PROTOCOLO DE VIGILANCIA
EN SALUD PÚBLICA

BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO

código: 110

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

La salud es de todos Minsalud

DOCUMENTO ELABORADO POR

Edwin Fernando Quiroga
Equipo de Vigilancia Nutricional
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Yenny Zulima Vásquez Alejo
Giomar Sichacá Ávila
Equipo de Vigilancia Nutricional
Subdirección de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez
Director General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en Salud Pública

Diana Marcela Walteros Acero
Subdirectora de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del
Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Tabla de contenido

1 Introducción 4
1.1. Comportamiento del evento 4
1.2. Estado del arte 5
1.3. Justificación para la vigilancia 5
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento 6

2 Objetivos específicos 6

3 Definiciones operativas de casos 7

4 Fuentes de los datos 7
4.1. Definición de las fuentes 7
4.2. Periodicidad de los reportes 8
4.3. Flujo de información 8
4.4. Responsabilidades por niveles 8

5 Recolección y procesamiento de los datos 9

6 Análisis de la información 9
6.1. Indicadores 9

7 Orientación de la acción 10
7.1. Acciones individuales 10
7.2. Acciones colectivas 11
7.3. Acciones de laboratorio

8 Comunicación del riesgo 11

9 Referencias bibliográficas 11

10 Control de revisiones 13

11 Anexos 13

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido "bajo peso al nacer" (BPN) como un problema de salud pública debido a sus efectos a corto y largo plazo [1], por ser una condición asociada al riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, contribuyendo con el 60 al 80% de todas las muertes neonatales [2]. Los recién nacidos con un peso entre 2 000 y 2 499 gramos tienen cuatro veces mayor riesgo de muerte neonatal frente a aquellos que pesan entre 2 500 y 2 999, y 10 a 14 veces más que los nacidos con un peso entre 3 000 y 3 499 gramos [3]. Así mismo, el BPN aumenta el riesgo de alteraciones en el desarrollo psicomotriz [4] y de presentar en otras etapas del ciclo de vida enfermedades crónicas no transmisibles como las patologías cardiovasculares y la diabetes [5,6].

1.1. Comportamiento del evento

De acuerdo con la publicación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el bajo peso al nacer es aproximadamente 20 millones de niños y niñas anualmente a nivel mundial, lo que equivale al 15 a 17% de todos los nacimientos del mundo. Se ha estimado que cerca al 96% de los nacimientos con bajo peso ocurren en los países en desarrollo, lo cual establece una relación directa de este fenómeno con las condiciones de pobreza de un país; también se asocia con las condiciones de madres gestantes con una dieta deficiente, condiciones sanitarias que favorecen el hecho de contraer infecciones y tasas altas de embarazos en población adolescente [7]. Así es como, el bajo peso al nacer al afectar el desarrollo cognitivo y físico de los menores puede desencadenar a largo plazo la reducción de la capacidad para trabajar y obtener ingresos en la etapa adulta, y en el caso de las mujeres, de dar a luz a recién nacidos con insuficiencia ponderal, lo cual favorece que persistan condiciones de pobreza dentro de un hogar. Por lo anterior el BPN podría considerarse como "una enfermedad para toda la vida y debe ser planteado de esa manera para establecer correctamente su tratamiento integral" [4].

Para los años comprendidos entre 2009 a 2013, en América Latina y el Caribe, el índice de BPN se ubica en 9%, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5% en Cuba y 23% en Haití [8]. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en la región. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha establecido que un 72,7% de las muertes neonatales está asociado al BPN (≤2 499 g) [4]. En el 2006 la OPS/OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de ellas el 55% sucedieron en la primera semana de vida [9].

Según el Informe del Estado Mundial de la Infancia 2016 de la UNICEF, la mayoría de los países de Suramérica están cumpliendo la meta establecida se mantener por debajo del 10% la tasa de BPN, siendo los países de Guyana y Surinam la excepción. Colombia, dentro de los países que cumple la meta, presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer, cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, donde en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con BPN por cada 1 000 nacidos vivos [8]. En Brasil, al evaluar el Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT), han encontrado que los más afectados provienen de hogares con poca capacidad económica y ambientes pocos estimulantes [10].

