

**INFORME DEL COMPORTAMIENTO DE LOS EVENTOS DE VIGILANCIA NUTRICIONAL,
BOYACÁ, 2015**

CONSTANZA MARCELA GARCÍA GARCÍA

Referente Vigilancia Nutricional

sivigilaboyaca@gmail.com

3213945324

Grupo de Vigilancia en Salud Pública

Dirección Técnica de Salud Pública

Departamento de Boyacá

2016

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Antecedentes del evento a nivel mundial	5
1.2 Antecedentes del evento en América.....	5
1.3 Antecedentes del evento en Colombia.....	6
1.4 Antecedentes del evento en Boyacá.....	7
2. OBJETIVO	8
2.1 Objetivos específicos.....	8
3. MATERIALES Y MÉTODOS	8
4. HALLAZGOS.....	9
4.1 Comportamiento de la notificación	9
4.2 Magnitud en persona, tiempo y lugar.....	10
4.3 Seguimiento a los Indicadores del evento	16
4.3.1 Oportunidad en la notificación.....	16
4.3.2 Oportunidad en el seguimiento de los casos.....	16
4.3.3 Concordancia con el sistema de estadísticas vitales	17
4.4 Análisis de los seguimientos realizados a los casos con investigación epidemiológica de campo	17
4.5 Informe de seguimiento realizado por las aseguradoras	18
4.6 Matriz DOFA de acuerdo a hallazgos.....	21
5. MORTALIDAD POR Y/O ASOCIADA A DESNUTRICION EN MENOR DE 5 AÑOS.....	23
5.1 Antecedentes del evento a nivel mundial	23
5.2 Antecedentes del evento en América	23
5.3 Antecedentes del evento en Colombia.....	23
5.4 Antecedentes del evento en Boyacá	24
5.5 Hallazgos.....	24
6. DISCUSIÓN.....	26
7. CONCLUSIONES.....	27
8. RECOMENDACIONES.....	28
9. BIBLIOGRAFÍA	28

Lista de Tablas

Tabla 1. Indicadores de Morbilidad América Latina 2011-2013.....	6
Tabla 2. Porcentaje de casos por municipio de residencia, Boyacá IV Trimestre de 2015.....	10
Tabla 3. Incidencia de bajo peso al nacer a término por municipios, Boyacá cuarto trimestre años 2014 y 2015	11
Tabla 4. Bajo peso al nacer a término según edad de la madre, Boyacá, periodo epidemiológico 13 de 2015	13
Tabla 5. Características demográficas bajo peso al nacer a término, Boyacá IV trimestre de 2015.....	14
Tabla 6. Características del recién nacido, Boyacá IV Trimestre de 2015.	15
Tabla 7. Antecedentes de la gestación, Boyacá IV trimestre de 2015.....	15
Tabla 8. Indicadores del Comportamiento del Bajo Peso al Nacer a Término, Boyacá 2014-2015	16
Tabla 9. Concordancia Sivigila – Estadísticas vitales, por periodo epidemiológico, Boyacá 2015	17
Tabla 10. Distribución de los nacimientos y casos de bajo peso al nacer a término, según régimen de afiliación, Boyacá a IV trimestre de 2015	18
Tabla 11. Bajo peso al nacer según aseguramiento, Boyacá IV trimestre de 2015	19
Tabla 12. Bajo peso al nacer según aseguramiento y proporción de controles prenatales, Boyacá IV trimestre de 2015.....	20
Tabla 14. Matriz DOFA comportamiento bajo peso al nacer a término, Boyacá IV trimestre de 2015.....	21
Tabla 15. Casos mortalidad por y /o asociada a desnutrición en menores de cinco años, Boyacá IV trimestre de 2015.....	25

INFORME ANUAL DEL SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL EVENTO BAJO PESO AL NACER A TÉRMINO, 2015¹

1. INTRODUCCIÓN

La nutrición adecuada constituye un beneficio enorme. Las personas bien alimentadas tienden a ser más saludables y productivas y a aprender con más facilidad. La buena nutrición beneficia a las familias y las comunidades, y al mundo en general. En sentido inverso, la desnutrición tiene efectos devastadores, ya que está relacionada con más de una tercera parte de las muertes de niños y niñas en los países en desarrollo. Además, la desnutrición reduce la capacidad intelectual y productiva de quienes sufren sus efectos y perpetúa la pobreza.

La desnutrición en el útero puede conducir a menor potencial y predisponer a los niños a una muerte temprana. El peso de un bebé al nacer es un fuerte indicador de la salud y de la nutrición de la madre y del recién nacido. El estar desnutridas en el útero aumenta el riesgo de muerte en los primeros meses y años de vida de un niño. Los que sobreviven tienden a tener alteración de la función inmune y aumento del riesgo de enfermedad; y es probable que permanezcan desnutridos, con la fuerza disminuida del músculo, las capacidades cognitivas y el coeficiente intelectual a lo largo de sus vidas. Como adultos, sufren una mayor incidencia de diabetes y enfermedades del corazón. Dentro de los factores de riesgo para presentar Bajo Peso al Nacer a Término (BPNT) se han encontrado con mayor frecuencia los siguientes: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición en la madre, el hábito de fumar, la hipertensión arterial durante el embarazo, la sepsis cervico vaginal, la anemia y los embarazos gemelares, entre otros.

En 1995 el estudio de Pelletier et al, indica que las defunciones infantiles se atribuyeron a los efectos potenciadores de la desnutrición en un 56% de los casos, y que de estos, el 83% se debieron a desnutrición leve o moderada, pero no grave. Posteriormente, en el informe de Lancet del 2003, se describe que la desnutrición está presente como causa básica hasta en un 60% de todas las muertes en menores de cinco años; el riesgo de morir como resultado de la desnutrición no se limita sólo a los niños y niñas con la forma más grave de desnutrición; sino que existe un espectro de riesgo asociado con todos los grados de desnutrición, dada su alta prevalencia en todo el mundo. Los grupos más afectados son los niños que nacen con bajo peso por desnutrición de la madre, y/o están desnutridos en la infancia y los adultos mayores, para quienes la desnutrición se asocia con enfermedades crónicas Según Taucher y Holland la muerte por desnutrición está considerada dentro del grupo de muertes evitable por medidas mixtas, por tanto las condiciones que aumentan el riesgo de morir se pueden controlar y evitar y es preciso considerar la presencia de niños con desnutrición dentro de los integrantes de la familia de menor fallecido, con miras a generar atenciones oportunas.

¹ **Constanza Marcela García García- Referente componente Vigilancia nutricional**

1.1 Antecedentes del evento a nivel mundial

De acuerdo con la publicación que realizó en noviembre de 2014 la UNICEF” La incidencia de bajo peso al nacer, que se define como la proporción de recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos. Cada año en el mundo nacen aproximadamente 20 millones de niños con bajo peso, lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos; generalmente como consecuencia de una deficiente salud y nutrición de la madre, siendo éste uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal. 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, ambos ligados al desarrollo y factores socioeconómicos como el salario y la educación. Las proporciones más altas de bajo peso al nacer a término corresponden a Asia meridional (74 %) y a África subsahariana (65 %), Aproximadamente uno de cada 12 bebés nace con peso bajo en los Estados Unidos; el monitoreo preciso es difícil ya que en el mundo en desarrollo el 58% de los niños no se pesan tan pronto nacen. (Instituto Nacional de Salud, 2015 primer periodo epidemiológico)

1.2 Antecedentes del evento en América

En América el índice de bajo peso al nacer se ubica en 7,8%, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre 7,9% en Norte América y 12,3% en Martinica. 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. 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 (ver tabla 1)

Al analizar los datos para algunos países de Suramérica, en el informe de indicadores de salud de la PAHO 2014 Colombia presenta el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer (9%) y Brasil ocupa el segundo lugar con 8,5%; 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 (Instituto Nacional de Salud, 2015 primer periodo epidemiológico).

