consideró como factor de riesgo.

Peso del recién nacido adecuado para su edad gestacional: No se consideró como factor de riesgo.

Parto pre término: recién nacido (RN) antes de las 37 semanas de gestación, variable cualitativa, nominal, dicotómica, se consideraron 2 categorías.

-Parto pre término: al nacer antes de las 37 semanas de gestación, se consideró como factor de riesgo.

-Parto no pre término: Nacido a las 37 o después de las 37 semanas de gestación. No se consideró un factor de riesgo.

-Antecedentes patológicos personales de HTA maternas: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

Antecedentes presentes de HTA materna: Se consideró como factor de riesgo.

Ausencia de antecedentes de HTA: No se consideró como factor de riesgo.

-Obesidad Materna: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías.

- IMC mayor o igual a 28,6 kg /m² de superficie corporal: Se consideró como factor de riesgo.
- IMC<28,6 kg/ m² de superficie corporal: No se consideró como factor de riesgo.

Nuliparidad: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se consideraron 2 categorías:

- Historia obstétrica de ser el primer parto: Se consideró como factor de riesgo.
- Historia obstétrica de partos anteriores: No se consideró como factor de riesgo.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la investigación y el consejo científico de la institución, cumple con los principios éticos establecidos por este y la Declaración de Helsinki.

Resultados

Al tener en cuenta la edad materna, el embarazo en la adolescencia obtuvo un OR bajo de solo 1,20, una p mayor de 0,005, en el IC está incluido el 1, es decir la medida no resulto útil para establecer una asociación de riesgo, por el contrario las madres añosas tuvieron un OR alto de 4,70 con una magnitud de efecto moderada, con una p menor de 0,05; en el IC no está incluido el 1 y el límite inferior del IC también fue mayor de 1, por lo cual se puede plantear que hubo asociación de riesgo, si se eliminara este factor de riesgo la reducción en los expuestos del bajo peso al nacer seria elevada, de un 78,7 %, fracción atribuible en expuestos (FAE) y en la población general del 15,0 %, que sería la fracción atribuible poblacional (FAP) (tabla I).

Tabla I: Distribución de los casos y controles según factores de riesgo relacionados con la edad materna.

FACTORES DE RIESGO	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95 %	p	FAE%	FAP%
	NRO	%	NRO	%					
Embarazo en la adolescencia	7	16,6	12	14,2	1,20	0,43-3,31	0,7248	16,6	6,14
Madres añosas	8	19,0	4	4,7	4,70	1,32-16,6	0,0100	78,7	15,0

Al estudiar los antecedentes personales de las gestantes, la nuliparidad tuvo un OR, menor de 1 (0,54), con una p mayor de 0,1, en el IC está incluido el 1, y el límite superior del IC mayor de 1, lo que indica que no existió asociación de riesgo con el bajo peso al nacer, los antecedentes de HTA , tuvieron un OR bajo de solo el 1,15 , en el IC está incluido el 1 y el límite superior del IC mayor de 1, con una p mayor de 0,05 , por lo que podemos plantear que tampoco existió asociación de riesgo, la obesidad tuvo un OR menor de 1, y en el IC estuvo también incluido el 1, con una p mayor de 0,05, por lo cual la medida no resulto útil para establecer una asociación de riesgo (tabla II).

Tabla II: Distribución de los casos y controles según factores de riesgo relacionados con los antecedentes personales.

