

CUÍDATE - CUÍDAME

INFORME ANUAL BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO- CALDAS 2016

*Referente de Bajo peso al nacer a término
Correo: danielablandong@gmail.com
Equipo de Vigilancia epidemiológica
Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Salud de Caldas*

1. INTRODUCCIÓN

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 (1). 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 un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia (2). 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 (3).

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, como consecuencia una malnutrición intrauterina (4)

Así mismo existen factores de riesgo relacionados con la madre como son la edad, estado nutricional durante la gestación, la presencia de anemia e infección urinaria, el número de controles prenatales, el inicio tardío de los controles prenatales, entre otros los cuales inciden en el resultado del peso al nacer de algunos neonatos (3).

Con la información disponible a través de la notificación nacional al sistema de vigilancia en salud pública – Sivigila, evento código 110 – Bajo Peso al Nacer a Término – BPNT - se describe en el presente documento el comportamiento del evento a nivel nacional y se relacionan los resultados de los factores de riesgo relacionados como son las condiciones sociodemográficas, aspectos relacionados con el cuidado prenatal, estado nutricional de la madre durante la gestación entre otros. Finalmente se relaciona el cumplimiento de los indicadores establecidos en el proceso de vigilancia del evento, para la vigencia 2017.



CUÍDATE - CUÍDAME

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

De acuerdo con UNICEF, cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso (menos de 2,5 kg), lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos (5), generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal (6). Más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo. Las principales causas de bajo peso al nacer son infecciones y anemia que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente (7), ambos ligados al desarrollo y factores socioeconómicos como el salario y la educación.

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).

1.2. Comportamiento del evento en América

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 pre-término y la restricción en el crecimiento fetal (12). 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 (10).

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 cerca del 9% (10) 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).



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

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	INDICE 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/

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

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. Este 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 (13).

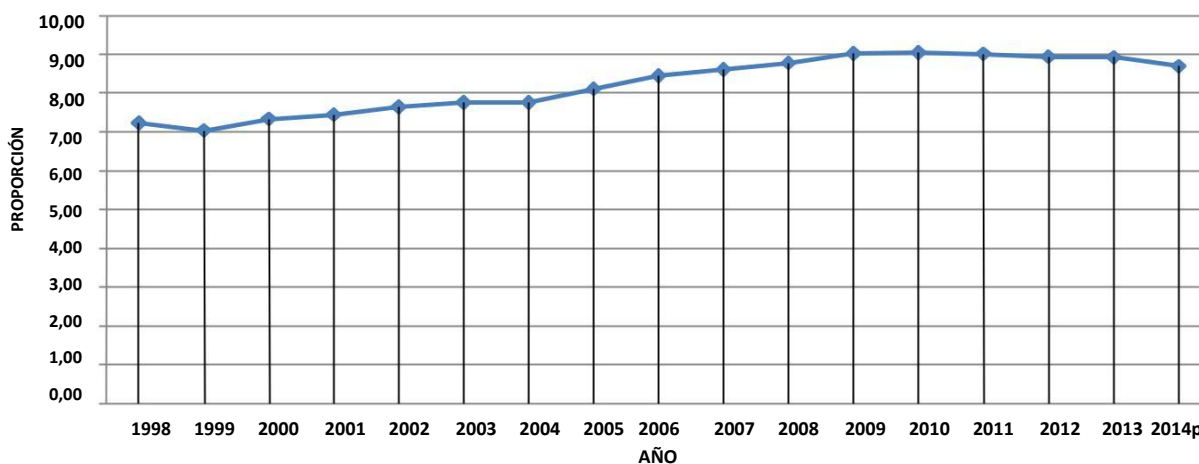
A partir de esta información se llevó a cabo el análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 1998 a 2014, como se presenta en la figura uno, donde se observa que el bajo peso al nacer aumenta año a año, sin embargo en los dos últimos años ha presentado un descenso leve. El análisis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



CUÍDATE - CUÍDAME

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).

