

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO

Martha Lucia Ospina Martínez
Director General INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

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

DOCUMENTO ELABORADO POR

Equipo Vigilancia Nutricional
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Equipo Vigilancia Nutricional
Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud



Contenido

1.	Introducción.....	2
1.1.	Comportamiento del evento	2
1.2.	Estado del arte	7
1.3.	Justificación para vigilar el evento.....	9
1.4.	Usos de la vigilancia.....	10
2.	Objetivos Específicos	10
3.	Definición del evento a vigilar.....	10
4.	Fuentes de datos	11
4.1.	Definición de la fuente.....	11
4.2.	Periodicidad del reporte	11
4.3.	Flujo de información	13
4.4.	Responsabilidad por niveles	14
5.	Recolección de los datos	19
5.1.	Procesamiento de datos.....	19
6.	Análisis de datos de información.....	20
6.1.	Indicadores.....	20
7.	Orientación para la acción.....	21
7.1.	Acciones individuales	21
7.2.	Acciones colectivas	22
8.	Acciones de IEC Información, Educación y Comunicación.	23
9.	Referencias bibliográficas	23
10.	Control de revisiones.....	26
11.	Anexos	26

1. Introducción

El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, así como de padecer retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia (1). 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 (2)

El bajo peso al nacer se presenta en todo el mundo especialmente en países en vía de desarrollo, con consecuencias negativas en distintos ámbitos, entre ellas destacan los impactos en morbimortalidad, educación y productividad, constituyéndose en uno de los principales mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad (3).

EL bajo peso al nacer incrementa el riesgo de muerte neonatal. Los bebés que nacen con un peso de 2.000 a 2.499 gramos enfrentan un riesgo de muerte neonatal que cuadruplica el de aquellos que pesan entre 2.500 y 2.999 gramos, y es 10 a 14 veces superior respecto de los que pesan al nacer entre 3.000 y 3.499 gramos. Según estudios, la desnutrición es el mayor contribuyente de la mortalidad infantil y de la niñez en edad preescolar (50-60%) (3).

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 (4) 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.

1.1. Comportamiento del evento

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 (5).

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 y 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 (5).

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 (6). 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 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 (7).

Con respecto a la incidencia de bajo peso al nacer, existen grandes variaciones entre regiones. En Asia meridional, que tiene la incidencia más alta, el 31 % de todos los bebés presentan este problema al nacer, en Asia Oriental y el Pacífico, el 7 % de los bebés nacen con bajo peso, lo que representa la incidencia más baja. En la India se registra aproximadamente el 40 % de todos los nacimientos de bajo peso del mundo en desarrollo. El 14 % de los lactantes de África subsahariana, y el 15 % de los de Oriente Medio y África del Norte, nacen también con bajo peso. Dado que en el mundo en desarrollo, el 58 % de los bebés no se pesan tan pronto como nacen, es muy difícil llevar un control fiable de este indicador vital. Las proporciones más altas corresponden a Asia meridional (74 %) y a África subsahariana (65 %) (8). Aproximadamente uno de cada 12 bebés nace con peso bajo en los Estados Unidos (9).

Panorama Regional

Para el año 2012, en América Latina el índice de bajo peso al nacer se ubica en 8,6%, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 8.0% en Norte América y 15% en Honduras. 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 (≤ 2.499 gramos); las causas más comunes son los nacimientos pretérmino y la restricción en el crecimiento fetal (10). 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 (11).

Al analizar los datos para algunos países de Suramérica, Venezuela presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer (10,6%) y Colombia ocupan el segundo lugar con el 9% cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con bajo peso al nacer por cada 1000 nacidos vivos (ver tabla 1).

Tabla No. 1. Bajo peso al nacer en América Latina y el Caribe 2012

PAISES CON INDICE DE BAJO PESO POR ENCIMA DE LA MEDIA DE AMERICA LATINA	INDICE DE BAJO PESO AL NACER (%)
El Salvador	8.7%
Panamá	8.8%
Colombia	9.0%
Guadalupe	9.4%
Venezuela	10.6%
Guatemala	11.4%
Guyana Francesa	12.3%
Puerto Rico	12.4%
Martinica	12.9%
Honduras	15.0%