Tabla 1. Indicadores de Morbilidad América Latina 2011-2013

	29 tasa de incidencia de tuberculosis (100.000 hab) 2012		30	31	32	33	34	35	36	37
	total ¹	BK+	población en riesgo de malaria (%) 2012	IPA malaria (1.000 hab) 2012	casos reportados de malaria 2012	casos reportados de dengue 2013	tasa de incidencia de sida (100.000 hab) 2012	razón de sexo casos de sida (hombre: mujer) 2012	proporción de bajo peso al nacer (%) (<2.500 g) 2010-13, uod	
Las Américas	22,9	12,8	17,8	6,0	471.661	2.386.425 ^k	9,8	3,0	7,8	
América del Norte	3,3	1,1	-	-	1.686	544	9,2	3,2	7,9	
Bermuda	4,3	1,4	-	-	-	1	4,3	...	7,9	
Canadá	4,7	1,4	-	-	...	-	0,5	4,9	6,1	
Estados Unidos de América	3,1	1,1	-	-	1.686 [*]	543	10,2 ^a	3,0 ^a	8,1	
América Latina y el Caribe	34,1	19,5	27,9	9,5	469.975	2.384.471	10,1	2,9	7,8	
América Latina	34,3	19,6	28,2	9,5	437.765	2.370.752	10,1	2,9	7,8	
México	16,9	10,8	0,1	4,7	842	231.498	4,5 ^c	4,1 ^c	5,4	
Istmo Centroamericano	30,2	18,0	8,7	3,9	13.925	211.176	7,3	2,5	9,9	
Belice	25,9	11,1	20,0 [#]	0,6 [#]	37	583	...	...	8,3
Costa Rica	9,9	5,3	12,7 [#]	- [#]	8	49.868	3,3 ^a	5,3 ^a	7,3	
El Salvador	32,6	19,6	10,8 [#]	- [#]	21	28.877	...	...	9,3
Guatemala	22,8	14,7	6,3	5,6	5.346	11.860	6,1	2,1	11,4	
Honduras	38,0	24,5	12,7	6,4	6.434	39.271	6,4	1,5	9,1	
Nicaragua	46,6	24,8	6,6	3,4	1.235	77.179	...	...	8,9
Panamá	40,0	20,5	4,0	4,1	844	3.538	19,0	2,9	8,0	
Caribe Latino	61,8	34,7	12,5	2,7	27.816	72.261	6,9	...	8,5	
Cuba	6,5	3,3	-	-	32 [*]	1.430	4,4 ^c	4,3 ^c	5,1	
Guadalupe	...	...	-	-	2 [*]	12.706	...	...	10,0
Guayana Francesa	...	...	60,0	5,9	900	16.263	...	...	12,0
Haití	162,9	91,0	41,4	4,8	25.928 [*]	...	7,5	...	9,1	
Martinica	...	...	-	-	1 [*]	7.040	...	...	12,3
Puerto Rico	1,9	1,1	-	-	1 [*]	18.164	13,2 ^a	...	11,6	
República Dominicana	41,5	24,2	1,3 [#]	4,5 [#]	952	16.658	...	...	8,6
Área Andina	45,9	27,7	6,2	23,2	152.391	231.458	4,2	3,5	8,1	
Bolivia (Estado Plurinacional)	78,7	53,0	3,4	17,7	7.415	13.050	2,6 ^c	2,1 ^c	...	
Colombia	23,9	13,7	6,6	14,9	60.179	127.219	3,0	4,4	9,0	
Ecuador	35,2	24,9	0,5	6,4	558	13.630	10,3 ^a	2,4 ^a	7,6	
Perú	99,2	58,9	12,8	8,9	31.436	13.833	3,5	3,2	7,8	
Venezuela (República Bolivariana)	21,7	11,5	2,8	61,3	52.803	63.726	...	...	7,5
Brasil	37,8	20,2	76,8 ^k	9,0 ^k	242.756	1.470.487	19,7	1,7	8,5	
Cono Sur	21,0	11,2	1,6	-	35	153.872	3,6	3,5	6,9	
Argentina	21,3	11,3	1,4 [#]	- [#]	4 [*]	9.294	2,3	2,7	7,2	
Chile	13,7	6,7	-	-	10 [*]	39	5,3	5,8	6,0	
Paraguay	36,1	20,8	7,4 [#]	- [#]	15 [*]	144.539	5,1	2,1	...	
Uruguay	23,8	12,7	-	-	6 [*]	-	8,0 ^c	3,2 ^c	7,6	

Fuente: PAHO. Health Situation in the Americas Basic Indicators 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=259&lang=es

1.3 Antecedentes del evento en Colombia

En Colombia a partir de la información del Sistema de Estadísticas Vitales, y del análisis del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública se conoce que la proporción del bajo peso al nacer ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 9,1 en el 2010 con un crecimiento continuo; de mantenerse esta tendencia se podría estimar que para el año 2015 esté cerca de 10% de los nacidos vivos.

El análisis por semanas de gestación permite observar que en Colombia 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.

El análisis del comportamiento del bajo peso al nacer para los años 1998 a 2012, evidencia que el bajo peso al nacer aumenta año a año, sin embargo en los dos últimos años ha presentado un descenso leve. La proporción del bajo peso al nacer ha pasado de 7,2 en el año 1998 a 8,6 en el 2012 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.

Según la ENDS 2010, solo se dispone de información sobre el peso del niño en el 76% de los nacimientos; 69% de estos tienen peso adecuado y 7% tienen bajo peso, siendo este un alto sub registro que impide el conocimiento exacto de la realidad del país. Llama la atención que a pesar de que el porcentaje de atención del parto va en aumento, no se tiene la misma proporción de niños pesados. Los departamentos donde más niños dejaron de pesarse son Vaupés, Guajira y Guainía, con más del 20% de los niños. Los niños dejan de ser pesados en una mayor proporción en áreas rurales, y cuando las madres son de edad mayor, multíparas, de bajo nivel educativo y alto índice de pobreza.

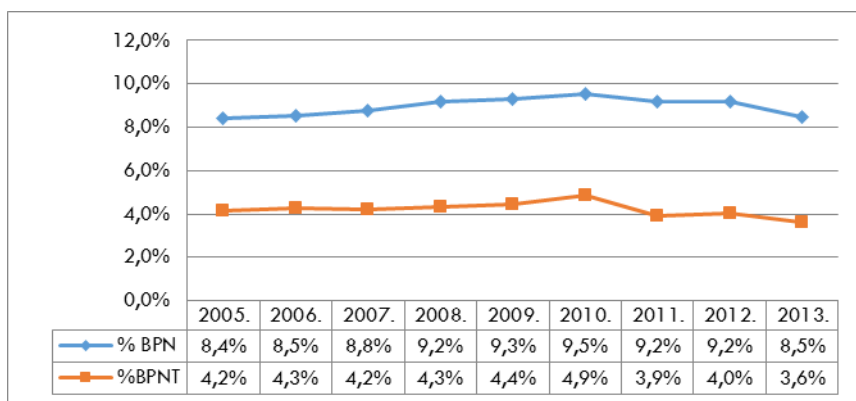
En el país, el porcentaje de niños que nacen con bajo peso ha venido en aumento durante los últimos años. En 2000, la prevalencia de bajo peso al nacer era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, mientras que en 2011 fue de 9,01%. Por departamentos hay diferencia ya que Vaupés, Casanare, Guainía y Vichada presentaron las menores prevalencias de bajo peso al nacer, mientras que Bogotá, Cundinamarca, Chocó, Antioquia, Boyacá y Atlántico fueron las regiones con porcentajes más altos.

1.4 Antecedentes del evento en Boyacá

En Boyacá la proporción del bajo peso al nacer en el periodo comprendido durante los años 2005 a 2012 presenta un comportamiento variable con una tendencia al aumento pasando de 8,4% a 9,2%, reportando la mayor proporción en el año 2010 con 9,5%; en el año 2013 se evidencia disminución con un porcentaje de 8,5%.

Por el contrario la proporción de bajo peso al nacer a término se ha mantenido constante durante los años 2005 a 2009 con datos que oscilan entre el 4,2% y 4,4% para proseguir con un periodo de cuatro años donde la tendencia es fluctuante caracterizándose por aumentar en un año y descender en el siguiente, para situarse en el año 2013 en el 3,6% (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Comportamiento del bajo peso al nacer a término. Boyacá 2005-2013



Fuente: SIVIGILA- BOYACÁ 2014

2. OBJETIVO

Presentar el comportamiento del bajo peso al nacer a término con corte a cuarto trimestre del año 2015 en el departamento de Boyacá, con el fin de que sirva para orientar la toma de decisiones y el monitoreo del comportamiento de los eventos que inciden en la salud infantil del departamento de Boyacá.

2.1 Objetivos específicos

- Identificar el cumplimiento de los procesos de notificación y seguimiento de casos de bajo peso al nacer a término con corte a cuarto trimestre de 2015.
- Establecer la frecuencia y distribución del bajo peso al nacer a término en el departamento de Boyacá durante el cuarto trimestre de 2015.
- Determinar los indicadores de seguimiento del evento en el departamento de Boyacá con corte a cuarto trimestre de 2015.
- Analizar el proceso de seguimiento realizado por las aseguradoras en el proceso de seguimiento de la recuperación nutricional de los casos con bajo peso al nacer a término identificados hasta el cuarto trimestre del 2015 en el departamento de Boyacá.
- Elaborar matriz DOFA de acuerdo a hallazgos.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración del presente informe se revisaron las bases de datos departamentales de estadísticas vitales teniendo en cuenta la información del módulo RUAF-ND; y la notificación individual del SIVIGILA incluyendo lo notificado por el departamento y la retroalimentación enviada por el Instituto nacional de Salud. A los registros se les realizó la evaluación de la correlación de los sistemas de información Sivigila Vs RUAF-ND; la depuración y eliminación de los casos repetidos o que no cumplieran con la definición de

casos y el ajuste de causas de muertes. El análisis de los datos se presenta en tablas, gráficas y mapas. Para el análisis de la información se utiliza los programas de Epiinfo y Excel.

