



**ALCALDÍA
DE MANIZALES**

PROGRAMA NUTRICIÓN

JULIÁN ESTEBAN LINARES MONTES
Secretaria de Salud Publica
Unidad de Salud Publica

EQUIPO DE TRABAJO



MARCO LEGAL Y PROGRAMATICO

- CONPES 113 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).
- Resolución 2465 de 2016 (Patrones de Crecimiento)
- Resolución 2350 de 2020 (Lineamientos para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de cero (0) a 59 meses de edad).
- Ley 1355 de 2009 (ley de obesidad).
- Ley 2120 de 2021 (ley de comida chatarra).
- Ley 1823 de 2017 (Estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral).
- Resolución 2423 de 2018 (Estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral).
- Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030.
- Resolución 3280 del 2018 Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Derecho Humano a la Alimentación / Seguridad Alimentaria y Nutricional

Desarrollar estrategias que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial.

ATRIBUTOS O COMPONENTES

EJES DE LA SAN

Disponibilidad



DISPONIBILIDAD

Accesibilidad



ACCESO FISICO Y ECONÓMICO

ADECUACIÓN



CONSUMO



APROVECHAMIENTO BIOLÓGICO



CALIDAD E INOCUIDAD

CONSUMO Y APROVECHAMIENTO BIOLOGICO

Acciones que buscan fortalecer en la población la selección adecuada de los alimentos y la práctica de hábitos alimentarios saludables que le permitan mantener un estado de salud y nutrición adecuado. Incluye factores determinantes del medio ambiente, entornos y estilos de vida, situación nutricional de la población, disponibilidad, calidad y acceso a los servicios de salud, agua potable y saneamiento básico.

Objetivos del componente

- *Lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.
- * Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos.

META	LINEA BASE AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022
Disminuir el bajo peso al nacer a menos del 10%.	10,7%	10	11,6%	11,1%
Disminuir al 2.5% la prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.	3,3%	SIN DATO AÑO DE PANDEMIA COVID 19 SUSPENSIÓN DE SERVICIOS EN SALUD PRESENCIAL	1,92%	2,33%
Mantener en cero (0) la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años.	0	0	0	0

FUENTE SIIS: SISTEMA INFORMACIÓN INTEGRADO EN SALUD

Prevalencia de Desnutrición Aguda en menores de 5 años del Municipio de Manizales año 2022

Año	Niños Valorados	% niños con DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA	Niños con diagnóstico de DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA	% niños con RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	Niños con diagnóstico de RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	% niños con PESO ADECUADO PARA LA TALLA	Niños con diagnóstico de PESO ADECUADO PARA LA TALLA	% niños con RIESGO DE SOBREPESO	Niños con diagnóstico de RIESGO DE SOBREPESO	% niños con SOBREPESO	Niños con diagnóstico de SOBREPESO	% niños con OBESIDAD	Niños con diagnóstico de OBESIDAD
2022	5287	2,33%	123	10,40%	550	66,12%	3496	15,96%	844	4,56%	241	0,62%	33

FUENTE SIIS: SISTEMA INFORMACIÓN INTEGRADO EN SALUD

Manizales según censo (DANE) tiene una población entre 0 a 5 años de edad de 23762 niños y niñas

PROGRAMA GESTAR FUTURO

Desarrollar el Programa de atención integral en salud y nutrición en la modalidad de soporte nutricional, dirigido a gestantes, niños y niñas menores de dos (2) años en condición de vulnerabilidad en el municipio de Manizales.

POBLACIÓN OBJETIVO

300 usuarios entre gestantes, niños y niñas menores de 2 años.

LINEAS DE ACCIÓN

Nutrición y Alimentación

- Valoración nutricional
- Beneficia con acceso físico de alimentos para contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de gestantes, niños y niñas menores de 2 años en condición de vulnerabilidad.
- Seguimiento al estado de salud y nutrición de la gestante, el niño y niña menor de 2 años.
- Educación en lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación saludable para la adopción de hábitos alimentarios saludables que redundan en la salud y la nutrición de los usuarios

LINEAS DE ACCIÓN

Salud y Medio Ambiente

- Seguimiento, verificación y gestión a las atenciones en salud de acuerdo al curso de vida.
- Educación en AIEPI comunitario para la incorporación en el cuidado diario por parte de las familias de acciones y comportamientos que garanticen el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños.
- Educación y verificación del almacenamiento de los alimentos

Social, Humana y Familiar

- Fortalecimiento del vínculo afectivo entre la diada madre e hijo y su red familiar, social y comunitaria.
- Fortalecimiento del ser.
- Fortalecimiento del proyecto de vida.
- Fortalecimiento del entorno familiar.

SALAS AMIGAS DE LA FAMILIA LACTANTE EN EL ENTORNO LABORAL



Es una iniciativa del Ministerio de Salud y Protección Social que tiene como finalidad, asegurar los derechos de la mujer que trabaja fuera del hogar a practicar la lactancia materna y a tomar decisiones informadas libres de presiones comerciales, a la vez que garantiza el derecho de los niños y niñas a alimentarse con leche materna.

Así mismo, estos espacios promueven la formación y difusión de información sobre lactancia materna, alimentación y desarrollo infantil a toda la comunidad empresarial, con el fin de formar gestores capaces de promover la alimentación saludable en los niños y niñas, y en sus propias familias. Además las Salas Amigas de la Familia Lactante constituyen una de las líneas de acción de la Estrategia de Organizaciones Saludables promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

SALAS DE LACTANCIA MATERNA EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES TOTAL 23 SALAS



ENTORNO LABORAL (EMPRESA – ORGANIZACIÓN – ENTIDAD)	# DE SALAS
NICOLE	1
CENTRO COMERCIAL SANCANCIO	1
SU SUSERTE	2
SALUD TOTAL	1
COMANDO DE POLICIA	1
EMERGIA	1
UNIVERSIDAD DE CALDAS - SEDE CIENCIAS DE LA SALUD	1
UNIVERSIDAD DE CALDAS - SEDE PRINCIPAL (PALOGRANDE)	1
CLINICA LA TOSCANA	1
ASSBASALUD ASUNCIÓN	1
ALCALDIA DE MANIZALES	1
DIAN	2
UNIVERSIDAD NACIONAL	1
MALL PLAZA	1
FALLABELLA	1
AGUAS DE MANIZALES	1
COOPERATIVA ESPECIALIZADA EN AHORRO Y CRÉDITO CESCA	1
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES	1
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES	1
RAMA JUDICIAL (PALACIO DE JUSTICIA Y SECCIONAL ADMON)	2

SALAS AMIGAS DE LA FAMILIA LACTANTE EN EL ENTORNO LABORAL – CESCA - SUSUERTE



OBJETIVO DEL PDLMAC

El **objetivo** del PDLMAC es **mejorar la práctica** de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria en todo el territorio nacional y durante el periodo 2021-2030.