En Colombia, la proporción del BPN según las estadísticas vitales entregadas en por el DANE, ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 9% en el 2017, mostrando un crecimiento continuo [11,12], cantidad coincidente con el informe mencionado de UNICEF 2016. Este valor sin embargo, es alto si se compara con otros países de la región [8], y de mantenerse esta tendencia, se estima que en unos años se ubique por encima de la meta de BPN. La Encuesta Nacional de Situación Nutricional -ENSIN- 2015, relaciona el BPN como un posible efecto del bajo peso gestacional y deficiencias en oligoelementos como el calcio y el hierro [13]. El BPNT representó un 3,8% de los recién nacidos durante el periodo 2002 a 2011 [14]. Por todo lo anterior es pertinente determinar los grupos poblacionales donde exista mayor riesgo de presentar BPN, identificar barreras de acceso a los servicios de salud y a las condiciones nutricionales adecuadas [1].

1.2. Estado del arte

Aunque hasta fines del siglo XIX no se comenzó a pesar a los recién nacidos, la observación de que la probabilidad de sobrevivir estaba estrechamente relacionada con su peso al nacer se conocía desde algunos siglos antes [15]. Se denominaron inicialmente como prematuros a los nacidos vivos con un peso < 2 500 g [16]. la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaron que se reservara el término "prematuro" para los niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación, mientras que el término "bajo peso" se empleara en todos los niños nacidos con menos de 2 500 g sin tener en cuenta la edad gestacional [17].

El BPN es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre [13], es la consecuencia de múltiples y complejas interacciones entre los factores maternos, fetales e intrauterinos, como son la edad, constitución genómica, los estilos de vida, hábitos alimentarios, estado nutricional y enfermedades de la madre, el entorno y cultura, la malnutrición uterina, situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre - placenta – feto, accesibilidad a los servicios de salud, entre otros [1].

También se asocia con mayor riesgo de producir muerte fetal, perinatal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia, y desarrollar en la edad adulta enfermedades crónicas degenerativas y crónicas no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad [18,19].

Colombia realiza la vigilancia del BPNT, correspondiente a los recién nacidos con 37 o más semanas de gestación y con peso igual o menor a 2 499 g. Esta información tiene como propósito identificar estos niños y niñas de manera oportuna, así las entidades territoriales, departamentales, distritales, municipales, EAPB y UPGD, realizan el seguimiento y control de estos menores. De esta manera se fortalecería los programas orientadas a la ruta materno-perinatal, primera infancia, entre otros.

De acuerdo con la literatura, se pueden relacionar factores de riesgo del bajo peso al nacer agrupado en cinco categorías, como se describen a continuación [11,19].

Factores de Riesgo del bajo peso al nacer.

Tipo	Descripción
Sociodemográficos	SSe ha observado que una edad materna de menos de 20 años y entre los periodos de 35 a 40 años aumenta el riesgo para que los recién nacidos tengan peso menor o igual a 2 499 g. También se relaciona con mayor frecuencia de madres con condiciones económicas y nutricionales menos favorables, lo que está asociado a estratos socioeconómicos bajos [11,19,20].
Riesgos médicos anteriores al embarazo	La hipertensión arterial, enfermedades renales, tiroideas, cardiorrespiratorias y autoinmunes de la madre se asocian con un aumento del riesgo. También se ha descrito un aumento de riesgo con la primiparidad y antecedentes de abortos así como la desnutrición materna [11,19,20].
Riesgos médicos del embarazo actual	La hipertensión gestacional, ganancia de peso inadecuada durante la gestación, síndrome anémico, intervalo intergenésico menor de 2 años, sangrado vaginal, causas placentarias (como abruptio placentario o placenta previa) diabetes gestacional, infección urinaria, enfermedad periodontal, complejo TORCH, y sífilis gestacional [11,19,20].
Cuidados prenatales inadecuados	Establecidos como un inicio tardío de los controles (posterior a la semana 13 de gestación) o por un número insuficiente de los mismos (menor a 6 en todo el tiempo de la gestación), falta de suplementación con micronutrientes [11,19,20].
Riesgos ambientales y de conducta	Se ha observado que el trabajo materno excesivo o en condiciones inadecuadas, aumenta el gasto energético e incide desfavorablemente en la nutrición fetal; se ha descrito que el estrés puede aumentar la descarga de adrenalina y agravar la perfusión placentaria. La ansiedad y la depresión se relacionan con este resultado. Así mismo, el consumo de tabaco, alcohol, café y psicoactivos se asocia de forma importante con un aumento de la incidencia del bajo peso al nacer [11,19,20].