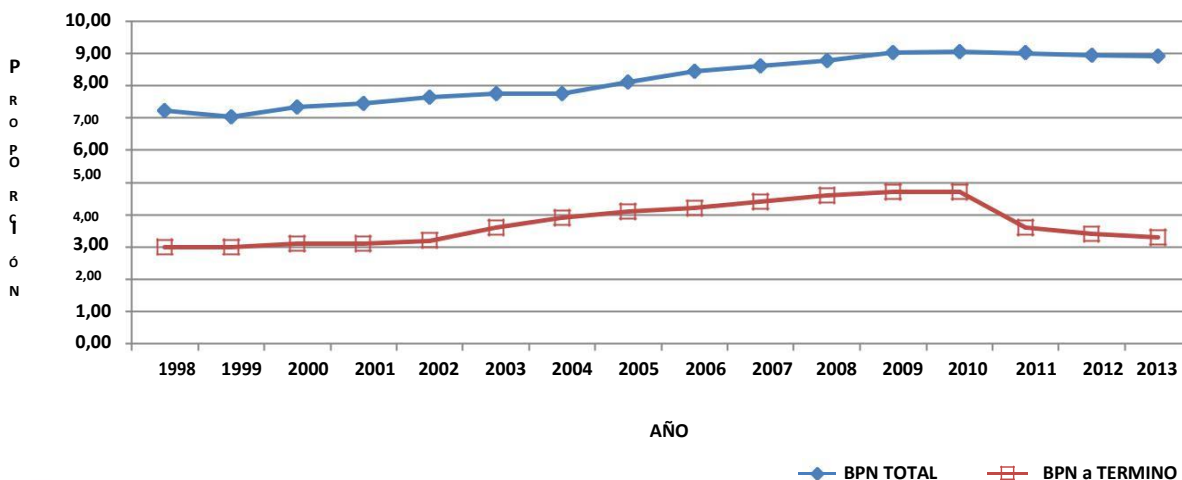
Gráfica No. 1. Comportamiento del bajo peso al nacer, Colombia 1998– 2014p*



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

Sede Manizales. Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

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 se relaciona con el grado de prematuridad y las diferencias desaparecen hacia el segundo año de vida, siempre que no existan factores agregados (13).

Durante el proceso que ha desarrollado el Instituto Nacional de Salud frente a la vigilancia del evento, se incluye la fase de construcción y validación de donde se definió que dicho proceso de vigilancia se hiciera en los menores a término, sustentado en las siguientes razones:

- La normatividad vigente se centra en la atención de niños pretérmino y generalmente en ellos hay otras complicaciones donde el peso es una característica más a resolver y por tanto generalmente están hospitalizados.
- El lineamiento de plan canguro se orientó en principio a los recién nacidos pretérmino, actualmente se hace en todos, pero este criterio no es unificado al país, por tanto es necesario hacer la vigilancia de los menores a término.
- Los recién nacidos con bajo peso al nacer a término que no tienen complicaciones adicionales, son enviados a su casa, por tanto es preciso que se realice un seguimiento y se evalúen medidas en estos menores.

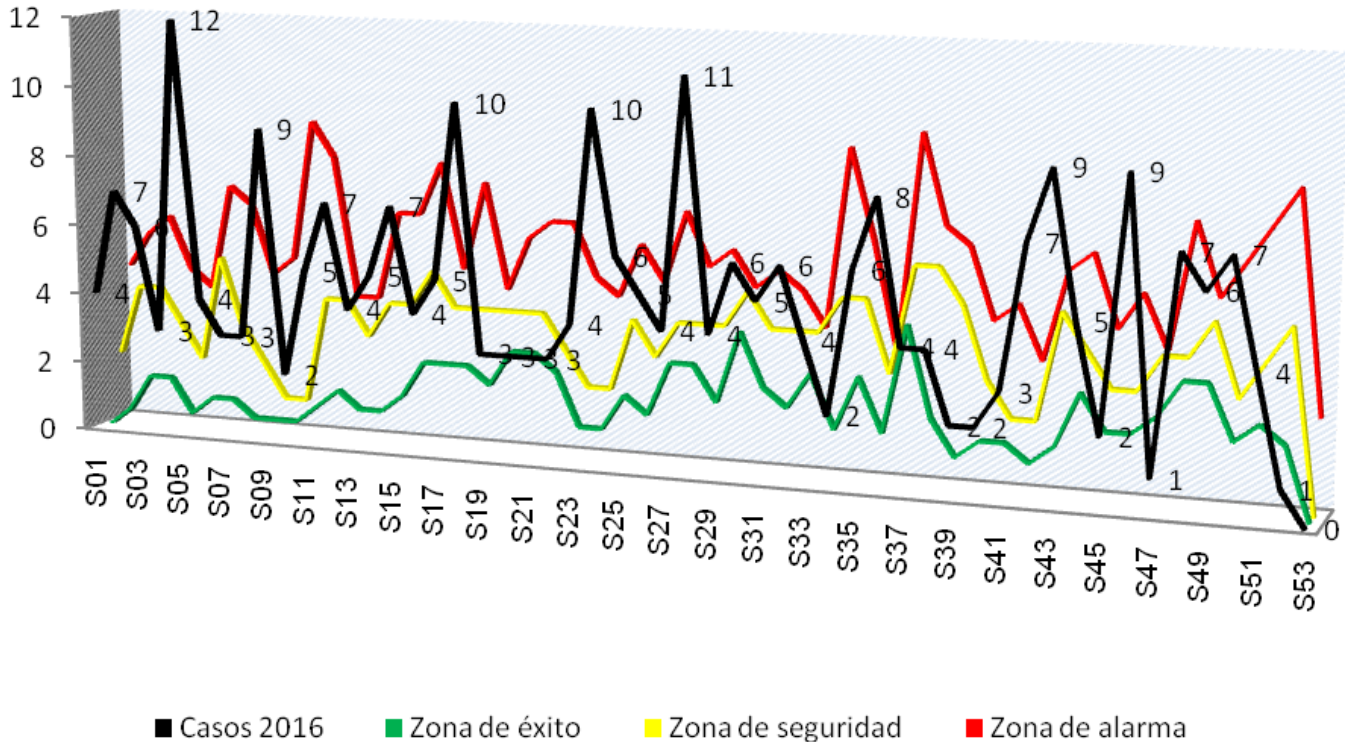
1.4. Comportamiento del evento en Caldas

