

## **Estratificación del bajo peso al nacer y su relación con algunas determinantes sociales**

### **Stratification of low birth weight and its relationship with some social determinants**

Lilian María Aparicio Meneses<sup>1</sup> ([apariciolili70@gmail.com](mailto:apariciolili70@gmail.com)) (<https://orcid.org/0000-0002-4297-7157>)

Orlando Hernández Méndez<sup>2</sup> ([hayder\\_2004@ltu.sld.cu](mailto:hayder_2004@ltu.sld.cu)) (<https://orcid.org/0000-0002-9274-5899>)

#### **Resumen**

El área materno-infantil requiere de un enfoque en sus determinantes para aumentar el alcance estratégico de sus programas. Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, correlacional con el objetivo de estratificar el bajo peso al nacer (BPN) por Consejos Populares (CP) según determinantes sociales asociadas a este, en el Policlínico Guillermo Tejas Silva, en el período comprendido entre los años 2014 y 2019 en los estratos se definieron según el valor de la media del índice de bajo peso al nacer en este periodo. La muestra estuvo constituida por 60 nacimientos BPN, los que se relacionaron con algunas variables socio demográfico según estratos. Al procesar los resultados se calcularon las frecuencias absolutas y relativas, así como el odd ratio (OR) con sus límites de confianza inferior y superior para el 95% y el chi cuadrado, se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los estratos de bajo y alto riesgo donde predominaron la edad menor de 20 años (OR=45.64), el nivel de escolaridad bajo (OR=14.68) estado civil solteras (OR=6.53), las amas de casas (OR=6.53), y la hipertensión arterial como principal causa del BPN en el estrato de alto riesgo (OR=4.57). Se concluyó que el bajo peso al nacer continúa siendo un serio problema de salud en el Policlínico Guillermo Tejas Silva cuestión esta que debe ser abordada desde sus determinantes para realizar intervenciones futuras y el logro de mejores resultados.

**Palabras claves:** peso al nacer, recién nacido de bajo peso, factores de riesgo, salud materna infantil

#### **Abstract**

The maternal-infant area requires a focus on its determinants to increase the strategic scope of its programs. An epidemiological, descriptive, correlational study was carried out with the objective of stratifying low birth weight (LBW) by Popular Councils (PC) according to social determinants associated with it, in the Guillermo Tejas Silva

<sup>1</sup> Especialista en Segundo Grado en Medicina General Integral. M. Sc. en Atención Primaria de Salud. Profesor Asistente. Dirección Municipal de Salud Las Tunas. Cuba.

<sup>2</sup> Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Policlínico Guillermo Tejas Silva. Las Tunas. Cuba.

Polyclinic, in the period between 2014 and 2019 in the strata were defined according to the value of the mean of the index of low birth weight in this period. The sample consisted of 60 LBW births, which were related to some socio-demographic variables according to strata. When the results were processed, the absolute and relative frequencies were calculated, as well as the odd ratio (OR) with its lower and upper confidence limits for 95% and the chi-square, statistically significant differences were shown between the low and high risk strata where age under 20 years (OR=45.64), low level of schooling (OR=14.68), single marital status (OR=6.53), housewives (OR=6.53), and arterial hypertension as the main cause of LBW in the high-risk stratum (OR=4.57). It was concluded that low birth weight continues to be a serious health problem in the Guillermo Tejas Silva Polyclinic, an issue that should be addressed from its determinants in order to carry out future interventions and achieve better results.

**Key words:** birth weight, low birth weight newborn, risk factors, maternal and child health, maternal health.

### **Primeros acercamientos al tema**

El bajo peso al nacer (BPN) constituye un desafío para la ciencia a lo largo de la historia de la humanidad y una problemática de salud a nivel mundial. Existe una creciente preocupación a nivel mundial desde mediados del siglo XX, relacionada con las muertes maternas e infantiles. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) llama la atención a los países sobre la necesidad de implementar diferentes acciones en las políticas de salud” (2019, p. 35). Esto permite que se refuercen la capacidad de la mujer para buscar alternativas de solución ante los problemas relacionados con el embarazo y el parto y con ello evitar la morbi mortalidad materna

El BPN, es el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento sano y constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales. Causa alrededor de 5 millones de muertes anualmente a nivel mundial. “En específico los muy bajos peso determinan el 60% de la mortalidad infantil” (Suarez, Pupo, Ochoa y Urquiza, 2019, p. 47), estos son más proclives a las complicaciones que estos sufren, que con mayor frecuencia los conlleva a la muerte.