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- con corte al cuarto trimestre del año 2015.

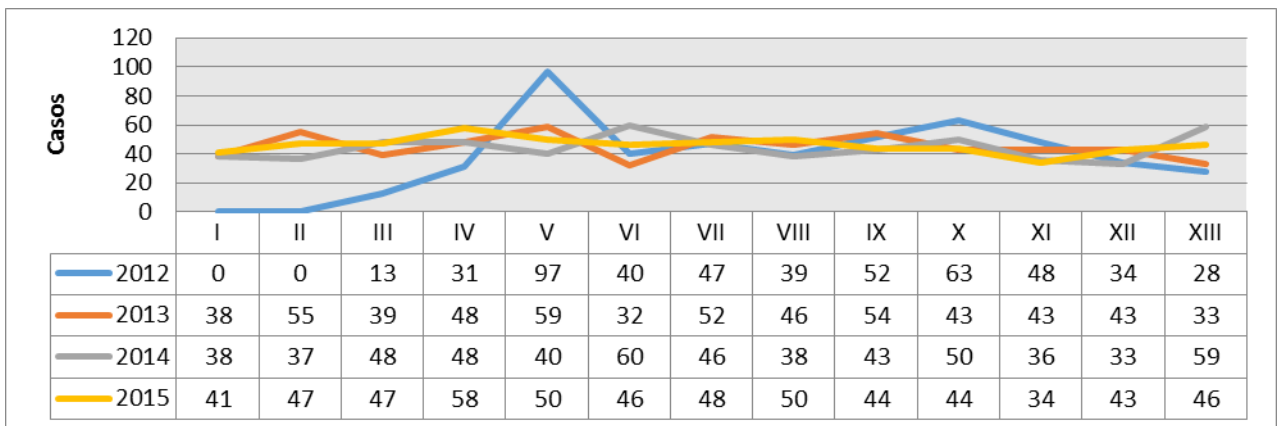
4. HALLAZGOS

4.1 Comportamiento de la notificación

Con corte al periodo epidemiológico número 13 de 2015, se notificó al Sistema de Vigilancia un total de 672 casos de bajo peso al nacer a término, de estos casos 44 fueron descartados por no cumplir con la definición de caso, con lo que se configuran como confirmados 628 casos; de estos, 22 casos fueron notificados por otros departamentos y 606 por Boyacá, sin embargo hay otros 26 casos que son hijos de gestantes residentes en otros departamentos a los que se les atendió el parto en las diferentes instituciones del departamento, quedando para el departamento 602 eventos de bajo peso al nacer a término que equivalen el 4% de los nacimientos registrados para este mismo periodo de tiempo (14.880).

El comportamiento del evento durante el año 2014 presenta una tendencia variable y contraria a la presentada en el año 2013, se caracteriza por tener un aumento de casos en los periodos III, VI, X y XIII ubicándose por encima del reporte de los dos años anteriores, por el contrario en los periodos II, V, IX, X, XI y XII se evidencia los mayores descensos los cuales llegan a estar por debajo de lo reportado en el 2012 y 2013. En el año 2015 se observa un incremento en el número de casos acumulado, en relación con los mismos periodos de años anteriores (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Comportamiento del bajo peso al nacer a término, Boyacá 2012-2015



Fuente: SIVIGILA BOYACÁ 2012-2015.

En el cuarto trimestre del año 2015 de los 602 casos de bajo peso al nacer a término notificados en Boyacá el 96,3% fueron notificados dentro de los 7 días posteriores al nacimiento, el restante 3,7% de los casos presentó inoportunidad de hasta 30 días; se observa aumento en el cumplimiento de la oportunidad de notificación puesto que para el primer trimestre del año 2015 se tuvo una oportunidad de 94%.

De forma comparativa con el año 2014 se encuentra un incremento de 26 casos, puesto que con corte al cuarto trimestre de ese año se registraron 576 casos y en el cuarto trimestre de este año se notificaron 602 casos. En promedio en este trimestre se han notificado 43 casos por periodo epidemiológico.

4.2 Magnitud en persona, tiempo y lugar

De los 123 municipios con los que cuenta el departamento, no han notificado casos de bajo peso al nacer a término el 23,5% de ellos (29 municipios); la notificación de los casos se concentran principalmente en los municipios con mayor población residente: Tunja, Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá (ver tabla 2)

Tabla 2. Porcentaje de casos por municipio de residencia, Boyacá, 2015.

Municipio	Casos	Porcentaje
Tunja	132	22,1
Duitama	65	10,9
Sogamoso	53	8,9
Chiquinquirá	32	5,4
Aquitania	16	2,7
Paipa, Puerto Boyacá, Samacá	14	2,3
Toca	12	2,0
Siachoque	11	1,8
Moniquirá, Ventaquemada, Villa de Leyva	9	1,5
Belén	8	1,3
Nobsa, Pesca, Saboyá, Soatá, Socha	7	1,2
Combita, Soracá	6	1,0
Caldas, Chita, Jericó, Ramiriquí, Santa Rosa de Viterbo, Santana	5	0,8
Arcabuco, Chíquiza, Garagoa, Motavita, Tasco	4	0,7
Boyacá, Buenavista, Cubará, Mongüa, Pauna, Ráquira, San Miguel de Sema, Socotá, Tibaná, Togüí, Tópaga, Turmequé	3	0,5
Cerínza, Chiscas, Corrales, Cucaita, El Cocuy, Gámeza, Jenesano, La Uvita, Monguí, Nuevo Colón, Oicatá, Panqueba, Paya, Sáchica, Susacón, Tipacoque, Viracachá	2	0,3
Boavita, Chinavita, Chitaraque, Coper, Covarachía, Cuitiva, El Espino, Firavitoba, Gachantivá, Guateque, Guayatá, Güicán, Iza, Labranzagrande, Macanal, Maripí, Miraflores, Muzo, Otanche, Pajarito, Paz de Río, Quípama, San Eduardo, San José de Pare, San Pablo de Borbur, Santa María, Santa Sofía, Sora, Sotaquirá, Sutamarchán, Tibasosa, Tuta, Tutazá	1	0,2
Almeida, Berbeo, Beteitiva, Briceño, Busbanzá, Campohermoso, Chivatá, Chivor, Ciénega, Floresta, Guacamayas, La Capilla, La victoria, Pachavita, Páez, Pisba, Rondón, San Luis de Gaceno, San Mateo, Sativanorte, Sativasur, Somondoco, Sutatenza, Tenza, Tinjacá, Tota, Tununguá, Úmbita, Zetaquirá	0	0
TOTAL	602	100

Fuente: SIVIGILA BOYACÁ 2015.

La proporción de incidencia de casos de bajo peso al nacer a término registrados con corte al periodo epidemiológico número 13, muestra para el departamento en general un incremento en la ocurrencia de este evento; al verificar el comportamiento de los tres municipios con mayor proporción de casos reportados se evidencia que en Tunja, Duitama y Sogamoso también se refleja un aumento en la incidencia de casos del año 2015, comparado con el mismo periodo de tiempo del año anterior. Al comparar la incidencia departamental con la de los 123 municipios, se evidencia que el 21,1% (26) municipios tienen incidencias superiores a las del nivel departamental. La incidencia de casos por municipio se presenta en la tabla 3.

Tabla 3. Incidencia de bajo peso al nacer a término por municipios, Boyacá cuarto trimestre años 2014 y 2015

MUNICIPIO	Incidencia de casos de BPNT Periodo 13 2014		Incidencia de casos de BPNT Periodo 13 2015	
	Casos	Proporción	Casos	Proporción
Paya	1	8,3	2	12,5
Caldas	0	0,0	5	11,9
Jericó	2	3,2	5	11,1
San Eduardo	1	8,3	1	11,1
Panqueba	1	5,9	2	9,1
La Uvita	3	9,4	2	8,3
Belén	7	7,1	8	8,2
Chíquiza	4	5,7	4	8,2
Toca	8	5,0	12	8,0
Siachoque	10	6,3	11	7,4
Buenavista	2	3,8	3	7,1
Chiscas	1	2,4	2	7,1
Soata	3	2,8	7	7,1
Togüí	4	7,1	3	6,7
Aquitania	6	2,4	16	6,5
Cerínza	0	0,0	2	6,3
Corrales	3	7,9	2	6,3
Tutazá	0	0,0	1	6,3
Pesca	1	0,9	7	6,2
San Miguel de Sema	2	5,3	3	6,1
Oicatá	2	6,9	2	6,1
Susacón	0	0,0	2	6,1
Viracachá	2	4,8	2	6,1
Santana	4	5,1	5	5,8
Villa de Leyva	6	3,6	9	5,7
Motavita	9	9,4	4	5,6
Departamento	576	3,4	602	5,5
Socha	7	5,1	7	5,5
Soracá	4	4,0	6	5,5
Arcabuco	5	6,7	4	5,3
Cúitiva	0	0,0	1	5,3
Tópaga	2	3,3	3	5,3
Tunja	112	4,3	132	4,9
Combita	7	5,7	6	4,8
Tipacoque	0	0,0	2	4,8
Tasco	6	7,1	4	4,7
Guayata	0	0,0	1	4,5
Mongüa	4	5,7	3	4,5
Saboya	7	4,2	7	4,4
Iza	1	2,7	1	4,3
Pajarito	0	0,0	1	4,3
Pauna	2	2,0	3	4,2
Santa Rosa de Viterbo	6	4,4	5	4,1
Samacá	14	4,1	14	3,9
Duitama	58	3,5	65	3,8
Gachantivá	3	7,3	1	3,8