1.3. Justificación para la vigilancia

El BPN es considerado un problema de salud pública en Colombia y presenta una incidencia del 9% en el 2017 [12]. Las políticas nacionales orientadas a la meta de erradicar la pobreza extrema y el hambre, incluyen disminuir el porcentaje de niños con BPN, estabilizando la tendencia de aumento del BPN por debajo del 10% anual [21]. Así mismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 incluyen reducir la mortalidad neonatal a 12 muertes o menos por cada 1 000 nacidos vivos, y la mortalidad de menores de 5 años a 25 muertes o menos por cada 1 000 nacidos vivos [8]. Es de anotar que la vigilancia de este evento responde al propósito expuesto en alianzas público-privadas por la seguridad alimentaria y nutricional del Acuerdo para la Prosperidad No. 52 de la Alta Consejería para las Regiones y la Participación Ciudadana de abril de 2011 [22].

La creación de la vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer a término hace parte de la implementación del modelo de vigilancia del estado nutricional para la población colombiana, establecido en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – PNSAN 2012-2019 [23] y contribuye a la meta del Plan Decenal de Salud Pública en mantener en < 10% la proporción de Bajo Peso al Nacer [20].

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Identificar los recién nacidos a término con bajo peso al nacer, sirve para que se realicen las intervenciones inmediatas de manera prioritaria y oportuna, minimizando los riesgos de morbilidad o mortalidad asociada a esta condición. De esta manera se establece su atención como medida de control de salud pública contribuyendo al cumplimiento de las metas del PNSAN 2012-2019.
Los usuarios de esta información son el Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección de Epidemiología y Demografía y la Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) y los programas departamentales, distritales y municipales de seguridad alimentaria y nutricional.

2. Objetivos específicos

• Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer a término como evento trazador del estado nutricional y de salud de los nacidos vivos, contribuyendo a la disminución de la carga de esta condición en la salud infantil.

• Establecer las proporciones y características epidemiológicas de los recién nacidos a término con bajo peso, que facilite las acciones individuales y colectivas en las entidades territoriales.

3. Definiciones operativas de casos

En los individuos, el bajo peso se define así:

Definición de caso	Características de la clasificación
Peso bajo al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 2499 gramos [8,17]
Muy bajo peso al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos [24]

La definición de caso a considerar para la vigilancia del evento es:

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado*	**Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤2.499 gr.

* En el caso de nacimiento domiciliario o diferente a institucional, durante la atención médica en el primer mes de nacido, el profesional, mediante criterios clínicos definirá si el niño o niña cumple la definición de caso para su notificación obligatoria.

4. Fuentes de datos

4.1 Definición de las fuentes

Las fuentes de información serán los registros de estadísticas vitales correspondiente al certificado de nacido vivo (en físico) o Registro Único de Afiliados - RUAF (electrónico), Registro individual de la prestación de servicios de salud - RIPS de nacimiento; historias clínicas, libros de partos y cesáreas, bases de datos o archivo físico de estadísticas vitales de las entidades territoriales en salud y la Información que aporte la madre o cuidador del recién nacido.

El seguimiento se realiza mediante Vigilancia Rutinaria, por medio de la notificación semanal de casos confirmados en las UPGD, a través de la migración al Sivigila de la información del archivo Ruaf-nd, o mediante uso de ficha de notificación identificada con el código 110 (FOR-R02.0000-001 V:09 2020-03-06)

4.2. Periodicidad de los reportes

La notificación de los casos confirmados con bajo peso al nacer a término es semanal e individual, de acuerdo con los estándares fijados por el subsistema de información para la vigilancia en salud pública.

La notificación incluye el reporte en la ficha de los datos básicos (datos de la madre) y los complementarios (datos del recién nacido).