Considerado como un elemento de suma importancia en el estado de salud de la población, constituye uno de los principales problemas obstétricos actuales, pues está relacionado con más de 75% de la mortalidad perinatal, así como en la supervivencia y el desarrollo de la infancia. El peso al nacer es el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios; por eso, “actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud” (Licea y García, 2018, p. 35).

Existen grandes variaciones regionales en la incidencia del bajo peso al nacer: Asia meridional, tiene la incidencia más alta, el 31% de todos los bebés presenta este problema al nacer; Asia Oriental y el Pacífico, la más baja, el 7%; en la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en

desarrollo; y el 14 % de los lactantes de África subsahariana y el 15% de los de Oriente Medio nacen con bajo peso (González y otros 2018).

Según el MINSAP (2021) en Cuba este indicador mostró valores de 5,3% en el 2018, 5,4% en 2019 y 5,6% en el 2020, identificándose como principales causas el retardo del crecimiento intrauterino y el parto pre término.

En la provincia de Las Tunas el índice de bajo peso al nacer al concluir el 2020 fue de 6,1%. Las evidencias estadísticas evocan que Las Tunas está dentro de los municipios que mayor índice de bajo peso presentan en el país. “En el, policlínico Guillermo Tejas Silva en los últimos 5 años se ha obtenido una media de IBPN de 6.38%, todos los años con valores por encima de la media municipal en el quinquenio 2014-2019 que fue de 6,21%” (Suarez y otros, 2019, p.45).

Santana (2018) plantea que

la salud materno-infantil tiene como propósito conseguir el óptimo estado para las madres y los niños. Se trata entonces de lograr recién nacidos sanos sin que las madres sufran complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para ello reconocer determinantes asociadas al BPN es fundamental y dentro de ellas las sociales para acercarnos al individuo con enfoque tridimensional como un ser biopsicosocial. (p.35)

Según Delgado y otros (2013) la estratificación territorial es una metodología que permite dimensionar espacialmente los eventos a través de un proceso de agregación por homologías de las características y desagregación (por heterogeneidades de estas) de los territorios a evaluar, a partir de variables seleccionadas y plantea que en Cuba esta metodología brinda la posibilidad de racionalizar los esfuerzos y recursos que se invierten en el sector de la Salud, para el mejor desempeño de cada una de las estrategias y los programas priorizados del MINSAP ya que con ella se determinan realmente los territorios y áreas más necesitados, si se tienen en cuenta sus características, tanto socio-económicas, como demográficas y sobre todo, de acuerdo a cada situación específica que se analice.

Es innegable el hecho que el Equipo Básico de Salud, debe conocer y aplicar esta metodología para estratificar las determinantes de salud con enfoque de riesgo para luego diseñar estrategias. En este contexto se enmarca el objetivo de la investigación, que consiste en estratificar el BPN relacionado con algunas determinantes sociales, lo que permitiría aumentar el alcance estratégico del programa materno infantil.

## **Materiales y Métodos**

Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo, correlacional sobre la estratificación del bajo peso al nacer en los Consejos Populares y Consultorios del Médico de la familia del Policlínico Guillermo Tejas Silva, en el período comprendido entre los años 2014 y 2019.

Los estratos se definieron según el valor de la media del índice de bajo peso al nacer en este periodo. Para ello se obtuvieron los datos del registro de partos del Policlínico

Guillermo Tejas Silva. Se utilizaron además las estadísticas vitales de la Dirección Municipal de Salud de Las Tunas para cotejar los datos recolectados.

