

INFORME DEL EVENTO

BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO COLOMBIA 2017

INFORME DE EVENTO BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO, COLOMBIA, 2017

Giomar Sichacá Àvila
Equipo Funcional Vigilancia Nutricional
Grupo Enfermedades No Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define bajo peso al nacer como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo. Se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año. El objetivo para 2025 es reducir un 30% el número de niños con un peso al nacer inferior a 2500 g. (1). Esto supondría una reducción anual del 3% entre 2012 y 2025, con lo que el número anual de niños con bajo peso al nacer pasaría de unos 20 millones a unos 14 millones.

Existe una variabilidad considerable en la prevalencia del bajo peso al nacer según las regiones e incluso dentro de un mismo país; sin embargo, la gran mayoría de casos de bajo peso al nacer se dan en países de ingresos bajos y medios, especialmente en los grupos de población más vulnerables (2, 3).

Sin embargo, el bajo peso al nacer es una preocupación de alcance mundial, ya que algunos países de ingresos elevados también se enfrentan a tasas que resultan altas para su contexto (p.ej. España, el Reino Unido y los Estados Unidos de América). Actualmente, a un elevado porcentaje de neonatos no se los pesa al nacer, especialmente en países con ingresos bajos, lo que supone un importante reto desde el punto de vista de las políticas. También existe una variabilidad sustancial dentro de cada país. Los grupos de población de mayor nivel socioeconómico presentan más probabilidad de recibir una atención sanitaria adecuada, con unos principios asistenciales similares a los aplicados en países de ingresos elevados (4).

Por consiguiente, identificar a los grupos de población con mayor riesgo de bajo peso al nacer y a aquellos con mayor probabilidad de enfrentarse a barreras en el acceso a las intervenciones sanitarias y nutricionales constituye una prioridad mundial y es fundamental

para el éxito de los programas a gran escala. Existen numerosas causas del bajo peso al nacer, como pueden ser la inducción prematura del parto o las cesáreas (por causas médicas o no médicas), los embarazos múltiples, las infecciones y enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial (5).

Entre las consecuencias del bajo peso al nacer figuran la morbimortalidad fetal y neonatal, las deficiencias en el desarrollo cognitivo y el aumento del riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida (6).

En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2011 fue de 9.01%. A partir del 2012 este indicador presentó un leve descenso, con una prevalencia de 8,81% mientras que en el 2016 fue 9,07%. Por departamentos hay diferencia ya que Caquetá, Meta, Vichada, Putumayo y Vaupés presentaron las menores prevalencias de bajo peso al nacer, mientras que Bogotá, D.C., Cundinamarca y Chocó fueron las regiones con porcentajes más altos que el total nacional (7)

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

Pretende identificar a 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, mediante el monitoreo del comportamiento epidemiológico, 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.

2. MATERIALES Y MÉTODOS



Análisis tipo descriptivo retrospectivo que caracteriza la situación epidemiológica del bajo peso al nacer a término. La población en estudio fueron los casos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica durante el 2017 y ajustados con corte al 29 de marzo de 2018.

Durante el proceso de depuración para al análisis se identificaron casos descartados, repetidos y duplicados, verificando la condición de multiplicidad del embarazo; se realiza la revisión de integridad de las variables y revisión y ajuste de acuerdo con el criterio de investigación epidemiológica de campo. Es de aclarar que se eliminan 898 registros dado que sin tener ajuste por las entidades departamentales de notificación no cumplen la definición de caso, a pesar de que el aplicativo Sivigila tiene esta validación. Finalmente se realiza la correspondencia de la notificación con el registro de nacidos vivos por el sistema de estadística vitales.

El plan de análisis incluyó estadística descriptiva mediante análisis univariado del comportamiento y la tendencia de la proporción del bajo peso al nacer a término, al igual que sus factores relacionados. El análisis se realizó en términos de persona, tiempo y lugar en el territorio nacional con análisis de medidas de tendencia central, medidas de ocurrencia (proporción) y cálculo de frecuencias. Los denominadores para el cálculo de la proporción por departamento de residencia fueron las cifras preliminares de nacidos vivos registrados en el sistema de estadísticas vitales para el año de análisis. La información por entidad territorial se analizó por notificación y residencia.

