

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 1 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegnis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

## 1. OBJETIVO:

### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los recién nacidos a término, con bajo peso al nacer a fin de evaluar intervenciones inmediatas que minimicen los riesgos de morbilidad o mortalidad asociada a esta condición y establecer la distribución del evento para priorizar su atención como medida de control salud pública.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Validar el bajo peso al nacer como indicador centinela de la calidad y oportunidad en la atención del recién nacido con bajo peso.
- Evaluar la calidad de los registros de las estadísticas vitales a nivel municipal, departamental y nacional como fuente de información útil para la realización de ajustes e implementación de controles que mejoren su diligenciamiento, por parte de la entidad responsable.
- Establecer los determinantes y factores de riesgo asociados para orientar las intervenciones basadas en la normatividad vigente en beneficio de la prevención y control del bajo peso al nacer y como línea base para orientar la política pública de la salud infantil
- Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer a fin de establecer su tendencia como variable trazadora del estado nutricional y de salud de los nacidos vivos, que permita contribuir a disminuir la carga de esta condición en la salud infantil.
- Generar procesos sistemáticos de recolección y captura de datos sobre los casos de bajo peso al nacer.

## 2. ALCANCE:

Este protocolo establece el proceso de vigilancia para los recién nacidos a término con bajo peso al nacer y define los lineamientos para la notificación, recolección y análisis de los datos que permitan orientar las acciones y medidas de prevención y control de los casos de bajo peso al nacer a nivel nacional, departamental, distrital y municipal según se requiera.

Teniendo en cuenta que las intervenciones (guías de atención<sup>1, 2</sup> y manejo de esta condición) para la recuperación del bajo peso al nacer están implícitas dentro de la atención de los recién nacidos pretérmino, se define el alcance de este protocolo para los menores con bajo peso al nacer a término (37 semanas o más de gestación), a fin de evaluar las acciones que garanticen su recuperación bajo el sistema de atención en salud.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 2 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

### 3. RESPONSABILIDAD:

Es responsabilidad del Ministerio de la Protección social a través del Instituto Nacional de Salud, específicamente de la Subdirección de vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema, según la normatividad vigente:

- Ministerio de la Protección Social
- Instituto Nacional de Salud-Subdirección de vigilancia y control en salud pública.
- Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (Aseguradoras)
- Unidades Primarias Generadoras de Datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública a través de los profesionales en salud que garantizan la atención de los recién nacidos.

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.

### 4. DEFINICIONES:

Las contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.<sup>2</sup>

### 5. CONTENIDO:

#### 5.1. IMPORTANCIA DEL EVENTO

##### 5.1.1. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 3 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

## Factores de Riesgo

Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 g, independiente de la edad gestacional y cualquiera que sea la causa. El bajo peso al nacer suele estar asociado con situaciones que interfieren en la circulación placentaria por alteración del intercambio madre- placenta - feto y, como consecuencia, con una malnutrición intrauterina.<sup>7</sup>

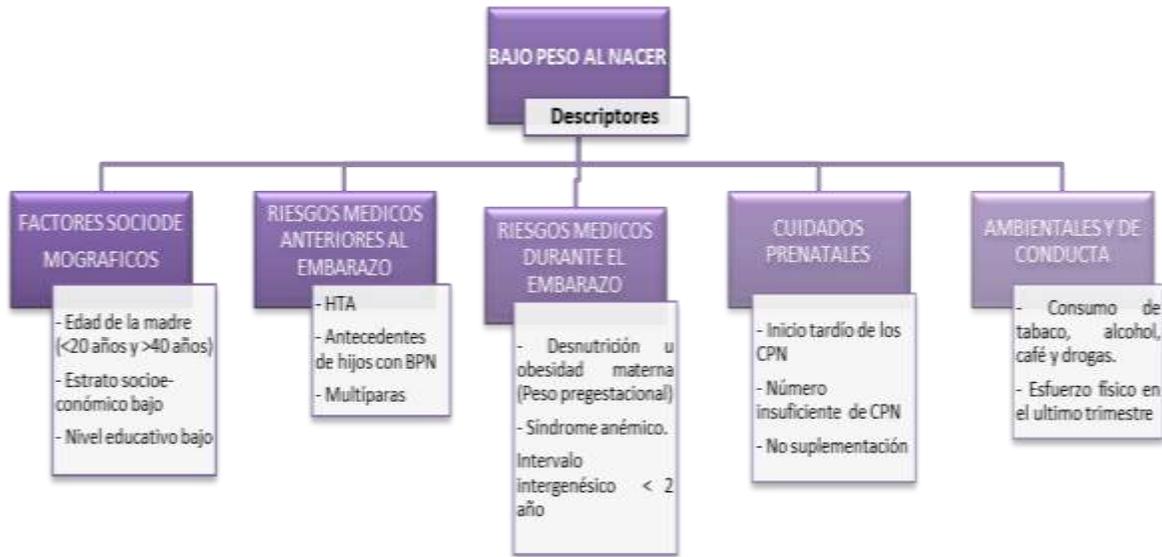
En diversas revisiones que se han llevado a cabo en este tema, se presentan los factores de riesgo del bajo peso al nacer agrupado en 5 categorías, como se describen a continuación<sup>8</sup>:

TIPO	DESCRIPCION
<b>Socio demográficos</b>	Se ha observado que una edad materna de menos de 20 años y entre los periodos de 35 a 40 años parece aumentar el riesgo para que los recién nacidos tengan menos de 2500 g; adicional, los BPN provienen con mayor frecuencia de madres en las cuales las condiciones económicas son menos favorables, es decir asociada a estratos socioeconómicos bajos.
<b>Riesgos médicos anteriores al embarazo</b>	Entre ellos la hipertensión arterial (HTA) o en partos previos, enfermedades renales, tiroideas, cardiorespiratorias y autoinmunes. La existencia de antecedentes de BPN, ya sea en la madre o en partos previos, se asocian con un aumento del riesgo. Así mismo, también se ha descrito un aumento de riesgo con la primiparidad (Primigestante) y antecedentes de abortos así como la desnutrición materna.
<b>Riesgos médicos del embarazo actual</b>	Como la HTA gestacional, la ganancia de peso inadecuada durante la gestación, síndrome anémico, un intervalo intergenésico menor de 2 años, sangrado vaginal, causas placentarias (como abruptio placentario o placenta previa) y diabetes gestacional. Infección urinaria, enfermedad periodontal, complejo TORCH, sífilis gestacional
<b>Cuidados prenatales inadecuados</b>	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,
<b>Riesgos ambientales y de conducta</b>	Se ha observado que el trabajo materno excesivo o inadecuado, aumenta el gasto energético e incide desfavorablemente en la nutrición fetal; también 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 BPN. <sup>9</sup>

A partir de esta información y teniendo en cuenta las variables proximales o que tienen una mayor relación con el bajo peso se resume en el siguiente mapa conceptual, cuales se han identificado como causas directas y subyacentes.<sup>8</sup>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 4 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

**Esquema 1. Variables Proximales del Bajo Peso al Nacer**



CPN: Controles Prenatales

## 5.1.2. CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

### 5.2.1. A nivel Mundial

De acuerdo con la publicación que realizó en el 2008 la UNICEF “Estado Mundial de la Infancia”, el bajo peso al nacer –BPN- que se registra en un año a nivel mundial es de aproximadamente 20 millones de niños y niñas. 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 alguna de las enfermedades crónicas.<sup>10</sup>

Más del 96% de los nacimientos con bajo peso al nacer 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 las madres gestantes características de los países en vías de desarrollo tales como una dieta deficiente, condiciones sanitarias que favorecen el hecho de contraer infecciones y tasas altas de embarazos en población adolescente.<sup>10</sup>

El bajo peso al nacer representa un mayor riesgo de morir durante los primeros años de vida, de padecer un retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia, de tener capacidades reducidas 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.<sup>5</sup> En comparación con los lactantes normales, el riesgo de muerte neonatal es cuatro veces mayor en los lactantes que pesan menos de 2,5 kilogramos al nacer y 18 veces mayor en los que pesan menos de 2 kilogramos. Los lactantes con