Se tuvo en cuenta los 3 Consejos Populares (CP) del Policlínico (CP 19 Sosa, Nuevo Sosa y Reparto 2 noviembre que abarca un total de 15 CMF, CP 4 (Casa Piedra y Aeropuerto con un total de 10 CMF y el CP 14 (veguita, Santa María y Potosí que abarca 3 CMF).

Los estratos quedaron definidos de la siguiente forma:

- Estrato I o Bajo Riesgo: Consejos Populares con sus CMF con una media del IBPN entre 5,1%-6,38% (estrato que se encuentra por encima del indicador de referencia nacional y por debajo de la media del IBPN del Policlínico (6,38%) en el período estudiado)
- Estrato II o Alto Riesgo: Consejos Populares con sus CMF con una media del IBPN superior a 6,38 % (los que se encuentran por encima de la media del Policlínico)

Una vez definidos los estratos se realizó la mapificación al utilizar el Programa Mapinfo 4,12.

El universo y la muestra estuvo constituido los 60 nacimientos bajo peso al nacer (BPN) del Policlínico Guillermo Tejas Silva en los años 2018 y 2019 (se descartaron los gemelares), para explorar la relación con los determinantes socios demográficos como: nivel de escolaridad, ocupación, edad materna, estado civil estado nutricional y principal causa del BPN según estratos.

Toda esta información fue recogida del carnet obstétrico de las gestantes. Se decidió trabajar solo con los nacimientos bajo peso de los años 2018 y 2019 por tener mayor accesibilidad a la fuente de información con datos completos y confiables.

Para el procesamiento se diseñó una base de datos y para el análisis se utilizó el paquete estadístico EPIINFO 5, módulos EPIDATA y STATCAL. La unidad de análisis fue el individuo y el indicador el número.

Para determinar si el resultado era significativamente diferente de 1, valor nulo para la asociación, se realizaron las pruebas de significación estadística  $\chi^2$  en los casos con frecuencias esperadas mayor de 5 y test exacto de Fisher para aquellos mayores de 5 y test exacto de Fisher para aquellos casos con frecuencias esperadas menor de 5, en ambos casos con una probabilidad (P) significativa al nivel 0,05.

Se consideraron como factores de riesgo del estrato II, a aquellas variables con OR e intervalos de confianza mayor de 1 y una  $P < 0,05$ ; como factor protector, a aquellas variables con OR e intervalos de confianza inferiores a 1 y una  $P < 0,05$  y con relación influida por el azar, a aquellas variables con OR igual, inferior o superior a 1, pero con intervalos de confianza que incluyen 1 y donde P fuera mayor de 0,05.

Los resultados se presentan en mapas, tablas y gráficos los cuales pretenden mostrar diferencias respecto a las variables en estudio por estratos.

## Resultados

De los 3 consejos populares que abarca el policlínico Guillermo Tejas Silva dos presentaron una media de BPN de 5.1 a 6.38% considerándose estrato I o de bajo riesgo, el estrato II o de alto riesgo estuvo integrado por un consejo popular y su media fluctuó por encima de 6.38% (media del Policlínico).

Al realizar la distribución espacial se evidenció que los consejos pertenecientes al estrato I (color verde) considerado de bajo riesgo se localizaron en la parte central y más urbana del Policlínico y en la zona rural de Potosí y Santa María ambas con poblaciones pequeñas e integradas por 14 CMF. El estrato II de alto riesgo (color rojo) contó con 1 CP, su distribución en el espacio fue más homogénea 7 de los CMF que lo integraban (Sosa, Sosa Oeste y Nuevo Sosa) se localizaron en la periferia (ver gráfico 1).