PAISES CON INDICE DE BAJO PESO POR DE BAJO DE LA MEDIA DE AMERICA LATINA	NDICE DE BAJO PESO AL NACER (%)
Cuba	5.30%
Chile	5.80%
Perú	6.90%
Costa Rica	7.00%
Argentina	7.20%
República Dominicana	7.20%
Belice	8.30%
Nicaragua	8.30%
Uruguay	8.30%
Brasil	8.40%
Ecuador	8.40%
México	8.50%

Fuente. PAHO. Health Situation in de Americas Basic Indicators 2012. Disponible en: www.paho.org/rho/

Panorama Nacional

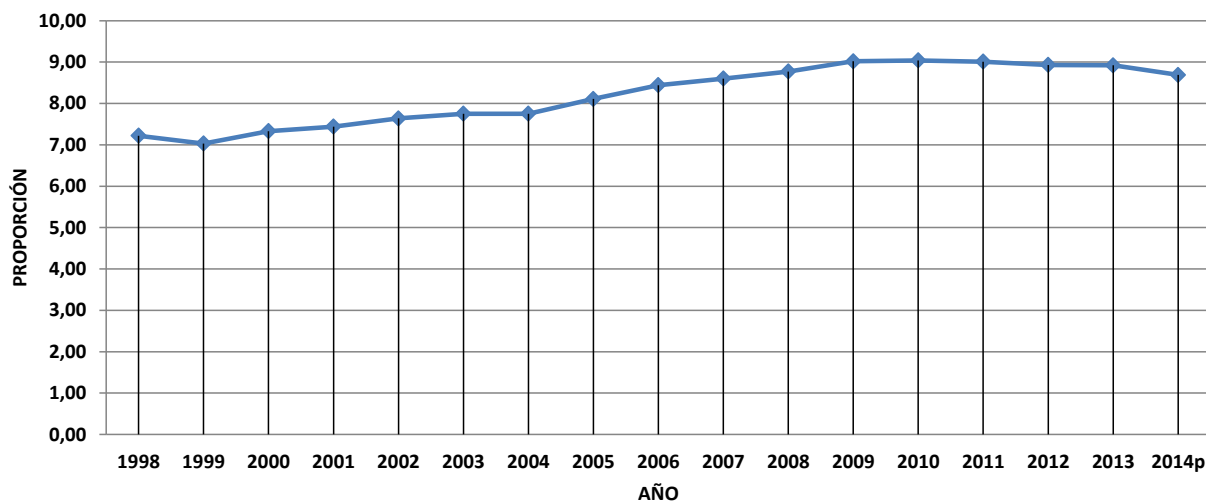
En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE - tiene a cargo el sistema de estadísticas vitales, en el cual se consolidan los aspectos relacionados con los certificados de nacidos vivos y certificados de

defunción; 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 (12)

A partir de esta información se llevó a cabo el análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 1998 a 2014, como se presenta en la gráfica uno, donde se observa que el bajo peso al nacer aumenta año a año, sin embargo en los dos últimos años ha presentado un descenso leve. 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.

La proporción del bajo peso al nacer ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 8,69 en el 2014 con un crecimiento continuo; de mantenerse esta tendencia se estima que para el año 2015 se ubique por encima del 9% de los nacidos vivos (ver gráfica No.1).