Se entiende la notificación negativa como el reporte de la ausencia del evento durante la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia

Notificación	Responsable
Notificación semanal	De la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) al municipio (Dirección local de salud u hospital local): Notificación de bajo peso al nacer a término de forma individual y semanal mediante migración al Sivigila de archivo Ruaf-nd por la herramienta Sianips-Ruaf. Se debe descargar archivo de nacidos vivos por índices y en Excel 5.0/95 y completar la notificación con el diligenciamiento de las variables de teléfono, grupo poblacional y ocupación. Una vez completada la información se realizará la notificación mediante archivo plano. Las entidades territoriales que no cuenten con acceso al aplicativo Ruaf-nd, deberán utilizar la ficha de notificación código 110.
	Del municipio al departamento o distrito: • Notificación de bajo peso al nacer a término mediante archivo plano. • Revisión, recolección y complementación de la ficha de notificación.
	Del departamento/distrito a la nación: • **Notificación de bajo peso al nacer a término mediante archivo plano.** • **Recepción y revisión de la información enviada por los municipios de los casos notificados a través de la información de la ficha.**
Ajustes por períodos Epidemiológicos	Los ajustes a la información correspondiente de casos confirmados que no fueron notificados por el municipio o el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema. Posterior a la notificación, los ajustes que aplican para el evento son: Ajuste D: ajuste por error de digitación Ajuste 6: descarte por confirmar que no cumple con la definición de caso Ajuste 7: ajuste de actualización

4.3. Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, del él hacia el nivel departamental/distrital y de este hacia el nivel nacional (la nación reporta a las entidades internacionales correspondientes). Desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios y a las UPGD. El flujo de la información se puede consultar en el documento: "Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria" en el siguiente link: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/7.%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20operaci%C3%B3n%20estad%C3%ADsticas%20de%20vigilancia%20de%20eventos%20de%20salud%20p%C3%BAblica.pdf

4.4. Responsabilidades por niveles

El cumplimiento de este protocolo se aplicará en el ámbito de las competencias y obligaciones dadas en el Decreto 3518 de 2006 y el Decreto 780 de 2016 a la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de los regímenes contributivos, subsidiado, especiales y de excepción, y los prestadores de servicios de salud [25,26], adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

Unidad primaria generadora de datos (UPGD)

• Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben realizar la detección y notificación de los casos diligenciando la ficha única de notificación individual de datos básicos y complementarios (código 110) con periodicidad semanal.

• Notificar los casos confirmados a la Unidad Notificadora Municipal de manera semanal.
• Verificar y garantizar la calidad de los datos de la información recolectada y los ajustes que se requieran.
• Realizar semanalmente el análisis de correspondencia y concordancia de los datos del evento de bajo peso al nacer a término registrados en las estadísticas vitales y en el Sivigila.
• Brindar la atención individual del caso de acuerdo con las acciones individuales contenidas en este documento.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)

• Garantizar el cumplimiento de las directrices y procedimientos para la implementación del presente protocolo en la red de prestadores de servicios de salud, en el marco de los procesos básicos de la vigilancia.
• Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a la recuperación de los menores con bajo peso al nacer a término, acorde a lo establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la normatividad vigente.
• Participar en la concertación de estrategias y acciones de manera articulada con el municipio y las UPGD, acorde a los resultados frente a los casos de bajo peso al nacer a término.

Entidades territoriales de orden municipal

• Consolidar semanalmente la información reportada por las UPGD de su territorio, verificando la calidad de los datos notificados al Sivigila, realizando la realimentación de las inconsistencias encontradas a las UPGD, para que realicen los ajustes requeridos.
• Acompañar a las UPGD realizando capacitaciones periódicas de este protocolo de vigilancia.
• Realizar el análisis periódico de la correspondencia y concordancia entre las estadísticas vitales y el Sivigila.
• Participar con el departamento y las EAPB en la concertación de estrategias y acciones de acuerdo con los hallazgos y los resultados de los análisis realizados.

Entidades territoriales Departamentales o Distritales

• Consolidar semanalmente al Sivigila del Instituto Nacional de Salud, la información proveniente de los municipios, previa verificación y depuración de la información registrada.
• Realizar evaluación y gestión periódica entre estadísticas vitales y Sivigila, que permita optimizar la correspondencia y concordancia.
• Realizar análisis epidemiológicos periódicos a las variables sociodemográficas y a los indicadores establecidos en el protocolo.
• Realizar cuando se requiera, apoyo al municipio en la asistencia técnica a las UPGD.
• El área de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces, deberá entregar la información periódicamente a los programas (nutrición, salud infantil, AIEPI, entre otros), para que desde allí se realice el análisis respectivo del comportamiento del bajo peso al nacer a término, contribuyendo a la toma de decisiones y al seguimiento de los informes entregados por parte de las EAPB frente a la gestión y resultados, relacionados con la recuperación de los casos.

