

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

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
8	Comunicación del riesgo	11
9	Referencias bibliográficas	11
10	Control de revisiones	13
11	Anexos	13

1. Introducción

El bajo peso al nacer es un problema de salud pública en el mundo debido a sus efectos a corto y largo plazo (1). Es una condición asociada al riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, que contribuye con 60 a 80 % de todas las muertes neonatales (2). Los recién nacidos con un peso entre 2.000 y 2.499 gramos tienen cuatro veces el riesgo de muerte neonatal frente a aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 y es 10 a 14 veces superior frente a aquellos que nacen con un peso entre 3.000 y 3.499 gramos (3).

Así mismo, corren mayor riesgo de padecer retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia (4) y de presentar adversas consecuencias en la niñez y la adolescencia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo e incluso algunos estudios han determinado efectos en la vida adulta con consecuencias como las enfermedades crónicas tales como la diabetes y la enfermedad cardiovascular (5).

1.1. Comportamiento del evento

De acuerdo con la publicación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el bajo peso al nacer que se registra en un año en todo el mundo es aproximadamente 20 millones de niños y niñas, lo que equivale a entre 15 y 17 % de todos los nacimientos (6). Estos niños y niñas tienen un mayor riesgo de morir durante los primeros meses y años de vida y los que sobreviven están propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y en el futuro pueden presentar enfermedades crónicas (7).

Se ha estimado que cerca de 96 % de los nacimientos con bajo peso ocurren en los países en desarrollo, lo cual establece a 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 en la reducción de las capacidades 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 (8, 9).

Para los años 2009 a 2013, en América Latina y el Caribe, el índice de bajo peso al nacer se ubica en 9 %, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,2 % en Cuba y 23 % en países como Haití (10). El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61 %) en la región. El 85 % de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer (≤ 2.499 gramos) donde las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal (12). En 2006 la OPS/OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de las que alrededor de 45 % fueron muertes fetales tardías y 55 % (152.000) muertes neonatales precoces (13).

Al analizar los datos de UNICEF, en el informe del Estado Mundial de la Infancia 2016, para los países de Suramérica, la mayoría de países están cumpliendo la meta establecida que es mantenerse por debajo de 10 % en la tasa de bajo peso al nacer, siendo los países de Guyana y Surinam la excepción; sin embargo Colombia a pesar de cumplir con la meta, es después de estos países aquel con el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer 9,5 %, 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 bajo peso al nacer por cada 1000 nacidos vivos (10).

La proporción del bajo peso al nacer según las estadísticas vitales entregadas en por el DANE ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 8,7 en el 2014 con un crecimiento continuo, cifra que a pesar de ser menor frente a los cálculos realizados en el informe de UNICEF 2016, es considerada alta si se compara con otros países de la región y que de mantenerse esta tendencia se estima que para el año 2015 se ubique por encima de 9 % de los nacidos vivos.

El análisis por semanas de gestación se observa que cerca de 50 % del bajo peso al nacer se presenta en niños a término, cifra que es importante para analizar teniendo en cuenta que presenta un crecimiento constante aún más a partir del año 2005, estos resultados son importantes dado que, para tener tasas bajas de mortalidad infantil, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer a término debe estar por debajo de 40 % del total (ojo).

Según la ENDS 2010, el bajo peso se presenta con mayor frecuencia en hijos de madres menores de 20 años y mayores de 34 años, primogénitos, de las zonas urbanas, con mayor educación y menor pobreza. De la misma manera, fue más prevalente en Bogotá (con 12 %), Valle del Cauca sin Cali, ni litoral (10 %), las áreas metropolitanas de Barranquilla, Medellín y Cali (con un 9 %). Estas diferencias no se pueden atribuir solo a condiciones socio-demográficas. Un factor que puede contribuir a explicar el incremento, es de tipo estadístico, dado el mejor registro de los procesos de maternidad, teniendo en cuenta que el aumento de los partos institucionales, el fortalecimiento de las redes de información y el aumento en el número de salas de cuidado intensivo neonatal hacen que el registro de dichas entidades aumente (15).

La proporción de bajo peso al nacer por la edad de la madre, se observa que cerca de 20% del total de bajo peso al nacer se presenta en los dos primeros grupos quinquenales, es decir en las mujeres de menos de 20 años de edad, siendo mayor en las menores de 15 años. Este porcentaje disminuye con la edad, pero cobra mayor importancia a partir de los 40 años y aún más en el grupo de edad de 45 a 50 años, que es el grupo quinquenal que presenta el mayor porcentaje del bajo peso al nacer. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este grupo de edad representa menos de 2 % de los nacimientos totales en 1 año.