Se realizó análisis de distribución de Poisson para determinar incremento y decremento con base en el promedio de la notificación de casos por entidad territorial de residencia, se consideró comportamiento inusual cuando la probabilidad según la distribución Poisson fue inferior a 0,05.

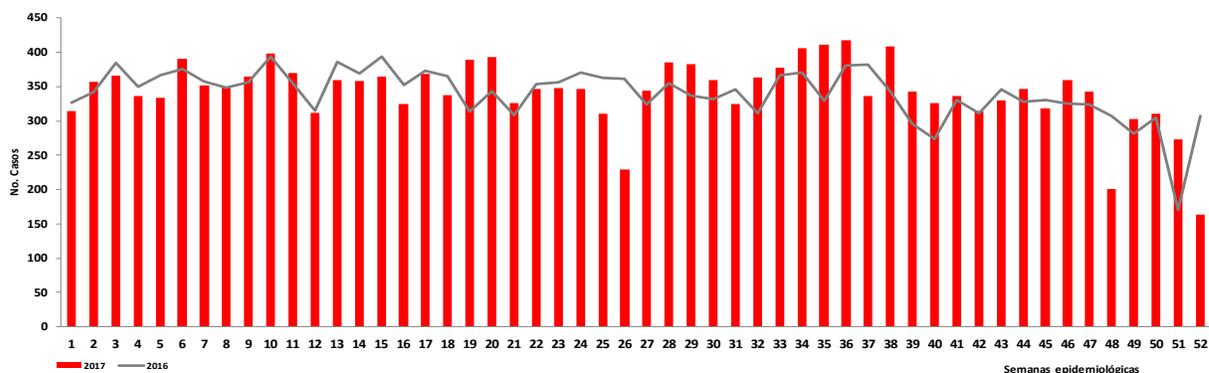
Consideraciones éticas: el presente documento no tiene riesgos potenciales a sujetos de investigación, dado que no se realiza ninguna intervención, por tanto, no se vulneró el derecho a la privacidad. De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 este análisis se considera sin riesgo.

3. RESULTADOS



Después de realizar la depuración de la base de datos, se han notificado un total de 18.486 casos que cumplen con la definición de caso, para un promedio semanal de 355 casos; de este total de casos se encuentran 51 casos en los que se registra residencia del exterior. De forma comparativa con el año 2016 en que se notificaron 17.822, se encuentra una variación del 3,7%; las semanas epidemiológicas 19, 20, 37 y 38 registran al mayor número de casos (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.1**).

Gráfica 1. Distribución de casos por semana epidemiológica, Colombia 2016-2017



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

Al periodo de análisis y de acuerdo con la notificación histórica de los años 2013 a 2016, la razón entre lo observado y lo esperado de casos notificados por entidad territorial de residencia, muestra que los departamentos de Bolívar, Cartagena, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta, Valle, Vaupés y los casos del exterior están por encima del valor esperado y los departamentos de Amazonas, Barranquilla, Casanare y Vichada están por debajo del valor esperado (tabla 1).

Tabla 1. Entidades Territoriales con variaciones respecto al promedio de casos notificados, Colombia 2013 – 2017

Entidad territorial de residencia	2017	Esperado
Amazonas	20	35
Antioquia	2.577	2.331
Arauca	95	89
Atlantico	358	292
Barranquilla	394	484
Bogotá	4.141	4.016
Bolívar	383	284
Boyacá	622	597
Caldas	260	245
Caqueta	99	105
Cartagena	506	348
Casanare	105	138
Cauca	529	475
Cesar	464	383
Chocó	151	75
Cordoba	636	522
Cundinamarca	1.257	1.079
Exterior	51	10
Guainía	20	9
Guajira	480	422
Guaviare	28	24
Huila	454	427
Magdalena	280	206
Meta	309	271
Nariño	530	559
Norte Santander	386	315
Putumayo	67	81
Quindío	157	153
Risaralda	282	297
San Andrés	29	21
Santander	637	552
Santa Marta D.E.	206	122
Sucre	329	370
Tolima	326	306
Valle	1.279	981
Vaupés	18	7
Vichada	21	27
Colombia	18.486	16.655