Instituto Nacional de Salud

• Asesorar a las entidades territoriales departamentales y distritales en el proceso de vigilancia correspondiente a la identificación y notificación de casos.
• Recibir la información y notificación de los departamentos y distritos, retroalimentando de manera periódica la calidad de los datos.
• Divulgar la información que resulte del análisis de la notificación del evento a través de publicaciones e informes.
• Participar en las actividades de discusión y análisis de bajo peso al nacer a término en los niveles regional, nacional e internacional.

Ministerio de Salud y Protección Social

• Realizar análisis de la situación de bajo peso al nacer y el impacto a nivel nacional, con el fin de orientar la toma de decisiones políticas al respecto.
• Realizar asistencia técnica cuando ésta se requiera.

5. Recolección de los datos

El flujo de datos de notificación de eventos de interés en salud pública se puede consultar en el documento: "Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila", en el siguiente enlace: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual_SIVIGILA_2018_2020.pdf.

Las UPGD, municipios, distritos y departamentos son responsables de la calidad de la información, verificando el cumplimiento de la definición operativa de caso, correspondencia y concordancia de los datos y su registro de acuerdo con las instrucciones dadas para el diligenciamiento de la ficha de notificación.

Ni las Direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las EAPB, ni ningún otro organismo de administración, dirección, vigilancia y control, podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, con relación a la longitud de los campos, tipo de dato, valores de adopción del dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio que las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional en sus bases para uso propio.

6. Análisis de datos de información

Se realiza análisis tipo descriptivo que caracteriza la situación epidemiológica del bajo peso al nacer a término de los casos notificados al Sivigila (código 110). Para el análisis de la información, se excluye los casos con ajustes 6 y D, y casos repetidos. Se establecen frecuencias absolutas, relativas y la comparación con el comportamiento del año anterior, para las variables sociodemográficas de la madre y del recién nacido.

6.1. Indicadores

Nombre del indicador:	Oportunidad en la notificación semanal del Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT)
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el tiempo que transcurre entre la fecha de nacimiento del recién nacido y la fecha de notificación del caso al Sivigila.
Propósito	Realizar seguimiento al comportamiento del evento.
Definición operacional:	Numerador: total de casos notificados en la misma semana del nacimiento. Denominador: total de casos notificadas al Sivigila en el periodo a evaluar.
Coeficiente de multiplicación	100.
Fuente de información:	Numerador: SIVIGILA. Denominador:SIVIGILA.
Interpretación de resultado	Indica el porcentaje de los recién nacidos con bajo peso al nacer a término que fueron notificados oportunamente al Sivigila (≤ a 8 días). 0 a 60: bajo; 61 a 89: Medio; 90 a 100: Alto.
Nivel de desagregación	Nacional, departamental, distrital.

Nombre del indicador:	Proporción de Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT)
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Refleja el comportamiento de los recién nacidos con BPNT notificados al Sivigila.
Propósito	Realizar seguimiento al comportamiento del evento
Definición operacional:	Numerador: número de nacidos vivos con BPNT. Denominador: total de nacidos vivos del periodo de estudio.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información:	Numerador: SIVIGILA denominador: DANE (estadísticas de nacidos vivos)
Interpretación de resultado	Indica la proporción de los recién nacidos con bajo peso al nacer a término por cada 100 nacidos vivos según DANE.
Nivel de desagregación	Nacional, departamental, distrital.

7. Orientación para la acción

7.1. Acciones individuales

La acción individual primaria se orienta al efectivo cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones definidos en la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) contenidas en la Resolución 3280 de 2018 [27], de forma que las EAPB garanticen el desarrollo de las actividades de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales de los recién nacidos con bajo peso al nacer a término por medio de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud(RIAS-Para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y de atención a la desnutrición aguda y para población materno-perinatal).

