



Aspectos esenciales del cuidado al niño bajo peso al nacer

Essential aspects of care for low birth weight children

Richard Marcial Gálvez Vila¹, Yanier Espinosa Goire², José Manuel Padilla González², Alain Pérez Álvarez³

¹Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas Dr. Juan Guiteras Gener. Matanzas, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Guantánamo, Cuba.

³Facultad de Ciencias Médicas Artemisa. Artemisa, Cuba.

 **Gálvez Vila, RM**
Correo electrónico:
richardgalvez163@gmail.com

Conflicto de intereses
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Palabras clave

Crecimiento y desarrollo,
Factores de riesgo,
Mortalidad neonatal precoz,
Recién nacido bajo peso

Resumen

Introducción: el bajo peso al nacer representa un grave desafío en la salud infantil que afecta a millones de recién nacidos. Se origina por factores maternos como desnutrición y complicaciones durante el embarazo, con riesgos de salud a corto y largo plazo. **Objetivo:** describir los aspectos esenciales del cuidado al niño bajo peso al nacer. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica en el período comprendido entre enero y agosto del 2024. Se consultaron artículos originales, reportes de caso y revisiones sistemáticas de acceso abierto en publicaciones académicas revisadas por pares. Se revisaron las bases de datos de SciELO, Regmed, Dialnet, Mayo Clinic y MedlinePlus. Se utilizaron AND y OR como operadores booleanos. **Desarrollo:** el cuidado de los recién nacidos con bajo peso al nacer se fundamenta en pilares clave. Controlar la temperatura, proporcionar oxigenoterapia y ventilación son aspectos esenciales para su estabilidad. Un entorno limpio y seguro, junto con una hidratación adecuada y un ritmo diurético equilibrado, son vitales para su bienestar. Monitorear peso, talla y nutrición asegura un crecimiento saludable. Además, cuidar la piel previene infecciones y los análisis de laboratorio ayudan a detectar complicaciones. Fomentar el desarrollo neuropsicomotor es crucial para un futuro saludable. **Conclusiones:** el cuidado al niño bajo peso al nacer resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario que aborde sus necesidades físicas, nutricionales y emocionales. Es esencial realizar un monitoreo constante del crecimiento y desarrollo para prevenir complicaciones a largo plazo.





Abstract

Introduction: low birth weight represents a serious challenge to child health that affects millions of newborns. It is caused by maternal factors such as malnutrition and complications during pregnancy, with short- and long-term health risks. **Objective:** to describe the essential aspects of care for children with low birth weight. **Methods:** a bibliographic review was conducted from January to August 2024. Original articles, case reports, and open access systematic reviews were consulted in peer-reviewed academic publications. The SciELO, Regmed, Dialnet, Mayo Clinic, and MedlinePlus databases were reviewed. AND and OR were used as Boolean operators. **Development:** the care of low-birth-weight newborns is based on key pillars. Temperature control, oxygen therapy, and ventilation are essential for their stability. A clean and safe environment, along with adequate hydration and a balanced diuretic rhythm, are vital for their well-being. Monitoring weight, height, and nutrition ensures healthy growth. Furthermore, skin care prevents infections, and laboratory tests help detect complications. Promoting neuropsychomotor development is crucial for a healthy future. **Conclusions:** caring for low-birth-weight children highlights the need for a multidisciplinary approach that addresses their physical, nutritional, and emotional needs. Constant monitoring of growth and development is essential to prevent long-term complications.