En la semana epidemiológica 01 a la 52 de 2016 se notificaron 266 casos de Bajo peso al nacer a término en el departamento de Caldas, esta notificación registra una variación del 27,7 en relación al año anterior, en el cual se reportaron 220 casos. De acuerdo con el canal endémico de los casos notificados al Sivigila iniciamos el año en zona de alarma y lo terminamos en zona de éxito con cero casos reportados en semana 52. (Ver gráfica 1).



CUÍDATE - CUÍDAME

Grafica 1. Canal endémico de Bajo peso al nacer a término en Caldas semana epidemiológica 01 hasta del 52 del año 2016.



FUENTE: Sivigila, DTSC, 2016

CARACTERIZACION DE CASOS NOTIFICADOS COMO BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO - CALDAS 2016

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación y seguimiento de casos de bajo peso al nacer a término hasta la semana epidemiológica 52 de 2016.
- Establecer la frecuencia y distribución del bajo peso al nacer a término en el departamento de Caldas durante la semana epidemiológica 52 de 2016.
- Determinar los indicadores de seguimiento del evento por municipios del departamento de Caldas durante la semana epidemiológica 52 de 2016.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo el cual caracteriza la situación epidemiológica del bajo peso al nacer a término. La población en estudio fueron los casos de bajo peso al nacer a término notificados al sistema de vigilancia epidemiológica -SIVIGILA-hasta la semana epidemiológica 52 de 2016.

Variabes cuantitativas de razón discretas: edad de la madre, peso y talla al nacer, peso al momento del seguimiento del caso, edad gestacional al nacimiento, perímetro cefálico, controles prenatales, número de hijos vivos, multiplicidad del embarazo, trimestre de la gestación, peso y talla pre-gestacional y clasificación del bajo peso.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación

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 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.

El total de casos notificados al periodo de estudio es de 266; de forma comparativa con el año 2015 se encuentra una variación del 27.7%. Durante el treceavo periodo epidemiológico de 2016 se presentaron un total de 18 casos, (incluyendo aquellos casos que ingresaron de manera tardía durante el doceavo periodo epidemiológico), con una variación del 14,28 % con respecto al mismo periodo epidemiológico del año 2015, en el cual se registraron un total de 21 casos. En promedio se notifican 5.11 casos por semana epidemiológica en lo que va de año; es de anotar que este valor se determina hasta el periodo epidemiológico de estudio, posterior al proceso de depuración de información, (ver tabla No. 2).

Tabla No. 2. Casos de bajo peso al nacer a término, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

	2015	2016	Variación	Promedio semanal 2016
Periodo XIII	21	18	14,28	5,11
Total	220	266	27,71	

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

4.2. Magnitud en lugar y persona

El comportamiento del evento hasta el treceavo periodo epidemiológico 2016 ha conservado el mismo comportamiento de periodos anteriores, la mitad (50%) de los casos notificados se encuentran concentrados en los entidades municipios de residencia de Manizales y Villamaría, sin embargo se debe tener en cuenta que estas entidades tienden a presentar un mayor número de nacimientos (ver tabla No. 3).