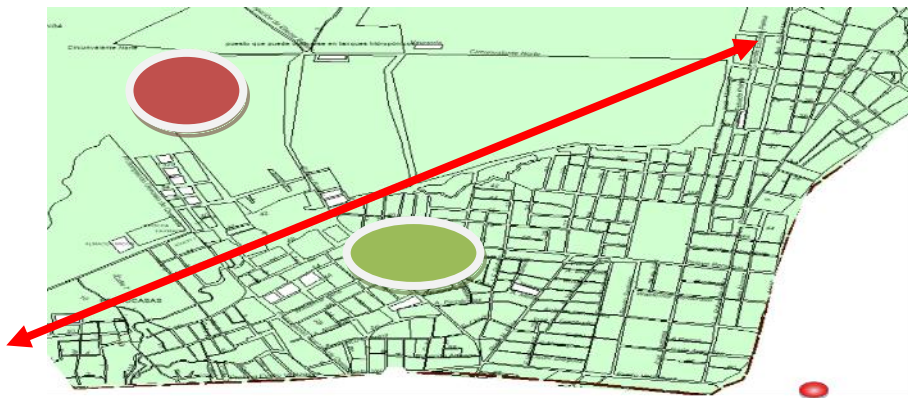


Gráfico I: Distribución de la media del IBPN por CP y CMF en el Policlínico Guillermo Tejas Silva 2014-2019.

Los resultados fueron expuestos en tablas, tal como se muestra a continuación (ver tabla 1).

Variables	Estrato I Bajo Riesgo	Estrato II Alto Riesgo	Total	OR	LC	p
Edad materna						
20 años	4	11	15	4.49	1.33-15.10	<0,00
20-34 años	14	20	34	0.15	0,05-0,41	<0,00
35 y mas	3	8	11	4.35	1.09-17.42	<0,00

Total	21	39	60			
Nivel Escolar						
Primaria	1	9	10	14.68	1.79-120.53	<0,00
Secundaria	3	12	15	6.53	1.73-24.63	<0,00
Técnico medio	4	11	15	4.49	1.33-15.10	<0,00
Preuniversitario	5	4	9	1.31	0.33-5.16	>0,05
Universitario	8	3	11	0.61	0.15-0.45	<0,00
Total	21	39	60			
Ocupación						
Estudiante	6	14	20	3.81	1.35-10.75	<0,00
Trabajadora	10	9	19	0.47	0.55-0.94	<0,00
Ama de Casa	5	16	21	5.22	1.77-15.41	<0,00
Total	21	39	60			
Estado civil						
Solteras	5	20	25	6.53	2.26-18.84	<0,00
Acompañadas	6	11	17	2.99	1.02-8.75	<0,00
Casadas	10	8	18	0.31	0.47-0.60	<0,00
Total	21	39	60			

Tabla 1: Distribución de los BPN relacionado con algunas determinantes sociales (edad, nivel escolar, ocupación y estado civil). Policlínico Guillermo Tejas Silva. Las Tunas, 2018-2019. Fuente: Historias clínicas obstétricas.

Como se constata en la investigación, con relación a la edad materna puede observarse predominio de las edades extendidas entre los 20 y 34 años con 34 (56,6%) casos de los 60 en total, 20 casos en el estrato de alto riesgo que representan (58.82%), superior a los 14 (41,1%) reportados para el grupo de bajo riesgo de padecer BPN.

El análisis crudo del riesgo permitió determinar que las mujeres inferiores a 20 años tuvieron 4.49 veces más probabilidades de aportar un recién nacido bajo peso en el CP 19 perteneciente al estrato II que aquellas pertenecientes al estrato I (CP 4 y 14), con

diferencias estadísticas altamente significativas [OR=4.49 (1.33-15.10) P<0,00], evidenciándose una asociación causal de riesgo.

Resultado similar se obtuvo con las mujeres de 35 años y más, pertenecientes al estrato II, que tuvieron 4.35 veces más riesgos de tener esta condición que las pertenecientes al estrato I, con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=4.35 (1.09-17.42) P<0,00], evidenciándose una asociación causal de riesgo. La edad materna entre 20 y 34 años se comportó como factor protector, según los niveles de odd ratio y sus límites de confianza, por debajo de 1 (OR=0,15 (0,05; 0,41). La asociación de protección resultó también altamente significativa (P<0, 00).