Gráfica No. 1. Comportamiento del bajo peso al nacer, Colombia 1998– 2014p*

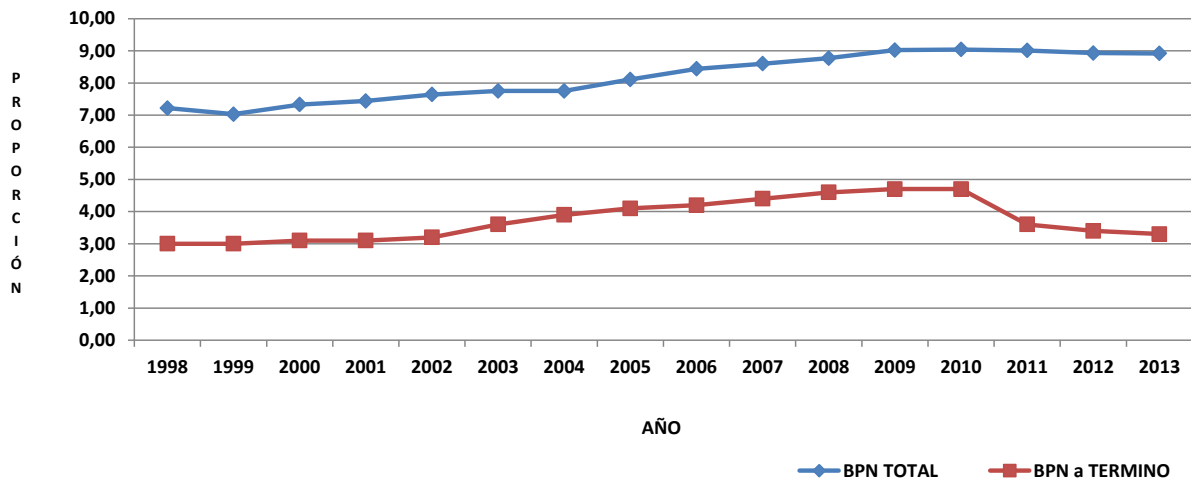


Fuente. Estadísticas Vitales. DANE *preliminar 2014

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 (ver figura 2).

Gráfica No. 2. Comportamiento del bajo peso al nacer total y a término, Colombia 1998– 2013



Fuente. Estadísticas Vitales. DANE

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 (13).

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 (13).

Según la ENDS 2010, se encontró que 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 únicamente 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 (14).

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 (15). 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 (16). 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 (17).

Descripción del evento

Se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 gramos, 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 (17).

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 (18).

Factores de Riesgo del bajo peso al nacer

TIPO	DESCRIPCION
Socio demográficos	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 2500g. 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.
Riesgos médicos anteriores al embarazo	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.
Riesgos médicos del embarazo actual	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) 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; 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 (19).

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 la siguiente gráfica, cuales se han identificado como causas directas y subyacentes (18).

Gráfica No 3. Variables Proximales del Bajo Peso al Nacer



CPN: Controles Prenatales

1.3. Justificación para vigilar el evento

Para el 2010, en reunión nacional con las entidades territoriales, entidades del orden nacional y las entidades territoriales en salud del país, se definieron 5 eventos a vigilar, de tal manera que se abordara como una primera fase el estado nutricional, mientras se avanza en procesos efectivos que permitan de manera intersectorial dar cuenta del componente alimentario que dada su naturaleza requiere la articulación de sectores adicionales al de salud para monitorear la seguridad alimentaria.

Los eventos definidos deberían tener una secuencia que permitiera a la vez, hacer vigilancia e ir implementando acciones en beneficio de la situación nutricional de la población, por tal motivo se seleccionaron los siguientes: 1. Vigilancia nutricional de la gestante, 2. **Bajo peso al nacer**, 3. Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años, 4 y 5. Desnutrición y sobrepeso en diferentes grupos de edad.

El bajo peso al nacer es un problema de salud pública en Colombia con una incidencia del 9,07% en el 2010, lo que significa que uno de cada once recién nacidos nace con esta condición. 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 (11). Las políticas nacionales adicionaron, a la meta de los Objetivos del Milenio 1 (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 este sobrepase el 10% anual al 2015) (5).

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 de abril de 2011 (20).

1.4. Usos de la vigilancia

Identificar los recién nacidos a término con bajo peso al nacer a fin de que se realicen las intervenciones inmediatas que minimicen los riesgos de morbilidad o mortalidad asociada a esta condición y establecer su atención como medida de control de salud pública.

2. Objetivos Específicos

- Monitorear el comportamiento del bajo peso al nacer a fin de 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.
- 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.
- Evaluar el cambio de peso de los recién nacidos que cumplen criterios para investigación de campo, como indicador centinela de la calidad y oportunidad en la atención del recién nacido con bajo peso.

3. Definición del evento a vigilar

Definición operativa del caso

A nivel de los individuos el bajo peso se define:

Definición de Caso	Características de la Clasificación
Peso bajo al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 2499 gramos (21)
Muy bajo peso al nacer	Recién nacido con peso igual o menor de 1499 gramos (21)

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 (22).

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

Tipo de Caso	Características de la Clasificación
Caso Confirmado *	Recién nacido de 37 o más semanas de gestación cuyo peso al nacer registrado sea ≤ 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.

4. Fuentes de datos

4.1. Definición de la fuente

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.

Dentro del proceso de vigilancia al Bajo Peso al Nacer a Termino – BPNT - se diseñó la ficha de notificación la cual incluye datos básicos relacionados con información de la madre y datos complementarios donde se incluye información del recién nacido (identificación, variables antropométricas, entre otras); esta información es ingresada al aplicativo SIVIGILA donde a partir de archivos planos es enviada a los diferentes niveles.