FACTORES DE RIESGO	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95 %	p	FAE %/ FPE %	FAP %/ FPP %
	NRO	%	NRO	%					
Nuliparidad	13	30,9	38	45,2	0,54	0,24-1,18	0,1235	FPE % = 45,7	FPP % = 16,61
HTA	4	9,5	7	8,3	1,15	0,31-4,19	0,8234	FAE % = 13,6	FAP % = 1,29
Obesidad	3	7,1	7	8,3	0,84	0,20-3,45	0,8157	FPE % = 15,3	FPP % = 11,97

En las enfermedades asociadas al embarazo, la anemia tuvo un OR de 1,58, una p mayor de 0,005, y en el IC está incluido el 1, por lo cual la medida no es útil para establecer una asociación de riesgo, por su parte las gestantes con infección urinaria tuvieron un OR de 4,50 , en el IC no estuvo incluido el 1, y el límite inferior del IC también fue mayor de 1, con una p menor de 0,005, lo que infiere una asociación de riesgo entre las 2 variables y si se controla y elimina este factor de riesgo , se reduciría el bajo peso en un elevado por ciento (FAE=77,7 %) en las gestantes expuestas y en un 11,1 % en la población general (FAP=11,1 %). Las infecciones vaginales

tuvieron un OR de 1,96, pero en el IC se incluye el 1, la p fue mayor de 0,005, por lo que la medida no resultó útil para establecer una asociación de riesgo (tabla III).

Tabla III: Distribución de los casos y controles según factores de riesgo relacionados con Enfermedades asociadas al embarazo.

FACTORES DE RIESGO	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	p	FAE%	FAP%
	NRO	%	NRO	%					
Anemia	6	14,2	8	9,5	1,58	0,51-4,90	0,4227	36,8	5,26
Infección del tracto urinario	6	14,2	3	3,5	4,50	1,06-19,0	0,0277	77,7	11,1
Infección vaginal	8	19,0	9	10,7	1,96	0,69-5,51	0,1968	49,0	23,0

Al estudiar los factores materno fetales se obtuvo que la desnutrición materna, tuvo un OR = 2,13, pero en el IC estuvo incluido el 1, con una p mayor de 0,005 ($p = 0,2439$), por lo cual la medida no resultó útil para establecer una asociación de riesgo, la ganancia insuficiente de peso tuvo un OR = 4,70, en el IC no estuvo incluido el 1, su límite máximo mayor de 1, y una p menor de 0,005, es decir hubo una asociación de riesgo entre las 2 variables, con una magnitud de efecto moderada, si se controlaba ese factor se hubiera disminuido el bajo peso en un 78,7 % en las mujeres expuestas y en un 43,7 % en la población general (FAE % = 78,7) y (FAP % = 43,7), por su parte el parto pre término obtuvo un elevado OR de 33,2, en el IC no estuvo incluido el 1, su límite superior también mayor de 1, y una p menor de 0,05, por lo que si se pudo establecer una relación de riesgo, con una magnitud del efecto grande, elevando el riesgo del bajo peso en 33 veces con relación al parto a término, la eliminación de este factor de riesgo hubiera

disminuido el bajo peso en un 96,9 % en los expuestos (FAE%=96,9) y en un 27,7 % en la población general (FAP%=27,7). Finalmente, el retardo del crecimiento intrauterino tuvo un OR = 66,6, en el IC no estuvo incluido el 1, la p también fue menor de 0,05, por lo que se puede plantear que existió una asociación de riesgo, con una magnitud del efecto grande y si se hubiera controlado ese factor de riesgo se lograría disminuir el bajo peso en un elevadísimo por ciento en expuestos (FAE%=98,4) y en un 60,9 % en la población general (FAP%=60,9) (tabla IV).

Tabla IV: Distribución de los casos y controles según factores de riesgo materno-fetales.