Los **principales** sujetos del Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030 (PDLMAC) son las **niñas y los niños** durante sus **primeros 1000 días**.

LINEAS ESTRATÉGICAS DEL PDLMAC 2021 - 2030

Ilustración 5. Estructura de las líneas estratégicas del PDLMAC 2021-2030



ARRR!



Peh



ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

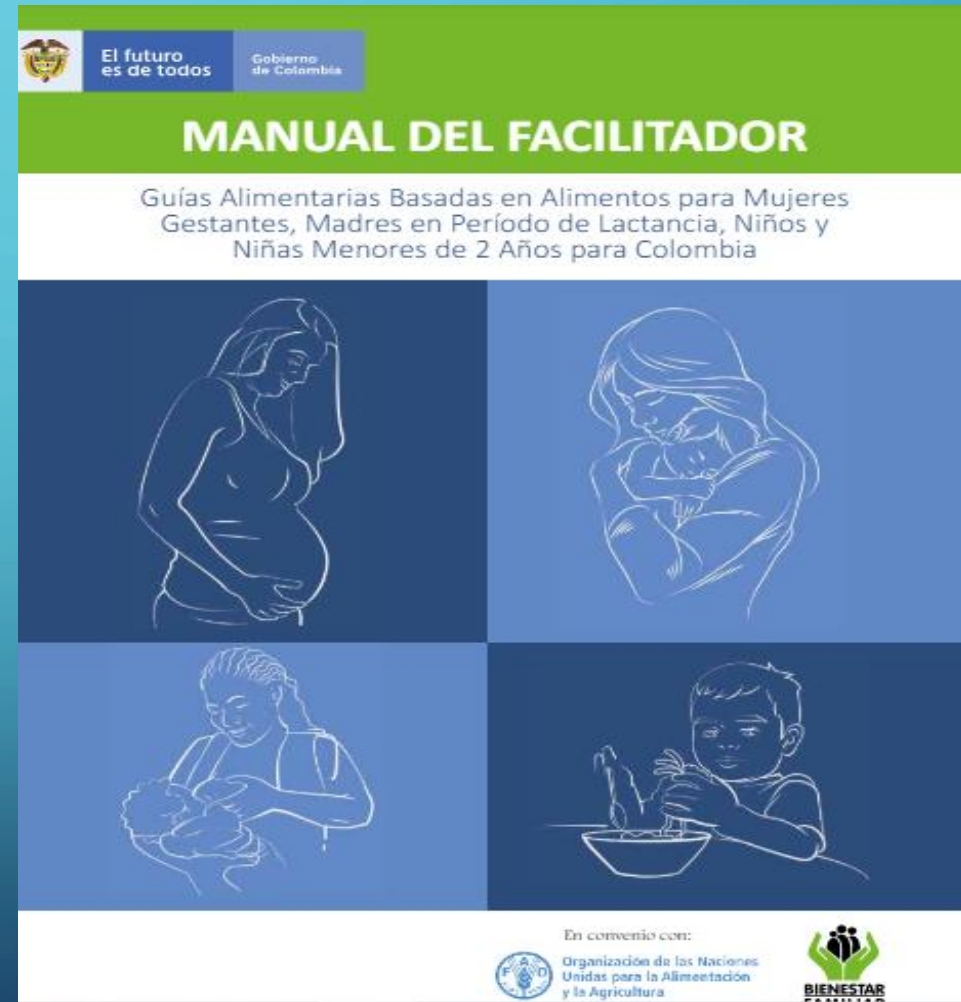
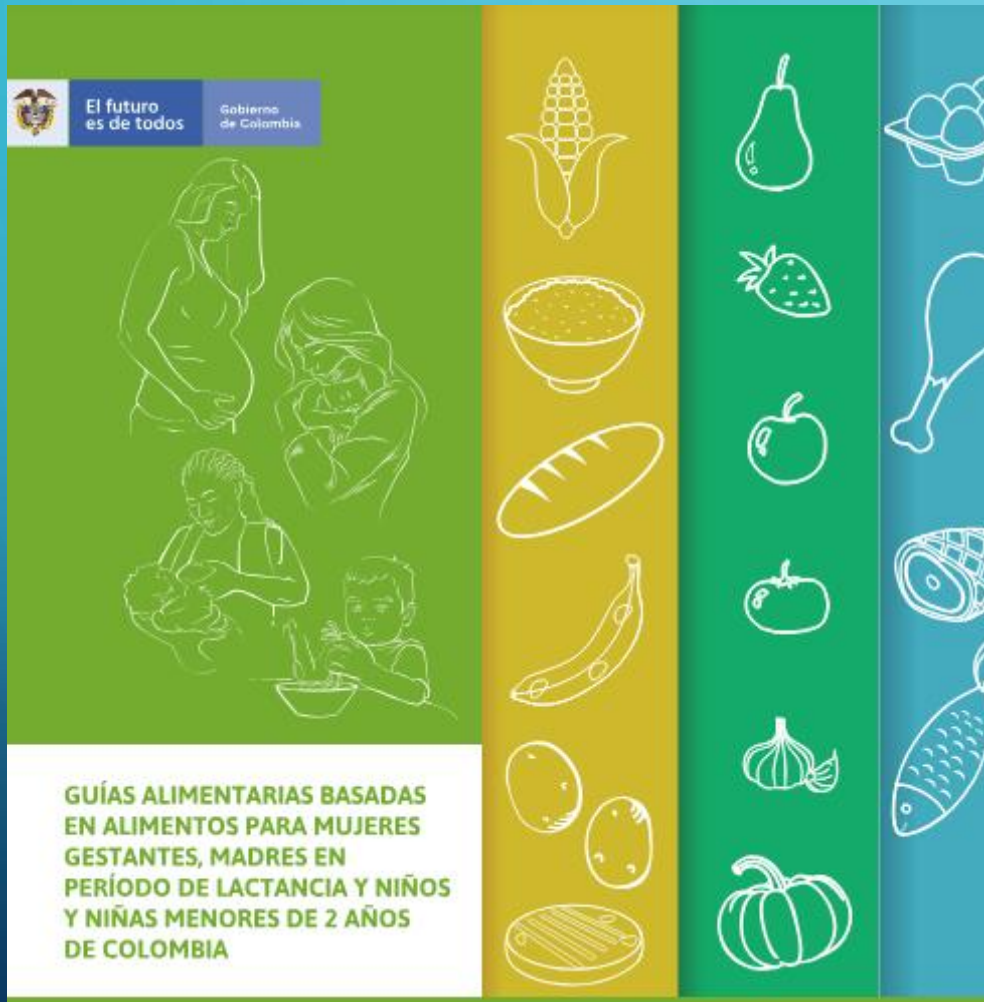


ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

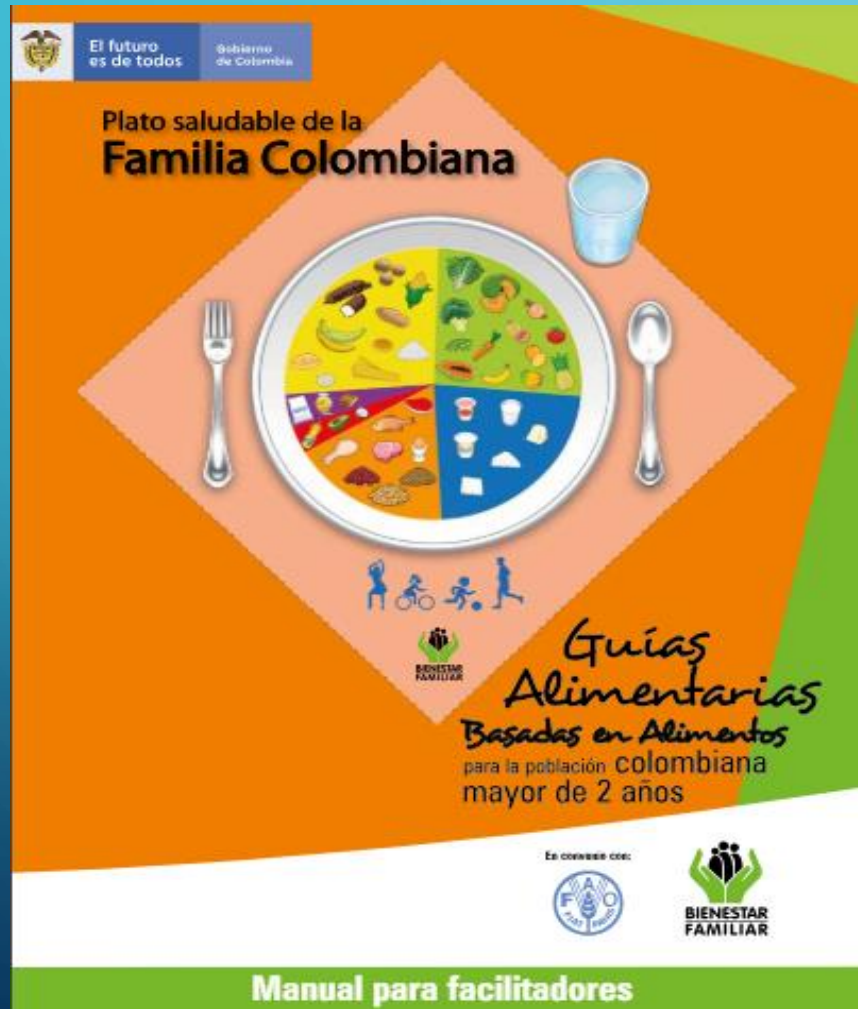
TRABAJO CON LAS TIENDAS ESCOLARES PARA VOLVERLAS SALUDABLES



GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA



GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA





El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

Mi plato, un arcoíris
divertido de sabores

En convenio con:

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

BIENESTAR FAMILIAR



SCP

MINISTERIO DE SALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Empezar una nueva vida

LEY 2120 DE 2021

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA FOMENTAR ENTORNOS ALIMENTARIOS SALUDABLES Y PREVENIR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SE ADOPTAN OTRAS DISPOSICIONES"






**ALCALDÍA
DE MANIZALES**

**Lineamiento para el manejo integrado
de la desnutrición aguda en niños y
niñas de 0 a 59 meses de edad
Resolución 2350 de 2020**

SECRETARIA DE SALUD

Manejo de niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL


RESOLUCIÓN NÚMERO 0005406 DE 2015

(17 DIC 2015)

Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002350 DE 2020

(17 DIC 2020)

Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL


En ejercicio de sus atribuciones, en especial, de las conferidas por el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los numerales 4 y 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, y en desarrollo del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con los artículos 6 y 11 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para la

Manejo de niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda moderada y severa

REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002465 DE 2016
(14 JUN 2016)

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 7 y 30 del artículo 2 del Decreto 4107 de 2011 y en el artículo 21 de la Ley 1355 de 2009 y,

CONSIDERANDO

Que este Ministerio adoptó, mediante la Resolución 2121 de 2010, los patrones de crecimiento infantil publicados en los años 2006 - 2007 por la Organización Mundial de la Salud -OMS- para la clasificación antropométrica del estado nutricional en niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad.

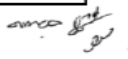
Que la clasificación del Índice de Masa Corporal -IMC junto con la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 51,2% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN 2010.

Que la clasificación antropométrica del estado nutricional materno es un predictor importante de la salud de la madre y del recién nacido, por cuanto el sobrepeso y la desnutrición materna constituyen riesgos durante periodo de gestación.

Que no se cuenta con un patrón de referencia adoptado oficialmente para realizar la antropometría del estado nutricional de los adultos y las gestantes, lo cual dificulta la estandarización en la clasificación antropométrica del estado nutricional y la implementación de las acciones en vigilancia y seguimiento nutricional.

Que en cumplimiento con lo señalado en el artículo 9 de la Resolución 2121, el Comité Temático para la Implementación de Patrones de Referencia en la Clasificación Antropométrica de la Población realizó, entre los años 2014 - 2015, la revisión técnica de la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas, y en comité temático ampliado el cual conto con la participación de expertos nacionales e internacionales se revisaron las propuestas formuladas en esa materia.

Que a partir del análisis adelantado por el comité temático ampliado, registrado en el acta del 1 y 2 de octubre de 2015, es necesario adoptar los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte, en función de los grupos



Protocolo de Vigilancia de Desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años

Código 113

Versión: 06
Fecha: 08/09/2023

Grupo de vigilancia y control
de enfermedades no transmisibles

notransmisibles@ins.gov.co

OBJETO

Adoptar el lineamiento técnico para el manejo integral de la **DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA** en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta, y fijar las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud.

CAMPO DE APLICACIÓN

Las disposiciones contenidas en esta resolución son de **OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO** por parte de las entidades promotoras de salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especiales y de Excepción, las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, y las secretarías de salud de carácter departamental, distrital o municipal o la entidad que haga sus veces, según corresponda.

CAPITULO II

ASPECTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS DE CERO (0) A 59 MESES CON DESNUTRICIÓN AGUDA

ARTICULO 4.