4.2. Periodicidad del reporte

La notificación es semanal e individual de los casos confirmados con bajo peso al nacer a término de acuerdo a 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.

Proceso de Notificación

Notificación	Responsable
Notificación semanal	<p>De la unidad primaria generadora de datos al municipio (Dirección local de salud u hospital local): 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.</p>
	<p>Del municipio al departamento o al distrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de bajo peso al nacer a través de la ficha y mediante archivo plano. • Revisión, recolección y complementación de la ficha de notificación.
	<p>Del departamento/distrito a la nación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notificación de bajo peso al nacer mediante archivo plano. • Recepción y revisión de la información enviada por los municipios de los casos notificados a través de la información de la ficha.
Ajustes por períodos Epidemiológicos	Los ajustes a la información correspondiente de casos confirmados que no fueron notificados por el municipio o el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.
Investigaciones de caso	Es una actividad extramural a cargo del nivel municipal o distrital de residencia

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.

Investigación de caso:

Se realizará una investigación de caso por la entidad territorial y debe hacerse a todos los casos notificados en aquellas entidades (Departamentales o Distritales) donde el número no supera los 150 casos al año. Para el resto de entidades Departamentales o Distritales, 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 morbilidad y dificultades para el amamantamiento. Esta

investigación se realizará al mes del nacimiento del niño y se debe ingresar al sistema de vigilancia en salud pública mediante un ajuste 7.

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).

Vigilancia rutinaria basada en búsquedas institucionales:

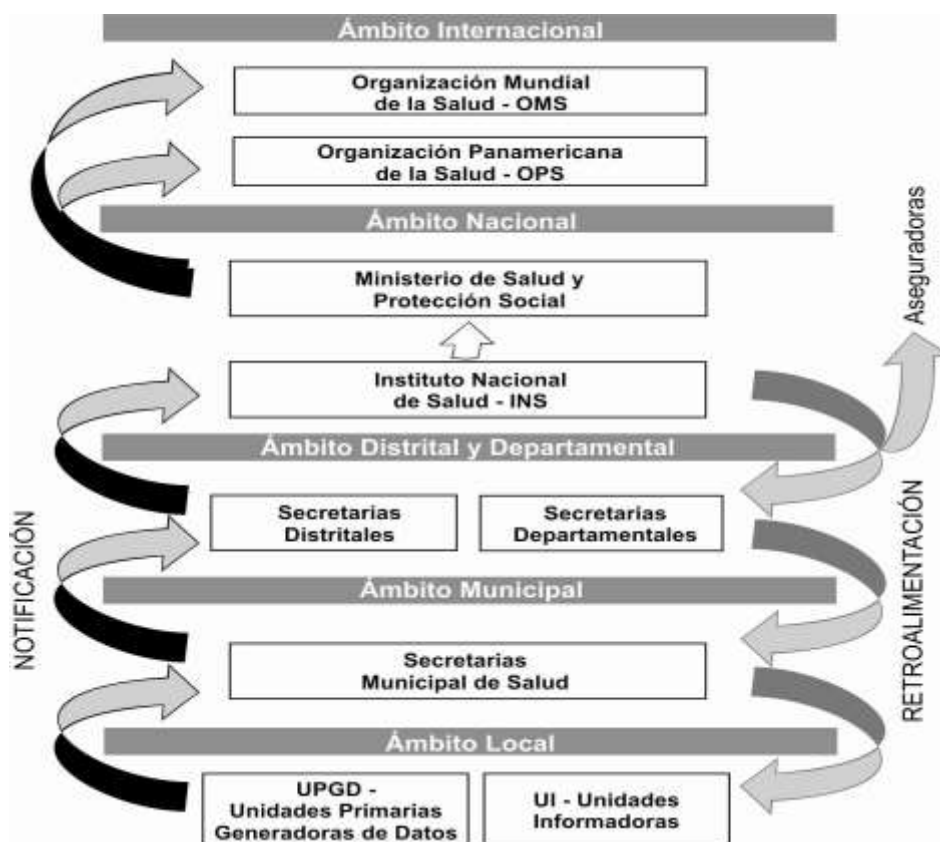
Revisión semanal de los certificados de nacidos vivos desde el nivel institucional, municipal y departamental, para realizar el cruce de información con la notificación al SIVIGILA del bajo peso al nacer.