 Incremento  Decremento

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

De acuerdo con dato preliminar de nacidos vivos 2017, se obtiene que la proporción nacional de bajo peso al nacer a término es de 2,8 casos por cada 100 nacidos vivos. El 27% de las entidades territoriales están por encima de la proporción nacional, siendo principalmente las entidades territoriales de Vaupés, Bogotá y Boyacá. Las menores proporciones la tienen los departamentos de Buenaventura, Caquetá y Amazonas. Es de resaltar que las cifras de nacido vivo son preliminares y dinámicas, se actualizan y se ajustan a lo largo del tiempo e incluyen casos registrados y confirmados (tabla 2).

Tabla 2. Proporción de bajo peso al nacer a término por entidades territoriales de residencia, Colombia 2017

Departamento residencia	Casos	Nacidos vivos*	Proporción
Vaupés	18	360	5,0
Bogotá	4.141	92.072	4,5
Boyacá	622	14.699	4,2
Cundinamarca	1.257	35.750	3,5
San Andrés	29	853	3,4
Antioquia	2.577	76.758	3,4
Nariño	530	18.182	2,9
Cauca	529	18.597	2,8
Valle	1.240	43.884	2,8
Caldas	260	9.290	2,8
Colombia	18.436	654.889	2,8
Guajira	480	17.543	2,7
Quindío	157	5.851	2,7
Risaralda	282	10.528	2,7
Choco	151	5.831	2,6
Cartagena	506	19.705	2,6
Guainía	20	825	2,4
Córdoba	636	26.613	2,4
Huila	454	19.681	2,3
Cesar	464	20.463	2,3
Guaviare	28	1.252	2,2
Santa Marta D.E.	206	9.290	2,2
Arauca	95	4.413	2,2
Sucre	329	15.433	2,1
Santander	637	29.970	2,1
Vichada	21	1.010	2,1
Meta	309	15.165	2,0
Bolívar	383	19.092	2,0
Magdalena	280	14.834	1,9
Norte Santander	386	20.718	1,9
Tolima	326	17.563	1,9
Atlántico	358	20.494	1,7
Casanare	105	6.249	1,7
Barranquilla	394	23.924	1,6
Putumayo	67	4.389	1,5
Amazonas	20	1.404	1,4
Caquetá	99	7.134	1,4
Buenaventura	39	5.070	0,8

* Preliminar Ruaf ND 2017

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

El mayor porcentaje de casos notificados en el periodo de referencia son hijos de mujeres con edad entre los 20 a 34 años, seguidos de las madres con edades entre los 15 a 19 años. Teniendo en cuenta el dato preliminar de nacidos vivos por estadísticas vitales, la proporción del bajo peso al nacer a término es mayor en madres menores de 15 años y de igual forma, el riesgo de tener un recién nacido con bajo peso al nacer a término es mayor en este grupo de edad (tabla 3).

Tabla 3. Proporción de bajo peso al nacer a término según edad de la madre, Colombia 2017

Grupo edad madre	No. Casos	%	Nacidos vivos **	Proporción	RR
< 15	195	1,2	5.844	3,3	1,2
15-19	4.108	25,4	13.1233	3,1	1,1
20-34	12.025	74,3	44.8365	2,7	0
35 y más	2.158	13,3	71.278	3,0	1,1
Total	18.486	100	656720	2,8	

* pr: punto de referencia ** Preliminar Ruaf ND 2017

Fuente: Sivigila, INS, Colombia -Ruaf-Nd preliminar 2017

Del total de casos notificados el 23,2% (4306 casos) corresponden a madres adolescentes. Las entidades territoriales en las que predomina casos notificados de embarazo en adolescentes son Amazonas, Arauca y Caquetá y las mayores proporciones de bajo peso al nacer a término de madres adolescentes corresponde a los departamentos de Vaupés, Santander y Bogotá (tabla 4).