PARAGRAFO: LA ATENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS DE CERO (0) A 59 MESES DE EDAD, SE CONSIDERA ATENCIÓN DE URGENCIAS, POR LO QUE NO REQUIERE NINGUN TIPO DE AUTORIZACIÓN Y SU **ATENCIÓN DEBE SER INMEDIATA.**

RESOLUCIÓN 2465 DE 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002465 DE 2016
(14 JUN 2016)

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas por los numerales 7 y 30 del artículo 2 del Decreto 4107 de 2011 y en el artículo 21 de la Ley 1355 de 2009,

CONSIDERANDO

Que este Ministerio adoptó, mediante la Resolución 2121 de 2010, los patrones de crecimiento infantil publicados en los años 2006 - 2007 por la Organización Mundial de la Salud -OMS- para la clasificación antropométrica del estado nutricional en niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad.

Que la clasificación del Índice de Masa Corporal -IMC junto con la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 51,2% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN 2010.

Que la clasificación antropométrica del estado nutricional materno es un predictor importante de la salud de la madre y del recién nacido, por cuanto el sobrepeso y la desnutrición materna constituyen riesgos durante periodo de gestación.

Que no se cuenta con un patrón de referencia adoptado oficialmente para realizar la antropométrica del estado nutricional de los adultos y las gestantes, lo cual dificulta la estandarización en la clasificación antropométrica del estado nutricional y la implementación de las acciones en vigilancia y seguimiento nutricional.

Que en cumplimiento con lo señalado en el artículo 9 de la Resolución 2121, el Comité Temático para la Implementación de Patrones de Referencia en la Clasificación Antropométrica de la Población realizó, entre los años 2014 - 2015, la revisión técnica de la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas, y en comité temático ampliado el cual conto con la participación de expertos nacionales e internacionales se revisaron las propuestas formuladas en esa materia.

Que a partir del análisis adelantado por el comité temático ampliado, registrado en el acta del 1 y 2 de octubre de 2015, es necesario adoptar los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte, en función de los grupos

[Firma]

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

INDICADORES PARA LA CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL.

La clasificación antropométrica de la desnutrición aguda se establece en función del P/T-L, el cual se sintetiza en el número de Desviaciones Estándar (DE, Z- score), por debajo del promedio poblacional ideal. De acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2016 (10), la desnutrición aguda tiene la siguiente clasificación y puntos de corte:

Tabla 5. Clasificación de la desnutrición aguda moderada y severa. (10)

Indicador antropométrico	Punto de corte Desviación Estándar DE	Clasificación
Peso para la Talla (P/T-L)	≥ -1 a $\leq +1$	Peso Adecuado para la Talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada
	< -3	Desnutrición Aguda Severa

ALCANCE

El contenido de este lineamiento es aplicable a la atención de los niños de cero (0) a 59 meses de edad que cursan con **DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA**, de etiología primaria, entendida como carencia de alimentos asociada o no, con infecciones recurrentes.

Excluye a niños y niñas con:

- 1 Retraso en talla ($T/E < -2DE$) **SIN** desnutrición aguda.
- 2 Patologías que contraindican el uso de uno o varios de los ingredientes de las fórmulas terapéuticas (p.e. Galactosemia).

Tabla 1. Definición operativa de caso

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Se define un caso de desnutrición aguda en niños menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.

Tabla 2. Clasificaciones de la desnutrición aguda

Tipo de caso	Tipo de clasificación
Por antropometría	<p>Desnutrición aguda moderada: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez, Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, pues en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.</p> <p>Desnutrición aguda severa: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de $-3DE$, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca.</p>

Tabla 3. Otras definiciones relacionadas al evento

Definición	Descripción
Perímetro braquial	Es la medida de la circunferencia media del brazo, tomada en el punto medio existente entre el acromion y el olécranon expresada en centímetros, se toma a partir de los 6 meses y hasta los 5 años de edad y cuando su valor es inferior a 11,5 cm se define como una desnutrición aguda severa y supone un mayor riesgo de muerte por desnutrición. Cuando su valor está entre 11,5 cm y 11,9 cm se define como una desnutrición aguda moderada.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión para la notificación

Criterios	Descripción
Inclusión	Niños que cursen con enfermedades infecciosas (ej. IRA, EDA, TBC, VIH) Niños con antecedente de prematurez y bajo peso al nacer (BPN) que ya cumplieron 40 semanas de edad corregida (para el caso de los prematuros) y cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplanamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de valoración nutricional, y que dicho descenso o aplanamiento de la curva responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión para la notificación

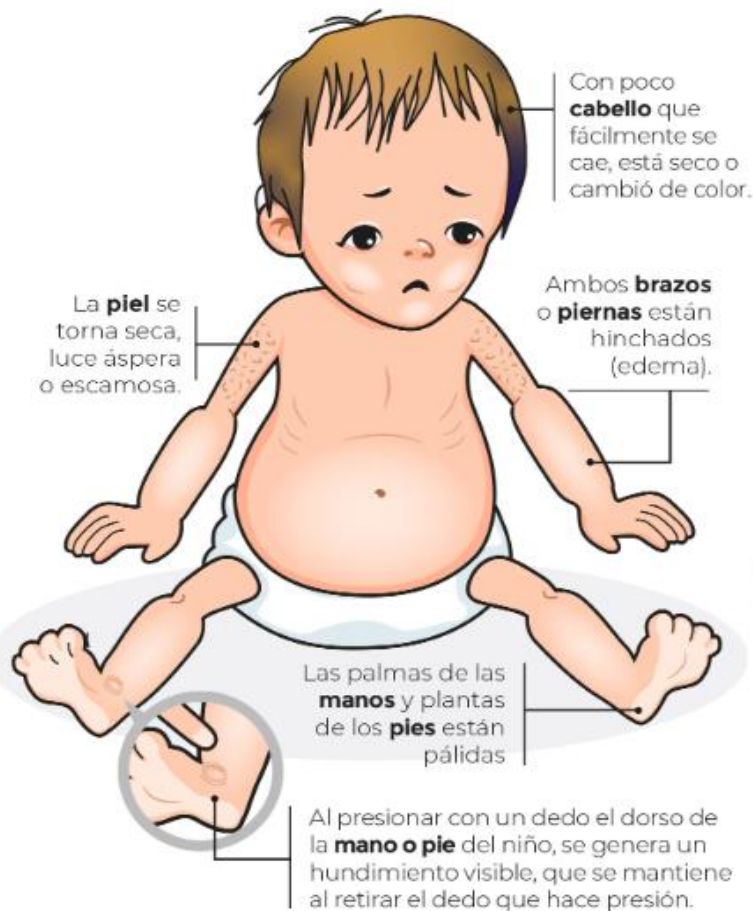
Criterios	Descripción
Exclusión	Niños con desnutrición de etiología secundaria Niños con antecedente de prematurez que no hayan cumplido con la semana 40 de edad corregida Niños con antecedente de BPN o prematurez con menos de 10 días de nacidos puesto que durante los primeros 10 días de vida hay pérdida normal de peso en los bebés y dicha pérdida no podría atribuirse a una desnutrición aguda como la que es objeto de esta vigilancia Niños que se valoren con gráficas diferentes a las estipuladas en la Resolución 2465/2016 como por ejemplo niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral, entre otros que se relaciona a desnutrición de etiología secundaria.