Tabla No.3 Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Municipio	Casos	Frecuencia
Manizales	114	42,86
Villamaría	19	7,14
La Dorada	17	6,39
Riosucio	17	6,39
Aguadas	10	3,76
Neira	10	3,76
Chinchiná	9	3,38
Manzanares	9	3,38
Aránzazu	7	2,63
Supia	7	2,63
Pensilvania	6	2,26
Salamina	6	2,26
Belalcázar	5	1,88
Palestina	5	1,88
Samaná	5	1,88
Anserma	4	1,50
Marmato	4	1,50
Filadelfia	3	1,13
Marquetalia	2	0,75
Pacora	2	0,75
Victoria	2	0,75
Marulanda	1	0,38
Norcasia	1	0,38
Risaralda	1	0,38
CALDAS	266	100,00

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016

CUÍDATE - CUÍDAME

El mayor porcentaje de casos notificados en el periodo de referencia son hijos de mujeres con edad entre los 25 a 29 años, seguidos de las madres con edades entre los 20 a 24 años. Teniendo en cuenta el dato preliminar de nacidos vivos por estadísticas vitales hasta el periodo de estudio, la proporción del bajo peso al nacer a término es mayor en madres menores de 20 años, especialmente en madres menores de 15 años, donde así mismo el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer a término es mayor en estas edades; es de anotar que para el periodo de estudio se hizo necesario confirmar la edad de la madre, dado que las entidades territoriales notifican casos en los que la edad de la madre oscila entre los 05 a los 10 años, casos que no son reales. Del preliminar de nacidos vivos, un caso no proporcionaba información sobre la edad de la madre para un total de 587 163 (ver tabla No. 4).

Tabla No.4 Proporción de bajo peso al nacer a término según edad de la madre, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Grupos de casos	Número de casos con bajo peso al nacer a termino	Porcentajes
menores de 15 años	3	1,13
15 a 19 Años	50	18,8
20 a 34 años	178	66,92
35 y mas	35	13,16
total	266	100

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016-** Preliminar Ruaf ND 2016

La proporción de bajo peso a término es mayor en las niñas que en los niños, donde el 51,9% de los casos son de sexo femenino; el mayor porcentaje de casos pertenecen al área de la cabecera municipal con 74.1%; hasta el treceavo periodo epidemiológico la distribución de casos por régimen de seguridad social en salud predomina en el régimen contributivo con el 46.2 % de los casos, seguido muy de cerca del régimen subsidiado con el 45.1%; el grupo poblacional predominante de las madres corresponde a "otros" grupos poblacionales, 3,0 % son de pertenencia étnica indígena. El 50 % de las madres tienen secundaria como nivel educativo y el mayor porcentaje de casos registran estrato socioeconómico 1 y 2, representando el 63.9 % de los casos.

El 99,6 % de los casos notificados nacieron en instituciones de salud. La clasificación de la condición de bajo peso al nacer muestra que el 99,2 % de los casos notificados presentaron un peso entre 1500 y 2499 gramos, el 0,8 % (2 casos) tuvieron cifras menores a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer). (Ver tabla No. 5).

CUÍDATE - CUÍDAME

Tabla No.5 Características demográficas bajo peso al nacer a término, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Genero del recién nacido	F	138	51,9
	M	128	48,1
Pertenece étnica	Otro	258	97,0
	Indígena	8	3,0
Tipo de régimen en salud	Subsidiado	120	45,1
	Contributivo	123	46,2
	Especial	4	1,5
	No asegurado	5	1,9
	Indeterminado	12	4,5
	Excepción	2	0,8
Grupos	05 a 9 Años	2	0,8
	10 a 14 Años	1	0,4
	15 a 19 Años	50	18,8
	20 a 24 Años	72	27,1
	25 a 29 Años	68	25,6
	30 a 34 Años	38	14,3
	35 a 39 Años	26	9,8
	40 a 44 Años	8	3,0
Zona	45 a 49 Años	1	0,4
	Cabecera Municipal	197	74,1
	Centro Poblado	15	5,6
Estrato	Rural Disperso	54	20,3
	1	97	36,5
	2	73	27,4
	3	68	25,6
	4	11	4,1
	5	4	1,5
	6	3	1,1
Nivel educativo de la madre	7	1	0,4
	Sin dato	2	0,8
	Primaria	58	21,8
	Secundaria	133	50,0
	Técnico o superior	69	25,9
Clasificación del bajo peso al nacer	Ninguno	4	1,5
	Bajo peso al nacer	264	99,2
Sitio de atención del parto	Muy bajo peso al nacer	2	0,8
	Institución de Salud	265	99,6
Multiplicidad	Domicilio	1	0,4
	Parto único	244	91,7
	Parto gemelar	22	8,3

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

4.3. Comportamiento de otras variables de interés

Hasta el treceavo periodo epidemiológico, los casos notificados registran una edad gestacional mediana de 38 semanas, con una mediana en peso al nacer de 2 350 gramos y talla de 45 cm. Las madres tienden a iniciar los controles prenatales hacia la semana 14 de gestación y el promedio de controles prenatales es de 7,54 (ver tabla No. 6).