Tabla 3. Proporción de bajo peso al nacer a término en adolescentes por entidad territorial de residencia, Colombia 2017

Departamento residencia	Proporción de notificación en adolescentes	Proporción bajo peso al nacer a término en adolescentes
Vaupés	38,9	7,4
Santander	19,9	7,0
Bogotá	16,1	5,5
Cundinamarca	24,5	4,6
Boyacá	19,6	4,4
San Andrés	17,2	3,8
Arauca	44,2	3,6
Guajira	27,3	3,6
Antioquia	22,0	3,6
Valle	22,5	3,5
Cauca	29,1	3,4
Cartagena	24,5	3,3
Guainía	40,0	3,2
Nariño	25,5	3,2
Cesar	32,3	3,1
Casanare	38,1	3,1
Córdoba	30,7	3,1
Bolívar	38,1	3,0
Huila	30,2	2,9
Amazonas	55,0	2,9
Caldas	20,4	2,9
Choco	25,2	2,8
Risaralda	20,9	2,8
Meta	26,2	2,7
Sucre	27,7	2,6
Quindío	19,7	2,6
Norte Santander	25,9	2,5
Atlántico	25,7	2,4
Barranquilla	25,4	2,4
Caquetá	42,4	2,1
Tolima	24,8	2,0
Magdalena	28,6	1,9
Guaviare	21,4	1,8
Vichada	23,8	1,8
Putumayo	28,4	1,6
Buenaventura	41,0	1,4
Santa Marta D.E.	24,8	1,0
Colombia	23,3	3,3

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

La proporción de bajo peso al nacer a término es mayor en las niñas que en los niños; el mayor porcentaje de casos pertenecen al área urbana, predomina el régimen de afiliación subsidiado, la pertenencia étnica otros grupos seguidos de la población indígena y nivel educativo de las madres de secundaria. El 98,5% de los casos notificados nacieron en instituciones de salud; la clasificación de la condición de bajo peso al nacer muestra que el 99,6% de los casos notificados presentaron un peso entre 1500 y 2499 gramos, el 0,1 % tuvieron cifras menores a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer). El mayor porcentaje de casos registran embarazos simples con un 88,7%.

Los casos notificados registran una edad gestacional mediana de 37 semanas, con una mediana en peso al nacer de 2370 gramos y talla de 47 cm. Las madres tienden a iniciar los controles prenatales hacia la semana 14 de gestación y el promedio de controles prenatales es de seis. Se encuentra que los principales factores relacionados con el bajo peso al nacer a término son la presencia de infecciones de vías urinarias, la baja asistencia de las madres a controles prenatales y la hipertensión arterial gestacional.

El 40,7 % (7512 casos) corresponden a madres primigestantes. Al 13 % de las madres le diagnosticaron desnutrición durante el embarazo y al 15,5% sobrepeso. La mediana en talla de las madres es de 157 centímetros, con un promedio en el peso pregestacional 52,8 kilogramos y una ganancia promedio en peso de 6,2 kilogramos. Casi todas las madres menos el 7,3% refieren consumo de micronutrientes y se encuentra una prevalencia de anemia de 13,3 %.

De acuerdo con la información obtenida en las investigaciones epidemiológicas de campo se encuentra que el 86,3 % de los hogares cuentan con disponibilidad de agua para para el consumo humano y en un porcentaje similar se refieren condiciones habitacionales buenas.

Con respecto al seguimiento en el peso de los casos visitados se encuentra que 94,6 % de los recién nacidos a término con bajo peso mejoró su peso, el 69,1 % de los recién nacidos estaban recibiendo lactancia materna de forma exclusiva y se registra que aproximadamente la tercera parte de las madres tienen dificultades para la lactancia. Del total de niños visitados 29,1 % de ellos fueron remitidos a servicios de salud y 29,4 % se incluyeron en programas de apoyo alimentario.

A la evaluación de los indicadores de proceso y gestión establecidos en el protocolo, al evaluar la oportunidad en la notificación la cual debe ser semanal y obligatoria, el 27% de las entidades territoriales tienen una oportunidad por encima del 90%; para el país se encuentra que la oportunidad es de 84,7% y esta cifra está afectada principalmente por la inoportunidad identificada en los departamentos de San Andrés, Buenaventura y Chocó (tabla 5).