FACTORES DE RIESGO	CASOS		CONTROLES		OR	IC 95%	p	FAE%	FAP%
	Nro	%	Nro	%					
Desnutrición materna	5	11,9	5	5,9	2,13	0,58-7,83	0,2439	53,1	6,3
Ganancia insuficiente de peso	25	59,5	20	23,8	4,70	2,12-10,4	0,0001	78,7	43,7
Parto Pretérmino	12	28,5	1	1,1	33,2	4,13-266,3	0,0000	96,9	27,7
Retardo del crecimiento intrauterino	26	61,9	2	2,3	66,6	14,35-309,14	0,0000	98,4	60,9

Discusión

En investigaciones realizadas en la provincia de Camagüey y La Habana, ^(10,11) se encontró la asociación del bajo peso al nacer con las edades extremas de la vida, en la presente investigación el embarazo en las adolescentes no se pudo demostrar una asociación de riesgo; la HTA como factor de riesgo del bajo peso al nacer (BPN) fue encontrado con relación de riesgo en Camagüey, La Habana, Santiago de Cuba y Santi Spiritus. ^(10,11,12) No así en la nuestra.

La anemia, la infección urinaria y la infección vaginal, fueron encontradas con relación de riesgo en Camagüey, Santiago de Cuba, Ecuador y Colombia.^(10,12,13,14) En este estudio solo la infección urinaria se encontró con asociación de riesgo, se concreta que esto se debió a dos factores específicos: la poca disponibilidad de antibacterianos y dificultades para la realización con los antibiogramas de los urocultivos, por lo que los tratamientos se realizaron según disponibilidad de antibacterianos.

Por su parte la desnutrición materna, la ganancia insuficiente de peso y la prematuridad fueron señalados como factores de riesgo de BPN en Camagüey, La Habana, Santiago de Cuba y Bolivia.^(10,11,12,15) En el presente trabajo la desnutrición materna no se pudo demostrar con asociación de riesgo, se considera que esto se debió a un buen trabajo del riesgo preconcepcional en la atención primaria de salud (APS); en Guantánamo,⁽¹⁾ la ganancia insuficiente de peso de la madre incrementó el riesgo de tener un BPN en 2,7 veces, la infección vaginal en 4,5 veces y la anemia en 3 veces.

En Perú la ganancia de peso se relacionó positivamente con el peso al nacer,⁽¹⁶⁾ mientras en Ecuador la obesidad materna se asoció significativamente con mayor riesgo de BPN y las primíparas tuvieron un 19,2 % de neonatos con BPN en comparación con el 8,2% en madres con uno o más partos previos.⁽¹⁷⁾ La obesidad no fue encontrada con relación de riesgo en el municipio en estudio durante el 2023, el criterio es que se debió a un buen seguimiento de las mismas durante la gestación por la APS, con todas las interconsultas con el nivel secundario y la realización adecuada de todos los complementarios normados por el programa de atención materno-infantil (PAMI).

El aporte científico de esta investigación consiste en que la relación de riesgo entre algunas variables permite a los decisores, obstetras, médicos de familia, grupos de trabajo comunitarios y otros, ejercer un mayor control sobre las mismas con su correspondiente modificación para disminuir la incidencia de ese negativo indicador del programa materno infantil, programa priorizado por la revolución cubana y el MINSAP. Este representa el primer estudio analítico de casos y controles que se hace en el municipio sobre este importante problema de salud.

Conclusiones

Las asociaciones de riesgo más significativas del BPN se encontraron en la infección del tracto urinario, las madres aÑosas, la ganancia insuficiente de peso, la prematuridad y el RCIU.

Referencias Bibliográficas

1. Fernández Sopena Y, Durán Flores A, Matos Laffita D. Factores de riesgo del bajo peso al nacer en el policlínico "Hermanos Martínez Tamayo" durante el año 2021. CCM. 2024 [citado 19/01/2026];28:e4918. Disponible en:
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4918>
2. 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 09/07/2022];43(1). Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v43n1/gin07117.pdf>
3. Monzón Tamargo MJ, Peterssen Sánchez MG, González García X, Díaz Díaz JA, Sánchez Jaida Y. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas .2021 [citado 09/07/2022];25(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Pabón Salazar YK, Eraso Revelo JP, Bergonzoli Pelaez G, Mera Mamián AY. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital universitario del departamento de Nariño. Univ Salud.2021 [citado 08/08/2025];23(3): 179-188.Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300179&lng=en
5. Zorrilla Quiñones AM, de la Cruz Pérez D. Factores asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas.2020 [citado 09/07/2022];24(5):e4434. Disponible en:
<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4434/pdf>