Tabla No.6 Características del recién nacido, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Información del recién nacido	
Mediana peso al nacer	2350 gr
Mediana talla al nacer	45 cm
Edad gestacional promedio al nacimiento	37,65 semanas
Edad gestacional promedio al inicio de controles prenatales	14,08 semanas
Promedio de controles prenatales	7,54

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016

4.4. Tendencia del evento

Se deben notificar todos los eventos que cumplan con la definición de caso para bajo peso al nacer a término 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. La confirmación del caso únicamente se debe realizar por clínica.

La tendencia del evento al treceavo periodo epidemiológico de 2016 muestra un discreto aumento en el número de casos notificados, al comparar con las mismas semanas epidemiológicas del año 2015. Desde la semana 1 hasta la semana 52, la cantidad de casos de bajo peso al nacer a término es de 226, en comparación con el 2015 en el cual se registraron 220 a la misma fecha epidemiológica. (Ver gráfica No. 3)

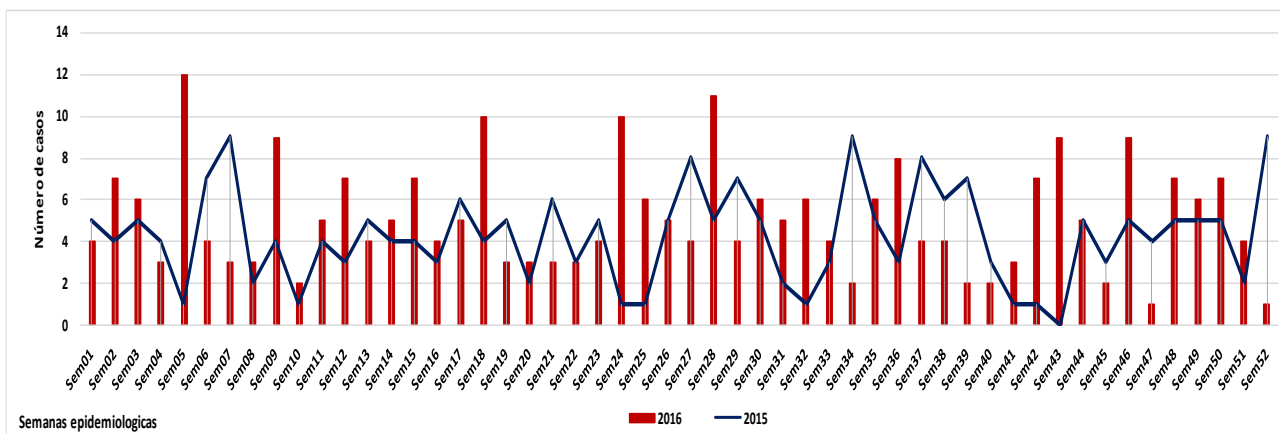


Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

Gráfica N° 3. Distribución de casos por semana epidemiológica, Caldas 2015 y periodo epidemiológico XIII 2016



Fuente: Sivigila, DTSC, 2016

4.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Al evaluar la oportunidad en la notificación para el evento, la cual por definición de caso debe ser de manera semanal obligatoria, en la cual el numerador es el número de recién nacidos a término con bajo peso notificados al SIVIGILA en la misma semana del nacimiento y el denominador es el número de recién nacidos a término con bajo peso notificados por entidad territorial; para el total de casos notificados en el Caldas, la oportunidad se encuentra en calificación media de oportunidad dentro del proceso de vigilancia.

Hasta el treceavo periodo epidemiológico del año 2016, 17 de los 27 municipios del departamento de Caldas obtuvieron una calificación alta < al 90%, 6 municipios consiguieron calificación media y uno baja con el (33.3%) (Ver tabla No. 7).