Ventaquemada	9	3,8	9	3,8
Cucaita	2	2,9	2	3,6
Quípama	0	0,0	1	3,6
Santa Sofía	0	0,0	1	3,6
Moniquirá	5	1,8	9	3,5
Chiquinquirá	34	3,6	32	3,5
Ráquira	1	1,2	3	3,5
Paipa	12	3,0	14	3,5
Chita	3	2,3	5	3,4
Ramiriquí	4	2,4	5	3,4
Boyacá	5	6,8	3	3,3
Covarachía	2	9,1	1	3,3
Nobsa	1	0,5	7	3,3
Sogamoso	53	3,0	53	3,2
Chinavita	0	0,0	1	3,1
Cubara	3	5,5	3	3,1
El Cocuy	3	4,4	2	3,1
Sáchica	2	3,0	2	3,1
Turmequé	2	2,4	3	3,1
Sora	1	2,8	1	3,0
Tibaná	3	3,2	3	3,0
Coper	1	3,8	1	2,9
El Espino	0	0,0	1	2,9
Macanal	0	0,0	1	2,9
Nuevo Colon	2	3,4	2	2,7
Boavita	3	6,0	1	2,6
Gámeza	4	3,4	2	2,6
Socotá	7	5,6	3	2,5
Monguí	1	1,3	2	2,5
Santa María	0	0,0	1	2,5
Paz de Río	1	2,3	1	2,2
Garagoa	5	2,8	4	2,2
Jenesano	1	1,4	2	2,2
Labranzagrande	2	5,6	1	1,9
Güicán	1	2,2	1	1,8
Maripí	2	2,8	1	1,7
Sutamarchán	2	2,5	1	1,7
San José de Pare	5	11,1	1	1,6
Puerto Boyacá	14	1,6	14	1,6
San Pablo de Borbur	4	6,0	1	1,4
Firavitoba	2	3,4	1	1,4
Otanche	2	1,6	1	1,1
Chitaraque	4	5,6	1	1,1
Muzo	1	1,1	1	1,0
Tuta	5	5,1	1	1,0
Sotaquirá	4	4,0	1	1,0
Miraflores	1	0,9	1	0,9
Guateque	4	3,7	1	0,8
Tibasosa	7	4,7	1	0,8
Almeida	0	0,0	0	0,0
Berbeo	0	0,0	0	0,0
Betitiva	1	5,9	0	0,0
Bribeño	3	13,6	0	0,0

Busbanzá	0	0,0	0	0,0
Campohermoso	2	4,9	0	0,0
Chivata	1	2,6	0	0,0
Chivor	0	0,0	0	0,0
Ciénega	2	3,0	0	0,0
Floresta	2	4,9	0	0,0
Guacamayas	0	0,0	0	0,0
La Capilla	0	0,0	0	0,0
La Victoria	1	10,0	0	0,0
Pachavita	1	4,2	0	0,0
Páez	0	0,0	0	0,0
Pisba	1	5,0	0	0,0
Rondón	0	0,0	0	0,0
San Luis de Gaceno	0	0,0	0	0,0
San Mateo	1	1,8	0	0,0
Sativanorte	0	0,0	0	0,0
Sativasur	1	8,3	0	0,0
Somondoco	0	0,0	0	0,0
Sutatenza	0	0,0	0	0,0
Tenza	1	3,0	0	0,0
Tinjacá	0	0,0	0	0,0
Tota	3	3,4	0	0,0
Tununguá	1	7,1	0	0,0
Úmbita	3	3,8	0	0,0
Zetaquirá	2	3,3	0	0,0

Fuente: SIVIGILA BOYACÁ 2012-2015.

Los recién nacidos que presentaron bajo peso al nacer a término en su mayoría egresaron vivos; de los 602 casos se registraron ocho fallecimientos (1,3%) el 50% de los cuales eran de sexo femenino.

Según categoría de peso la totalidad de los casos correspondió a bajo peso al nacer a término (1500 a 2500 gramos). El comportamiento del bajo peso al nacer a término por grupos de edad de la madre muestra que el mayor porcentaje de casos notificados con corte a periodo epidemiológico 13, son hijos de mujeres con edades entre los 20 a 34 años, evidenciando un comportamiento similar al registrado para el nivel nacional (ver tabla 4).

Tabla 4. Bajo peso al nacer a término según edad de la madre, Boyacá, periodo epidemiológico 13 de 2015

Grupo edad madre	Número de casos	Porcentaje
< 15	6	1,0
15 a 19	134	22,4
20 a 34	372	62,2
35 y más	86	14,4
Total	602	100

Fuente: SIVIGILA- BOYACÁ 2015

La incidencia de bajo peso a término es mayor en las niñas que en los niños; el mayor porcentaje de casos pertenecen al área urbana, a los tipos de régimen de seguridad social en salud subsidiado seguido del contributivo y al grupo étnico otros. El 60,5% de las madres tienen un nivel educativo bachillerato, seguido de primaria y técnico superior; el mayor porcentaje de casos se registran en estrato socioeconómico 1 y 2.

El 98,3% de los casos notificados nacieron en instituciones de salud. La clasificación de la condición de bajo peso al nacer muestra que el 100% de los casos notificados presentaron un peso entre 1500 y 2499 gramos, El mayor porcentaje de casos registran embarazos simples (ver tabla 5).

Tabla 5. Características demográficas bajo peso al nacer a término, Boyacá, 2015.

CARACTERÍSTICA		NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Sexo del recién nacido	Femenino	318	53,2
	Masculino	280	46,8
Área residencia	Cabecera municipal	323	54,0
	Centro Poblado	84	14,0
	Rural Disperso	191	31,9
Tipo de régimen en salud	Subsidiado	361	60,4
	Contributivo	216	36,1
	No asegurado	6	1,0
	Especial	14	2,3
	Excepción	1	0,2
Pertenencia étnica	Otro	593	99,2
	Indígena	3	0,5
	Rom o gitano	2	0,3
Escolaridad de la madre	Primaria	102	17,1
	Secundaria	362	60,5
	Técnico o superior	116	19,4
	Ninguna	6	1,0
	Desconocido	12	2,0
Estrato	1	194	32,4
	2	320	53,5
	3	48	8,0
Clasificación del bajo peso	Bajo peso	602	100
Sitio atención parto	Institución de salud	588	98,3
	Domicilio	6	1,0
	Otro	4	0,7
Multiplicidad	Simple	594	99,3
	Doble	4	0,7

Fuente: SIVIGILA- BOYACÁ 2015

Los casos notificados tienen una edad gestacional mediana de 37,9 semanas con peso de 2360 gramos, y talla de 47cm. El porcentaje de niños hospitalizados corresponden al 51% y el 1,7% del total de casos se

registraron como fallecidos. Las madres tienen a iniciar los controles prenatales hacia la semana 17 de gestación, al comparar estos indicadores en relación con el primer trimestre del año se evidencia un menor porcentaje de hospitalización y una mediana de peso al nacer más alta (ver tabla 6).

Tabla 6. Características del recién nacido, Boyacá IV Trimestre de 2015.

INFORMACION RECIEN NACIDO	
Mediana peso al nacer	2365 g.
Mediana talla al nacer	47 cm.
Edad gestacional promedio al nacimiento	37,9 semanas
Porcentaje niños hospitalizados	53,1%
Edad gestacional promedio al inicio de controles prenatales	17,2 semanas

Fuente: SIVIGILA- BOYACÁ 2015

Los principales antecedentes de la gestación son la baja asistencia de las madres a controles prenatales y la presencia de infecciones de vías urinarias. Generalmente las madres con hijos con bajo peso al nacer tienen antecedentes de amenaza de parto prematuro y antecedentes de hipertensión y en una mínima proporción registran consumo de bebidas alcohólicas. La mediana en talla de las madres es de 156 cm., con peso antes de la gestación de 53 kg., y una ganancia promedio en peso de 8,68 kg (ver tabla 7).