SIGNOS DE ALARMA PARA DETECTAR LA DESNUTRICIÓN AGUDA



Signos físicos



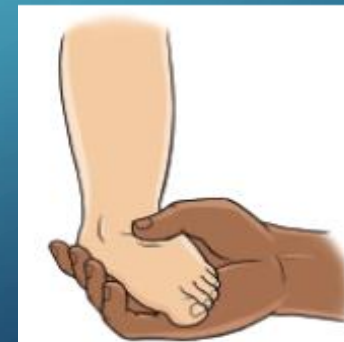
Otros signos de alarma

- ❗ El niño o la niña está desganado y ha perdido interés en el juego y en sus actividades cotidianas.
- ❗ Permanece quieto mucho tiempo.
- ❗ No tiene ganas de comer, se niega a recibir alimentos, dependiendo de su etapa de desarrollo.
- ❗ Le da diarrea o gripa con facilidad.
- ❗ Lloro excesivamente y con frecuencia, está irritable.
- ❗ Se ve triste.

VALORACIÓN DEL EDEMA

- **Edema leve (+):** solo en pies.
- **Edema moderado (++):** compromete pies, manos y parte inferior de piernas y brazos.
- **Edema severo (+++):** se refiere al edema generalizado que incluye pies, piernas, manos, brazos y cara.

Es importante tener en cuenta que hay situaciones como reacciones alérgicas alimentos, picaduras de insectos, así como síndrome nefrótico, hepatopatías, enteropatías perdedora de proteínas, que pueden generar hipoalbuminemia y edema de características no nutricionales.

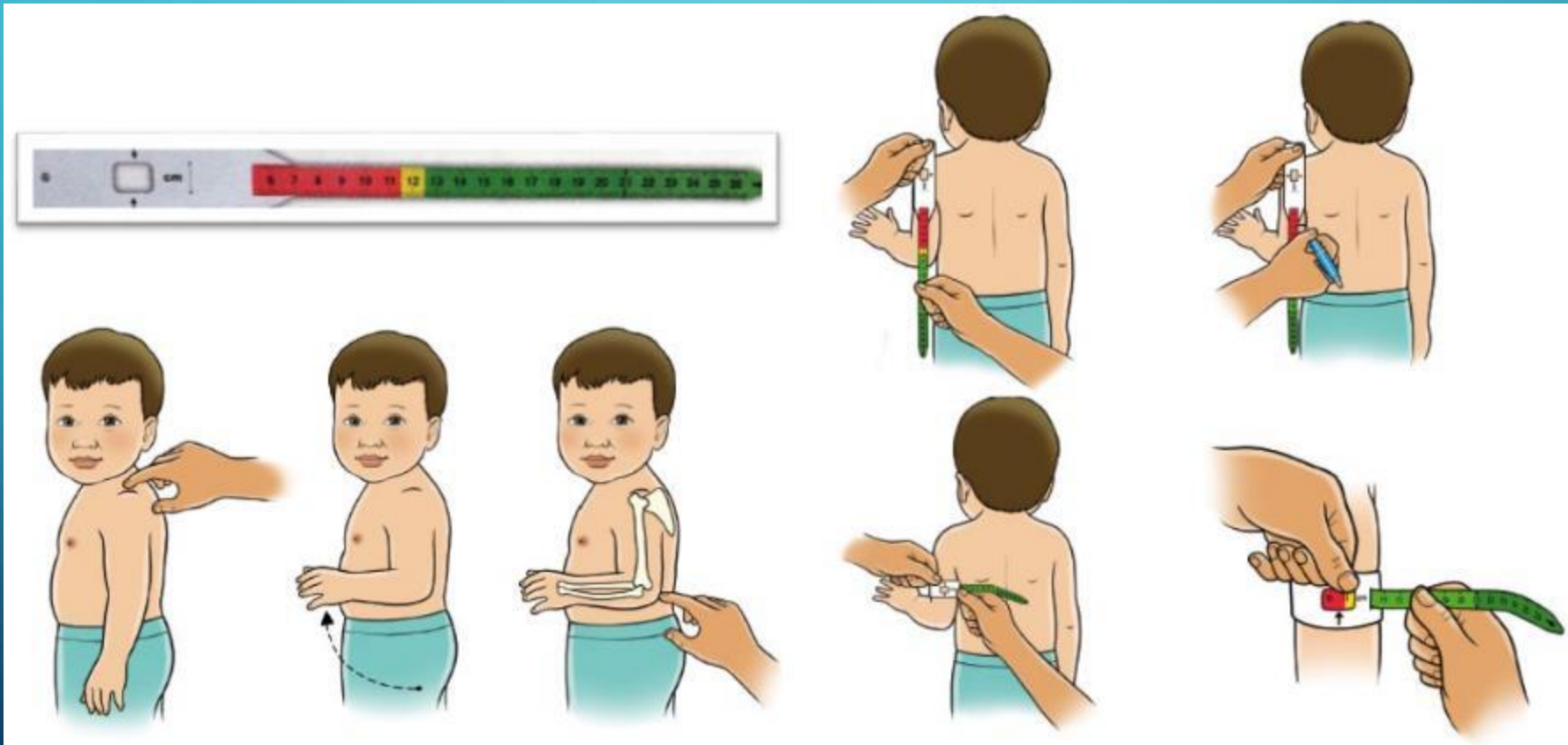


VALORACIÓN PERÍMETRO BRAQUIAL

- Si el niño o la niña **NO** tiene edema, se continúa con el perímetro braquial.
- La medición del perímetro del brazo **NO REEMPLAZA** la toma de peso y talla, siendo una medida complementaria a la clasificación antropométrica nutricional.
- Utilizar una cinta métrica de un material flexible, inextensible e impermeable, con divisiones cada 1 mm. La lectura de la cinta ha de ajustarse al mm más próximo.
- El brazo debe estar relajado, estirado a lo largo del costado.
- Medir la distancia entre el acromion (apéndice de la clavícula) y el olécranon (apéndice del húmero). Marcar el punto medio entre ambos.
- Medir la circunferencia del brazo a la altura del punto medio colocando la cinta alrededor del brazo, con firmeza pero sin comprimir el tejido blando. El valor obtenido es la circunferencia braquial.