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 5 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

bajo peso al nacer también sufren tasas notablemente más elevadas de malnutrición y retraso del crecimiento en la etapa superior de la infancia y en la edad adulta.<sup>8</sup>

En América Latina y el Caribe, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 5,7% en Canadá y 12% en Guatemala. El componente neonatal representa la mayor fracción de la mortalidad infantil (61%) en dicha Región. El 85% de todas las muertes neonatales están asociadas al bajo peso al nacer ( $\leq 2.499$  gramos); las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal.<sup>10</sup> En 2006 la OMS estimó un total de 280.000 muertes perinatales (tasa de 17,3 por mil) en América, de las que alrededor del 45% fueron muertes fetales tardías y 55% (152.000) muertes neonatales precoces.<sup>10</sup>

**Tabla 1. Bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe**

País	%BPN	País	%BPN
Haití	24,6	<b>Venezuela</b>	<b>8,8</b>
Trinidad y Tobago	18,8	<b>Colombia</b>	<b>8,7</b>
Ecuador	16,1	México	8,4
Guyana	12,6	Brasil	8,2
Surinam	12,5	Uruguay	8
Jamaica	12,1	Argentina	7,3
Guatemala	12	Bolivia	7,3
Nicaragua	11,8	Costa Rica	7,1
R Dominicana	11,3	Bahamas	7
<b>Perú *</b>	<b>11,2</b>	El Salvador	7
Honduras	10,2	Chile	5,7
Panamá	10,2	Cuba	5,4
Dominica	9,8	Antigua	5,3
<b>Paraguay</b>	<b>9</b>		
* ENDES 2004, reanalizado por UNICEF			

Fuente. Nutrinet. Disponible en: <http://peru.nutrinet.org/bajo-peso-al-nacer>

Al analizar los datos para algunos países de Suramérica, Perú presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer (11%) y Paraguay, Colombia y Venezuela ocupan el segundo lugar cerca del 9%<sup>11</sup>; cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, donde se evidencia que en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con bajo peso al nacer por cada 1000 nacidos vivos.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 6 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

### 5.2.2. A nivel Nacional

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, tiene a cargo el sistema de estadísticas vitales en el cual se consolidan los aspectos relacionados con los certificados de defunción y certificados de nacidos vivos; su principal propósito es mantener actualizadas las estadísticas de los hechos vitales (nacimientos y defunciones), suministrando a los diferentes usuarios la información de manera eficaz y oportuna. Éste proceso obedece a un registro continuo de cada hecho vital, con una cobertura aproximada del 96% a nivel nacional y una desagregación de la información a departamentos y municipios, haciendo que la calidad de la información y el registro sea confiable en cuanto a las bases de datos y análisis que de allí se generan.<sup>12</sup>

A partir de esta información se llevó a cabo el análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 1998 a 2007, como se presenta en la Figura 1, donde se observa que el bajo peso al nacer aumenta año a año. El análisis se realiza en este periodo, dado que el ajuste de las estadísticas vitales en el país implica un proceso de consolidación y depuración de 18 meses aproximadamente.

**Figura 1. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer en Colombia 1998– 2008**



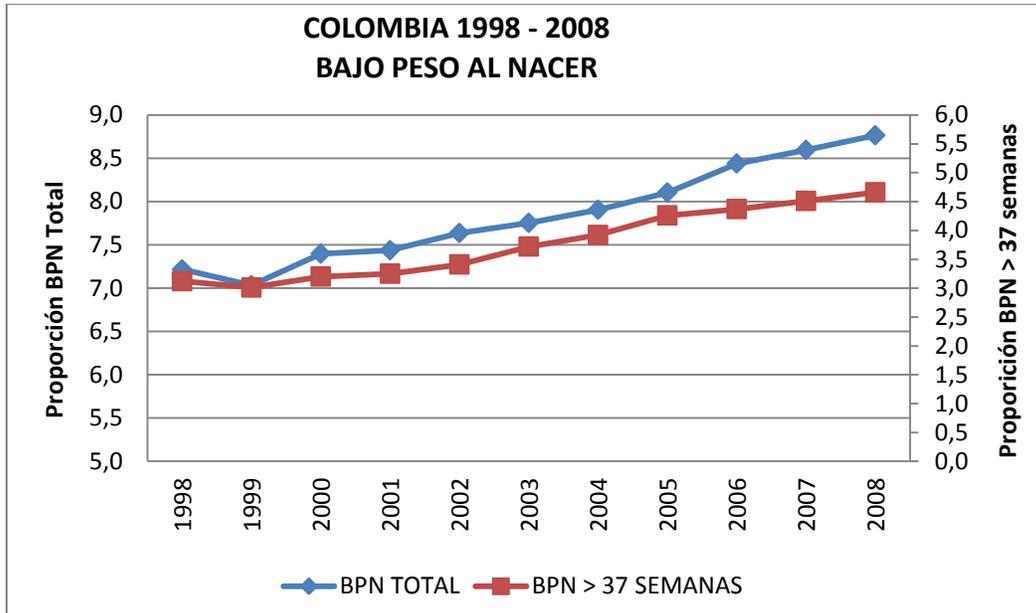
Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

La proporción del bajo peso al nacer ha pasado de 7,20 en el año 1998 a 8,77 en el 2008 con un crecimiento continuo; de mantenerse esta tendencia se podría estimar que para el año 2010 esté cerca de 9% de los nacidos vivos.

Al realizar el análisis de este indicador teniendo en cuenta las semanas de gestación, (BPN cuando las semanas de gestación son  $\geq 37$ ) se observa una tendencia estacionaria alrededor de 4% del total de nacidos vivos en un año de referencia para el mismo periodo analizado.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 7 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

**Figura 2. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer en Colombia 1998– 2008 Según semanas de gestación**



Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

El análisis por semanas de gestación permite observar que cerca del 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 del 40% del total.

Los niños con pesos entre 2000 a 2500 gramos, al momento del nacimiento, generalmente tienen una apariencia de niños a término, pero pequeños, por ello habitualmente no pueden diferenciarse por el examen del desarrollo. El recién nacido prematuro gana entre 6 a 7 kg., durante el primer año de vida, aproximadamente igual que el niño nacido a término; el déficit en el nivel de desarrollo tiende a estar en relación con el grado de prematuridad y las diferencias desaparecen hacia el segundo año de vida, siempre que no existan factores agregados.<sup>13</sup>

La mayor parte de los niños nacidos a término recuperan el peso del nacimiento hacia los 10 primeros días de vida; a partir de esta fecha con una adecuada práctica de la lactancia materna se debe dar una ganancia de peso esperada de aproximadamente 25 – 30 gr día. Con lo anterior estos menores sobre las 7 semanas de nacidos logran una ganancia superior a 1000 gr, doblan el peso del nacimiento a los cinco meses y lo triplican al año. La talla aumenta durante el primer año entre 25 a 30 cm. Hay un importante aumento de tejido subcutáneo durante los primeros meses de vida, alcanzando un máximo hacia los nueve meses. El perímetro cefálico que es de 34 a 35 cm., al nacimiento, se incrementa a 44 cm., hacia el sexto mes y a 47 cm., al cumplir el año.<sup>13</sup>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 8 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegnis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

Es preciso mencionar que un niño o niña con antecedente de bajo peso al nacer debe lograr una desviación estándar por encima de -1 en el indicador peso para la edad entre el mes 6 de vida y hasta el 12, es decir en este periodo alcanza el peso adecuado y seguirá el mismo patrón de crecimiento que los niños a término que nacen con un peso adecuado.

Al realizar el análisis de la proporción de bajo peso al nacer por la edad de la madre, la cual es una variable que está muy relacionada con esta condición, se observa que cerca del 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 del 2% de los nacimientos totales en 1 año.