Tabla 7. Antecedentes de la gestación, Boyacá IV trimestre de 2015

Antecedentes de la gestación	Indicador
Porcentaje de madres con menos de seis controles prenatales	26,8
Porcentaje de madres con infección de vías urinarias	22,2
Porcentaje de casos con amenaza de parto pre término	9,4
Porcentaje de madres con antecedentes de hipertensión	11,5
Porcentaje de madres con intervalo intergenésico < 2 años	6,5
Porcentaje de madres con sobrepeso y obesidad	7,4
Porcentaje de madres con actividad física vigorosa	5,2
Porcentaje de madres con desnutrición	7,2
Porcentaje de madres sin controles prenatales	2,0
Porcentaje de madres con consumo de bebidas alcohólicas	1,3
Talla promedio de las madres	1,56 cm
Peso promedio de las madres al inicio de la gestación	53,4 kilos
Promedio de ganancia de peso durante la gestación	8,8 kilos
Porcentaje de consumo de micronutrientes	Porcentaje
Calcio	93,1
Hierro	92,8
Ácido fólico	93,8
Anemia durante embarazo	5,5

Fuente: SIVIGILA- BOYACÁ 2015

4.3 Seguimiento a los Indicadores del evento

Tabla 8. Indicadores del Comportamiento del Bajo Peso al Nacer a Término, Boyacá 2014-2015

Indicador	Meta	Valor indicador Anual 2014	Valor indicador Anual 2015
Oportunidad en la Notificación semanal del bajo peso al nacer por departamento.	100%	91%	97%
Oportunidad en el seguimiento a los casos de bajo peso al nacer por departamento.	100%	20,1%	50%
Concordancia SIVIGILA/ Estadísticas Vitales (RUAF) en número de casos	80%	97,2%	100%

Fuente: SIVIGILA-BOYACÁ 2014 - 2015

4.3.1 Oportunidad en la notificación

Al evaluar la oportunidad en la notificación para el evento, la cual por definición de caso debe ser de manera semanal obligatoria, y hasta los siete días luego del nacimiento, el departamento tiene un cumplimiento del 97%, se evidencia un ligero aumento al comparar la oportunidad del año 2014; la oportunidad en la identificación y notificación de los casos permite intervenir de manera rápida los menores con esta condición.

4.3.2 Oportunidad en el seguimiento de los casos

Boyacá es un departamento que notifica más de 150 casos de bajo peso al nacer a término, por lo cual la investigación y seguimiento de los casos debe hacerse de manera obligatoria a todos los casos notificados con recién nacidos de 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. El número de casos que cumplen estos criterios con corte a periodo epidemiológico número 13 es de 170 casos, de ellos tienen seguimiento el 87%, aunque no con la oportunidad requerida (dentro de los primeros 15 días de vida), pues la oportunidad de seguimiento de estos casos es de 44% (75 casos). Este indicador debe fortalecerse porque una intervención oportuna reduce el riesgo de morbimortalidad y permite solucionar posibles dificultades para el amamantamiento; dentro de las causas de incumplimiento en la oportunidad de este indicador, se detectó que corresponde a niños con muy bajo peso que requirieron cuidado en unidad neonatal, hospitalización general o manejo en plan canguro y esta situación demora la realización de la visita de seguimiento en la residencia del menor, otra causa frecuente es la costumbre cultural de pasar los días del puerperio en otros municipios o departamentos donde residen familiares. La alternativa de solución que se ha venido implementando es coordinar las visitas de seguimiento a estos niños dentro de cada una de las instituciones de salud en las que se encuentran y realizar las visitas de seguimiento con los coordinadores de vigilancia de cada municipio al cual se desplazan, sin embargo, si bien se logran los seguimientos, no se cumple el objetivo de la oportunidad requerida.

Una de las directrices del departamento es la realización del seguimiento a la totalidad de los casos, en este sentido se evidencia que de los 602 casos notificados a periodo epidemiológico número 13 de 2015, se presentaron ocho muertes neonatales tempranas por lo cual no se pudo realizar seguimiento a estos casos; por lo anterior el total de casos es de 592, lo cual se refleja en el 89% (527 casos) con primer

seguimiento; este indicador se ha visto influenciado por algunos casos notificados por otros departamentos que reportan como municipio de residencia a Boyacá, pero tras realizar búsqueda del caso por aseguradora, censos y Fosyga no se encuentran en el departamento.

4.3.3 Concordancia con el sistema de estadísticas vitales

Con corte al 31 de diciembre de 2015 el módulo RUAF-ND reporta 14.880 nacimientos procedentes de los diferentes municipios del departamento, de estos 602 presentan bajo peso al nacer a término (37 o más semanas gestacionales), al verificar la notificación en Sivigila se evidencia que hay Sivigila 22 casos notificados por otros departamentos que por tanto no aparecen registrados en el RUAF del departamento de Boyacá; por otro lado se observan variaciones en el periodo de notificación de los casos pues el Sivigila asigna el periodo de acuerdo a la fecha de notificación y no a la fecha de nacimiento, por lo cual se tiene una correlación SIVIGILA/RUAF de 100%, cumpliendo con la meta nacional que es superior al 80%. Se identificaron los casos que no son concordantes, se emitió requerimiento de acciones a las Instituciones que atendieron los partos y se está realizando el seguimiento y revisión de historia clínica de atención de los mismos (ver tabla 9)

Tabla 9. Concordancia Sivigila – Estadísticas vitales, por periodo epidemiológico, Boyacá 2015

Sistema	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	Total
RUAF	47	41	48	57	50	46	53	50	42	44	34	44	47	602
SIVIGILA	41	47	47	58	50	46	48	50	44	44	34	43	50	602

4.4 Análisis de los seguimientos realizados a los casos con investigación epidemiológica de campo

En relación al seguimiento de los casos con bajo peso al nacer a término se evidencia que de los 602 casos notificados a periodo epidemiológico 13 de 2015, se presentaron ocho muertes neonatales tempranas por lo cual no se pudo realizar seguimiento a estos casos; por lo anterior el total de casos objeto de seguimiento es de 592, lo cual se refleja en un 89% (527 casos).

El seguimiento de los casos en el departamento se realizó principalmente a cargo del profesional de enfermería en el 56% de los casos, seguido por personal auxiliar de enfermería en el 25,7% y en menor proporción profesional de medicina, de nutrición y epidemiólogo. En relación a la información socio ambiental el 82,5% de los casos cuentan con agua potable y el 75,4% cuenta con buenas condiciones higiénicas en el hogar.

La evaluación de la antropometría al momento visita, evidencia un peso promedio de 2687 gramos, representado en un incremento de peso promedio de 376,8 gramos, en relación al peso registrado en el momento del parto. En términos generales de los 501 casos que cuentan con seguimiento, el 88,8 % registró incremento en el peso y el 11,2% (23 casos) restante refiere disminución del peso entre 5 y 270 gramos; la revisión más puntual de estos casos evidencia dificultades de producción de leche o amamantamiento, sin embargo en el segundo seguimiento se evidencia ganancia adecuada de peso.

El 86,2% (432 casos) de los recién nacidos con bajo peso al nacer a término reciben lactancia materna exclusiva, el restante porcentaje recibe además leche de fórmula. El 17,7 % de los casos refiere dificultades en la lactancia materna por lo cual recibieron capacitación y educación alimentaria y nutricional.

En la revisión de los indicadores antropométricos de la segunda visita, se evidencia que la totalidad de los niños visitados tuvieron ganancia de peso, con lo cual se logra el objetivo de realizar la intervención de los casos y disminuir el riesgo de morbimortalidad.

El proceso de verificación y validación de la información consignada en cada uno de los seguimientos realizados, evidencia algunas dificultades relacionadas con falta de control de calidad en la información consignada, por lo cual se retroalimentó a cada una de las instituciones implicadas para proceder a la revisión de la información y al ajuste pertinente.

4.5 Informe de seguimiento realizado por las aseguradoras

La proporción de casos de bajo peso al nacer a término según régimen de afiliación, se comporta en forma correspondiente al número de nacimientos, de esta forma se encuentra que el régimen subsidiado tiene el mayor número de nacimientos y reporta el mayor número de casos del evento (253), seguido del régimen contributivo (152 casos). Con corte a periodo epidemiológico 13 el departamento según el Sistema de Estadísticas Vitales 64 partos en madres no aseguradas, de los cuales el 7,8% corresponden a bajo peso al nacer a término; por encima de la proporción de bajo peso departamental (4%) se encuentran el régimen de excepción con 4,9% y el régimen subsidiado con 4,1% (ver tabla 10)

Tabla 10. Distribución de los nacimientos y casos de bajo peso al nacer a término, según régimen de afiliación, Boyacá a IV trimestre de 2015

Régimen	Nacimientos	Porcentaje	Casos BPNT	Porcentaje
Subsidiado	8688	58,4	356	4,1
Contributivo	5587	37,5	194	3,5
Excepción	513	3,4	22	4,3
Especial	9	0,1	0	0,0
No asegurado	83	0,6	6	7,2
Total	14880	100	578	3,9

Fuente: Sistema de estadísticas Vitales Boyacá, 2015

Las aseguradoras que reportan mayor número de casos según régimen de afiliación en el régimen subsidiado son Comparta y Caprecom, con 101 y 81 casos de bajo peso al nacer a término respectivamente; en el régimen contributivo es Saludcoop con 200 (105 Saludcoop y 5 Cafesalud), casos que equivalen a cerca del 4% de los nacimientos que reporta esta empresa. Sin embargo al tener en cuenta la proporción de casos de bajo peso al nacer a término respecto al total de nacimientos por aseguradora, se evidencia que aseguradoras con bajo número de nacimientos en el departamento reflejan las proporciones de bajo peso al nacer a término más altas.