Tal como lo define la declaración, la atención básica en salud para el recién nacido ha de incluir la promoción y el apoyo de la lactancia materna inmediata y exclusiva; prácticas para mantener al bebé caliente; medidas para fomentar el aumento del lavado de manos, el cuidado higiénico del cordón umbilical y la piel; métodos para detectar situaciones o factores de riesgo que exijan atención complementaria y asesoría en caso de presentarse complicaciones del recién nacido o la madre que requieran asistencia médica hospitalaria [26].

7.2. Acciones colectivas

Las acciones colectivas, en virtud de la Ley 1122 de 2007 [28] que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. Por tanto, el Plan de salud pública de intervenciones colectivas- PIC, deberá garantizar que las estrategias integrales de información, educación y comunicación sobre nutrición para promoción de la salud que se determinen, sean coordinadas con las actividades de educación personalizada y seguimiento a los niños y niñas con bajo peso al nacer a término para garantizar la adherencia a los programas y tratamientos.

De la misma forma a través del PIC, se canaliza a la población hacia los programas de complementación alimentaria, suplementación con micronutrientes y hacia los servicios de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, donde se realiza el seguimiento y control de los niños y niñas con factores de riesgo, problemas de malnutrición y la evaluación de daños y complicaciones, así como el tratamiento correspondiente. Lo anterior implica la coordinación y trabajo interinstitucional e intersectorial con la participación de la comunidad en los programas.

7.3 Acciones de Laboratorio

No aplica.

8. Comunicación del riesgo

La divulgación de la información de la vigilancia del evento se realizará mensualmente mediante infografías y semestralmente a través informes epidemiológicos. Es importante la inclusión de este tema en los comités operativos de vigilancia departamentales, así como en comités de política social y comités de primera infancia.

9. Referencias bibliográficas

1. WHO. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. [Internet]. Ginebra-Suiza. 2017. 1-8. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/es/.
2. WHO. [Internet]. Ginebra. Salud materna, neonatal, infantil y adolescente, Cuidado del recién nacido prematuro y con bajo peso al nacer. 2018. [Fecha de consulta: 29 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/prematurity/en/.
3. UNICEF&CEPAL. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. [Internet]. Naciones Unidas, Santiago de Chile. 2006. 2:1-10. [Fecha de consulta: 29 de octubre 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35978/1/Desafios_Nro2_esp_es.pdf .
4. Velásquez N, Masud J, Ávila R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Boletín médico del Hospital Infantil de México. [Internet]. México. 2004. 61(1): 73-86. [Fecha de consulta: 29 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100010&script=sci_arttext .
5. Risnes K, Vatten L, Baker J, Jamenson K, Socio U, Kajantie E, et al. Birtweigth and mortality in adulthood: a sysmatic rewiew and meta análisis. Internation al Journal of Epidemiology [Internet]. Oxford. 2011; 40: 47-661. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2020]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21324938/.
6. Leeson C, Kattenhorn M, Morley R, Lucas A, Deanfield J. Impact of Low Birth Weight and Cardiovascular Risk Factors on Endothelial Function in Early Adult.Journal of American Heart Asocciation. Australia. [Internet]. 2001. 103(9):1264-8. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2020]. Disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11238271/.
7. WHO&UNICEF. Low Birthweight: Country, regional and global estimates. [Internet]. USA. 2004. 1-27. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf .
8. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016, una oportunidad para cada niño. [Internet]. 2016. [Fecha de consulta: 29 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf.
9. González R. Salud materno-infantil en Las Américas, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Chile. [Internet]. 2010. 75(6):411-421. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011.
10. Arce K, Vicencio J, Iglesias J, Bernárdez I, Rendón M, Braverman A. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional Karina L. Boletín médico del Hospital Infantil de México. [Internet]. México. 2018. 75 (1): 237-243. [Fecha de consulta: 12 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n4/1665-1146-bmim-75-04-237.pdf.
11. Torres C. Bajo peso al nacer y mortalidad infantil en Santiago de Cali, 2011-2014: un análisis de

factores sociodemográficos como herramienta para planificación del desarrollo. [Internet]. Colombia. 2017. 1-74. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible en https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/941/1/DKA-Spa-2017-Bajo_peso_al_nacer_y_mortalidad_infantil_en_Santiago_de_Cali_Trabajo.pdf.