Tabla 5. Oportunidad en la notificación del bajo peso al nacer a término, Colombia 2017

Departamento notificación	Casos notificados	Casos notificados oportunamente	% Oportunidad
Vichada	17	17	100,0
Nariño	540	524	97,0
Bolívar	153	148	96,7
Caquetá	102	98	96,1
Huila	469	446	95,1
Boyacá	624	582	93,3
Arauca	99	92	92,9
Caldas	250	231	92,4
Cauca	446	409	91,7
Bogotá	4726	4288	90,7
Norte Santander	408	366	89,7
Córdoba	664	590	88,9
Guaviare	26	23	88,5
Quindío	169	147	87,0
Cundinamarca	710	614	86,5
Guainía	22	19	86,4
Meta	314	266	84,7
Santander	666	563	84,5
Putumayo	54	45	83,3
Guajira	474	393	82,9
Amazonas	17	14	82,4
Cesar	453	372	82,1
Barranquilla	647	527	81,5
Sucre	341	277	81,2
Antioquia	2571	2084	81,1
Magdalena	271	215	79,3
Casanare	100	78	78,0
Valle	1299	1006	77,4
Cartagena	687	525	76,4
Risaralda	315	237	75,2
Tolima	308	227	73,7
Vaupés	17	10	58,8
Atlántico	132	74	56,1
Santa Marta D.E.	232	124	53,4
Buenaventura	22	10	45,5
Chocó	113	18	15,9
San Andrés	28	2	7,1
Colombia	18486	15661	84,7

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

La notificación está presente en las 37 entidades territoriales. A la evaluación de la correspondencia de la notificación y los casos registrados por estadísticas vitales se observa que se tiene una correspondencia del 83%. Es de anotar que en algunas entidades territoriales se encuentran más casos notificados a Sivigila que por estadísticas vitales; las entidades territoriales que históricamente tienen las menores correspondencias que afectan el indicador nacional son Buenaventura y Atlántico (tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de correspondencia Sivigila-Ruaf-ND, Colombia 2017

Departamento notificación	Casos notificados	Casos EEVV	% Correspondencia
Vaupés	17	11	No aplica
Arauca	99	99	100,0
Guaviare	26	26	100,0
Boyacá	624	632	98,7
Quindío	169	174	97,1
San Andrés	28	29	96,6
Guainía	22	23	95,7
Amazonas	17	18	94,4
Vichada	17	18	94,4
Casanare	100	108	92,6
Valle	1299	1404	92,5
Meta	314	341	92,1
Risaralda	315	343	91,8
Caldas	250	275	90,9
Huila	469	516	90,9
Cauca	446	491	90,8
Cundinamarca	710	783	90,7
Santander	666	737	90,4
Antioquia	2571	2926	87,9
Cartagena	687	788	87,2
Putumayo	54	62	87,1
Nariño	540	634	85,2
Tolima	308	362	85,1
Bogotá	4726	5692	83,0
Córdoba	664	800	83,0
Norte Santander	408	493	82,8
Caquetá	102	126	81,0
Magdalena	271	335	80,9
Cesar	453	587	77,2
Santa Marta D.E.	232	305	76,1
Sucre	341	489	69,7
Barranquilla	647	962	67,3
Chocó	113	175	64,6
Guajira	474	800	59,3
Bolívar	153	265	57,7
Atlántico	132	316	41,8
Buenaventura	22	120	18,3
Colombia	18486	22265	83,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2017

Para la vigencia 2017 se tuvo en discusión el cumplimiento a la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo como acción que incidiera en la prevención de la mortalidad infantil, pero los resultados evaluados a continuación, denotan dos aspectos puntuales como son que el criterio de edad de la madre y peso del recién nacido objetos de la investigación de campo no es priorizado en las acciones de vigilancia y el otro aspecto a resaltar es que si bien se realizan un importante número de investigaciones de campo no cubren la población vulnerable de madres adolescentes y/o recién nacidos a término con peso inferior a 2000 g. Por tanto, el porcentaje de cumplimiento en investigaciones de campo de acuerdo con el criterio establecido en el protocolo es de solo el 7,7% (tabla 7).