Tabla 11. Bajo peso al nacer según aseguramiento, Boyacá IV trimestre de 2015

REGÍMEN	ASEGURADORA	CASOS BPNT	NACIMIENTOS	PROPORCIÓN
SUBSIDIADO	ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.-CM	0	1	0,0
	ASMET SALUD ESS - ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA	0	9	0,0
	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQUARS	0	2	0,0
	CAFABA - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA	0	1	0,0
	CAFAM - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	1	6	16,7
	CAFESALUD EPSS SA	2	37	5,4
	CAPITAL SALUD	3	18	16,7
	CAPRECOM - CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES	81	1840	4,4
	CAPRESOCA E.P.S.	1	25	4,0
	COLSUBSIDIO - CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR	1	9	11,1
	COMFABOY - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA	56	1306	4,3
	COMFACOR - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA	0	1	0,0
	COMFAMA ANTIOQUIA - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA	0	24	0,0
	COMFAMILIAR CAMACOL - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMACOL	0	67	0,0
	COMFAMILIAR HUILA - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE HUILA	60	1266	4,7
	COMFAMILIAR NARIÑO - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO	0	1	0,0
	COMPARTASALUD ESS - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD COMPARTASALUD LTDA	101	2246	4,5
	COMPENSAR E.P.S.-CM	0	2	0,0
	CONVIDA - ARS CONVIDA	2	5	40,0
	COOMEVA E.P.S. S.A.-CM	0	11	0,0
	COOSALUD E.S.S. - ARS COOPERATIVA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL	11	235	4,7
	DUSAKAWI E.P.S.I. - ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA	1	48	2,1
	E.P.S. FAMISANAR LTDA.-CM	3	12	25,0
	E.P.S. SALUDCOOP-CM	4	170	2,4
	E.P.S. SANITAS S.A.-CM	1	6	16,7
	ECOOPSOS E.S.S. A.R.S. - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD	4	255	1,6
	EMDISALUD - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S.	17	658	2,6
	EMSSANAR ESS - ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD	0	1	0,0
	LA NUEVA EPS S.A.-CM	0	23	0,0
	MALLAMAS EPS INDIGENA	0	2	0,0
	MUTUAL SER - ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ARS	0	1	0,0
	PIJAOS SALUD EPSI	0	1	0,0
	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	0	4	0,0
SALUDVIDA EPS SA	16	392	4,1	
SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SOLSALUD SA	11	3	366,7	
TOTAL SUBSIDIADO		376	8688	4,3
CONTRIBUTIVO	ALIANSA SALUD EPS	0	1	0,0
	CAFESALUD	5	235	2,1
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ COMFABOY-CM	0	5	0,0
	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"-CM	1	6	16,7
	CAPITAL SALUD-CM	0	1	0,0
	CAPRECOM EPS	1	14	7,1
	COLSUBSIDIO-CM	0	1	0,0

	COMFAMA UT- CONVENIO CAMACOL	0	2	0,0
	COMFAMILIARES EN SALUD UT	0	8	0,0
	COMPENSAR E.P.S.	0	10	0,0
	COOMEVA E.P.S. S.A.	20	475	4,2
	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM	0	19	0,0
	CRUZ BLANCA EPS S.A.	0	3	0,0
	E.P.S. SALUDCOOP	105	3134	3,4
	E.P.S. SANITAS S.A.	19	350	5,4
	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS-CM	0	2	0,0
	ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS-CM	0	1	0,0
	EPS S.O.S. S.A. - EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	0	1	0,0
	EPS SURA	0	3	0,0
	FAMISANAR LTDA. E.P.S.	14	457	3,1
	HUMANA VIVIR S.A. EPS	0	1	0,0
	NUEVA EPS SA	28	756	3,7
	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	0	18	0,0
	SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	0	24	0,0
	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	1	59	1,7
	TOTAL CONTRIBUTIVO	194	5587	3,5
EXCEPCIÓN	ECOPETROL	0	1	0,0
	FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO	8	195	4,1
	FUERZAS MILITARES	9	176	5,1
	POLICIA NACIONAL	5	179	2,8
	TOTAL EXCEPCIÓN	22	551	4,0
ESPECIAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	0	1	0,0
	UNISALUD - UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL	0	6	0,0
	UPTC - UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE TUNJA	0	2	0,0
	TOTAL ESPECIAL	0	9	0,0
	NO ASEGURADO	6	83	7,2
	TOTAL GENERAL	602	14918	4,0

Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales Boyacá, 2015

Al revisar régimen de aseguramiento frente a la atención de controles prenatales se evidencia que del total de casos de bajo peso al nacer a término el 1,7% ellos (10 casos) no tuvieron ningún control prenatal y son en gran medida del régimen subsidiado (7 casos) y dos sin afiliación. Se presentó un número insuficiente de controles en el 16,6% de los casos pues asistieron únicamente en el rango de uno a cuatro controles, de forma más evidente en el régimen subsidiado. Lo anterior se constituye en un factor de riesgo para el desarrollo de bajo peso al nacer a término pues la gestante no recibe la atención óptima y la educación necesaria para poder llevar su embarazo de forma adecuada (ver tabla 12)

Tabla 12. Bajo peso al nacer según aseguramiento y proporción de controles prenatales, Boyacá IV trimestre de 2015

Régimen de aseguramiento	Ningún control	1 a 4 controles	5 a 9 controles	10 o más controles	Total
Contributivo	1	19	135	60	215
Especial	0	0	21	1	22
No asegurado	2	0	4	0	6
Subsidiado	7	69	259	20	355
Total	10	88	419	81	602

Fuente: SIVIGILA - Boyacá 2015

Mediante visitas de asistencia técnica realizadas a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios con presencia en el departamento, se realiza fortalecimiento de la vigilancia y enfáticamente de los seguimientos a los recién nacidos con esta condición, el objetivo es lograr que con frecuencia mensual cada una de las aseguradoras remita informe de seguimiento de los casos identificados. Esta estrategia ha permitido incrementar el número y oportunidad de los seguimientos; adicionalmente se han remitido requerimientos a las aseguradoras que no evidencian compromiso en el seguimiento de los casos sin embargo se requiere seguir trabajando en este proceso.

4.6 Matriz DOFA de acuerdo a hallazgos

Con el propósito de presentar un análisis general del bajo peso al nacer a término en el departamento de Boyacá, se elaboró una matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) identificando aquellos aspectos comunes que deben ser intervenidos desde los niveles local y departamental con la finalidad de avanzar hacia una mejor condición de salud en la infancia y disminución del riesgo de morbimortalidad a partir de la intervención oportuna de los recién nacidos con bajo peso.

En relación con las mejoras logradas en la vigilancia del bajo peso al nacer a término en el cuarto trimestre del año, es importante resaltar que a partir de las debilidades encontradas en los primeros tres trimestres con el ejercicio de la elaboración de la matriz DOFA, se trabajaron de manera intensa las oportunidades, con lo cual se logró incrementar de manera significativa la cobertura del primer seguimiento (93%), del segundo seguimiento (78%) y así como del indicador de oportunidad a 50%. Si bien se ha trabajado en gestionar articuladamente con las aseguradoras el seguimiento de los casos, es necesario continuar con el fortalecimiento de este trabajo que se realizará mediante visitas de asistencia técnica; se encontró una nueva dificultad en el cumplimiento de la oportunidad de los seguimientos y es la costumbre cultural que tienen las madres puérperas de trasladarse a otro municipio o departamento a pasar este periodo post parto, lo cual demora el oportuno seguimiento. La calidad de la información notificada al sistema de Vigilancia, aún presenta déficit, se continúa con la depuración de bases de datos y capacitación del recurso humano encargado en cada municipio; por lo anterior la matriz DOFA presentada continúa vigente como plan de acción en el nivel departamental.

Tabla 13. Matriz DOFA comportamiento bajo peso al nacer a término, Boyacá IV trimestre de 2015.