Reuniones periódicas que permitan evaluar la correspondencia y 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 par 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.

Ante la detección de nuevos casos, los criterios y procesos para la investigación de caso y verificación aplican de igual manera.

4.3. Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio al departamento o distrito, y del departamento o distrito se envía retroalimentación a los demás y municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.



Tomado de Protocolos de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. 2012

4.4. Responsabilidad por niveles

Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud, específicamente de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo 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
- 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.

Nivel Nacional Instituto Nacional de Salud (INS)

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, por intermedio de la subdirección de promoción, vigilancia y control en salud pública, según el decreto 3518 de 2006: *“Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública”*, por lo tanto, entre sus funciones se destaca emitir los parámetros para realizar la vigilancia de los diferentes eventos de interés en salud pública, que para el caso concreto del bajo peso al nacer a término quedarán plasmados en este documento a través de las siguientes actividades:

- El Instituto Nacional de Salud deberá desarrollar las acciones que garanticen la operación del sistema de vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia.
- Recibe la información y notificación de los departamentos semanalmente y bases de investigaciones de caso mensualmente.
- 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 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.

Nivel Departamental, Dirección o Secretaría Departamental o Distrital de Salud

La Unidad notificadora departamental y/o distrital debe gerenciar el sistema de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, consolidando la información proveniente de los municipios o unidades notificadoras del distrito, para su respectiva verificación y análisis, velando por el adecuado registro de la información, por medio de las siguientes actividades (23).

- 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 semanalmente al SIVIGILA del 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 a término.
- El área de vigilancia epidemiológica será el encargado de hacer la precrítica de la notificación y realizar los requerimientos a las unidades municipales que no estén haciendo la notificación oportuna.

- 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 socialización para la toma de decisiones del orden departamental y municipal.

- Las secretarías departamentales o distritales de salud deberán hacer seguimiento a los 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 identificados con bajo peso al nacer.

Nivel local, Dirección o Secretaría Local de Salud

La unidad notificadora municipal desarrolla los procesos básicos de la vigilancia de su competencia y de acuerdo con su categoría, identificando los casos que se presenten del evento para su respectiva notificación al sistema. Realiza las siguientes actividades:

- 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 semanal 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.
- El área de vigilancia epidemiológica será el encargado de hacer la precritica de la notificación y realizar los requerimientos a las UPGD que no estén haciendo la notificación oportuna
- 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 socialización para la toma de decisiones del orden municipal, de las EPS e IPS.

Unidad primaria generadora de datos (UPGD)

Institución prestadora de salud pública o privada que desarrolla las siguientes acciones:

- 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 (17).

- 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 y en los diferentes controles (Crecimiento y desarrollo, consulta con medicina general, etc.)

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 la realización de acciones individuales tendientes a confirmar el evento, la vigilancia y el análisis del mismo, dentro de la normatividad vigente.
- Implementar y capacitar 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 (2).
- 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.

5. Recolección de los datos

Para la vigilancia del bajo peso al nacer se utiliza la estrategia 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 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 de los niños y niñas con bajo peso al nacer.

5.1. Procesamiento de datos

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD-, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar de forma inmediata en los formatos y estructura establecidos, de acuerdo con las definiciones de caso argumentadas en el protocolo.

En caso de que por dificultades insuperables, la UPGD no pueda enviar información directamente por notificación en ficha individual, se deben tomar los datos de la ficha en el sitio de origen de la información y será responsabilidad del municipio y del departamento establecer los medios de comunicación (teléfonos, fax, radioteléfonos, etc.) necesarios para llenar los datos de la ficha individual en la unidad notificadora y notificar así todos los casos al SIVIGILA por notificación individual.

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 Salud y Protección Social.

Las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, o 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.