Keywords

Growth and development, Risk factors, Early neonatal mortality, Infant low birth weight

Introducción

El peso al nacer es un factor crucial para el crecimiento y desarrollo infantil. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se considera un neonato bajo peso cuando se encuentra por debajo de los 2,5 kilogramos (equivalente a 5,5 libras), sin importar la edad gestacional al momento del parto.^{1,2}

A lo largo del siglo XIX, se comienza a reconocer la relevancia del peso durante el nacimiento en la salud y el desarrollo del niño. En el siglo XX, se logran avances importantes en la atención prenatal y neonatal, lo que contribuye a una disminución de las tasas del bajo peso. Se fomenta que una

nutrición adecuada sumada a una mejor atención médica durante el embarazo son medidas que

contribuyen a lograr un adecuado pesaje al momento del nacimiento; sin embargo, no siempre son suficientes para garantizar un adecuado peso al nacer.^{3,4}

Se estima que cerca de del 15 % de los neonatos a nivel mundial presentan un peso insuficiente, lo que representa un valor aproximado de 20 millones de casos cada año. Las tasas más elevadas se encuentran en África Subsahariana y el sur de Asia, donde superan el 20 %. Por otra parte, en los países con altos ingresos, la incidencia oscila entre un 6 % hasta un 8 %.⁴





Cuba disminuye de forma notable dicha tasa en las últimas décadas, gracias a la implementación de políticas y programas de salud eficaces. De acuerdo con información del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), se sitúa en 5 %, lo que traduce una mejora significativa en comparación con años previos.^{4,5}

En Matanzas, persisten desafíos en la lucha contra la problemática. Aunque no se tienen datos actualizados para 2024, en años anteriores fue de 9,5 %.^{6,7}

El bajo peso al nacer es una preocupación global que afecta la salud neonatal que hace que aumente el riesgo de complicaciones inmediatas y repercusiones a largo plazo en el desarrollo del niño. Comprender los factores que contribuyen a esta condición es crucial para crear tratamientos y estrategias efectivas.⁷ Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo describir los aspectos esenciales del cuidado al niño bajo peso al nacer, enfatizando su relevancia en la mejora de la salud infantil y la reducción de complicaciones.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en el período comprendido entre enero a agosto del 2024, se consultaron artículos originales, reportes de caso y revisiones sistemáticas de acceso abierto en publicaciones académicas revisadas por pares provenientes de las bases de datos: SciELO, Regmed, Dialnet y MedlinePlus. De esta manera se seleccionaron 26 artículos, donde más del 75 % son de los últimos cinco años. Se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para delimitar las palabras clave, que se incluyeron en los términos de búsqueda: crecimiento y desarrollo, factores de riesgo, mortalidad neonatal precoz y recién nacido bajo peso, así como su traducción al inglés. Fue utilizado el AND y OR como operadores booleanos.

Desarrollo

Factores de riesgo del bajo peso al nacer

Según criterios de Griggs et al.⁸, y Sutherland et al.⁹, existen factores como la desnutrición materna, el consumo de alcohol, la falta de atención médica y condiciones como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que influyen en el bajo peso al nacer al afectar el desarrollo fetal y la salud materna.

Además, las condiciones socioeconómicas desfavorables, como la pobreza y el acceso limitado a una alimentación adecuada, agravan esta situación. Por ello, desde la Atención Primaria, es esencial implementar programas de educación sobre nutrición, control de enfermedades crónicas y mejorar el acceso a servicios de salud, así como establecer políticas que favorezcan un entorno propicio para un embarazo saludable.^(8,9)

Manejo de la Temperatura:

Hoffman et al.¹⁰, declaran que la incubadora debe mantener una temperatura entre 34 °C y 35 °C con servocontrol para lograr que la temperatura cutánea y abdominal del niño con bajo peso al nacer se sitúe entre 36,5 °C y 37,5 °C. Es importante que la humedad en la incubadora esté entre el 60 % y el 70 %. Estas condiciones ayudan a reducir el consumo de oxígeno, conservar la energía del bebé y disminuir sus requerimientos hídricos. Se prefiere que el calor en la incubadora mantenga su humedad para favorecer el bienestar del recién nacido.

Es fundamental mantener la temperatura corporal dentro del rango del ambiente térmico neutro para garantizar el bienestar del recién nacido. El posicionamiento en la incubadora debe ser en decúbito prono, con la cabeza elevada entre 30 y 45 °C, y en una posición de flexión similar a la del útero, con un nido que brinde apoyo tanto cefálico como caudal, según establecen algunos autores^(11,12).