Debilidades	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta rotación del personal responsable de la vigilancia en los municipios ▪ Costumbre cultural de desplazarse a pasar el periodo del puerperio a otros municipios o departamentos donde reside la familia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar estrategias internas para coordinar el seguimiento oportuno de los casos de BPNT en los recién nacidos que requieren atención hospitalaria prolongada ▪ Realimentar en las visitas de asistencia a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, los problemas y necesidades de mejora en la vigilancia del evento

<ul style="list-style-type: none"> Falta de liderazgo de algunas EPS para gestionar el oportuno seguimiento de los casos 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar trabajo coordinado con los municipios para mejorar la calidad de los datos de fichas de notificación y seguimiento que permitan fortalecer el proceso de vigilancia y realizar intervenciones oportunas y apropiadas
<ul style="list-style-type: none"> Baja demanda inducida de atención a mujeres en edad fértil por desconocimiento del perfil epidemiológico y demográfico por parte del asegurador 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con la retroalimentación semanal a los municipios de los hallazgos encontrados en la búsqueda activa institucional del evento y del seguimiento de los casos
Fortalezas	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> Equipo de vigilancia en salud pública departamental comprometido con la vigilancia del evento Equipo de vigilancia en salud pública municipal con conocimiento de su territorio y población Talento humano en los municipios capacitados: Médico, enfermera, auxiliares de enfermería Buenas relaciones entre los niveles local y departamental que permiten trabajo coordinado 	<ul style="list-style-type: none"> En algunas comunidades persiste arraigo cultural para no realizarse control prenatal y/o atención del parto institucional, así como para no realizar lactancia materna exclusiva. Desconocimiento del modelo de atención del asegurador por parte de las Instituciones prestadoras de servicios de salud. Inoportunidad en la notificación y fallas en la calidad de reporte del municipio de residencia de casos de bajo peso al nacer a término notificados por otros departamentos.

La estrategia FO se basa en el uso de fortalezas internas de la vigilancia en el departamento con el propósito de aprovechar las oportunidades externas. La estrategia FA trata de disminuir al mínimo el impacto de las amenazas del entorno, valiéndonos de las fortalezas. La estrategia DA tiene como propósito disminuir las debilidades y neutralizar las amenazas, a través de acciones de carácter educativo. La estrategia DO tiene la finalidad mejorar las debilidades internas, aprovechando las oportunidades externas, para lo cual el nivel departamental se propone las siguientes estrategias

- Desarrollar estrategias internas para coordinar el seguimiento oportuno de los casos de BPNT en los recién nacidos que requieren atención hospitalaria prolongada
- Realizar trabajo coordinado con los municipios para mejorar la calidad de los datos de fichas de notificación y seguimiento que permitan fortalecer el proceso de vigilancia y realizar intervenciones oportunas y apropiadas
- Continuar con la retroalimentación semanal a los municipios de los hallazgos encontrados en la búsqueda activa institucional del evento y del seguimiento de los casos
- Realizar asistencia técnica de las acciones de vigilancia en salud pública a las aseguradoras con influencia en el departamento, con el fin de fortalecer la comunicación y formular estrategias de trabajo que permitan realizar el seguimiento oportuno de los casos identificados

5. MORTALIDAD POR Y/O ASOCIADA A DESNUTRICION EN MENOR DE 5 AÑOS

5.1 Antecedentes del evento a nivel mundial

La desnutrición contribuye anualmente a la muerte de 5,6 millones de niños y niñas menores de cinco años en el mundo en desarrollo, es la consecuencia más directa del hambre y tiene efectos negativos en la salud, educación y a lo largo del tiempo en la productividad y el crecimiento económico de un país (Instituto Nacional de Salud Informe evento mortalidad por y asociada a desnutrición II periodo epidemiológico , 2015). Aumenta la vulnerabilidad a enfermedades que afectan la sobrevivencia y a su vez, depende de condiciones sociales y económicas determinadas por las inequidades, ejerciendo un efecto negativo principalmente en poblaciones rurales, urbano marginales, etnias indígenas y afro descendientes.

5.2 Antecedentes del evento en América

Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años. Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos (Instituto Nacional de Salud Informe evento mortalidad por y asociada a desnutrición II periodo epidemiológico , 2015)

5.3 Antecedentes del evento en Colombia

Según Taucher y Holland la muerte por desnutrición está considerada dentro del grupo de muertes evitables por medidas mixtas, por tanto las condiciones que aumentan el riesgo de morir se pueden controlar y evitar y es preciso considerar la presencia de niños con desnutrición dentro de los integrantes de la familias, con miras a generar atenciones oportunas

Según resultados obtenidos del análisis de las estadísticas vitales de las fuentes DANE el total de las defunciones por desnutrición en Colombia para los menores de cinco años en el periodo 2002 a 2012 fueron 5.316, lo que corresponde al 3,8% del total de muertes en menores de cinco años en el mismo periodo.

Se observa que el número de defunciones ha disminuido desde el 2002 al 2011, pero aumenta en el año 2012. Para el periodo de la referencia, la tasa bruta de mortalidad por desnutrición varía entre 17,3 a 6,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Existe una tendencia discreta al descenso principalmente en los años 2006 a 2008, hecho que podría estar relacionado con la disminución de la tasa de mortalidad infantil, la cual según resultados de la encuesta de demografía y salud para el 2010, en los últimos cinco años se redujo de 20 a 16 por mil, básicamente como resultado de la disminución en la mortalidad pos neonatal la cual pasó de 8 a 5 por mil (Instituto Nacional de Salud Informe evento mortalidad por y asociada a desnutrición II periodo epidemiológico , 2015)

5.4 Antecedentes del evento en Boyacá

En el departamento de Boyacá la desnutrición más común es la proteico calórica, que resulta de una desadaptación de la interacción biológica – ambiental, que no solo se manifiesta por un déficit en el peso y un retraso en la talla, sino principalmente en el deterioro de la capacidad productiva, mental y física de cada persona; ocasionada por múltiples factores como: escasos recursos económicos, patrones culturales y de consumo (alimentación con deficiencias calóricas y proteicas), difícil acceso a los alimentos, falta o inadecuada práctica de la lactancia materna y alimentación complementaria, prevalencia de bajo peso en las mujeres en etapa de gestación y por la alta incidencia de enfermedades infecciosas que no siempre son severas pero son de alta frecuencia y afectan progresivamente el desarrollo especialmente de la población infantil; sin embargo la mayoría de los casos de desnutrición tienen su causa en la no disponibilidad de alimentos lo que supone un padecimiento previo por hambre convirtiéndose en la manifestación más extrema de pobreza y privación humana.

De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia - ENSIN realizado en el año 2005; Boyacá ocupó el segundo lugar después de la Guajira con los índices más altos de desnutrición crónica en la población menor de 5 años con un 23.3%, cifra que dobló la del nivel nacional que correspondía al 12%; para este mismo año el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de Boyacá (SISVAN) reportó cifras de desnutrición crónica del 18,1%, de desnutrición aguda del 5.5% siendo cuatro veces mayor que la del nivel nacional de 1,3%; y la desnutrición global que se presenta en 12.3% la cual es 1.7 veces mayor que la del nivel nacional de 7%

Comparando la información anterior con la reportada por la ENSIN de 2010 se aprecia un avance considerable en la disminución de la prevalencia de la desnutrición infantil en el Departamento de Boyacá. Mientras que en el año 2005 se doblaba el referente nacional de desnutrición crónica y se mostraba aumento en tres puntos la desnutrición global, en el último estudio del año 2010 se aprecia una notable mejoría en los dos indicadores; lo que evidencia el impacto generado por las estrategias integrales de recuperación nutricional en gestantes y población menor de 5 años implementadas en el Departamento.

5.5 Hallazgos

Para muerte por y asociada a desnutrición la búsqueda activa se realiza mediante la revisión de los 5574 registros de defunciones, dentro de los cuales se identifican 132 muertes en menores de 5 años. Al verificar de manera puntual las causas y antecedentes de muerte en estos casos, se encuentran cuatro casos que evidencian la desnutrición como una causa antecedente de muerte u otro estado patológico importante relacionada con la causa básica

El primer caso corresponde a un menor de 6 meses perteneciente a la comunidad indígena U'wa de Cubará, los padres se encontraban de travesía por el municipio de El Espino donde consultó de forma inicial y debido a su mal estado de salud, fue remitido a la ESE del municipio del Cocuy donde falleció. Se presentó dificultad en el diligenciamiento del certificado de defunción pues el personal de salud no pudo conocer la información de los padres o antecedentes al no contar con traductor; no se pudo realizar la autopsia clínica porque los padres no lo permitieron por sus creencias culturales; a pesar de que se ha tratado de ubicar a los padres a través de los promotores de la comunidad no ha sido posible pues se

encontraban en “ayuno” y no permiten la comunicación, ni entrada o salida de la comunidad; en la actualidad los padres no desean ser contactados. Se confirma que el niño fallecido tiene un hermano con desnutrición que se encuentra actualmente en centro de recuperación nutricional en Cubará.