Tabla No.7 Oportunidad en la notificación del bajo peso al nacer a término, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Municipio	Casos Notificados	Casos notificados en la misma semana	Oportunidad	Semaforizacion
MANIZALES	114	111	97,37	
VILLAMARIA	19	18	94,74	
AGUADAS	10	10	100,00	
NEIRA	10	9	90,00	
MANZANARES	9	8	88,89	
ARANZAZU	7	7	100,00	
PALESTINA	5	5	100,00	
SAMANA	5	5	100,00	
ANSERMA	4	4	100,00	
MARMATO	4	4	100,00	
FILADELFIA	3	3	100,00	
MARQUETALIA	2	2	100,00	
PACORA	2	2	100,00	
VICTORIA	2	2	100,00	
MARULANDA	1	1	100,00	
NORCASIA	1	1	100,00	
RISARALDA	1	1	100,00	
RIOSUCIO	17	14	82,35	
LA DORADA	17	12	70,59	
CHINCHINA	9	7	77,78	
SUPIA	7	6	85,71	
SALAMINA	6	5	83,33	
BELALCAZAR	5	3	60,00	
PENSILVANIA	6	2	33,33	
CALDAS	266	242	90,98	

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Tabla No.8 Porcentaje de correspondencia Sivigila-Ruaf- ND, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Municipio	SIVIGILA	RUAF	% Correspondencia	Semaforizacion
Manzanares	9	9	100,00	
Marmato	4	4	100,00	
Marquetalia	2	2	100,00	
Marulanda	1	1	100,00	
Pacora	2	2	100,00	
Riosucio	17	17	100,00	
Risaralda	1	1	100,00	
Samaná	5	5	100,00	
Victoria	2	2	100,00	
Villamaría	19	19	100,00	
Neira	10	11	90,91	
CALDAS	266	293	90,78	
Manizales	114	126	90,48	
Aguadas	10	9	90,00	
Chinchiná	9	10	90,00	
Aránzazu	7	8	87,50	
Supia	7	8	87,50	
Pensilvania	6	5	83,33	
Anserma	4	5	80,00	
Salamina	6	8	75,00	
La Dorada	17	23	73,91	
Belalcázar	5	8	62,50	
Filadelfia	3	5	60,00	
Norcasia	1	2	50,00	
Palestina	5	2	40,00	
La merced	0	1	0,00	

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016

La notificación está presente en las 25 de los 27 municipios del departamento de Caldas. La evaluación de la correspondencia se establece de acuerdo con la ocurrencia del evento por estadísticas vitales en igual periodo de tiempo al evaluado por SIVIGILA, es importante aclarar que las cifras obtenidas del RUAF-ND son preliminares y son sujetas a ajustes a lo largo del año. Se observa que para el treceavo periodo 15 de los 25 municipios que notificaron el 100 % de la correspondencia un porcentaje alto, 8 municipios un porcentaje medio y 3 municipios un porcentaje bajo.

Hasta el treceavo periodo epidemiológico se han notificado un total de 266 investigaciones de campo, de la cuales 144 fueron visitas efectivas.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

En este punto es necesario aclarar como lo manifiesta el Instituto Nacional de Salud que las investigaciones de caso que deben ser realizadas a los menores con bajo peso al nacer a término deben cumplir con los criterios definidos en el protocolo, los cuales “la realiza el municipio y debe hacerse a todos los casos notificados en aquellas entidades (municipales) donde el número total no supera los 150 casos al año. Para el resto de entidades, como lo es nuestro caso en el departamento de Caldas, se debe hacer de manera obligatoria a todos los casos cuando el 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 la lactancia materna”, así mismo el tiempo oportuno de la realización de estas investigaciones de caso es de 1 mes a partir del nacimiento.

Por lo anterior, se obtienen las investigaciones de campo realizadas a semana 52 las cuales se calculan aquellos casos que cumplen con el criterio peso menor o igual a 2000 gramos para cada municipio de residencia de la madre con más de 150 casos en el año 2016, encontrando que el porcentaje de realización más alto se localiza en la entidades de: Manizales, Neira, Riosucio, la Dorada y Aguadas (ver tabla No. 9).

Tabla No.9 Porcentaje de realización de investigaciones epidemiológicas de caso (IEC) por municipio de residencia de la madre, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016.