La monitorización de la temperatura debe ser continua de otra manera se medirá cada hora hasta lograr su estabilización. Se registrará durante 4 a 6 horas de forma tal que coincida con las alimentaciones o intervenciones durante la primera semana de vida. Es crucial permitir que el niño disponga de tiempo suficiente para recuperar sus niveles de oxígeno y temperatura corporal, según plantean Matos et al.¹³

Condiciones del entorno

Kelly et al.¹⁴, plantean que el entorno debe ser cálido, seguro y tranquilo para favorecer su desarrollo y bienestar. La iluminación debe ser suave y los ruidos deben ser limitados para crear un ambiente sereno que reduzca el estrés en el bebé. Es importante que el lugar esté libre de corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura. La humedad también juega un papel vital, pues un nivel adecuado ayuda a mantener la piel del recién nacido hidratada. En conjunto, estas condiciones proporcionan un entorno óptimo para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños con bajo peso al nacer.

Hidratación y ritmo diurético

La hidratación y el ritmo diurético son fundamentales para el bienestar de los niños con bajo peso al nacer, quienes son más propensos a desequilibrios hídricos como la deshidratación y la sobrehidratación. La deshidratación puede resultar de la incapacidad de estos recién nacidos para regular de manera adecuada la pérdida de líquidos a través de la piel y los pulmones, exacerbada por la inmadurez renal y mayores necesidades metabólicas, lo que se debe a una menor reserva de líquidos y una mayor superficie corporal en relación con su peso.⁽¹⁵⁾

Por otro lado, la sobrehidratación puede deberse a un manejo inadecuado de la ingesta de líquidos, pues es preocupante en aquellos recién nacidos con problemas cardíacos o renales que dificultan la excreción por exceso de agua, planteamientos conclusivos llevados a cabo por Lee WL et al.⁽¹⁵⁾

Se recomienda iniciar la administración de líquidos parenterales al recién nacido lo más pronto posible, en la primera hora de vida, con un rango de 60 a 80 mL/kg/día. Es considerable asegurar el aporte diario de líquidos según las necesidades individuales, realizando un balance hidromineral cada 12 horas durante los primeros siete días.¹⁵

Los niños con un peso inferior a 1000 g tienen la necesidad de tomar una mayor cantidad de líquidos, por lo que presentan una baja tolerancia a la glucosa. Por esta razón se le deben administrar entre 4 y 6 mg/kg/min con el objetivo de mantener niveles de glicemia mayores que 40 mg/dL (mayor de 2,5 mmol/L) según manifiestan Zierden et al.¹⁶ El aporte lipídico se inicia entre las 36 y 48 horas de vida a razón de 1 g/kg, incrementando 0,5 g/kg diarios hasta alcanzar un total de 3,5 g/kg.¹⁶

La diuresis inicial puede tardar hasta 48 horas en los recién nacidos bajo peso, y durante este tiempo no se requieren suplementos de sodio y potasio. La decisión de iniciar su administración después de este período depende de las cifras de electrolitos observadas. Además, se indica calcio de mantenimiento si el recién nacido recibe hidratación intravenosa; sin embargo, no es necesario tratar la hipocalcemia temprana, pues tiende a resolverse de manera espontánea hacia el tercer día de vida. Si además de su condición de ser bajo peso presenta problemas cardiovasculares o condiciones críticas, es necesario indicar 2 mEq/kg/día de calcio para también prevenir hipocalcemia.¹⁶

Oxigenoterapia y Ventilación

Se recomienda realizar ejercicios suaves en los miembros superiores para mejorar la capacidad respiratoria y realizar vibraciones torácicas para evitar acumulación de secreciones. La presencia de la madre en la unidad y su participación en los cuidados favorecen el vínculo afectivo y la estimulación temprana del neonato, afirmación que se corresponde con los criterios planteados por Gomez Lopez et al.¹⁷