**Tabla 2. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer en Colombia 2000– 2008  
Según edad de la madre**

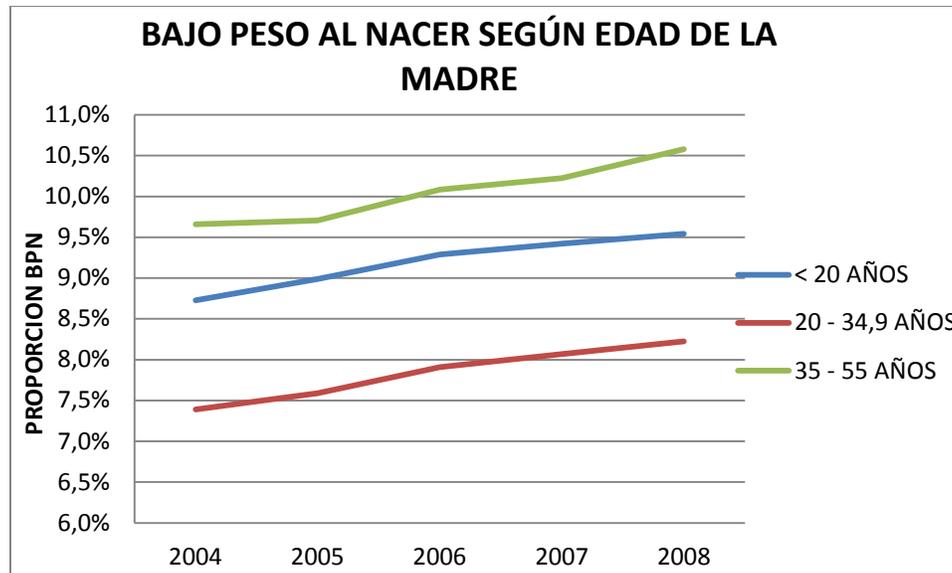
EDAD DE LA MADRE	AÑO								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>10-15</b>	<b>9,98%</b>	<b>10,23%</b>	<b>10,54%</b>	<b>11,01%</b>	<b>11,12%</b>	<b>11,16%</b>	<b>12,28%</b>	<b>11,41%</b>	<b>12,12%</b>
<b>15-20</b>	7,66%	7,87%	8,02%	8,22%	8,63%	8,90%	9,17%	9,34%	9,43%
<b>20-25</b>	6,91%	7,08%	7,30%	7,53%	7,42%	7,70%	8,01%	8,22%	8,35%
<b>25-30</b>	6,37%	6,62%	6,85%	7,13%	7,04%	7,32%	7,68%	7,68%	7,90%
<b>30-35</b>	6,98%	7,12%	7,21%	7,65%	7,85%	7,78%	8,05%	8,39%	8,52%
<b>35-40</b>	8,62%	8,87%	9,01%	9,17%	9,28%	9,28%	9,68%	9,79%	10,07%
<b>40-45</b>	9,93%	10,21%	10,48%	10,71%	10,88%	11,05%	11,18%	11,39%	12,01%
<b>45-50</b>	<b>11,06%</b>	<b>11,31%</b>	<b>11,54%</b>	<b>11,86%</b>	<b>11,93%</b>	<b>12,41%</b>	<b>14,33%</b>	<b>15,13%</b>	<b>13,90%</b>
<b>50-55</b>	6,77%	6,91%	7,03%	7,18%	7,39%	6,45%	7,26%	5,95%	17,54%

Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

En la gráfica siguiente se presenta la proporción del bajo peso al nacer por edad de la madre según grupos quinquenales para los años 2004 a 2008, donde se observa la tendencia mencionada anteriormente. Sin embargo el año 2008 presenta un aumento bastante significativo para el último grupo de edad, de 50 a 55 años que podría deberse a limitantes en la calidad de los datos de la fuente de información, la cual debe ser revisada a fondo.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 9 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

**Figura 3. Comportamiento del Bajo Peso al Nacer en Colombia 2004– 2008 Según edad de la madre**

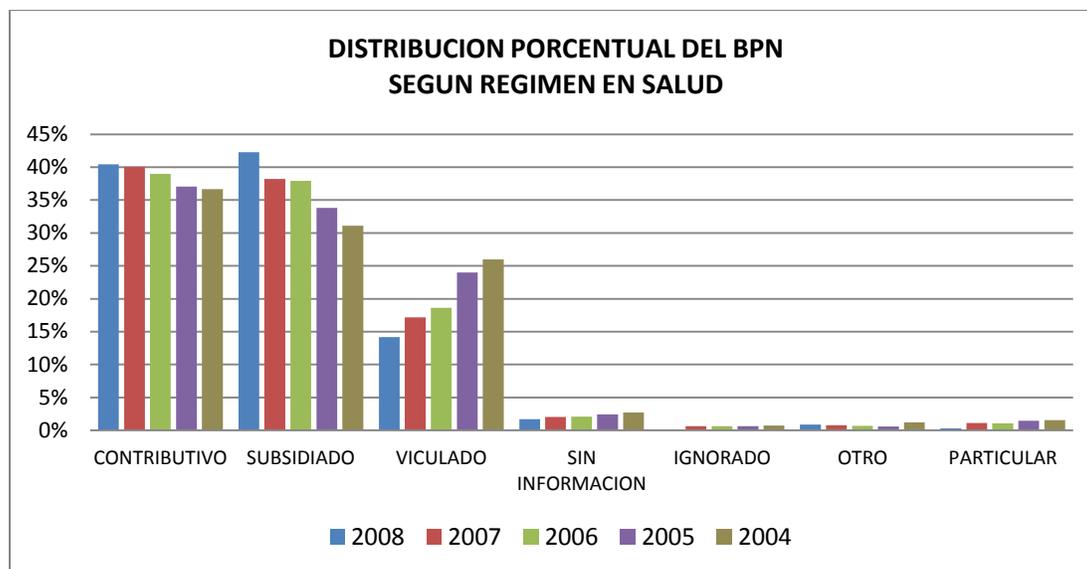


Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

Generalmente se describe en la literatura o en diferentes publicaciones la alta asociación que el bajo peso al nacer tiene en las gestantes adolescentes, principalmente en las menores de 15 años de edad,<sup>8</sup> esto se ratifica en nuestros resultados, donde se observa que este grupo definitivamente tiene un impacto directo con el bajo peso al nacer, pero donde también se evidencia que el porcentaje más alto se presenta en las gestantes de más de 40 años, principalmente las que están en el grupo de 45 a 50 años que registran proporciones del 14% del bajo peso al nacer. En este aspecto es importante hacer énfasis que las mujeres menores de 20 años representan cerca del 22% del total de nacimientos comparado con aproximadamente el 2% que representan las mayores de 40 años de edad, de allí la importancia del grupo de gestantes adolescentes como variable proximal del bajo peso al nacer.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 10 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