1.2. Estado del arte

El peso al nacer es un importante indicador de las condiciones de salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones de su gestación, en el contexto

de los individuos y las poblaciones (16). El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia (17). Por otra parte, las alteraciones en el crecimiento fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo. El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre (18).

El bajo peso al nacer es un problema de salud pública en Colombia con una incidencia de 8,7% en el 2014. En algunos estudios ha sido demostrado que el bajo peso al nacer es predictor de la mortalidad infantil, porque al menos la mitad de las muertes perinatales suceden en recién nacidos con bajo peso (21). Las políticas nacionales adicionaron, a la meta de los Objetivos del Milenio uno (erradicar la pobreza extrema y el hambre), disminuir el porcentaje de niños con bajo peso al nacer (estabilizar la tendencia de aumento del porcentaje de bajo peso al nacer en Colombia sin que sobrepase 10 % anual al 2015) (7).

Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato de peso igual o menor de 2.499 gramos, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa. El BPN suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre.

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. 29 de la Alta Consejería para las Regiones y la Participación Ciudadana publicada en abril de 2011 (22).

1.3. Justificación para la vigilancia

Para 2010, en reunión nacional con las entidades territoriales del orden nacional del país, se definieron cinco eventos para vigilar, de tal manera que se abordara como una primera fase el estado nutricional, mientras se avanza en procesos efectivos que permitan dar cuenta del componente alimentario que, dada su naturaleza, requiere la articulación de sectores adicionales al de

salud para poder monitorear la seguridad alimentaria. Además, 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 2012-2019 y contribuye a la meta del Plan Decenal de Salud Pública en mantener en menos de 10% la proporción de BPN.

Factores de Riesgo del bajo peso al nacer

Tipo	Descripción
Sociodemográficos	Se 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 menos de 2.500 g. Los bajo peso al nacer provienen con mayor frecuencia de madres con condiciones económicas menos favorables, lo que está asociado a estratos socioeconómicos bajos.
Riesgos médicos anteriores al embarazo	La hipertensión arterial, enfermedades renales, tiroideas, cardiorrespiratorias y autoinmunes 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.
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 abrupto placentario o placenta previa) diabetes gestacional, infección urinaria, enfermedad periodontal, complejo TORCH y sífilis gestacional.
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.
Riesgos ambientales y de conducta	Se ha observado que el trabajo materno excesivo o inadecuado, 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. Por otra parte el consumo de tabaco, alcohol, café y drogas se asocia de forma importante con un aumento de la incidencia del 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 con el fin de que se realicen las intervenciones inmediatas que permitan minimizar los riesgos de morbilidad o de mortalidad asociada a esta condición y establecer su atención como medida de control de salud pública.

Los usuarios de esta información serán, el Ministerio de Salud y Protección Social, dirección de epidemiología y demografía y subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas, Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y programas departamentales, distritales y municipales de seguridad alimentaria y nutricional.

2. Objetivos específicos

- ▼ - Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer para establecer su tendencia como evento trazador del estado nutricional y de salud de los nacidos vivos, que permita contribuir a disminuir la carga de esta condición en la salud infantil.
- Determinar las proporciones de bajo peso al nacer a término por entidad territorial y según edad de la madre, de forma que oriente las acciones en salud pública.

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 2.499 gramos (30).
Muy bajo peso al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 1.499 gramos (30).

Adicionalmente, se considera la categoría de peso deficiente como el recién nacido con peso entre 2.500 y 2.999 gramos; peso normal es aquel con peso mayor o igual a 3.000 gramos (23). La definición de caso para 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.

** World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1 Definición de las fuentes

Las fuentes de información serán los registros de estadísticas vitales mediante el 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, Información que aporte la madre o cuidador del recién nacido.

Vigilancia rutinaria: notificación semanal de casos confirmados en las UPGD a través de la migración de información de archivo Ruaf-nd o mediante ficha de notificación con datos complementarios con el código 110 (FOR-R02.0000-051 V:04 2017/01/01).

4.2. Periodicidad de los reportes

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

La notificación debe realizarse en la ficha de datos básicos (datos de la madre), complementarios (datos del bebé) y la investigación de caso en la ficha correspondiente.

Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las unidades primarias generadoras de datos - UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

Notificación	Responsable
Notificación semanal	Del municipio al departamento o al 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 con 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
Sistema de alerta temprana (SAT)	Generación de alerta semanal para el evento para casos con peso inferior a 2000 gramos (semanal).