De los tres Consejos Populares que abarca el área de Salud, uno se ubicó en el estrato de Alto Riesgo (CP19), consta con 17 608 de población distribuidos en 15 CMF de los 28 totales del Policlínico. Según la estratificación se ubicó en el estrato II con un alto IBPN (8.2%), lo que indica que constituye un serio problema de salud, situación que no es posible tratar sólo si se analiza como área de salud. Resulta imprescindible y emergente estratificar el problema para poder intervenir en él.

Es innegable el hecho de que en este consejo popular se ubican las poblaciones de Sosa, Nuevo Sosa, Sosa Oeste, ubicada en la zona más periférica del área de salud, con predominio de la zona sub urbana, con un polo de crecimiento, alejado de las fuentes fundamentales de empleo, donde predomina el bajo nivel socio cultural.

La variabilidad del Índice de BPN entre los consejos populares se corresponde con la incidencia de algunas determinantes sociales que se expresan de manera diferente. El predominio del grupo de edades de 21 y 35 años para ambos estratos (I y II) en el presente estudio pudiera ser atribuible a que es en este periodo donde fisiológicamente existe una mayor fertilidad, unido a los cambios socioculturales que ha sufrido la sociedad cubana, donde hay una mayor incorporación de la mujer a la vida laboral.

Sobre este referente, Agudelo y otros (2017) plantean que los programas de educación para la salud brindados por el Equipo Básico de Salud, de forma secuencial y progresiva han contribuido a mejorar ostensiblemente los conocimientos sobre planificación familiar, lo que ha conllevado a que muchas mujeres deciden tener un hijo cuando existe estabilidad familiar y económica.

La inmadurez biológica puede ser la explicación de los resultados adversos obtenidos para las gestantes adolescentes, sobre todo en el estrato I, debido por una parte a la inmadurez ginecológica y, por otra, al hecho de quedar embarazada antes de haber completado su propio crecimiento, ya que es este un período en el cual se mantiene el crecimiento y desarrollo, sin que aún se encuentre culminada la maduración de los órganos genitales femeninos; a ello pueden asociarse otros factores sociales, como el embarazo no deseado, madre soltera, bajo nivel educacional, abandono familiar y captación tardía, justificando los resultados alcanzados.

Los resultados encontrados con relación a la edad materna coinciden con algunos autores como Padrón y Garcés (2016) en relación con la edad inferior a los 20 años, y

para las madres añosas se corresponde con los resultados encontrados por (Macías y otros 2018). Según estos autores, el riesgo para las adolescentes fue dos veces mayor, inferior en este caso al demostrado en la presente investigación, Otros autores encontraron resultados diferentes para las añosas (Suarez y otros, 2019).

Por su parte, Fernández y otros (2021) plantean que las edades maternas extremas deben tener atención priorizada por el riesgo que representan, afirmación que refuerzan Pupo, Díaz y Rodríguez (2021) que plantean que la gestante añosa con otros factores de riesgos debe estar en un Hogar Materno.

La distribución de las madres con recién nacidos BPN según nivel de escolaridad denota un predominio del bajo nivel cultural para el CP 19 21 para un 61.90 % pertenecen a la escolaridad preuniversitario y universitario.

El análisis estadístico permitió precisar que en el CP 19 perteneciente al estrato II las mujeres con escolaridad primaria y secundaria tuvieron 14.68 y 6.53 veces respectivamente mayor probabilidad de tener hijos BPN con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=14.68 (1.79-120.53)  $P<0,00$ ], [OR=6.53 (1.73-24.63)  $P<0,00$ ] evidenciándose una asociación causal de riesgo.

Las mujeres con nivel universitario se comportaron como factor protector, para el estrato I según los niveles de odd ratio y sus límites de confianza, por debajo de 1 (OR=0,61 (0.15-0.45). La asociación de protección resultó también altamente significativa ( $P<0, 00$ ).

Dentro de las determinantes sociales abordadas, la baja escolaridad, se puso de manifiesto en mayor medida en el CP 19 clasificados como de alto riesgo en este estudio, donde una gran mayoría presentó bajo nivel cultural.