Municipio de procedencia	no se realizo visita	Si efectiva	No efectiva (visita fallida)	Total general
AGUADAS		7	3	10
ANSERMA	4			4
ARANZAZU	7			7
BELALCAZAR	2	3		5
CHINCHINA	4	5		9
FILADELFIA	3			3
LA DORADA	7	6	4	17
MANIZALES	14	88	12	114
MANZANARES	3	6		9
MARMATO	3	1		4
MARQUETALIA	1	1		2
MARULANDA		1		1
NEIRA	4	6		10
NORCASIA		1		1
PACORA	1	1		2
PALESTINA	3	2		5
PENSILVANIA	1	5		6
RIOSUCIO	13	4		17
RISARALDA		1		1
SALAMINA	4	2		6
SAMANA	1	4		5
SUPIA	7			7
VICTORIA	2			2
VILLAMARIA	19			19
Total general	103	144	19	266

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

En relación a la información obtenida en las investigaciones epidemiológicas de campo realizadas al periodo actual se conoce que el 88.6 % de los hogares cuentan con disponibilidad de agua para para el consumo humano, mientras 10,7 %, no cuentan con este servicio; generalmente las condiciones habitacionales de los hogares son buenas.

Con respecto al seguimiento en el peso de los casos visitados se encuentra que 85,2% de los recién nacidos a término con bajo peso mejoró su peso, es decir tuvo ganancia del mismo a pesar que dentro de los primeros 10 días de nacido se presentan pérdidas fisiológicas. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, que se debe dar hasta el sexto mes de vida, se obtuvo que el 71,8 % de los recién nacidos estaban recibiendo lactancia materna de forma exclusiva. Se registra que aproximadamente que el 14.09% de las madres tienen dificultades para la lactancia. Del total de niños visitados 14.9 % de ellos fueron remitidos a servicios de salud y en la misma cantidad fueron incluidos en programas de apoyo alimentario (ver tabla No. 10).

Tabla No.12 Características en investigaciones de campo bajo peso al nacer a término, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016

Características		Total	%
Agua potable	Si	132	88,59
	No	16	10,74
	Sin información	1	0,67
Condiciones higiénico sanitarias	Buenos	136	91,28
	Regulares	13	8,72
Estado actual del peso	Subió de peso	127	85,23
	Permanece igual	4	2,68
	Bajo de peso	18	12,08
lactancia materna exclusiva	Si	107	71,81
	No	42	28,19
capacitación o consejería en lactancia materna	Si	144	96,64
	No	5	3,36
Se remite a servicios de salud	Si	21	14,09
	No	128	85,91
programas de apoyo alimentario	Si	21	14,09
	No	128	85,91
Recibe leche de fórmula	Si	49	32,89
	No	100	67,11
dificultades con la lactancia materna	Si	21	14,09
	No	128	85,91

Fuente: Sivigila, DTSC, 2016

5. DISCUSIÓN

Los hallazgos de la vigilancia del bajo peso al nacer a término al treceavo periodo epidemiológico de 2016 muestran un comportamiento similar al de periodos anteriores. El 92.5% de los municipios en el departamento de Caldas han notificado casos. La notificación de casos por cada 1.000 nacidos vivos se concentra principalmente en los municipios de residencia de la madre Palestina con 555.6, Villamaría con 452.3 y Marulanda con 200.

Diferentes estudios han demostrado que el bajo peso al nacer es predictor de la mortalidad infantil, ya que al menos la mitad de las muertes perinatales suceden en recién nacidos con bajo peso (10). Para el caso de América del Sur, Colombia ocupa uno de los primeros lugares en el proporción de bajo peso al nacer en general, con un 9% de casos (8). 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) (12), y dentro de esto se configura el objetivo de vigilar este evento y lograr progresivamente la disminución de casos de recién nacidos con bajo a peso a término.

Los recién nacidos con muy bajo peso al igual que el bajo peso al nacer, muestran una tendencia al aumento. Según estudios, los neonatos con bajo peso al nacer y especialmente con peso inferior a 1.500g (muy bajo peso al nacer), determinan el 60% de la mortalidad neonatal y cerca del 4% de la mortalidad infantil (14). Es el factor más importante asociado con los más de cinco millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños con antecedentes de bajo peso al nacer respecto a los que nacen a término y peso normal. Se calcula que más de la mitad de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso (15). Para este caso, hasta periodo epidemiológico XIII, el muy bajo peso al nacer a término representa el 0,6 % de los casos.

Limitaciones:

La información notificada por las entidades municipales presenta inconsistencias en algunas variables trazadoras y de las que depende la caracterización del evento, como son edad de la madre y multiplicidad en la gestación. Así mismo algunas variables corresponden a información de la madre y no del recién nacido lo cual no se encuentra del todo delimitado, lo cual puede generar confusión al evaluar los datos.