Tabla 7. Porcentaje de cumplimiento de investigaciones epidemiológicas de campo, Colombia 2017

Departamento residencia	Investigaciones que cumplen criterio	Investigaciones realizadas	Investigaciones realizadas que cumplen criterio	% Cumplimiento según protocolo
Guainía	6	13	2	33,3
Guaviare	7	23	2	28,6
Boyacá	138	477	33	23,9
Quindío	34	123	8	23,5
Casanare	48	111	10	20,8
San Andrés	5	26	1	20,0
Risaralda	70	136	12	17,1
Magdalena	106	106	18	17,0
Amazonas	12	11	2	16,7
Meta	115	110	19	16,5
Cartagena	137	113	21	15,3
Caldas	57	139	7	12,3
Arauca	45	55	5	11,1
Cauca	171	157	19	11,1
Huila	133	222	14	10,5
Antioquia	584	990	59	10,1
Cesar	156	152	15	9,6
Caquetá	45	75	4	8,9
Córdoba	209	215	17	8,1
Bogotá D.C.	705	1251	43	6,1
Guajira	206	86	12	5,8
Barranquilla	126	9	7	5,6
Norte Santander	109	159	5	4,6
Nariño	158	106	7	4,4
Sucre	102	90	4	3,9
Valle	296	114	9	3,0
Bolívar	157	119	4	2,5
Santa Marta D.E.	52	24	1	1,9
Atlántico	131	22	2	1,5
Cundinamarca	284	80	4	1,4
Santander	132	96	1	0,8
Choco	52	0	0	0,0
Putumayo	15	12	0	0,0
Tolima	89	9	0	0,0
Vaupés	10	5	0	0,0
Vichada	12	9	0	0,0
Buenaventura	22	0	0	0,0
Colombia	4736	5445	367	7,7

4. DISCUSIÓN



La proporción de bajo peso al nacer a término para el periodo de estudio de 2,8 por cada 100 nacidos vivos, lo que al comparar con el histórico desde el 2013 no muestra una tendencia a la disminución, al igual que lo muestra la cifra nacional del bajo peso al nacer total que ha pasado de 8,92 en el 2013 a 9,07 en el 2016. En este sentido reducir la incidencia de bajo peso al nacer en un tercio, entre 2000 y 2010 fue una de las principales metas adoptadas por la declaración y plan de acción de las Naciones Unidas "Un Mundo Apropiado para la Infancia". Colombia incluyó en el Plan Nacional de Salud Pública en el primer y segundo objetivo la "mejora de la salud materno infantil" (fortalecimiento a la calidad y cobertura del control prenatal) y la mejoría de la salud sexual y reproductiva (8),

sin embargo, los resultados muestran que los esfuerzos no parecen ser suficientes, puesto que la tendencia de la prevalencia del bajo peso al nacer en la última década es ascendente.

Por departamentos de residencia las mayores proporciones le corresponden a Vichada, Bogotá D.C., y Boyacá; para el caso del departamento de Vichada este resultado puede corresponder a su denominador poblacional y para el caso de Bogotá D.C., y Boyacá factor se puede explicar por el mejor registro de los procesos de estadísticas vitales.

De acuerdo con lo casos notificados la edad mediana de las madres es de 25 años, sin embargo, se han notificado madres desde los diez años; la mayor proporción y el mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer a término se presenta en el grupo de madres adolescentes. Estas madres residen en su mayoría en los departamentos de Arauca, Amazonas, Caquetá y Buenaventura; al revisar la relación con el total de nacidos vivos, las mayores proporciones del bajo peso al nacer a término de madres adolescentes corresponden a los departamentos de Vaupés, Santander y Bogotá D.C. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS 2015-, el mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, (41.8%), se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria); por desagregaciones geográficas se evidencia que el departamento de mayor prevalencia de la maternidad en la adolescencia es Vaupés con un porcentaje (46.9%). Por otra parte, se confirma asociación negativa de la supervisión parental con el embarazo en la adolescencia y la relación de la norma social percibida y la presión de los pares con el inicio de relaciones sexuales, el inicio de la maternidad, o el uso del condón (7).

Las madres inician de forma tardía los controles prenatales y el promedio de estos es inferior a seis; adicionalmente se encuentra que dentro de los principales factores relacionados con el bajo peso al nacer a término son la presencia de infecciones de vías urinarias, la hipertensión arterial gestacional, el sobrepeso y la desnutrición incluida la anemia; estos hallazgos se relacionan con afirmaciones realizadas en diferentes estudios en donde se encuentra que más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en los países en desarrollo y las principales causas son infecciones y anemia que en la mayoría de los casos son consecuencia de desnutrición materna, así como el embarazo adolescente (9), ambos ligados al desarrollo y factores socioeconómicos como el salario y la educación.