Numerosos estudios han encontrado resultados similares relacionados con la aparición de BPN en mujeres con bajo nivel educacional. Gómez y otros (2018) plantean que la gestante y el feto que porta se insertan y se desempeñan en un entorno familiar, social y comunitario y que la debilidad en tales redes de contención puede poner a la gestante en situación de riesgo de vulnerabilidad, provocando de esta manera falta de apoyo, desconcentración e influir en la génesis del desconocimiento.

Monsreal y otros (2018) plantean que

al ser mayor el nivel educacional la mujer está en mejores condiciones para asimilar las acciones de la promoción de salud, lo que permite que participa de forma dinámica y activa en la propia construcción de su salud y así contribuir a la prevención del bajo peso. (p. 98)

La ocupación de las mujeres con hijos BPN demuestra un predominio de las amas de casa (16) y estudiantes (14) en el estrato II (CP 19), representando el 76.9 % de los casos, dado por 30 mujeres, a diferencia del estrato I que predominan las trabajadoras con 10 casos de los 21 para un 47.6%.



El análisis crudo del riesgo permitió definir que las mujeres amas de casa perteneciente al Estrato II tuvieron 5.22 veces más probabilidades de aportar un recién nacido bajo que las del Estrato I, con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=5.22 (1.77-15.41)  $P<0,00$ ], evidenciándose una asociación causal de riesgo.

Resultado similar se obtuvo con las mujeres estudiantes del Estrato II tuvieron 3.81 veces más riesgos de tener esta condición que las pertenecientes a los CP 4 y 14 del estrato II, con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=3.81 (1.35-10.75)  $P<0,00$ ], evidenciándose una asociación causal de riesgo. La madre trabajadora para el estrato I se comportó como factor protector, según los niveles de odd ratio y sus límites de confianza, por debajo de 1 (OR=0,47 (0.55-0.94)). La asociación de protección resultó también altamente significativa ( $P<0,00$ ).

La ocupación de las madres con recién nacidos bajo peso evidenció mayor frecuencia para las estudiantes y amas de casa en el estrato I (CP19), está en relación a que predominaron las adolescentes con recién nacidos BPN, que abandonaron la escuela tempranamente y se dedican a las labores hogareñas. Por otra parte la población de este estrato se encuentra ubicada en la zona más periférica del Policlínico, alejado de la fuente fundamental de empleo y coinciden con los de mayor índice de población dependiente en el área con cifras que superan el 60 % según consta en el análisis del cuadro de salud del policlínico.

La diferencia entre el estrato I y II estriba fundamentalmente en que son consejos populares (CP) heterogéneos intrínsecamente donde existen diferencias históricas entre barrios, repartos con relación a conducta social, hábitos y estilos de vida. En el estrato I (CP 4 y 14) la actividad económica fundamental es la economía de servicio e industria y cultivos varios, los que constituyen varios, que puede repercutir de forma negativa sobre la gestante.

Estudios realizados por otros autores coinciden con el nuestro, que además considera que “las amas de casa realizan labores más fuertes y prolongadas, están sometidas a situaciones estresantes de forma reiterada” (Quintero, 2020, p. 680) lo que conlleve a obviar ciertos hábitos higiénicos del embarazo que atentan contra la salud del neonato.

Las madres con recién nacidos BPN según estado civil destaca un predominio de las mujeres solteras en el estrato II, para un 51,28% dado por 20 casos en el estrato I, que incluye los CP 4 y 14, predominaron las mujeres casadas para un 47.61%.

El análisis estadístico demostró que las mujeres solteras del estrato II tuvieron 6.53 veces más probabilidades de tener un hijo BPN que las mujeres del estrato I con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=6.53 (2.26-18.84)  $P<0,00$ ], evidenciándose una asociación causal de riesgo.

Las mujeres casadas para el estrato I se comportó como factor protector, según los niveles de odd ratio y sus límites de confianza, por debajo de 1 (OR=0,31 (0.47-0.60)). La asociación de protección resultó también altamente significativa ( $P<0,00$ ).