No se debe administrar oxígeno en la cámara plástica durante los primeros días de vida. En cambio, el oxígeno se proporciona de manera segura, es decir, tibio y húmedo, asegurándose de conocer su concentración o fracción inspirada de oxígeno (FiO_2), con el objetivo de mantener la presión arterial de oxígeno (PaO_2) entre 50 y 60 mmHg. Además, se busca que la saturación transcutánea esté entre el 88 % y el 92 %, siendo monitorizada por un cardiomonitor, lo que permite evitar tanto la hipoxia como la hiperoxia según expresa Bremer et al.¹⁸

Durante la respiración espontánea se le debe administrar la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) con una presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 5-6 cm H₂O y una fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) del 30 % al 40 %. Si no respira espontáneamente o no lo hace de manera efectiva, entonces se intuba utilizando modalidades de ventilación espontánea con el objetivo de priorizar parámetros que minimicen el daño y permitan un mayor intercambio. Además, es crucial evitar la hiperventilación y la sobredistensión, pues pueden causar lesiones.¹⁸

Es de gran significación evaluar de manera continua la posibilidad de una extubación precoz y la transición a ventilación no invasiva mediante la presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) para reducir los episodios de apnea y lograr una extubación exitosa. Antes de la extubación, se debe preparar el destete con cafeína citrato.¹⁸

Se considera que la apnea es patológica cuando la respiración se detiene por más de 20 segundos y se acompaña de bradicardia, cianosis, palidez marcada o hipotonía. En recién nacidos con un peso inferior a 1500 gramos, pueden presentarse bradicardia y baja saturación de oxígeno con pausas respiratorias de 10 segundos. Corregir las causas secundarias determinará la eficacia del inicio del tratamiento médico.¹⁸

El tratamiento medicamentoso de elección es la cafeína anhidra, insertar una dosis de 10 mg/kg por

vía endovenosa (EV), seguida de un mantenimiento de 2,5 mg/kg hasta alcanzar las 34 semanas de edad gestacional corregida. Si se utiliza cafeína citrato, la dosis es de 20 mg/kg, con un mantenimiento de 5 mg/kg cada 24 horas. Si el cuadro persiste y es severo, se debe considerar la asistencia ventilatoria mediante presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o asistencia respiratoria mecánica.¹⁸

Bremer et al.¹⁸ señala que es primordial evitar que los bebés de muy bajo peso experimenten enfriamiento, falta de oxígeno y acumulación de ácido durante y después del parto. El propósito es prevenir posibles complicaciones mediante un programa de intervención mínima que busca reducir al máximo las situaciones estresantes para los mismos.

Es fundamental elegir el tamaño adecuado de los prolongadores, nariceros o máscara nasal, midiendo la distancia entre las narinas. La fijación debe ser suave y segura: es vital proteger la piel y evitar la compresión del tabique nasal para prevenir edemas. La presión expiratoria positiva (PEEP) de 5-6 cm y la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) de 0,3 a 0,4 constituyen parámetros de elección en el manejo de los cuidados iniciales según plantea Simmonds LA et al.¹⁹

El surfactante exógeno se indica en la reanimación neonatal para recién nacidos con bajo peso al nacer y edad gestacional menor a 27 semanas que no alcancen una maduración pulmonar adecuada. Piersigilli et al.²⁰ destacan que la administración de surfactante a una dosis de 100 mg/kg (4 mL/kg) es esencial en casos de hipoxemia donde se requiera intubación endotraqueal, pues es necesaria para mejorar la función pulmonar mediante la disminución de complicaciones relacionadas con la enfermedad de membrana hialina.