**Figura4. Distribución porcentual del Bajo Peso al Nacer en Colombia 2004– 2008 Según régimen en salud**



Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

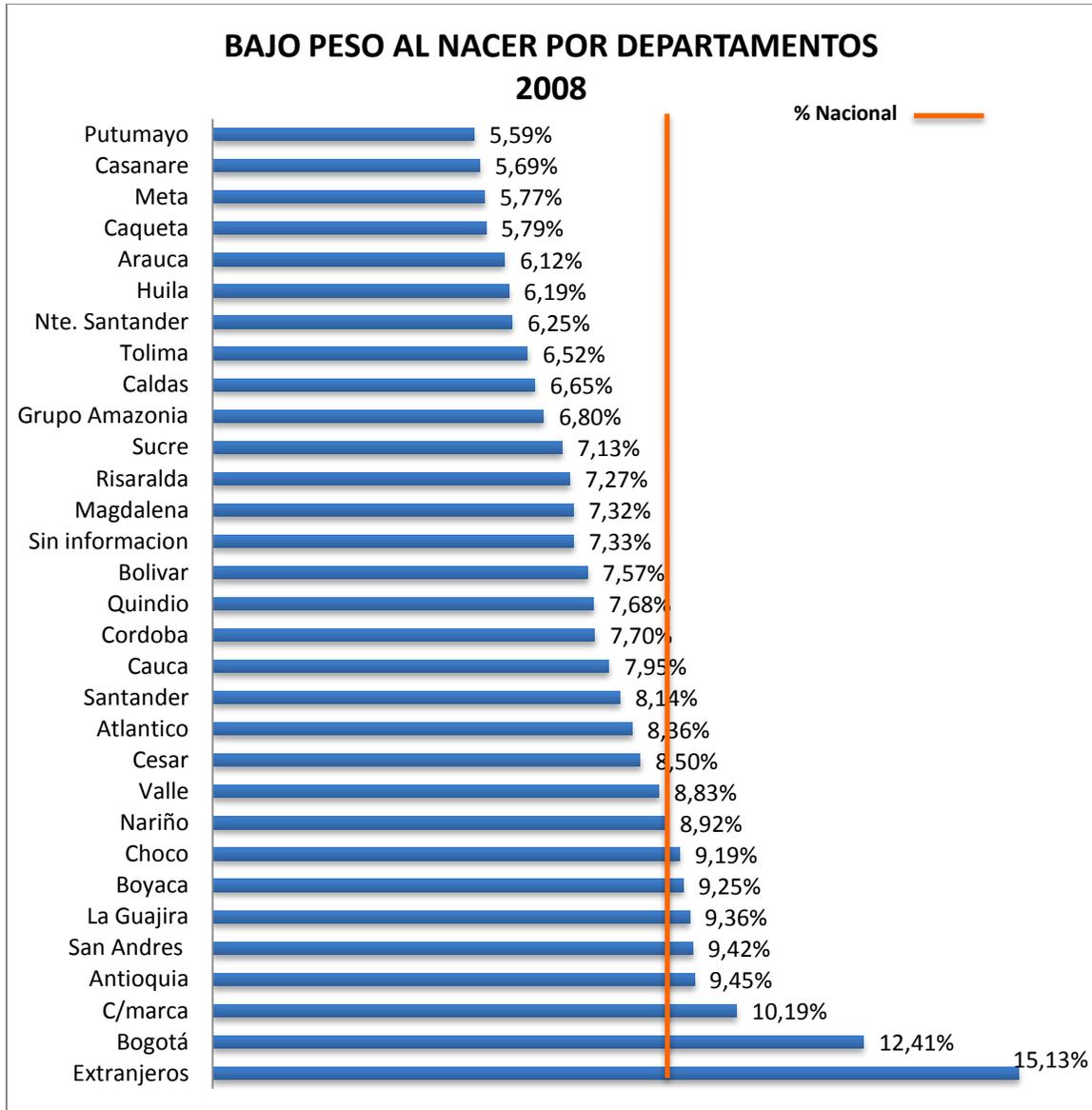
Teniendo en cuenta el régimen de seguridad social en salud, en donde los regímenes contributivo y subsidiado representan el mayor número de afiliados, éstos por ende, concentran más del 90% del total de los recién nacidos en el país. Sin embargo, durante los últimos cinco años, la tendencia a presentarse el bajo peso al nacer en los dos regímenes muestra un descenso, en tanto que en el vinculado o no asegurado, la tendencia muestra un incremento importante en cerca de 10% lo que estaría indicando un mayor riesgo en este grupo como consecuencia de dificultades en la atención que su estado de aseguramiento genera.

Respecto a los demás estado de aseguramiento, los cuales representa menos del 2% de la población, se observa una tendencia al incremento en la población que no se tiene información como en la particular, lo que conlleva a un análisis mayor, especialmente en el particular, para evidenciar la frecuencia de los controles realizados.

A nivel departamental y de distritos, Cundinamarca y Bogotá presentan las proporciones de bajo peso al nacer más altas del país, la cual se estimó para Bogotá cerca del 12% en el 2007 que puede estar relacionado por factores como una mejor calidad en el registro del certificado de nacido vivo, así como con el aumento de mujeres desplazadas en el Distrito y por su carácter de centro de referencia en la atención de gestantes de alto riesgo, que aumenta el volumen de nacimientos. Ahora bien el departamento de Chocó, junto con los nombrados anteriormente se encuentra por encima de la proporción nacional, seguido de departamentos como Guaviare, Cauca, Antioquia, y Boyacá principalmente, donde las proporciones se encuentran por encima del 7,6%.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 11 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

**Figura 5. Bajo Peso al Nacer en Colombia 2008  
Por departamentos**



Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

A continuación se presentan los casos de bajo peso al nacer (en número absoluto) que se registraron entre el año 2004 y 2007 según el departamento, que cumplen con criterios de semanas de gestación (mayor a 37), los cuales hacen parte de la definición de caso que se especifica más adelante. Este número de casos permite dimensionar la magnitud del evento

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 12 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

según el departamento de ocurrencia con el fin de plantear las acciones de evaluación desde el sistema de vigilancia en salud pública.

**Tabla 3. No Casos de bajo peso al nacer que cumplen definición para el evento  
Por departamento. 2004 – 2009**

DEPARTAMENTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AMAZONAS	40	37	20	66	47	43
ANTIOQUIA	3341	3422	3547	3418	3378	3412
ARAUCA	102	78	98	118	105	103
ATLANTICO	1152	1134	1334	1334	1208	1187
BOGOTA	6782	6727	7280	7333	6579	6560
BOLIVAR	880	1027	998	968	914	1039
BOYACA	834	854	850	831	829	831
CALDAS	377	325	350	325	326	303
CAQUETA	178	145	162	166	157	190
CASANARE	83	106	81	148	128	118
CAUCA	586	589	600	549	586	709
CESAR	456	551	596	622	710	666
CHOCO	175	181	168	185	218	204
CORDOBA	1034	1113	867	796	836	838
CUNDINAMARCA	1021	1127	1133	1104	1661	1693
GUAINIA	3	12	SI	12	18	27
GUAVIARE	30	80	45	77	44	54
HUILA	400	373	526	547	485	526
LA GUAJIRA	352	370	383	448	497	456
MAGDALENA	543	485	585	542	662	622
META	299	325	298	322	348	346
NARIÑO	912	899	869	933	856	844
NTE DE SANTANDER	560	464	463	522	537	530
PUTUMAYO	85	80	87	101	123	101
QUINDIO	201	207	195	180	149	176
RISARALDA	332	326	322	385	342	386
SAN ANDRES	33	25	11	14	36	16
SANTANDER	901	851	896	842	938	829
SUCRE	468	485	474	502	474	499
TOLIMA	492	468	483	498	467	503
VALLE	2044	2059	2213	1976	1841	1927
VAUPES	5	8	SI	8	15	11

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 13 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

DEPARTAMENTO	2004	2005	2006	2007	2008	2009
VICHADA	4	SI	SI	5	28	19
<b>TOTAL</b>	<b>24705</b>	<b>24933</b>	<b>25934</b>	<b>25877</b>	<b>25542</b>	<b>25768</b>

SI. Sin Información  
Fuente. Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales. DANE.2010

## 5.2. INFORMACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL CASO

### 5.2.1. DEFINICIÓN OPERATIVA DEL CASO

A nivel de los individuos el bajo peso se define:

Definición de Caso	Características de la Clasificación
<b>Peso bajo al nacer</b>	Recién nacido con peso igual o menor de 2499gramos <sup>14</sup>
<b>Muy bajo peso al nacer</b>	Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos <sup>14</sup>

Adicionalmente se considera la categoría de peso deficiente = recién nacido con peso entre 2500 y 2999 gramos; peso normal = mayor o igual a 3000 gramos.<sup>14, 15</sup>

Tipo de Caso	Características de la Clasificación
<b>Caso Confirmado</b> *	Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea $\leq 2499$ 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.