FORMA CORRECTA DE MEDIR EL PERÍMETRO BRAQUIAL



The image features a blue gradient background with white circuit-like lines in the corners. The central text is in a bold, dark green font. The text reads:

UNA VEZ CANALIZADO O REMITIDO QUE HACE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DIAGNOSTICO

1. DIAGNOSTICAR EXISTENCIA Y SEVERIDAD DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

2. ESTABLECER PRESENCIA CONCOMITANTE DE COMPLICACIONES O COMORBILIDADES

3. SELECCIONAR ESCENARIO ADECUADO PARA CONTINUAR Y CONSOLIDAR EL MANEJO INSTAURADO

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DIAGNOSTICO

1. DIAGNOSTICAR EXISTENCIA Y SEVERIDAD DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

El diagnostico, orientación clínica y manejo general e integrado en niños de cero (0) a 59 meses de edad que presentan desnutrición aguda, moderada o severa, se establece basándose en parámetros antropométricos o clínicos. Se hace especial mención a los signos clínicos que se asocian con mayor riesgo de mortalidad, como son la existencia de edema nutricional, la disminución del perímetro del brazo, la perdida del apetito (evaluada con la prueba de apetito) y las patologías concomitantes.

VALORACIÓN CLÍNICA

La evaluación clínica de los niños con desnutrición aguda debe basarse en la historia clínica detallada, examen físico, y valoración antropométrica, **los cuales deben realizarse en cada contacto del niño con el servicio de salud, tanto en el momento del diagnóstico inicial, como en el seguimiento.** Incorporar la mayor cantidad de elementos clínicos con los cuales sea posible hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno de la desnutrición aguda moderada o severa y sus comorbilidades, ha evidenciado que aumenta la supervivencia en niños menores de 5 años especialmente, si este abordaje se hace siguiendo protocolos estandarizados.

- ANAMNESIS
- EXAMEN FISICO

VALORACIÓN CLÍNICA

- **ANAMNESIS:** evaluación nutricional, evaluación médica, familiar y social.
- **EXAMEN FÍSICO:** identificar signos que sugieran patologías agudas, crónicas, compromiso somático y determinar grado de desnutrición, incluye la toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, perímetro cefálico, perímetro del brazo), toma e interpretación de medidas antropométricas y valoración de cada uno de los órganos y sistemas corporales.

SOLO A TRAVES DE UNA ADECUADA VALORACIÓN CLÍNICA SE CONFIRMA EL DIAGNOSTICO Y LA CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN AGUDA, ASI COMO LA DEFINICIÓN DE LOS FENOTIPOS DE MARASMO Y KWASHIORKOR CUANDO SE TRATA DE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DIAGNOSTICO

2. ESTABLECER PRESENCIA CONCOMITANTE DE COMPLICACIONES O COMORBILIDADES

– *Establecer presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades*

En el marco de la evaluación de los niños con diagnóstico de desnutrición aguda, es necesario estar alerta sobre la intensidad de los siguientes aspectos, dada la evidencia del mayor riesgo de mortalidad si se identifica su presencia (77,78,79,80,81). Cada una de las condiciones abajo listadas, junto al diagnóstico de Desnutrición Aguda, deben ser consideradas como una urgencia vital y requieren de tratamiento inmediato desde el mismo momento de la captación del niño, independientemente del lugar donde se encuentre.

Estas condiciones son:

- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DIAGNOSTICO

3. SELECCIONAR ESCENARIO ADECUADO PARA CONTINUAR Y CONSOLIDAR EL MANEJO INSTAURADO.

El abordaje de los niños con desnutrición aguda moderada y severa entre cero (0) a 59 meses de edad, tiene la posibilidad de realizarse de forma hospitalaria y ambulatoria.

PRUEBA DEL APETITO:

La pérdida del apetito puede ser el único síntoma de complicación o comorbilidad en un niño desnutrido agudo. Por esta razón, el examen clínico completo y la prueba del apetito con FTLC, **son los criterios** para definir si el niño con desnutrición aguda puede recibir el tratamiento ambulatorio o debe ser hospitalizado.

PRUEBA DEL APETITO

La prueba se considera positiva cuando hay consumo de la mínima cantidad esperada de FTLC y de acuerdo con la edad y peso del niño, lo que permite la recuperación nutricional en el hogar, con seguimiento cercano por equipo de atención en salud, mientras que la falla indica la necesidad de manejo supervisado en institución de salud, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Criterios para la evaluación de la prueba de apetito. (49)

Edad	Peso Kg	Consumo mínimo FTLC	POSITIVA		NEGATIVA	
			Observación	Conducta a seguir	Observación durante 15 minutos	Conducta a seguir
6 a 59 Meses	4 - 6.9	¼ de sobre	Recibe con agrado la FTLC.	Manejo ambulatorio	Come menos de lo esperado o se niega a consumir la FTLC a pesar del ayuno, el tiempo y el ambiente propicio para la prueba	Manejo hospitalario
	7 - 9.9	1/3 de sobre				
	10 - 14.9	½ sobre				

La prueba de apetito siempre debe ser realizada bajo supervisión del equipo médico, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

3. SELECCIONAR ESCENARIO ADECUADO PARA CONTINUAR Y CONSOLIDAR EL MANEJO INSTAURADO

- **Criterios de manejo ambulatorio**

Se prevé que la mayoría de los niños con desnutrición aguda cumplirán con estos criterios.

Después de determinar previamente en TODOS los niños de 6 a 59 meses:

- Peso para la talla
Y
- Presencia de edema
Y
- Perímetro del brazo

Y

- Valoración clínica integral

Si encuentra UNO de los siguientes

- Puntaje Z de P/T menor de -2 DE.
- Edema grado 1(+) o 2(+ +)
- Perímetro del brazo menor de 11.5 cm

Y además presenta TODOS los siguientes:

- Activo, reactivo, consciente
- Sin complicaciones médicas o comorbilidad aguda
- Prueba de apetito positiva

Lo anterior, también está previsto para aquellos niños que egresan del manejo hospitalario, donde fueron estabilizados de sus complicaciones, y pueden continuar la recuperación y manejo en su casa con los seguimientos requeridos.

- **Criterios de manejo hospitalario**

Sólo uno de cada cinco niños con desnutrición aguda severa, requiere tratamiento hospitalario (63), y esta proporción puede ser aún menor cuando se incluyen los niños que presentan desnutrición aguda moderada.