Las mujeres solteras predominaron en el estrato II (CP19), es criterio de la autora que el resultado está relacionado a diversos factores como concebir el embarazo en edades que aún la pareja no está preparada para hacerlo, el bajo nivel cultural y educacional, la falta de preparación para las relaciones sexuales entre otros. Es lógico que, para la madre soltera o divorciada, el enfrentar un embarazo sin acompañamiento del padre crea un efecto negativo tanto económico como psicológico pese al trabajo desarrollado por la asistencia social y las leyes de protección a la infancia y a la mujer que pueden atenuar esta situación.

Asimismo, el hecho de que la mujer que se embaraza sea soltera es un factor de riesgo social asociado con el BPN. Al respecto, Hernández y otros (2019) plantean que entre estas madres se registran índices más altos de gestación acortada, hijos con peso menor y mayor mortalidad perinatal.

Fernández y otros (2021) demostraron en su estudio que todo lo anteriormente expuesto con relación a ser madre soltera, provoca desajustes psicosociales, ya que la madre enfrenta el embarazo sola, sin el acompañamiento del padre, convirtiéndose de este modo en dependiente económicamente.

Variable	Estrato I Bajo Riesgo	Estrato II Alto Riesgo	Total	OR	LC	p
Hipertensión arterial	5	14	19	4.57	1.52-13.70	<0,00
Anemia	10	11	21	1.79	0.70-4.63	<0,00
Urinaria	5	6	11	1.96	0.56-6.86	<0,00
Infecciones vaginales	1	8	9	13.05	1.57-18.50	<0,00
Total	21	39	60			

Tabla 2: Distribución de los BPN según causa. Policlínico Guillermo Tejas Silva. Las Tunas, 2018 – 2019. Fuente: Historias clínicas obstétricas

La causa fundamental de las mujeres con BPN es mostrada en la tabla 2, observándose un predominio de la hipertensión arterial (HTA) y la anemia para las mujeres con BPN del estrato II (CP19), para un 35.89 % y 28.20 respectivamente. En las mujeres del estrato I predominó como causa fundamental la anemia representado por 10 casos para un 47.6 %. Se alcanzaron iguales porcentajes para la HTA y la infección urinaria en este estrato.

El análisis estadístico permitió definir que las mujeres con HTA del estrato II tuvieron 4.57 veces mayor probabilidad de tener un BPN que las del estrato I con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=4.57 (2.26-18.84) P<0,00], evidenciándose una asociación causal de riesgo. Las mujeres que padecieron Infecciones vaginales en el estrato II (CP 19) tuvieron 13.05 veces mayor riesgo de tener un BPN que las del estrato I (CP 4 y 14) con diferencias estadísticas altamente significativas [OR=13.05 (1.57-18.50) P<0,00], evidenciándose una asociación causal de riesgo.

Los resultados relacionados con la principal causa asociada al BPN en el estrato II predominó la enfermedad hipertensiva gravídica atribuible en gran frecuencia a la alta asociación de esta patología con la adolescencia, la nuliparidad y los problemas nutricionales como la obesidad que predominaron en este estrato. La enfermedad hipertensiva gestacional es una de las causas principales de BPN e influye en la morbilidad y la mortalidad perinatal al favorecer la prematuridad y el crecimiento intrauterino retardado resultados estos que coinciden con otros autores (Quintero, 2020; Cutrim y otros 2018; Suarez y otros, 2019).

En el caso del estrato I predominó la anemia y las sepsis, lo que pudiera estar en relación con el no uso de ácido fólico durante la etapa pre concepcional. Estos resultados coinciden con los reportes de diferentes autores, quienes encontraron en su investigación a la anemia y la sepsis vaginal, como causa predominante señalando que es frecuente que estas entidades se relacionen con rotura prematura de membranas, desencadenando el desarrollo de un parto antes del término o, frecuentemente, el nacimiento de recién nacidos con bajo peso para su edad estacional (Pérez y otros, 2018; Monsreal y otros 2018).