Control del peso, talla y nutrición

Se plantea que el peso del recién nacido se mide cada 12 horas durante los primeros siete días con una pesa digital y dentro de la incubadora. Luego,





dicho procedimiento se realiza en la segunda semana y, a partir de la tercera semana, en días alternos.²⁰

Lincetto et al.²¹, declaran que un seguimiento riguroso permite identificar si el bebé se encuentra con un aumento de peso de manera adecuada, pues le permite alcanzar los percentiles esperados para su edad gestacional. Este control ayuda a ajustar las intervenciones nutricionales y de cuidado necesarias para asegurar que el niño reciba el apoyo adecuado en su proceso de crecimiento y pueda lograr un desarrollo saludable a largo plazo.

Se propone iniciar la alimentación enteral mínima en las primeras seis horas de vida, y comenzar con 10 ml/kg. Este volumen se incrementa según la tolerancia del paciente, hasta alcanzar entre 8 y 10 ml por toma, administrándose por gastroclisis en media hora. Después de la primera semana de vida, se puede aumentar el volumen en 20 ml/kg.²¹

Es trascendental iniciar la nutrición parenteral parcial (NPP) lo más pronto posible, preferible dentro de las primeras 12 horas de vida. Se comienza con un aporte de proteínas de 2 a 3 gramos, donde se aumente 0,5 gramos diarios hasta llegar a 4 g/kg en recién nacidos con menos de 750 gramos y hasta 3,5 g/kg en aquellos con más de 750 gramos.²²

De acuerdo con Humberg et al.²², los recién nacidos con bajo peso que se encuentran bajo el protocolo de protección intestinal, ya sea por depresión severa al nacer, asfixia, hipotrofia severa con doppler patológico o hemodinamia inestable, inician la alimentación enteral mínima después de 12 o 24 horas de vida. Se calcula un volumen inicial de 5 a 10 ml/kg, y la frecuencia de administración puede ser cada 24, 12, 8 o 6 horas, dependiendo de la tolerancia del paciente y la evaluación del equipo médico de asistencia.

Cuidados de la piel

Desde la concepción de algunos investigadores^(23,24), durante las primeras dos semanas de vida, no se utilizan lubricantes hidrosolubles si la piel está intacta, aunque se pueden usar si está seca y quebradiza.

En consecuencia, para limpiar la piel, se recomienda el uso de aceite mineral sin frotar de forma vigorosa. No se recomienda aplicar tela adhesiva sobre la piel; si es necesario, esta debe ser hipoalérgica. Las lesiones causadas por la retirada del material adhesivo y las áreas sin epidermis se tratan con polvos cicatrizantes y cremas antibióticas.²⁴

Análisis de Laboratorio

Después de las primeras dos horas de vida, se realiza un hemograma, grupo y factor, glicemia, calcio, ionograma y gasometría capilar para evaluar la salud del recién nacido y detectar complicaciones tempranas. Estos análisis permiten identificar anemia, hipoglucemia y desequilibrios electrolíticos que pueden afectar su bienestar. Además, conocer el grupo sanguíneo es crucial para garantizar la seguridad en transfusiones futuras, mientras que la gasometría capilar monitorea la oxigenación y el estado ácido-base. En conjunto, estos estudios facilitan intervenciones oportunas y mejoran los resultados en el cuidado del recién nacido, ideas expuestas por McCandless et al.²⁴

El perfil de sepsis se lleva a cabo a las 12 y 24 horas de vida, y luego según la evaluación médica. De este modo también suelen realizarse exámenes audiométricos para detectar anomalías cardiovasculares.²⁵

Desarrollo neuropsicomotor

Molina Méndez et al.²⁵ manifiestan que el desarrollo neuropsicomotor en recién nacidos con bajo peso al nacer es un proceso delicado que requiere una atención especial y un seguimiento continuo. Estos bebés pueden enfrentar desafíos





en su maduración neurológica debido a factores como la prematuridad y las condiciones que contribuyen a esta problemática. Es fundamental estimular sus sentidos y habilidades motoras desde los primeros días de vida, pues esto puede mejorar de forma significativa sus resultados a largo plazo. Las intervenciones tempranas, como la terapia ocupacional y el juego guiado, son esenciales para fomentar su desarrollo cognitivo y motor. El entorno debe ser enriquecedor y seguro pues proporciona oportunidades de exploración y aprendizaje.