12. DANE. Estadísticas Vitales – EEVV, cifras definitivas años 2017. Dirección de censos y Demografía. [Internet]. Colombia. 2018. 1-47. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2017.pdf .

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá. [Internet] 2019. 1-337. [Fecha de consulta: 21 de junio de 2020] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335754940_Resultados-generales-ENSIN-2015-preliminar_-_Chapters_3_and_4_Determinantes_estructurales_de_la_situacion_nutricional_y_Determinantes_intermedios_del_estado_nutricional/link/5d79b167299bf1cb809979f3/download.

14. Restrepo A, Restrepo S, Ceballos N, Mardones F. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nácidos a término. Colombia, 2002-2011. Colombia [Internet]. 2016. 32(11) [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n11/e00133215/ .

15. Bortman M. Factores de riesgo de Bajo Peso al Nacer. Revista Panam Salud Publica. Argentina [Internet]. 1998 3(5): 314-321 [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rpsp/1998.v3n5/314-321/es/.

16. Ylppö A. Pathologisch-anatomische Studien bei Frühgeborenen Makroskopische und mikroskopische Untersuchungen mit Hinweisen auf die Klinik und mit besonderer Berücksichtigung der Hämorrhagien. Revista europea de pediatría. 1919; 20 (1): 212–431. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020]. Disponible en https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02088202.

17. WHO. Technical Report Series No.27, Expert Group on Prematurity. [Internet]. Geneva. 1950. 1-11. [Fecha de consulta: 31 de octubre 2020]. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38549/WHO_TRS_27_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

18. Castaño C, Alvarez L, Caicedo B, Ruíz I, Valencia S. Tendencia del bajo peso al nacer en recién nacidos a término y su relación con la pobreza y el desarrollo municipal en Colombia. 2000-2014. Revista Chilena de nutrición. [Internet]. Oxford. 2020; 47(1): 47-661. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182020000100022&script=sci_arttext&tlng=en.

19. Fajardo R, Cruz J, Gómez E, Isla A, Hernández P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. Revista Cubana de Medicina General Integral. Cuba. [Internet] 2008. 24(4):1-17. [Fecha de consulta: 31 de julio de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400007.

20. Ministerio de Salud y de Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la salud en Colombia la construyes tú. Bogotá. [Internet]. 2013. 7-538. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf.

21. UNICEF. Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008, supervivencia infantil. [Internet]. 2008. [Fecha de consulta: 30 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/SOLAC_2008_spanish.pdf.

22. Alta Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia. [Internet]. Colombia. Acuerdo para la Prosperidad No. 52 sobre Primera Infancia. 2011. [Fecha de consulta: 31 de octubre 2020]. Disponible en: http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2011/Paginas/111104.aspx.

23. Gobierno de Colombia. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012-2019. Bogotá. [Internet] 2012. 2-68. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/pnsan.pdf.

24. Hurtado K, Rodríguez D, Navarro E, Camacho C, Nieves S. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico. Colombia. [Internet]. 2015. 1381):76-85. [Fecha de consulta: 30 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/prosp/v13n1/v13n1a09.pdf.

25. Republica de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Colombia, 2006. [Internet]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2019] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf
26. Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección social. Colombia, 2016. [Internet]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2020] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta de atención de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las disposiciones para su operación. Colombia, 2018. [Internet]. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf.
28. Congreso de la República de Colombia. Ley número 1122 de 2007, por la cual se Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia, 2007. [Internet]. [Fecha de consulta: 31 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf.

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	08	08	Publicación del protocolo	Fernando Quiroga Contratista Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
01	2013	11	06	Actualización de conceptos y formato	Fernando Quiroga Contratista Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
02	2014	10	08	Actualización de conceptos y formato	Herminia Walteros Fernández Contratista Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
01	2016	17	03	Actualización de conceptos y formato	Giomar Sichacá Ávila Profesional especializado Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
02	2017	07	09	Actualización de conceptos y formato	Giomar Sichacá Ávila Profesional especializado Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
02	2019	29	10	Actualización de conceptos y formato	Yenny Zulima Vásquez Alejo Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles
03	2020	11	03	Actualización de conceptos y	Yenny Zulima Vásquez Alejo Grupo Funcional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles

REVISÓ	APROBÓ
Diana Marcela Walteros Acero	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

Ficha de notificación FOR-R02.0000-001 V:09 2020-03-06