### **Variables e indicadores descriptores del Bajo Peso al Nacer<sup>8, 9</sup>**

VARIABLES descriptoras del BPN	Indicadores
Edad de la madre	% BPN en mujeres menores de 20 años y en mayores de 40
Nivel educativo de la madre	% BPN en mujeres con nivel educativo bajo o ninguno.
Antecedente de HTA	% Mujeres con hijos con BPN con antecedente de HTA
Antecedente de hijos con BPN	% Mujeres con antecedente de BPN
Estado nutricional Materno	% BPN en madres con desnutrición % BPN en madres con Sobrepeso u obesidad
Anemia	% BPN en mujeres con cifras de Hg < 11mg/dl
Periodo Intergenésico	% Mujeres con hijos con BPN con un periodo intergenésico inferior a 2 años

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 14 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

Variables descriptoras del BPN	Indicadores
Controles prenatales	% Mujeres con hijos con BPN que iniciaron sus CPN después de la semana 13 % BPN en mujeres que no tuvieron CPN % BPN en mujeres que tuvieron entre 1 y 5 CPN
Suplementación	% Mujeres con hijos con BPN que no recibieron suplementación
Consumo de café, alcohol o SPA	% Mujeres con hijos con BPN que consumieron alguna sustancia
Esfuerzo físico último trimestre del embarazo	% BPN en mujeres que tuvieron actividades que requirieron de esfuerzo físico en el último trimestre del embarazo.

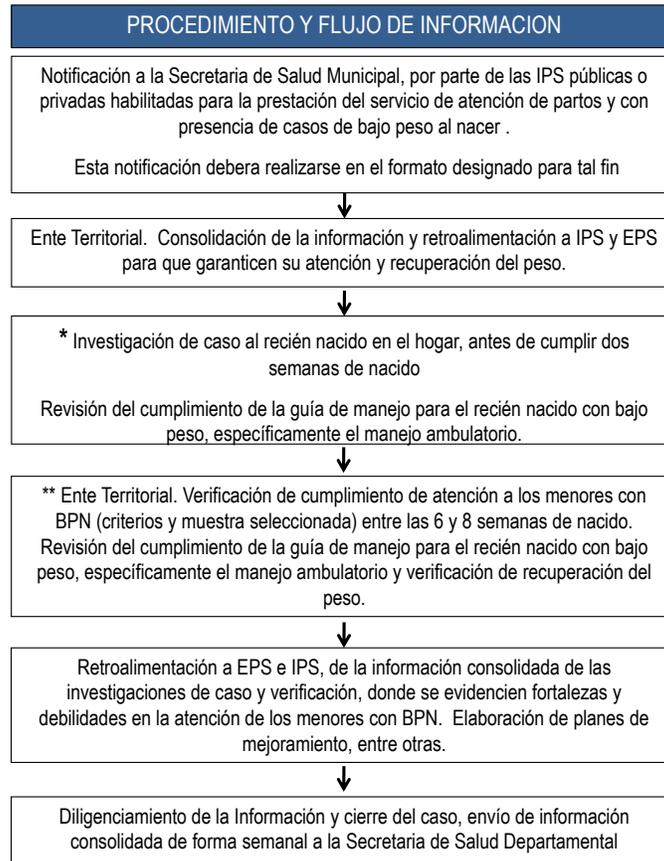
### 5.3. PROCESO DE VIGILANCIA

Para la vigilancia del bajo peso al nacer se utiliza la estrategia de vigilancia de notificación con base en el certificado de nacido vivo, con el fin de determinar la distribución del bajo peso al nacer de los niños y niñas nacidos vivos según las variables de persona, lugar y tiempo, consolidar y analizar los datos en el respectivo nivel territorial y difundir la información a los tomadores de decisiones, a los administradores de los programas y a la comunidad del nivel territorial. A partir de la notificación o búsqueda de casos en las estadísticas vitales, se realiza la evaluación de la calidad en la atención y del proceso de recuperación en los niños y niñas con bajo peso al nacer.

#### Vigilancia rutinaria periódica:

- Vigilancia a través de la notificación semanal obligatoria de la ocurrencia del bajo peso al nacer por municipio y departamento.
- Vigilancia a través de la consolidación y el análisis de la información generada por parte de los municipios, distritos, departamentos y nación.
- Análisis e informes periódicos del evento del bajo peso al nacer en Colombia.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 15 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	



*\* La Investigación de caso la realiza la entidad territorial y debe hacerse a todos los casos notificados en aquellas entidades donde el número no supera los 150 casos al año. Para el resto de entidades, se debe hacer de manera obligatoria a todos los casos cuyo recién nacido tienen un peso menor o igual a 2000 gr o si la madre del niño es menor de 20 años de edad (independiente del peso del niño), pues tienen el mayor riesgo de morbimortalidad y dificultades para el amamantamiento.*

*\*\* La verificación de cumplimiento de la atención a los recién nacidos con BPN se debe realizar entre la semana 6 y 8 a todos los niños que tienen un peso igual o inferior a 2000 gr y como mínimo al 10% de los niños entre 2001 y 2499 gramos. La misma puede basarse en fuentes secundarias como Historia Clínica, registros de atención entre otros, o fuentes primarias con base en información de la madre o cuidador del menor (Vía telefónica, entrevista, visita domiciliaria, otras)*

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 (Según la retroalimentación que hace semanalmente el ente territorial al asegurador). El asegurador de manera mensual debe enviar la información respectiva de los niños que cumplen la definición de caso y han cumplido más de 5 semanas de nacidos donde se incluyan los siguientes indicadores:

- Porcentaje de niños que tuvieron cita de control en el primer mes.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 16 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

- Porcentaje de niños que se hospitalizaron posterior al egreso.
- Porcentaje de niños que egresan de las IPS con lactancia materna exclusiva.\*\*
- Porcentaje de niños que a la consulta de primer mes reciben lactancia materna de manera exclusiva.\*\*
- Porcentaje de niños que han tenido una ganancia de peso esperada en los primeros 30 días de vida (Mas de 500 gr). ¥

¥ La ganancia esperada de peso también se puede establecer de acuerdo con las desviaciones estándar del indicador Peso para la edad de la resolución 2121 de 2010.<sup>3</sup>

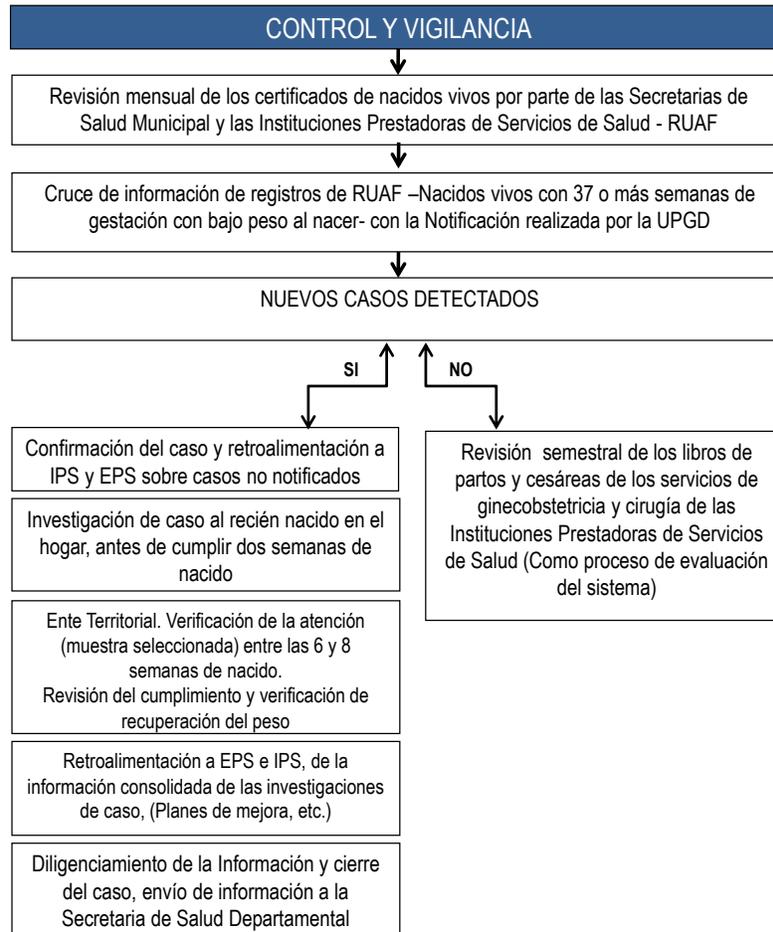
\*\* Ver Anexo 3.. Hoja de vida indicador de lactancia materna

#### **Vigilancia rutinaria basada en búsquedas institucionales:**

##### **Concordancia RUAF – SIVIGILA**

Revisión mensual de los certificados de nacidos vivos desde el nivel institucional, municipal y departamental, para realizar el cruce de información con la notificación al SIVIGILA del bajo peso al nacer.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 17 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	



Ante la detección de nuevos casos, los criterios y procesos para la investigación de caso y verificación, aplican de igual manera como se describió en el flujograma anterior.