Valdés Álvarez et al.²⁶, expresan la importancia de que todos los individuos, familias, instituciones y la comunidad colaboren en conjunto para prevenir el bajo peso al nacer. Estas iniciativas deben enfocarse en todos los actores sociales que interactúan con las mujeres desde la etapa preconcepcional, con el fin de erradicar este problema que existe desde tiempos inmemoriales.

Conclusiones

El cuidado al niño bajo peso al nacer resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario que aborde sus necesidades físicas, nutricionales y emocionales. Es esencial realizar un monitoreo constante del crecimiento y desarrollo, con mediciones frecuentes de peso y talla, así como evaluaciones neuropsicomotoras. La atención nutricional debe ser personalizada para asegurar una ingesta adecuada de líquidos y nutrientes. La detección temprana de complicaciones mediante exámenes médicos regulares es crucial para prevenir problemas a largo plazo.

Referencias Bibliográficas

1. Di Filippo P, Dodi G, Ciarelli F, Di Pillo S, Chiarelli F, Attanasi M. Lifelong Lung Sequelae of Prematurity. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2022 [citado 21/04/2024]; 19(9):5273. Disponible en:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564667/>
2. Bernadou Debrulle F, Sudres JL, Lenoir Piat S, Lamotte P, Bouchard JP. Prématurité et musicothérapie :rencontresharmoniques ? [Prematurity and music therapy: harmonic encounters?]. *Rev Infirm* [Internet] 2021 [citado 21/04/2024]; 70(268):37-39. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33608096/>
3. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet] 2020 [citado 21/04/2024]; 150(1):31-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32524596/>
4. Pergolizzi JV Jr, Fort P, Miller TL, LeQuang JA, Raffa RB. The epidemiology of apnoea of prematurity. *J Clin Pharm Ther* [Internet] 2022 [citado 21/04/2024]; 47(5):685-693. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35018653/>
5. Roman A, Ramirez A, Fox NS. Prevention of preterm birth in twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol MFM*. [Internet] 2022 [citado 21/04/2024];4(2S):100551. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34896357/>
6. Da Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* [Internet] 2020 [citado 21/04/2024]; 69:40-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33039310/>
7. Gondane P, Kumbhakarn S, Maity P, Kapat K. Recent Advances and Challenges in the Early Diagnosis and Treatment of Preterm Labor. *Bioengineering (Basel)* [Internet] 2024 [citado 21/04/2024]; 11(2):161. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38391647/>
8. Griggs KM, Hrelac DA, Williams N, McEwen Campbell M, Cypher R. Preterm Labor and