De acuerdo con lo anterior es necesario que se realicen intervenciones de mayor impacto para reducir el bajo peso al nacer antes de la concepción como son el mejoramiento del estado nutricional de la mujer en edad reproductiva, la educación y el acceso a métodos de planificación familiar para las poblaciones de alto riesgo (adolescentes, mujeres con enfermedades crónicas o mayores de 40 años). Es de resaltar que la principal actividad preventiva es el adecuado control prenatal, puesto que se pueden detectar a tiempo y prevenir posibles complicaciones tales como la preeclampsia y la ruptura prematura de membranas que llevan también a bajo peso al nacer por parto prematuro (10)

El comportamiento del bajo peso al nacer en Colombia merece un estudio más detallado por parte de la academia con el fin de conocer los determinantes de este fenómeno y ajustar y fortalecer las políticas públicas para enfrentarlo, dada la gravedad de las implicaciones

sobre el desarrollo infantil como la baja talla infantil, alteraciones inmunitarias y deficiencia de hierro, entre otras (11).

Como parte del proceso de vigilancia, se evalúan los indicadores de proceso y resultado. El porcentaje en la oportunidad en la notificación se encuentra en el 84,7% y el de correspondencia con estadísticas vitales es del 83%; las entidades valores más bajos son San Andrés, Buenaventura, Atlántico y Chocó; en procesos de asistencia técnica se encuentran debilidades en los equipos de vigilancia, como son contratación tardía de referentes y desconocimiento de los mismos de las obligaciones de la vigilancia del evento y debilidad en procesos de asistencia técnica a las unidades primarias generadoras de datos.

Una mención especial merece el cumplimiento a la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo en donde se estableció que se debían realizar a las madres adolescentes y/o casos en los que el peso al nacer fuese inferior a 2000 g. En este sentido se encuentra un cumplimiento de tan solo el 7,7%, es decir que ninguna entidad territorial ha alcanzado al menos a la mitad de las investigaciones propuestas y el 20% de las entidades territoriales no registran ninguna investigación, motivo por el cual se propone un cambio en la estrategia de poder intervenir a estos recién nacidos que tienen una alta probabilidad de mortalidad. Es de anotar que frente a este hallazgo si bien algunas entidades territoriales tienen un importante número de investigaciones de campo, estas no corresponden en su mayoría a la población priorizada.

Estos hallazgos del estado actual de los indicadores de la vigilancia se constituyen para el presente informe, como una importante limitación para poder establecer de manera acertada el comportamiento del bajo peso al nacer a término para el país.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



1. **Organización Mundial de la Salud.** Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño. En 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 21–26 de mayo de 2012. Resoluciones y decisiones, anexos. Fecha de consulta 25 de abril de 2018. Disponible en <http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6>
2. **Kim D, Saada A.** The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: a cross country systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2013; 10(6):2296-335.
3. **Muglia LJ, Katz M.** The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med.* 2010; 362(6):529-35.
4. **Organización Mundial de la Salud, Save de Children.** March of Dimes, La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Ginebra 2012. Fecha de consulta 25 de abril de 2018. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.
5. **Risnes KR, Vatten LJ, Baker JL, Jameson K, Sovio U, Kajantie E,** et al. Birthweight and mortality in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2011; 40:647–61.
6. **Larroque B, Bertrais S, Czernichow P, Leger J.** School difficulties in 20 year olds who were born small for gestational age at term in a regional cohort study. *Pediatrics.* 2001; 108:111–15.
7. **Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2015
8. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Bogotá: Imprenta Nacional; 2013
9. **Organización Mundial de la Salud, UNICEF.** Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival 2010 Geneva 2010.
10. **Gaitán H, Delgado M.** Bajo Peso al Nacer, otro ejemplo de inequidad social en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2009 Abril/Junio; 60(2): p. 121-123.
11. **Organización Mundial de la Salud.** Early child development, Fact sheet N°332: 2009. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/en/index.html>.