Después de determinar previamente en TODOS los niños de 6 a 59 meses:

- Peso para la talla
Y
- Presencia de edema
Y
- Perímetro del brazo
Y
- Valoración clínica integral

Si encuentra UNO de los siguientes

- Puntaje Z de P/T menor de -2 DE.
- Algún grado de edema
- Perímetro del brazo menor de 11.5 cm

Si el niño presenta UNA de las siguientes condiciones que aumentan la morbimortalidad:

- Niño menor de 6 meses de edad
- Niño mayor de 6 meses de edad y que pese menos de 4 kilos.
- Está inconsciente, letárgico, hipoactivo o convulsiona
- Edema nutricional severo (+++)
- Diarrea, vómito persistente rechazo de la vía oral con riesgo de deshidratación.
- Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad.
 - * Niño menor de 2 meses: 60 respiraciones por minuto
 - * Niño de 2 a 11 meses: 50 respiraciones por minuto
 - * Niño de 12 meses a 5 años: 40 respiraciones por minuto
- Temperatura axilar menor 35.5°C o mayor 38°C
- Lesiones ulcerativas y liquenoides en más del 30% de la superficie cutánea
- Hemoglobina menos de 4 g/dl
- Hemoglobina menos de 6 g/dl con signos de esfuerzo respiratorio o aumento en la frecuencia cardíaca
- Prueba de apetito negativa o no puede beber o tomar el pecho
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.

La definición de escenario de manejo de la desnutrición aguda en los casos de niños con antecedentes de prematuridad, se hace con base en el cálculo de la edad corregida: si resulta edad menor de seis meses, debe hospitalizarse y si resulta mayor de 6 meses, el escenario de manejo se decide con base en los criterios establecidos para todos los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda.

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 1 A 6 MESES DE EDAD

PRIMER CONTROL AMBULATORIO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA A LOS 3 A 5 DIAS DEL ALTA HOSPITALARIA.

Posteriormente, requerirá valoración semanal por equipo interdisciplinario (enfermería, nutrición, medicina) hasta asegurar que se cumplen los criterios de egreso del manejo ambulatorio.

Criterios para la consulta de seguimiento:

- Valoración clínica y antropométrica
- Evaluación de la salud de la madre o cuidador de aspectos físicos y emocionales
- Evaluación de la relación entre el niño y la madre del cuidador
- Valoración de la técnica de lactancia materna y observación de la alimentación
- Verificación de la preparación de la formula láctea y de la técnica de alimentación en niños no amamantados.
- **Incremento progresivo peso y longitud, de acuerdo con ganancia esperada para su edad.**
- Evaluación del plan de cuidado elaborado al egreso de la hospitalización.

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 1 A 6 MESES DE EDAD

Criterios de egreso de manejo ambulatorio:

- La alimentación mediante lactancia materna es eficaz y satisfactoria
- En caso de no poder ser amamantados, se alimenta con fórmula láctea de inicio, sin dificultades y de acuerdo a las indicaciones del profesional tratante
- El aumento de peso es progresivo y de acuerdo con la ganancia esperada para su edad
- La puntuación Z de P/L es igual o superior a -2 DE

Criterios de hospitalización del niño en seguimiento ambulatorio

Remitir a la institución hospitalaria si se presenta:

- **Alteración del estado de conciencia o convulsiones**
- **Vomita todo o rechaza la vía oral**
- **Diarrea**
- **Aumento de frecuencia respiratoria o se hunde el pecho o tiene ruidos raros al respirar**
- **Lesiones en la piel**
- **Edema**
- **Condición médica o social de la familia que ponga en riesgo el cuidado del niño**
- **Si durante las valoraciones el niño no gana peso o pierde.**

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD

SEGUIMIENTO AMBULATORIO: Se debe realizar a los **7 días del tratamiento** por profesional de medicina o nutrición, con el propósito de observar la evolución de salud y el progreso de la recuperación.

- Se continua el seguimiento a las **DOS SEMANAS** del inicio del tratamiento y **DESPUÉS CADA MES** hasta cumplir con los criterios de egreso. Estas consultas serán realizadas por profesional de medicina, nutrición o enfermería.

EL SEGUIMIENTO INCLUYE:

- Revisión del cumplimiento del plan de manejo anterior
- Recordatorio de alimentación de 24 horas y evaluación de las practicas de alimentación familiar
- Morbilidad en las ultimas dos semanas
- Examen físico con énfasis en detección de signos de alarma y evolución de la desnutrición (edema, apetito, peso, cambios en el pelo, masa muscular, panículo adiposo, desarrollo personal social, desarrollo motor y del lenguaje).
- **Prueba del apetito**
- **Valoración antropométrica**
- Resumen datos de evolución y diagnostico medico y nutricional

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD

Si presenta una adecuada evolución y se continua el manejo ambulatorio, realice las siguientes acciones:

- Suministre antiparasitario a los 15 días de iniciar el tratamiento (indique una dosis para repetirla a los 20 días de la primera dosis, excepto el manejo con Albendazol que es de dosis única.
- Realice los controles de hemoglobina cada mes
- Revise y complete esquema de vacunación para la edad
- Calcule las necesidades de la FTLC
- Concerte prácticas de alimentación familiar, favorables
- Incentive la lactancia materna, el consumo de agua y lavado de manos
- Registre las acciones en la historia clínica y defina el próximo seguimiento
- Considere condiciones particulares que requieran mayor seguimiento a saber: pérdida o no ganancia de peso en los dos últimos seguimientos, antecedentes de remisión de manejo hospitalario, madre o cuidador que requiere apoyo adicional.

CRITERIOS DE EGRESO DEL MANEJO AMBULATORIO

- El puntaje Z de P/T por encima de -2DE. Recordar que sigue en riesgo nutricional
- Clínicamente bien y estable
- Sin edema por dos seguimientos (si fue **ingresado** con edema)

También se debe verificar la TOTALIDAD de las siguientes condiciones

- Garantizar cita de control durante los 15 días siguientes al egreso, una vez se comprueba que el indicador P/T-L esta por encima de -2 DE.
- Esquema de vacunación actualizado para la edad.
- Continuación del tratamiento de la anemia ferropénica, hasta recuperar las reservas de hierro si aplica
- **Gestión para la vinculación a un programa de complementación familiar o individual.**

ADMINISTRE MICRONUTRIENTES

ACIDO FÓLICO: La FTLC aporta la ingesta dietética recomendada para prevenir la deficiencia pero no es suficiente para tratar la deficiencia. Se recomienda la administración de 5 mg de ácido fólico el día 1 del tratamiento ambulatorio y continuar 1 mg/día durante todo el tratamiento de la desnutrición aguda.

VITAMINA A: solo requiere dosis adicional de vitamina A los niños con casos de sarampión y daño ocular con xeroftalmia y úlceras corneanas.

PIRIDOXINA: (5-10 mg/día), en los casos de TBC en tratamiento con isoniacida.

HIERRO: 1.5 sobres de FTLC alcanza la dosis terapéutica de hierro. Siempre se debe medir el nivel de hemoglobina al inicio del manejo ambulatorio y medirla cada mes.

Una vez termine el tratamiento con FTLC y cuando el valor de hemoglobina sea mayor o igual 11 g/dl continúe suministrando hierro a dosis terapéuticas de 3 a 6 mg/kg/día por un periodo igual al empleado en adecuar los niveles de hemoglobina.