6. Análisis de datos de información

6.1. Indicadores

a. 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: x 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

b. Correspondencia SIVIGILA / Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos

Tipo de indicador: Proceso	
Definición operacional	Numerador: total de casos notificados Denominador: total de casos de bajo peso certificados por estadísticas vitales en el RUAF o en los certificados en físico que cumplen con la definición de caso Cociente de multiplicación: x 100
Fuente de información	Sivigila, estadísticas vitales
Periodicidad	Trimestral
Interpretación	Hay una correspondencia entre la notificación entre SIVIGILA y estadísticas vitales (RUAF) de ___%
Semaforización	0 a 60: bajo; 61 a 89: Medio; 90 a 100: Alto

c. Oportunidad en el seguimiento a casos

Tipo de indicador: Proceso	
Definición operacional	Numerador: Número investigaciones de casos que cumplen con criterio realizadas al mes de nacimiento Denominador: Número de casos notificados que cumplen criterio de investigación de caso Cociente de multiplicación: x 100
Fuente de información	Sivigila
Periodicidad	Trimestral
Interpretación	El ___ % de recién nacidos con bajo peso notificados que cuentan con seguimiento oportuno.

7. Orientación para 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 lo estipulado por el Decreto 3039 de 2007 (25), 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 Secretaria 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 (26).

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.
- 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 inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo.
- 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 (17)

7.2. Acciones colectivas

Las acciones colectivas, en virtud de la Ley 1122 de 2007 (27) 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 interinstitucional e intersectorial con la participación de la comunidad en los programas.

8. Acciones de IEC Información, Educación y Comunicación.

Para prevenir el bajo peso al nacer a término se debe garantizar la calidad de múltiples factores entre los cuales se encuentran las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales.

Cuando analizamos la historia natural del bajo peso al nacer se ponen de manifiesto las posibilidades de que dispone el médico para desarrollar la prevención primaria actuando en el primero y segundo niveles de atención, es decir, en la promoción de salud y en la protección específica. Factores como la estatura materna, el diagnóstico y control de enfermedades, la ganancia de peso; el intervalo intergenésico, hábitos nutricionales, hábitos tóxicos y sobre el medio ambiente: nivel socioeconómico y escolaridad, estado civil, funcionamiento familiar e higiene, han de constituir el objetivo fundamental de trabajo para educación e información sobre la condición del bajo peso al nacer.

9. Referencias bibliográficas

1. MINSAP. Orientaciones propósitos y directrices para el año 2005. La Habana; 2005.
2. Herceg A, Simpson JM, Thompson JF. Risk factors and outcomes associate with a low birth weight delivery in the Australian Capital Territory. 1980-90. J Pediatric Child Health. 2001;30(4):331-5.
3. Convenio de cooperación técnica entre el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Rodrigo Martínez y Andrés Fernández, Sociólogos de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 2, abril de 2006 ISSN 1816-7527. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe.
4. 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.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, supervivencia infantil. 2008.
6. 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

7. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Nº 53 - abril 2003 - pág. 263 – 270
8. PAHO. Health Situation in de Americas Basic Indicators 2012. Disponible en: www.paho.org/rho/
9. Robinson J, Regan J, Norwitz E. The epidemiology of preterm labour. Rev Perinat. 2001;25:204-214.
10. Cnattingius S, Stephenson O. The epidemiology of stillbirth. Semin Perinatol. 2002;26:25-30.
11. NACER, definiciones, consultado en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf>
12. DANE. Documento de metodología de las estadísticas vitales EEVV. Colección documentos - Actualización 2009. Núm. 82. Bogotá. 2009.
13. Richard E. Behrman, Victor Vaughan, Waldo Nelson. Tratado de pediatría. Doceava edición. Editorial Interamericana, México D.F. 1986.
14. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; 2010
15. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Roma: FAO; 2004.
16. 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
17. 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
18. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Principales factores de riesgo del bajo peso al nacer. Nº 53 - abril 2003 - pág. 263 – 270
19. 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
20. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Acuerdo 029 diciembre 28 de 2011
21. Report of a WHO Expert Comitee. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; TRS 854; 1995
22. 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.
23. 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.

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, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, “por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional SISVAN. Bogotá D.C. SDS; 2001
26. 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.
27. 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”)

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2011	08	08	Publicación del protocolo de vigilancia	Fernando Quiroga
01	2013	11	06	Actualización de conceptos y formato	Fernando Quiroga
02	2014	10	08	Actualización de conceptos y formato	Herminia Walteros Fernández
03	2016	03	22	Actualización de conceptos y formato	Giomar Sichacá Ávila

REVISÓ	APROBO
Oscar Eduardo Pacheco	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector de prevención, vigilancia y control en salud pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

11.1 Ficha de notificación

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/Bajo%20peso%20al%20nacer%20110.pdf>

11.2 Instrumento de investigación de caso

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/Bajo%20peso%20al%20nacer%20IEC%20F110.pdf>