La notificación de casos por parte de los municipios del departamento de Caldas tiene un proceso de depuración de calidad del dato limitado, por tanto esto afecta el porcentaje de correspondencia con estadísticas vitales, a pesar que la realimentación se realiza de manera semanal por parte del departamento dado que el número de enlace entre las dos fuentes que es la identificación de la madre es alterado al momento de ingresar los datos al Sivigila.

CUÍDATE - CUÍDAME

6. CONCLUSIONES

- La notificación para el evento se definió de manera semanal, con el fin de tener una adecuada oportunidad en la identificación de los casos para orientar acciones de salud pública en torno a su intervención; hasta el treceavo periodo epidemiológico la oportunidad en la notificación para el departamento de Caldas es de 90,9 %, siendo un nivel alto.
- La realización de investigaciones epidemiológicas de campo muestran en la mayoría de casos adecuadas condiciones de vivienda con agua potable y condiciones higiénicas del hogar, así mismo la mayoría de los casos presenta ganancia de peso al momento de la investigación, sin embargo al igual que en periodos anteriores, se presenta una baja proporción de direccionamiento hacia los servicios de salud y la disponibilidad de programas de apoyo alimentario. Adicional se encuentra que hay un porcentaje importantes de madres que presentan problemas con la práctica de la lactancia materna.
- El comportamiento del bajo peso al nacer a término por grupos de edad de la madre muestra que el mayor porcentaje de casos notificados son hijos de mujeres con edad entre los 20 a 34 años, dado que es el rango de edad más amplio, sin embargo la proporción y el riesgo del bajo peso al nacer a término es mayor en las mujeres menores de 19 años de edad.

7. RECOMENDACIONES

- Es necesario que cada entidad territorial bajo el análisis de la vigilancia, puedan establecer factores de riesgo y determinantes con el fin de socializarlos a las EPS e IPS en beneficio de minimizar el riesgo de morbimortalidad, lo anterior sumado al fortalecimiento de lograr la asistencia a los servicios de salud de forma oportuna así como el acceso a los programas de apoyo alimentario y el debido seguimiento hasta lograr la recuperación nutricional de los casos identificados.
- La supervivencia de los niños comienza con la salud de las mujeres, por lo cual es fundamental fortalecer la educación en torno a los cuidados durante el embarazo y a la realización de los controles prenatales con la periodicidad adecuada de acuerdo a cada caso, así como el inicio temprano de estos para la detección oportuna de aquellas madres con mayor riesgo y así mismo realizar las intervenciones pertinentes. Así mismo es necesario recalcar la importancia de realizar la valoración nutricional de las madres, realizar el seguimiento adecuado a la ganancia esperada de peso tanto para ellas como para el feto.
- Es importante reforzar la realización de las investigaciones de caso, especialmente en hijos de madres menores de 20 años y en casos con peso al nacer menor o igual a los 2000 gramos, como lo establece el protocolo, ya que son los grupos de mayor riesgo en cuanto a morbimortalidad infantil, supervisando que se presente una adecuada ganancia de peso del neonato.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- Con el fin de evaluar el proceso de implementación del evento, es necesario que se continúen estimando los indicadores de oportunidad de la notificación, porcentaje de notificación respecto a las estadísticas vitales y el número de entidades que están realizando la vigilancia. En este punto se debe reforzar la idea sobre la importancia de realizar las investigaciones epidemiológicas de campo y el seguimiento a los casos por parte de las entidades territoriales.

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana. 2000;(1):17-18.
2. MINSAP. Orientaciones propósitos y directrices para el año 2005. La Habana; 2005.
3. 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.
4. OMS. Europe and Health Report: Public health action for healthier children. Oficina Regional de la OMS para Europa; 2005.
5. Cnattingius S, Stephenson O. The epidemiology of stillbirth. Semin Perinatol. 2002; 26:25-30.
6. Node C, Nelson MR. Maternal pregnancy weight age and smoking status as risk factors for low birth weight. Public Health. Rev Obstet Gynecology. 2000; 332-6.
7. DANE. Documento de metodología de las estadísticas vitales EEVV. Colección documentos - Actualización 2009. Núm. 82. Bogotá. 2009.
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. NACER, definiciones, consultado en:
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/definiciondeterminos.pdf>
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Estado mundial de la infancia 2008. Supervivencia infantil. Diciembre de 2007.
12. Informe del evento Bajo peso, hasta el periodo epidemiológico XII, Colombia, 2016. Instituto Nacional de Salud. 2016



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co