### **Consideraciones finales**

El avance de los indicadores de mortalidad materno-infantil que Cuba exhibe, demanda en estos momentos de un mayor esfuerzo y requiere, además, de una certera dirección en este sentido, de una adecuada y amplia acción Intra e intersectorial con participación de todas las opciones que se requieran y de poner en función de este grupo todos los programas necesarios, con participación además de la comunidad, en este caso la estratificación permitió definir al CP 19 como el de mayor riesgo en el área de salud.

El Bajo Peso al Nacer, constituye un problema de suma importancia y de interés obligatorio para el estado de salud de la población, en el CP 19 del Policlínico Guillermo Tejas Silva de las Tunas, con fuerte asociación causal a determinantes sociales como edades extremas, bajo nivel de escolaridad, madre soltera, amas de casa y

enfermedades como la hipertensión arterial, por lo que resulta impostergable buscar alternativas plausibles para mitigar este problema de salud.

## Referencias

- Agudelo, S. y otros (2017) Relación entre factores sociodemográficos y el bajo peso al nacer en una clínica universitaria en Cundinamarca (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla*, 33(2), 37-49. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753189003>
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (MINSAP, 2021). Anuario Estadístico de Salud 2021. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Recuperado de <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>
- Cutrim, P. y otros (2018). Prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and birthweight in the BRISA cohort. *Rev. Saude Publica*, 52, 46-56. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000125>
- Delgado, H., Monteagudo, S., Rodríguez, D., Vega, M. y Sotolongo, M. (2013). Estratificación del bajo peso al nacer desde un enfoque de determinantes sociales. *Revista Finlay*, 3(1), 40-50. Recuperado de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/171>
- Fernández, E. y otros (2021). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un área de salud de Camagüey. *MEDISAN*, 25(4), 856-867. Recuperado de <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3662>
- Gómez, C. y otros (2018). Bajo peso al nacer. Una problemática actual. *Rev Arch Med Camagüey*, 22(4), 47-59. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000400408](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400408)
- González, I. y otros (2018). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. *Rev Med Electrón*, 40(1), 57-67. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242018000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242018000100010&lng=es)
- Hernández, Y. y otros (2019). Algunos indicadores de bajo peso al nacer en Las Tunas durante el periodo 2018-2019. *Rev. Elect. Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 44(4), 13-29. Recuperado de <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1874>
- Licea, J. I. y García, M. D. (2018). Factores de riesgos para el bajo peso al nacer en el policlínico Gustavo Aldereguía Lima. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(1), 33-45. Recuperado de <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1235>

- Macías, V. y otros (2018). Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta Méd Grupo Ángeles*, 16(2), 13-25. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000200125](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125)
- Monsreal, J. F. y otros (2018). Factores de riesgo de bajo peso al nacer según el modelo de regresión logística múltiple. Estudio de cohorte retrospectiva en el municipio José María Morelos, Quintana Roo, México. *Medwave*, 18(1), 87-125. Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/7139.act?ver=sindisenio>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2019). *Mortalidad materna*. Recuperado de <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/maternal-mortality>
- Padrón, B. y Garcés, R. (2016). Factores relacionados con el bajo peso al nacer en el municipio La Lisa, en el período 2010-2014. *Rev haban cienc méd*, 15(2), 177-185. Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1089>
- Pérez, M. y otros (2018). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Acta Med. Cent.* 12(3), 369-382. Recuperado de <https://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/885/1177>
- Pupo, P., Díaz, G. y Rodríguez, C. (2021). Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre la Covid-19 en gestantes de los hogares maternos del municipio Las Tunas. *Opuntia Brava*, 13(3), 23-35. Recuperado de <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1396>
- Quintero, P. (2020). Factores de riesgo de Bajo peso al nacer. *Archivo Médico Camagüey*, 24(5), 675-687. Recuperado de <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7642/3634>
- Santana, M. C. (2018). Atención a la salud Materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*, 42(4), 27-58. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386201/.doi:10.26633/RPSP.2018.27>
- Suarez, M., Pupo, Y., Ochoa, Y. y Urquiza, Y. (2019). Factores maternos y bajo peso al nacer en el policlínico "Guillermo Tejas", Las Tunas. *Rev Electrón Zoilo*, 44(6), 46-52. Recuperado de <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1964>