Salud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2023-10-24 15:35:56

Nro. Prescripción

En Junta de Profesionales de la Salud

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: CALDIAS	Municipio: MANZALES	Código Habitación: 170010318902
Documento de Identificación: 901041891	Nombre Prestador de Servicios de Salud: CENTRO MEDICO AVENIDA SANTANDER EPS SANITAS	
Dirección: CRA 23 48 40 - AVENIDA SANTANDER - LLERAS		Teléfono: 6466060

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: RC1065762061	Primer Apellido: GARCIA	Segundo Apellido: LOAIZA	Primer Nombre: ANTHONY	Segundo Nombre:
Número Historia Clínica: 1055762061	Diagnóstico Principal: E64) SECUELAS DE LA DEFICIENCIA NUTRICIONAL NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo prestación	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nros / Letras / Unidades Farmacéuticas
SUCESIVA	FÓRMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES, NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS) FORTNI POLVO 400 G / LATA	42,7 GRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	PREPARACION: DILUIR 7 MEDIDAS RASAS INSERTAS EN LA LATA EN 1 VASO DE AGUA Y TOMAR 2 VECES AL DIA POR 3 MESES	19 / DIECINUEVE / LATA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1126421594	Nombre: ADRIANA CAROLINA ANGILO CAPACHO
Registro Profesional: 1126421594	Firma
Especialidad:	

Esta solicitud está en análisis por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2022-12-29 10:42:20

Nro. Prescripción

20221229114034862148

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: CALDAS	Municipio: MANIZALES	Código Habilitación: 170010002601
Documento de Identificación: 890801201	Nombre Prestador de Servicios de Salud: SEDE HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO	
Dirección: CARRERA 23 N° 49 - 30	Teléfono: 8855902	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: RC1055762947	Primer Apellido: OCAMPO	Segundo Apellido: PALACIO	Primer Nombre: MARIAM	Segundo Nombre: GUADALUPE
Número Historia Clínica: 1055762947	Diagnóstico Principal: E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

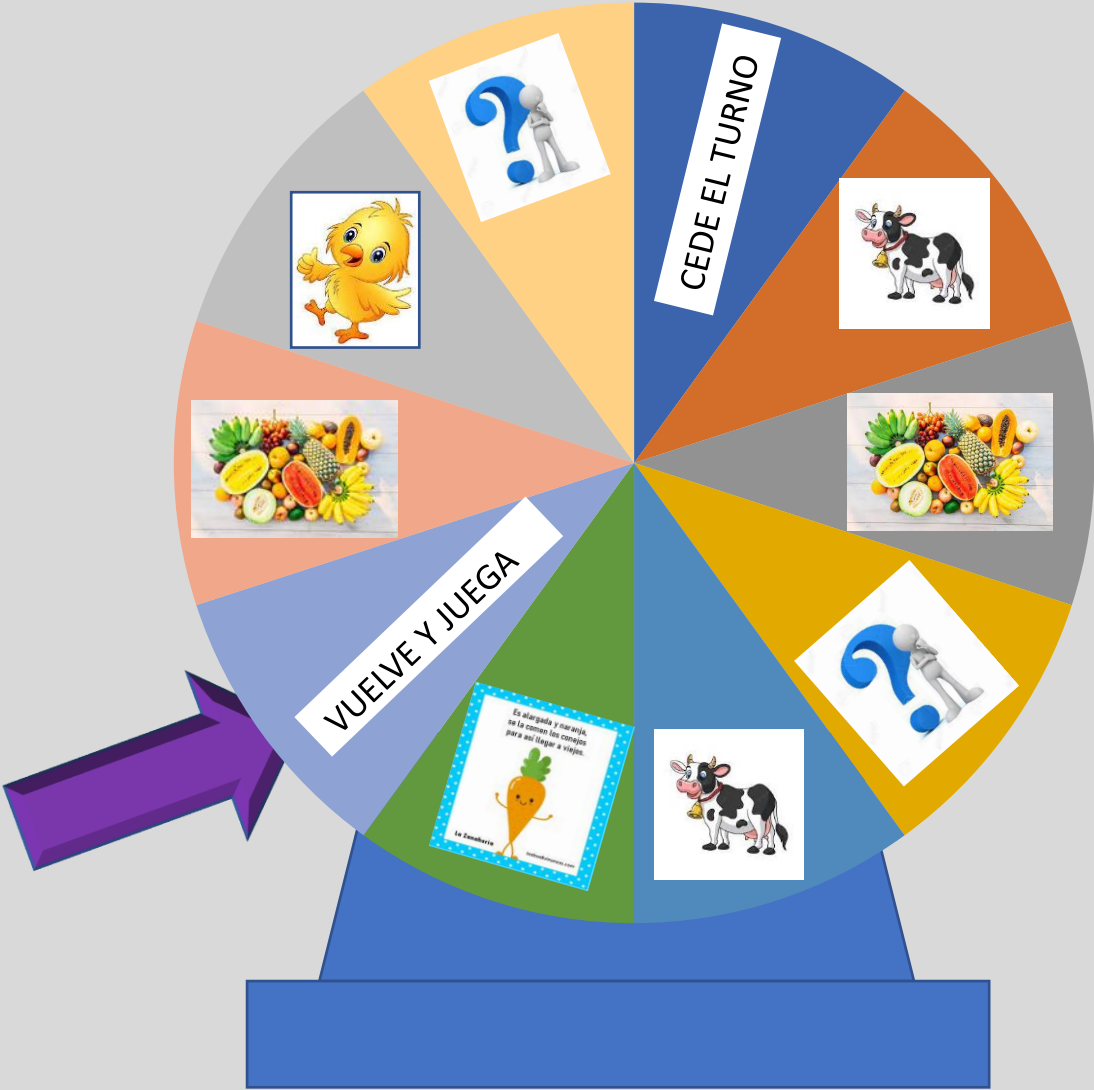
Tipo prestación	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	DNT AGUDA - FTLC FORMULA TERAPEUTICA LISTA PARA EL CONSUMO 500KC/92G.- PLUMPYNUT SEMISOLIDO 92 G / SOBRE	92 GRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	SE ORDENAS 2 SOBRES AL DIA POR 90 DIAS, SE ORDENAN EN TOTAL 180 SOBRE	180 / CIENTO OCHENTA / SOBRE

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC32757386	Nombre: SANDRA MERCEDES CARRILLO GONZALEZ
Registro Profesional: 8635297	Firma:
Especialidad:	
CodVer:	C219-0654-B15E-F36B-7C88-CB9C-2968-1B97

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018, Art. 13, Numeral 5.

RULETA SALUDABLE



A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a network of light blue lines and small circles, resembling a circuit board or a neural network. The lines are vertical and horizontal, with some diagonal connections, and the circles are placed at various points along these lines.

GRACIAS