4.3. Flujo de información

- Para consultar el flujo de la información general avalado por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo de Salud Pública, remítase al documento Metodología Sivigila (disponible en www.ins.gov.co)

4.4. Responsabilidades por niveles

- El cumplimiento de este protocolo se aplicará en el ámbito de las competencias y obligaciones por parte de la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivos y subsidiado, las entidades administradoras de planes de beneficios, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.
- Serán conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), en el Decreto 780 de 2016, (por medio del cual se expide el Decreto Único
- Reglamentario del Sector Salud y Protección Social) y en el documento “Metodología de la operación estadística de vigilancia rutinaria”, del INS. Adicionalmente:

Nivel municipal, departamental o distrital de salud

- Enviar semanalmente al SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud la base consolidada, previa verifi-

- cación y depuración de la información registrada.
- El área de vigilancia epidemiológica 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 y su conocimiento para la toma de decisiones del orden departamental y municipal, así como para integrar a al seguimiento de informes entregados por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios frente a la gestión y resultados relacionados con la recuperación de los casos.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

- Cumple con las directrices y procedimientos en la red de prestadores de servicios de salud para la implementación del presente protocolo, en el marco de los procesos básicos de la vigilancia.
- Garantiza las acciones individuales que confirmen el evento, su vigilancia y su análisis, dentro de la normatividad vigente.

5. Recolección y procesamiento 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” que

puede ser consultado en el portal web del INS:
https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/1.%20Manual%20Sivigila%202018_2020.pdf

Ni las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, ni las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración dirección, vigilancia y control podrá modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso. Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

Las variables en estudio se clasificaron según su naturaleza y nivel de medición en: variables cualitativas: nominal (dicotómica o politómica) y ordinal, variables cuantitativas: razón (discreta o continua).

Variables cuantitativas de razón discretas: peso y talla al nacer, edad gestacional al nacimiento y clasificación del peso al nacer.

Variables cualitativas: 1) Nominales: a) Dicotómicas: estrato socioeconómico, nivel educativo de la madre. b) Politómicas: departamento de residencia, municipio de residencia, área de residencia, tipo de régimen en salud, nombre de administradora de servicios de salud y pertenencia étnica.

Se realiza la validación y depuración de los datos, de acuerdo con la definición de caso. Se recodificaron variables, se determinaron frecuencias, porcentajes y análisis bivariados. Para el manejo de los datos se utilizaron las herramientas de Excel ®.

6. Análisis de la información

Análisis tipo descriptivo que caracteriza la situación epidemiológica del bajo peso al nacer a término. La población en estudio fueron los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica.

6.1. Indicadores

Se consideran los siguientes indicadores, uno de proceso y otro de resultado:

Oportunidad en la notificación semanal del bajo peso al nacer a término por departamento

Nombre del indicador	Oportunidad en la notificación semanal del bajo peso al nacer a término por departamento
Tipo de indicador	Proceso
Definición operacional	Numerador: total de casos notificados en la misma semana del nacimiento. Denominador: total de casos notificadas por el departamento en el periodo a evaluar.
Cociente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Periodicidad	Trimestral
Interpretación	El ___ % de de los recién nacidos con bajo peso fueron notificados oportunamente
Semaforización	0 a 60: bajo; 61 a 89: medio; 90 a 100: alto

Proporción del bajo peso al nacer a término

Nombre del indicador	Proporción del bajo peso al nacer a término
Tipo de indicador	Resultado
Definición operacional	Numerador: número de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término. Denominador: total de nacidos vivos del periodo de estudio.
Cociente de multiplicación:	100
Fuente de información	Sivigila/ Ruaf-nd
Periodicidad	Trimestral

7. Orientación de la acción

7.1. Acciones individuales

La acción individual primaria, se debe orientar al efectivo cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones, definidos en la Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer, para Colombia, como parte de las normas técnicas de protección específica de la Resolución 412 de 2000, mediante la cual se asegura un manejo adecuado de las condiciones biopsicosociales de los neonatos cuyo peso al nacer sea inferior a 2500 gramos (24).

En cumplimiento de la Ley 1122 de 2007 (25) y de la Resolución 1841 de 2013 (26), es necesario generar los mecanismos de coordinación, armonización y seguimiento de las acciones para el manejo de los determinantes sociales de la salud, que contribuya a promover la salud y mitigar la mortalidad de los niños y niñas con bajo peso al nacer a término.