6. Chacón Lozada E, Chacón Veranes M, del Toro Felipe S, Felipe Fuentes IC, Acosta Perdomo YD. Bajo peso al nacer, un desafío en la atención primaria de salud. *Observ Cien Soc Iberoam*. 2021[citado 09/07/2022];2(14):26-41. Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/ocsi/ocsi-septiembre21/bajo-peso-nacer>
7. Hernández Say Y, López Borrero O, Torres Rojas KL, Cedeño Ramírez Y. Algunos indicadores de bajo peso al nacer en Las Tunas durante el período 2016-2018. *Rev Electron Zoilo*. 2019 [citado 09/07/2022];44(4). Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1874>
8. Suárez Orama M, Pupo Pérez Y, Ochoa Suárez Y, Urquiza Yero Y. Factores maternos y bajo peso al nacer en el policlínico "Guillermo Tejas", Las Tunas. *Rev Electron Zoilo*. 2019 [citado 20/08/2025];44(6). Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1964>
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2021. La Habana: MINSAP; 2022. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2021.-Ed-2022.pdf>
10. Aparicio Meneses LM, Hernández Méndez O, Drivas Morales Y. Bajo peso al nacer en el contexto de las determinantes biológicas y sociales de salud. *AMC*. 2022 [citado 01/09/2024]; 26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552022000100090&script=sci_arttext
11. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2008 [citado 06/07/2024];24(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400007&lng=es.

12. Hierrezuelo Rojas N, Hernández Magdariaga A, Ávila Vázquez Ms, Velázquez Ferreira L M, Sotera Torres RA. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer en un policlínico de Santiago de Cuba. Medisan. 2022 [citado 06/07/2025];26(5). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4190>
13. Morocho Quinchuela FB, Peñafiel Jaramillo K, Betancourt Rubio E. Estudio de casos y controles sobre factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Inv Bioméd. 2023 [citado 09/08/2024];42(2). Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2995>
14. Daza V, Jurado W, Duarte D, Gich I, Sierra-Torres C H, Delgado-Noguera M. Bajo peso al nacer: exploración de algunos factores de riesgo en el Hospital Universitario San José en Popayán (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009 [citado 06/07/2024];60(2):124-134. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200002&lng=en.
15. Zubieta Rubín de CA, Cardozo Ledezma CG. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Hospital de la mujer, primer semestre de la gestión 2012. Cuad Hosp Clín. 2014 [citado 05/10/2025];55(2):34-39. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000200005&lng=es.
16. Soria Gonzales LA, Moquillaza Alcántara VH. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso gestacional relacionados con el peso al nacer. Ginecol Obstet Méx. 2020 [citado 06/07/2024];88(4):212-222. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000400003&lng=es
17. Llerena Gómez C, Ezcurdia Barzaga M. Asociación del bajo peso al nacer con obesidad, diabetes y bajo peso materno. Rev Cubana Inv Bioméd. 2024 [citado 26/02/2025];43. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3298>

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Contribución de autoría:

Conceptualización: Israel Rolando Sánchez Montero

Curación de datos: Roberto García García, Israel Rolando Sánchez Montero

Análisis formal: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Adquisición de fondos: Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Investigación: Israel Rolando Sánchez Montero

Metodología: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Administración del proyecto: Israel Rolando Sánchez Montero

Recursos: Roberto García García

Software: Enrique Félix Vázquez Ochoa

Supervisión: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Validación: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Visualización: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Redacción – borrador original: Israel Rolando Sánchez Montero, Enrique Félix Vázquez Ochoa

Redacción – revisión y edición: Roberto García García



Los artículos de la [Revista Correo Científico Médico](#) perteneciente a la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Email: publicaciones@infomed.sld.cu