El segundo caso corresponde a un menor de 14 meses residente en Puerto Boyacá, parto atendido en la ESE Hospital José Cayetano Vásquez, con controles de recién nacido y vacunación. Ingres a la Institución sin signos vitales, se realiza necropsia médico-legal y se entrega certificado de defunción. El departamento lideró la Unidad de análisis del caso, se realizó análisis por demoras, se propuso plan de mejoramiento que se encuentra en ejecución y seguimiento.

El tercer caso corresponde a un menor de 3 meses perteneciente a la comunidad indígena Betoye, residente en Tame (Arauca), el paciente fue remitido al Hospital San Rafael de Tunja en muy mal estado general para recibir cuidado intensivo, aquí fallece; se realiza unidad de análisis del caso debido a que corresponde a mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, en esta unidad de análisis se detecta como antecedente importante la desnutrición por lo cual se realiza enmienda en el RUAF y se incluye esta cómo causa antecedente, se envía soporte de la unidad de análisis al departamento.

El cuarto caso corresponde a una menor residente en el municipio de Soatá que falleció en el hospital San Rafael de Tunja, como causa básica sepsis de origen pulmonar y en estados patológicos refiere desnutrición y secuelas de asfixia perinatal, se realizó investigación epidemiológica de campo y la unidad de análisis la cual permitió descartar el caso por presencia de síndrome de Prader Willy, hipotonía de la menor y la dificultad de succión y deglución.

Tabla 14. Casos mortalidad por y /o asociada a desnutrición en menores de cinco años, Boyacá IV trimestre de 2015.

Casos	Número de certificado de defunción	Nombre y apellidos	Número de documento de identificación	Edad	Municipio de residencia	EVENTO	Revisión de historia clínica	Se notificó al SIVIGILA	Se realizó enmienda al certificado
1	703093575	NN ERIARO COBARIA BOCOTA	Sin información	6 meses	CUBARÁ	Muerte asociada a desnutrición	Síndrome de dificultad respiratoria aguda, bronco aspiración masiva, desnutrición severa.	Si	Si
2	809845135	JHON ANDERSON QUIQUE MONTOYA	1056784880	14 meses	PUERTO BOYACÁ	Muerte asociada a desnutrición	Infección bacteriana de vías digestivas, deshidratación severa, shock hipovolémico	Si	No
3	710296939	HIJO DE GILMA PARRA VARGAS	Sin información	3 meses	TAME (ARAUCA)	Muerte asociada a desnutrición	Insuficiencia Respiratoria, sepsis de origen pulmonar, neumonía multilobar necrotizante abcesada, desnutrición severa	Si	Si

4	713127870	DULCE MARÍA SALCEDO OLIVEROS	1054289492	8 Meses	Soatá	Muerte asociada a desnutrición CASO DESCARTADO	Sepsis de Origen pulmonar, neumonía lobar, desnutrición secuelas de asfixia perinatal, convulsiones, múltiples paros respiratorios, síndrome de Prader Willys	SI	NO
---	-----------	---------------------------------------	------------	---------	-------	--	---	----	----

Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales- Boyacá 2015.

A continuación se presenta el comportamiento de este evento 2014 y 2015 por periodo epidemiológico:

Periodo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	Total
2014	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2015	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2

5.6 Seguimiento a Indicadores

La revisión de indicadores evidencia un comportamiento similar en el número de casos identificados y notificados en comparación con los dos años anteriores. El departamento desarrolla un proceso de fortalecimiento de la búsqueda activa Institucional a través de los certificados de defunción, proceso que debe continuar robusteciéndose de manera permanente, La incidencia de este evento en Boyacá con corte a 2015 es de 1,8 muertes asociadas a desnutrición por 100.000 menores de cinco años. Como ya se revisó está pendiente una unidad de análisis que se realizará en el mes de febrero, es un indicador que evidencia un incumplimiento de la meta establecida debido a dificultades culturales que impidieron su realización (ver tabla)

Tabla 15. Indicadores de Seguimiento mortalidad por y/o asociada a desnutrición en menores de 5 años, Boyacá 2015

Indicadores	Resultado		
	2013	2014	2015
N° de casos detectados	2	2	2
Tasa de mortalidad por y asociada a desnutrición * 100000 < 5 años	1,8	1,8	1,8
Porcentaje de muertes con unidad de análisis	100%	100%	66,6%

Fuente: Sistema de Estadísticas Vitales- Boyacá 2015.

6. DISCUSIÓN

Los hallazgos de la vigilancia del bajo peso al nacer a término con corte a periodo epidemiológico 13 de 2015 muestran un comportamiento similar al de años anteriores con tendencia al incremento para este año, en relación con los años 2012 a 2014. No todos los municipios del departamento han notificado casos el 21,1% de ellos (26 municipios), no registran casos a pesar de realizar búsqueda activa a través

del sistema de estadísticas vitales. La notificación de casos se concentra principalmente en los municipios que concentran mayor población que son Tunja, Duitama, Sogamoso y Chiquinquirá.

El bajo peso al nacer en el departamento presenta una proporción de 4,0% del total de nacidos vivos con corte al periodo epidemiológico 13 de 2015, dato que es inferior al reportado en Colombia; este indicador en el departamento es similar al reportado para el año inmediatamente anterior (3,6%). A pesar de estos resultados el departamento necesita seguir disminuyendo este indicador pues el bajo peso al nacer incrementa el riesgo de una muerte temprana o presencia de alteraciones inmunológicas que favorecen la aparición de procesos infecciosos.

El bajo peso al nacer es una condición muy relacionada con el estado de salud y nutrición de la madre y del recién nacido, por lo que para lograr su disminución se requiere fortalecer los programas de promoción y prevención en lo relacionado con planificación familiar y control prenatal.

7. CONCLUSIONES

- 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.
- La proporción de incidencia de bajo peso al nacer en el departamento es de 4,0%, lo cual indica que de cada 100 recién nacidos vivos cuatro nacen con esta condición.
- Durante el proceso de vigilancia del evento con corte a periodo epidemiológico 13 de 2015 se identifican algunas deficiencias en cuanto a la calidad de los datos que se ingresan en el Sivigila, en especial en las variables relacionados antecedentes gestacionales y los datos del primer seguimiento.
- Las madres de los niños con bajo peso al nacer a término en su mayoría se dedican a las labores del hogar, y al revisar la cobertura del control prenatal se encuentra que más del 60% de los casos tuvieron menos de seis controles durante la gestación y pertenecen a los estratos 1 y 2.
- En el cuarto trimestre del 2015 se reportaron 8 casos de muertes de niños con bajo peso al nacer a término, equivalente al 1,3% de los casos notificados.
- El bajo peso al nacer en el departamento de Boyacá es un problema que afecta una proporción importante de los recién nacidos del departamento, las principales causas de aparición son los partos prematuros y el retardo del crecimiento intrauterino dado en mayor medida por afecciones maternas preconcepcionales sin tratamiento (Ladino, 2015).
- Según el cálculo de la razón de prevalencia con datos de bajo peso al nacer en el primer semestre del año 2015 se encontró que los factores que presentan mayor relación con el nacimiento de recién nacidos con bajo peso, en el departamento son: prematuridad, las

gestaciones múltiples, la baja talla, la baja o nula asistencia a controles prenatales, el parto por cesárea, que la madre se encuentre separada, divorciadas o solteras, padres menor de 65 años, nivel escolar del padre (Ladino, 2015).

- Por el contrario los factores menos relacionados con el bajo peso fueron: el sexo del recién nacido, la edad materna, la etnia, el grupo sanguíneo, nivel educativo de la madre, área de residencia, régimen de aseguramiento y la paridad (Ladino, 2015).

8. RECOMENDACIONES

- Es necesario mejorar la calidad de los datos que se ingresan al SIVIGILA, lo cual se está realizando a partir de retroalimentación semanal a cada una de las Secretarías de salud municipales.
- Se debe fortalecer el proceso de seguimiento de los casos de bajo peso al nacer a término con la oportunidad requerida para poder intervenir de una manera positiva y oportuna los casos de forma que se garantice la ganancia de peso adecuada y así minimizar el riesgo de morbilidad y muerte.
- Se recomienda realizar la revisión de estadísticas vitales de manera semanal esto con el fin de evitar el subregistro y la inoportunidad en la notificación de los casos de bajo peso al nacer.
- Se recomienda fortalecer las acciones de captación seguimiento y demanda inducida a las gestantes con el fin de que se garantice un adecuado control prenatal donde se identifiquen los riesgos relacionados con la aparición del bajo peso al nacer

9. BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud. Health Situation in de Americas Basic Indicators 2013. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=259&lang=

(2015). *Instituto Nacional de Salud Informe evento mortalidad por y asociada a desnutrición cuarto periodo epidemiológico*. Bogotá.

Instituto Nacional de Salud. (2015 cuarto periodo epidemiológico). *Informe por Evento Bajo peso al nacer a término*. Bogotá.

Ladino Y. (Ladino, 2015). *Bajo Peso al Nacer y sus posibles factores de riesgo*. Tunja.