Una vez definida la conducta de egreso, se remite al niño o niña a los programas de protección específica y detección temprana de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (control de crecimiento y desarrollo, consejería en lactancia materna, programa ampliado de inmunizaciones PAI, entre otros), y se da inicio por parte de la Secretaría de Salud Municipal al proceso de retroalimentación y posterior evaluación al estado actual del niño o niña.

De acuerdo a la declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, “Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia”, la atención domiciliaria permite aplicar los elementos eficaces de la atención de los recién nacidos y aumentar la supervivencia neonatal. Esta estrategia ha mostrado resultados positivos en entornos con alta mortalidad al reducir la mortalidad neonatal y mejorar las prácticas de la atención del recién nacido.

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 (25).

La evaluación que realiza la entidad territorial en salud, de acuerdo con su competencia, obedece a la información que el asegurador envíe de la atención y recuperación de los niños y niñas que cumplen con la definición de caso

7.2. Acciones colectivas

Las acciones colectivas, en virtud de la Ley 1122 de 2007 (25) 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 pacientes 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. Todo lo anterior implica la coordinación y trabajo inter-institucional 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 de la desnutrición aguda se realizará trimestralmente mediante informes epidemiológicos de periodo y mensualmente a través de boletines 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.

Interpretación

La proporción de nacidos vivos es de ___ %

9. Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025: Low Birthweight Policy Brief. 2014. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbwt/en/
2. World Health Organization. Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn. Maternal, newborn, child and adolescent health. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/
3. 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. Naciones Unidas, CEPAL y UNICEF. 2006; (2). ISSN 1816-7527.
4. Marie A. Boyle, David H. Holben: Community Nutrition in Action: An Entrepreneurial Approach Sixth (6th) Edition.
5. Leeson CP, Kattenhorn M, Morley R, Lucas A, Deanfield JE. Impact of Low Birth Weight and Cardiovascular Risk Factors on Endothelial Function in Early Adult Life. Circulation 6; 103(9): 1264-8.
6. United Nations Children's Foundation and World Health Organization, Low Birthweight: Country, regional and global estimates. New York: UNICEF; 2004. Health a Glance Europe 2010, OECD Publishing. <http://www.>

unicef.org/spanish/publications/index_24840.html).

7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008, supervivencia infantil. Nueva York, diciembre de 2007.
8. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. Publicación científica No.516. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1989.
9. Springer NS. Using early weight gain and other nutrition related, risk factors to predicts pregnancy outcome. J Am Diet Assoc 1992; 92(2): 217-9.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2016, una oportunidad para cada niño. Nueva York, junio de 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Bajo peso al nacer 2001. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/15_LowBirthweight_D7341Insert_Spanish.pdf
12. Cnattingius S, Stephenson O. The epidemiology of stillbirth. Seminars in Perinatology. 2002; 26: 25-30.
13. González R. Salud materno-infantil en Las Américas, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2010; 75 (6): 411-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011
14. DANE. Documento de metodología de las estadísticas vitales EEVV. Colección documentos - Actualización 2009. Núm. 82. Bogotá. 2009.
15. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá. 2010.
16. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.
17. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. Publicación científica No. 516. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1989.
18. Heredia P, Del Castillo S, Fajardo L. Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional en Colombia. Modelo conceptual, técnico y operativo. Ministerio de Salud. Bogotá D.C. 2002
19. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. 2003; 53: 263–70.
20. Parker JD, Schoendorf KC, Kiely JL. Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States. Ann Epidemiol 1994; 4: 271-8.
21. Sáez Rosell AT, Morejón Sotolongo Y, Espinosa Martínez J, Sáez Chirino G, Rosales Lameira MB, Soto Benítez MN. Incidencia y mortalidad del recién nacido bajo peso. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2011; 37 (4): 471-80.
22. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Acuerdo 029 diciembre 28 de 2011.
23. Report of a WHO Expert Comitee. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; TRS 854; 1995, Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, UNICEF. Bajo peso al nacer en Colombia, su magnitud y factores de riesgo. Agosto 1990.
24. República de Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998. Bogotá D.C.; 22 de diciembre de 1998, República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
25. República de Colombia. Ley 1122 de 2007, "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones").
26. Ministerio de Salud y de Protección: Resolución 1841 de 2013, 'por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública de 2012-2021. [Internet] 2013. Fecha de consulta [21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53328>.

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

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-R02.0000-051 V:03 AÑO 2016

Instrumento de investigación de caso FOR-R02.0000-033 V:02 AÑO 2016