### Concordancia DANE-SIVIGILA

Reuniones periódicas que permitan evaluar la concordancia y los ajustes de casos de bajo peso al nacer reportados por las Estadísticas vitales del DANE y la notificación al Sivigila a través de los comités de estadísticas vitales institucionales, municipales, departamentales y distritales, con su respectivo de vigilancia en salud pública, así como el ajuste mutuo de casos y envío de acta de estas reuniones del municipio al departamento y del departamento al Instituto Nacional de Salud máximo cada seis meses.

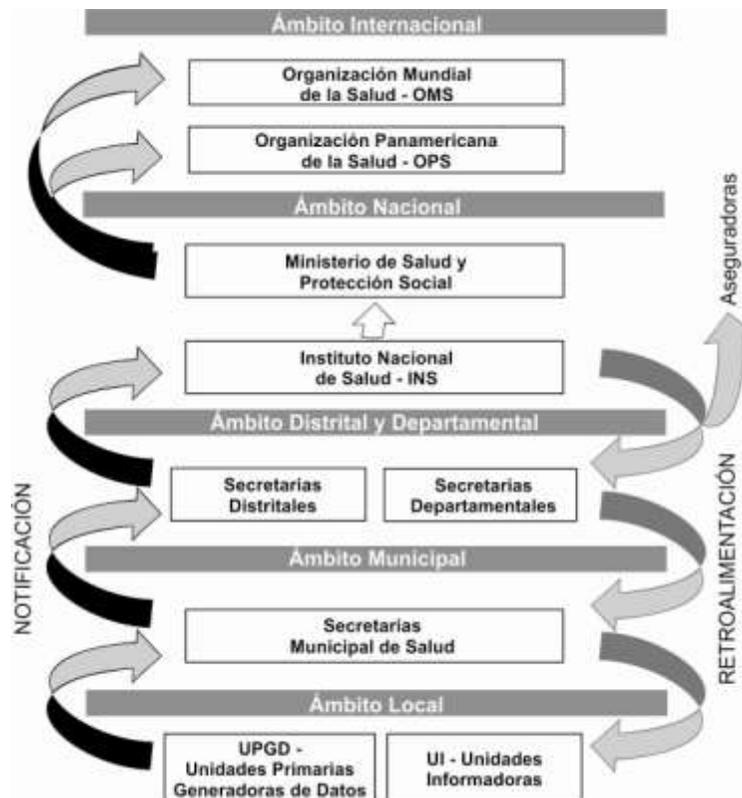
 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 18 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

### Vigilancia comunitaria

Mediante estrategias organizadas localmente con base en la conformación de redes comunitarias encaminadas a vigilar la salud de la comunidad y con la participación de sus líderes, promotores, parteras, gestores comunitarios, auxiliares en salud pública, entre otros, quienes informan de manera permanente al sector salud sobre eventos de interés en salud pública, así como brotes, muertes, nacimientos (vivos y muertos) y otros; para ello, se brinda apoyo a través de mecanismos como los comités de vigilancia epidemiológica comunitarios (COVECOM)<sup>2</sup> y la atención primaria en salud.

De esta manera una persona, entidad de cualquier sector, incluida salud, que tenga conocimiento de un evento de interés en salud pública debe darlo a conocer a través de las IPS de la jurisdicción o por medio del ente municipal en salud o dirección local, donde las IPS responsables o asignadas a la zona informarán a la comunidad sobre el canal de comunicación para la atención de estos eventos.

#### 5.3.1. FLUJO DE INFORMACIÓN



Tomado de Protocolos de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. 2009

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 19 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

### 5.3.2. NOTIFICACIÓN

Se deben notificar todos los eventos que cumplan con la definición de caso para bajo peso al nacer a fin de realizar las acciones inmediatas que permitan intervenir los determinantes en salud que contribuyan en el mejoramiento de la condición nutricional del niño o niña.

La notificación debe realizarse en la ficha de datos complementarios y la investigación en la ficha de investigación de caso, ver control de registros en el ítem 7.

CÓD	NOMBRE
REG-R02.003.0000-001	Ficha de notificación Datos básicos
REG-R02.003.0000-051	Ficha de Notificación Bajo peso al nacer

#### **Notificación semanal e Individual**

Se deben reportar semanalmente todos los casos confirmados de bajo peso al nacer de acuerdo a los estándares fijados por el subsistema de información para la vigilancia en salud pública.

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.

#### **Proceso de Notificación**

Notificación	Responsable
<b>Notificación semanal</b>	<b>De la unidad primaria generadora de datos al municipio UPGD (Dirección local de salud u hospital local):</b> Notificación de bajo peso al nacer. Se debe notificar de forma individual y semanal los casos confirmados de acuerdo con los estándares establecidos en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública, mediante archivo plano.
	<b>Del municipio al departamento o al distrito:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación de bajo peso al nacer a través de la ficha y mediante archivo plano.</li> <li>• Revisión, recolección y complementación de la ficha de notificación.</li> </ul>
	<b>Del departamento/distrito a la nación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notificación de bajo peso al nacer mediante archivo plano.</li> <li>• Recepción y revisión de la información enviada por los municipios de los casos notificados a través de la información de la ficha.</li> </ul>
<b>Ajustes por períodos epidemiológicos</b>	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.
<b>Investigaciones de caso</b>	Es una actividad extramural a cargo del nivel municipal.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 20 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD-, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del caso de acuerdo a las definiciones contenidas en el protocolo.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Protección Social.

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 presentados en medio magnético ni su estructura 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.

### Fuentes de información

Los Registros de estadísticas vitales mediante el certificado de nacido vivo –Físico oRUAF, 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 comunitaria.

### Clasificación del caso

Confirmado por Clínica.

### 5.4. ANÁLISIS DE DATOS

La información sobre el peso al nacer se obtiene de la notificación que realiza la UPGD por medio del certificado de nacido vivo, expedido por el personal de salud que atiende el parto, documento que llega a la autoridad local de salud (Dirección Local de Salud o quien haga sus veces) en forma semanal o mediante servicio WEB del sistema RUAF, para la intervención inmediata. Para efectos de contar con oportunidad en el sistema de vigilancia, las autoridades locales de salud trabajarán con la información preliminar enviada por las instituciones de salud que atienden el parto y luego podrán realizar los ajustes correspondientes con la información definitiva que les envía el DANE o que se consulta mediante el módulo de nacimientos y defunciones del RUAF, como parte de la validación de información.

- Recolección de los certificados de nacido vivo en el nivel local<sup>16</sup>
- Elaboración y alistamiento de la base de datos
- Procesamiento y análisis de los datos

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 21 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