- Birth: A Clinical Review. *MCN Am J Matern Child Nurs.* [Internet] 2020 [citado 22/05/2024];45(6):328-337. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33074911/>
9. Sutherland MR, Black MJ. The impact of intrauterine growth restriction and prematurity on nephron endowment. *Nat Rev Nephrol.* [Internet] 2023 [citado 22/05/2024]; 19(4):218-228. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36646887/>
 10. Hoffman MK. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. *ObstetGynecol.* [Internet] 2021 [citado 22/05/2024];138(6):945-946. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34794160/>
 11. Cobo T, Kacerovsky M, Jacobsson B. Risk factors for spontaneous preterm delivery. *Int J GynaecolObstet.* [Internet] 2020 [citado 22/05/2024];150(1):17-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32524595/>
 12. Byerly T, Buckman C, Tumin D, Bear K. Prematurity and breastfeeding initiation: A sibling analysis. *Acta Paediatr.* [Internet] 2020 [citado 22/05/2024];109(12):2586-2591. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32249979/>
 13. Matos J, Amorim M, Silva S, Nogueira C, Alves E. Prematurity-related knowledge among mothers and fathers of very preterm infants. *J ClinNurs.* [Internet] 2020 [citado 22/05/2024];29(15-16):2886-2896. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32497394/>
 14. D'Agata AL, Kelly M, Green CE, Sullivan MC. Molding influences of prematurity: Interviews with adults born preterm. *EarlyHumDev* [Internet] 2022 [citado 22/05/2024]; 166:105542. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35085882/>
 15. Lee WL, Chang WH, Wang PH. Risk factors associated with preterm premature rupture of membranes (PPROM). *Taiwan J ObstetGynecol* [Internet] 2021 [citado 22/05/2024];60(5):805-806. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507652/>
 16. Zierden HC, Shapiro RL, DeLong K, Carter DM, Ensign LM. Next generation strategies for preventing preterm birth. *AdvDrugDeliv Rev.* [Internet] 2021 [citado 22/05/2024];174:190-209. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33895215/>
 17. Gomez Lopez N, Galaz J, Miller D. The immunobiology of preterm labor and birth: intra-amniotic inflammation or breakdown of maternal-fetal homeostasis. *Reproduction.* [Internet] 2022 [citado 22/05/2024]; 164(2):R11-R45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35559791/>
 18. Bremer AA, Grewal J, Hazra R, Romero R, Bianchi DW. World Prematurity Day: it takes an NIH village to prevent preterm birth and improve treatments for preterm infants. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* [Internet] 2021 [citado 22/05/2024];321(5):L960-L969. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34643102/>
 19. Simmonds LA, Middleton PF, Makrides M. Recent advances in policy and practice translation of the evidence for additional omega-3 fatty acids and prematurity. *CurrOpinClinNutrMetabCare.* [Internet] 2022 [citado 22/05/2024]; 25(2):81-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34937851/>
 20. Piersigilli F, Van Grambezen B, Hocq C, Danhaive O. Nutrients and Microbiota in Lung Diseases of Prematurity: The Placenta-





- Gut-Lung Triangle. *Nutrients*. [Internet] 2020[citado 22/05/2024]; 12(2):469. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32069822/>
21. Lincetto O, Banerjee A. World Prematurity Day: improving survival and quality of life for millions of babies born preterm around the world. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol*. [Internet] 2020[citado 22/05/2024]; 319(5):L871-L874. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33050711/>
22. Humberg A, Fortmann I, Siller B. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate. *Semin Immunopathol*. [Internet] 2020 [citado 22/05/2024]; 42(4):451-468. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32661735/>
23. Di Simone N, Santamaria Ortiz A, Specchia M. Recent Insights on the Maternal Microbiota: Impact on Pregnancy Outcomes. *Front Immunol*. [Internet] 2020 [citado 22/05/2024]; 11:528202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193302/>
24. McCandless SE, Kripps KA. Genetics, inborn errors of metabolism, and newborn screening. In: Fanaroff AA, Fanaroff JM, eds. *Klaus and Fanaroff's Care of the High-Risk Neonate*. 7th ed. St Louis, MO: Elsevier; 2020: chap 6.
25. Molina Méndez I, Molina Hernández OR, Clemades Méndez AM. Seguimiento del recién nacido muy bajo peso al año de edad. *Acta méd centro* [Internet] 2023 [citado 20/8/24]; 17(1): 115-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272023000100115&lng=es
26. Valdés Álvarez V, Álvarez Escobar B, Mirabal Requena J. El bajo peso al nacer como problema social y de salud en tiempos de pandemia. *Rev Cub Med Gral Intg* [Internet] 2023 [citado 20/8/24]; 39(4): 123-134. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/articloe/view/2160>

Declaración de autoría

RMGV: Conceptualización, investigación, metodología, administración del proyecto, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

YEG: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

JMPG: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición.

APA: Conceptualización, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, revisión, edición

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