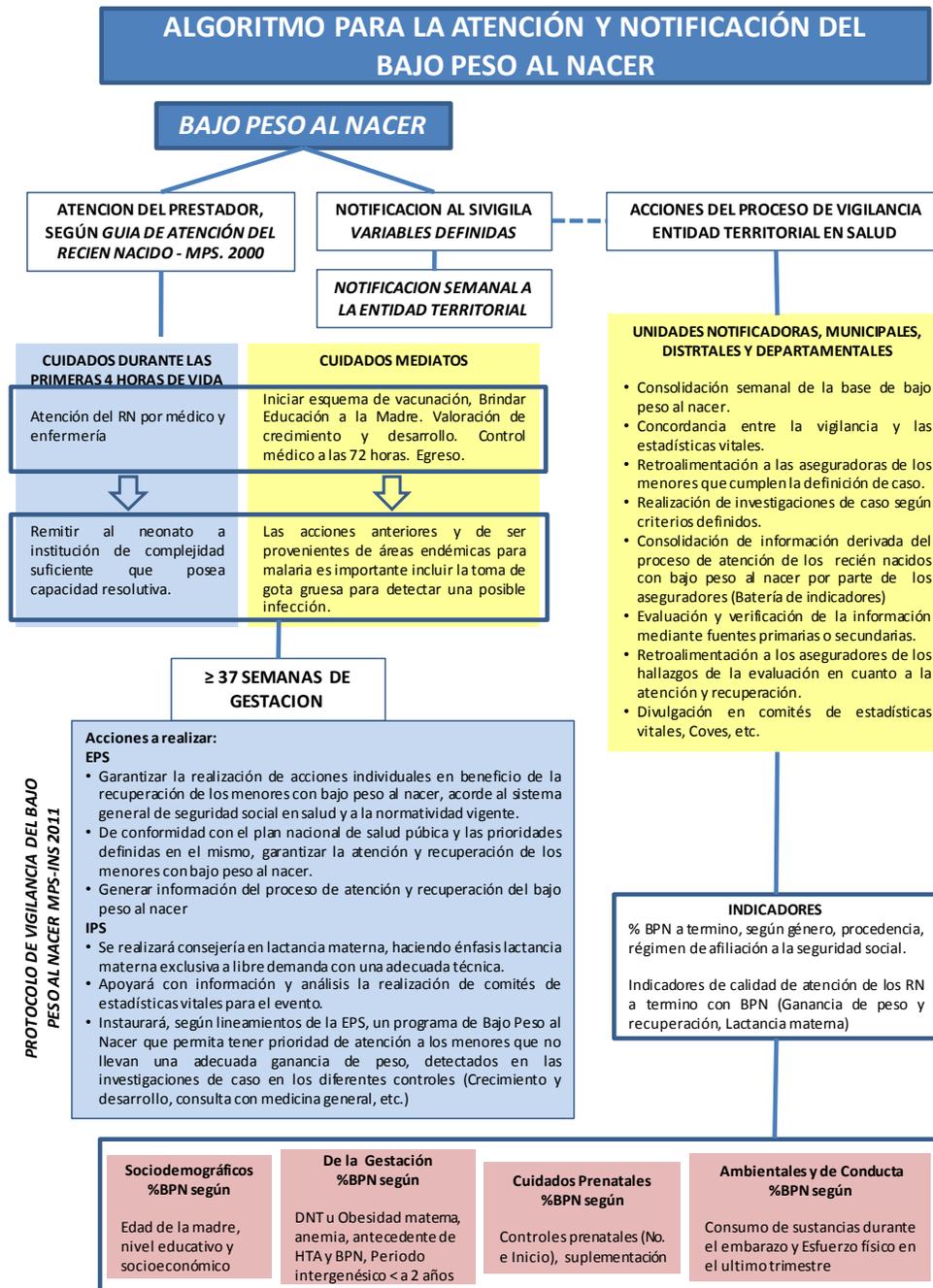
- Análisis trimestral del comportamiento del bajo peso al nacer dentro de los comités de vigilancia de estadísticas vitales COEV, que se realizan a nivel municipal.<sup>2</sup>
- Difusión de la información a los tomadores de decisiones, a los administradores de los programas, al sector de bienestar social, salud, los demás sectores y a la comunidad local, para orientar las políticas e intervenciones, la canalización de los casos y el seguimiento.
- Evaluación de recuperación de casos como parte de la efectividad del sistema en la atención de los niños con bajo peso al nacer.
- El departamento consolida los datos, analiza y difunde la información en su jurisdicción.
- El nivel nacional consolida los datos, analiza y difunde la información.

#### 5.4.1. INDICADORES

- Proporción de niños con BPN que recuperan su peso entre la semana 6 y 8
- Proporción de niños con BPN que tuvieron atención oportuna (antes del primer mes de vida) para su recuperación
- Proporción de niños con bajo peso al nacer que hasta la recuperación del bajo peso al nacer, están recibiendo lactancia materna de manera exclusiva.
- Porcentaje de concordancia entre las estadísticas vitales y la notificación por siviigila del bajo peso al nacer a termino
- Proporción de bajo peso al nacer a término según género, procedencia, nivel de escolaridad de la madre, edad de la madre, régimen de afiliación a la seguridad social.
- Proporción de nacidos vivos con muy bajo peso al nacer y peso bajo al nacer, según controles prenatales que tuvo la madre.
- Proporción de nacidos vivos con muy bajo peso al nacer y peso bajo al nacer en los cuales la madre tuvo desnutrición u obesidad y/o anemia, durante la gestación.
- Proporción de nacidos vivos con muy bajo peso al nacer y peso bajo al nacer en los cuales la madre no recibió o no tomó suplementación.
- Identificación de la situación del evento y de la calidad de atención de los programas dirigidos a las gestantes a través de las unidades de análisis dentro de los comités de Estadísticas Vitales que permitan analizar
- Identificación de regiones geográficas de mayor riesgo
- Comparación con las proporciones de los periodos anteriores
- Comparación según regiones geográficas de riesgo

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 22 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
Fecha próxima revisión: 2015-12	Elaborado por: Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por: Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por: Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05

## ALGORITMO PARA LA ATENCION Y NOTIFICACION DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO



 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 23 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

## 5.5. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

### 5.5.1. ACCIÓN INDIVIDUAL

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.<sup>17</sup>

En cumplimiento de lo estipulado por el Decreto 3039 de 2007<sup>18, 19</sup>, es indispensable fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según el ciclo vital.

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, y 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.<sup>20</sup>

### 5.5.2. ACCIÓN COLECTIVA

Las acciones colectivas, en virtud de la Ley 1122 de 2007<sup>18</sup> 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.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 24 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

De la misma forma a través del *PIC*, se canaliza a la población hacia los programas de complementación alimentaria y 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 y problemas de malnutrición y la evaluación de daños y complicaciones así como el tratamiento correspondiente. Todo lo anterior implica la coordinación y trabajo interinstitucional e intersectorial con la participación de la comunidad en los programas.

### Acciones específicas de cada actor

#### Unidad primaria generadora de datos (UPGD)

- Las instituciones prestadoras de salud captan el caso desde su clasificación como confirmado en el momento del parto. (Confirmado por Clínica)
- El médico o profesional que atienda el parto, debe diligenciar la ficha única de notificación obligatoria individual de datos básicos y complementarios (anexo de este protocolo) con periodicidad semanal, asegurando que los datos básicos y de ubicación corresponden **a la madre del recién nacido** para su posterior ubicación e intervención.
- Se notifican los casos confirmados semanalmente a la unidad notificadora municipal.
- Se remite el caso para la valoración por especialista (si lo requiere) y se hace seguimiento hasta que se observe una adecuada ganancia de peso de acuerdo a los patrones de crecimiento de la OMS adoptados para Colombia. Resolución 2121 de 2010.<sup>3</sup>
- Se realiza consejería en lactancia materna, haciendo énfasis lactancia materna exclusiva a libre demanda con una adecuada técnica.
- Apoyar con información y análisis la realización de comités de estadísticas vitales para el evento.
- Instaurar, según lineamientos de la EPS, un programa de Bajo Peso al Nacer que permita tener prioridad de atención a los niños y niñas que no llevan una adecuada ganancia de peso, detectados en las investigaciones de caso en los diferentes controles (Crecimiento y desarrollo, consulta con medicina general, etc.)

#### Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

- Implementar y socializar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar la realización de acciones individuales en beneficio de la recuperación de los menores con bajo peso al nacer, acorde al sistema general de seguridad social en salud y a la normatividad vigente.
- De conformidad con el plan nacional de salud pública y las prioridades definidas en el mismo, garantizar la atención y recuperación de los niños y niñas con bajo peso al nacer.
- Analizar la información derivada del proceso de vigilancia del bajo peso al nacer para la toma de decisiones en beneficio de esta población.
- Enviar mensualmente la información a la entidad territorial de salud sobre la recuperación de los niños y niñas con bajo peso al nacer identificados.
- Enviar la información requerida del bajo peso al nacer a las entidades del orden nacional como el MPS o INS, en cumplimiento del sistema de garantía de la calidad como indicador centinela, definido en la Resolución 3384 de 2000.<sup>1</sup>

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 25 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

- Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública, tales como las investigaciones de caso para el bajo peso al nacer.
- Las demás según su pertinencia para este evento de acuerdo con lo establecido por el Decreto 3518 de 2006.<sup>2</sup>

#### Unidad municipal de salud

- La unidad notificadora municipal de salud coordina las acciones con las diferentes UPGD para que éstas identifiquen los casos confirmados de BPN y se notifiquen en el tiempo determinado.
- Recibe la información de casos de las UPGD en la base de datos y las fichas de notificación respectivas.
- Realiza el contacto con las madres y/o cuidadores de los recién nacidos con bajo peso al nacer, para iniciar las Investigaciones de caso en coordinación con la UPGD y EPS, así como el proceso de verificación de la atención por parte de las mismas.
- Direcciona hacia el prestador de salud a los niños y niñas con una inadecuada ganancia de peso, estados mórbidos o signos de alarma que puedan poner en riesgo la salud.
- Consolidar la información de las investigaciones de caso realizadas, de manera mensual haciendo un análisis de las diferentes variables que permitan identificar los determinantes y factores de riesgo presentes para el bajo peso al nacer en el municipio.
- Notificar a la unidad notificadora departamental – secretaría departamental de salud- los casos confirmados semanalmente.

#### Unidad notificadora Departamental o Distrital

- Debe consolidar la Información proveniente de los municipios, analizándola y verificando las acciones de intervención y seguimiento a los casos confirmados para Bajo peso al Nacer por parte de las EPS, ARS y los municipios. (Notificación e investigaciones de caso)
- Notificar semanalmente al SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) del Instituto Nacional de Salud los casos de Bajo peso al Nacer de su departamento con su respectiva ficha completamente diligenciada.
- Realizar el contacto con las madres y/o cuidadores de los recién nacidos con bajo peso al nacer,(de acuerdo con su competencia para los municipios grados 4, 5 y 6)para iniciar las Investigaciones de caso en coordinación con la UPGD y EPS, así como el proceso de verificación de la atención por parte de las mismas.
- Enviar mensualmente al Instituto Nacional de Salud la base consolidada de las Investigaciones de caso del departamento, previa verificación y depuración de la información allí registrada.
- La secretaria departamental de salud gestiona y apoya a las secretarías de salud de los municipios en el análisis de casos, factores de riesgo y determinantes asociados al evento de su Departamento y en la capacitación de los profesionales de la salud en el fortalecimiento de la vigilancia del Bajo peso al Nacer.

#### Instituto Nacional de Salud

- Recibe la información y notificación de los departamentos semanalmente y bases de investigaciones de caso mensualmente.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 26 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00 Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

- Notificar mensualmente al Ministerio de la Protección Social los casos confirmados de Bajo Peso al Nacer en el territorio nacional, discriminadas por departamento y municipio.
- Asesora y apoya a los departamentos en la vigilancia del Bajo Peso al Nacer.
- El INS retroalimenta trimestralmente a los departamentos sobre los análisis de la información relativa al Bajo Peso al Nacer en el país.
- Asesora a los departamentos en la capacitación sobre el protocolo de Bajo Peso al Nacer.

### 5.5.3. ACCIONES DE LABORATORIO

No Aplican

## 6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000, “Por la cual se modifican parcialmente la resolución 412 y 1745 de 2000 y se deroga la resolución 1078 de 2000.”
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Decreto 3518 de 2006. “Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”.
3. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121 de 2010, “Por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud- OMS en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones”.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.
5. 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.
6. 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.
7. Carrera JM. Crecimiento intrauterino retardado: concepto y frecuencia. En: Carrera JM y cols. Crecimiento fetal normal y patológico. Barcelona: Masson; 1997.p. 219-24.
8. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Nº 53 - abril 2003 - pág. 263 – 270.
9. Parker JD, Schoendorf KC, Kiely JL. Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature edelivery in the United States. Ann Epidemiol 1994; 4: 271-8.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, supervivencia infantil. 2008.
11. United Call to Action. Investing in the future: A united call to action on vitamin and mineral deficiencies. Global report 2009. Ontario: United Call to Action. 2009.
12. DANE. Documento de metodología de las estadísticas vitales EEVV. Colección documentos - Actualización 2009. Núm. 82. Bogotá. 2009.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 27 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

13. Richard E. Behrman, Víctor Vaughan, Waldo Nelson. Tratado de pediatría. Doceava edición. Editorial Interamericana, México D.F. 1986
14. Report of a WHO Expert Comitee. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; TRS 854; 1995.
15. Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación, UNICEF. Bajo peso al nacer en Colombia, su magnitud y factores de riesgo. Agosto 1990.
16. República de Colombia, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998. Bogotá D.C.; 22 de diciembre de 1998.
17. 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”.
18. 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”.
19. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, “por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.”
20. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN. Bogotá D.C. SDS; 2001.
21. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. OMS. 2009

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 28 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

## 7. CONTROL DE REGISTROS

CONTROL DE REGISTROS									
IDENTIFICACIÓN		ARCHIVO DE GESTIÓN				ARCHIVO CENTRAL			ARCHIVO HISTÓRICO
CÓD	NOMBRE	ORDENACIÓN DOCUMENTAL	RESPONSABLE	LUGAR	TIEMPO DE RETENCIÓN	MÉTODO UTILIZADO	RESPONSABLE	TIEMPO	MÉTODO UTILIZADO
REG-R02.003.0000-001	Ficha de notificación Datos básicos	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA
REG-R02.003.0000-051	110 Ficha de Notificación Bajo peso al nacer	Medio Magnético	Auxiliar servicios generales	NA	NA	NA	NA	NA	NA

## 8. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN
	AA	MM	DD	
00	2012	01	03	Creación del documento

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO R-02 VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO</b>	Página 29 de 29
		PRO-R02.003.0000-038	Versión: 00
			Fecha próxima revisión: 2015-12
Elaborado por:  Equipo de Vigilancia Nutricional SVCSP – No transmisibles Fecha: 2011/12/10	Revisado por:  Maritza Adegis González Duarte Coordinadora Grupo Enfermedades No Transmisibles Fecha: 2011/12/23	Aprobado por:  Dra. Danik de Los Ángeles Valera Antequera. Subdirectora Vigilancia y Control en Salud Pública Fecha: 2012/01/05	

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. Indicadores

- Porcentaje de niños que egresan de las IPS con lactancia materna exclusiva
- Porcentaje de niños que a la consulta de primer mes recibe lactancia materna de manera exclusiva

Especificación	
<b>Utilidad</b>	Permite describir y monitorear la práctica de la lactancia materna exclusiva al egreso y al momento de la consulta por primera vez, en los niños con bajo peso al nacer a término como un factor protector de la morbilidad por desnutrición y de causas asociadas con el fin de establecer correctivos tempranos y contribuir a mejorar los indicadores en el país que no han tenido avances a pesar de los esfuerzos realizados.
<b>Fórmulas</b>	<p>No. Recién nacidos a término con bajo peso al nacer que egresan de la IPS <u>y que recibieron solamente leche materna durante las últimas 24 horas</u></p> <p>No. Recién nacidos a término con bajo peso al nacer notificados al sistema de vigilancia</p> <p>No. Recién nacidos a término con bajo peso al nacer que a la consulta de <u>primer mes recibieron solamente leche materna durante las últimas 24 horas</u></p> <p>No. Recién nacidos a término con bajo peso al nacer notificados al sistema de vigilancia</p>
<b>Unidad de medida</b>	Proporción (A las formulas se les debe multiplicar por 100)
<b>Frecuencia</b>	Mensual
<b>Nivel de desagregación</b>	Regional, subregional y departamental, área, Sexo, Edad, Régimen de afiliación
<b>Fuentes de Información</b>	SIVIGILA

Criterios de lactancia materna exclusiva:

- Que el recién nacido reciba leche materna de forma exclusiva, incluye leche extraída o de nodriza.
- Se permite que haya recibido SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)
- No se permite que haya recibido cualquier otra cosa diferente a las nombradas anteriormente.

\*Indicador y definiciones tomadas y adaptadas de:

OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. OMS. 2009.