

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
	PAGINA 1 DE 32			

PROTOCOLO TRANSVERSAL A LOS PROCESOS

Modalidad de atención intramural, extramural, servicios ambulatorios, servicios de urgencias, hospitalización

POBLACIÓN OBJETO

Se aplicara a todos los niños de cero (0) a 59 meses de edad que cursan con desnutrición aguda moderada o severa, de etiología primaria, que se diagnostiquen en los diferentes servicios y centros de salud de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

RESPONSABLES

Área técnico científica, profesionales del servicio de ambulatorios, servicios urgencias y hospitalización.

OBJETIVO

Establecer un protocolo institucional para la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, con base en los *Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad* definidos en la Resolución 2350 de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer los criterios diagnósticos y las fases de tratamiento: estabilización, transición, rehabilitación y los criterios de decisión para la definición del escenario de manejo, sea a nivel hospitalario o ambulatorio.

DEFINICIONES

Desnutrición aguda: Se define cuando el puntaje Z del indicador P/T-L, se encuentra por debajo de -2DE. Está asociada a pérdida de peso reciente o a incapacidad para ganarlo, dada en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.

Retraso en talla: Se define cuando el puntaje Z del indicador T-L/E, se encuentra por debajo de -2 DE. Está asociado con baja ingesta prolongada de todos los nutrientes. Se presenta con mayor frecuencia en comunidades con inseguridad alimentaria y bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades más tempranas, se asocia con bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas en la lactancia materna y alimentación complementaria, presencia de enfermedades infecciosas concurrentes, entre otros (22). Si se presenta de forma concomitante con la presencia de desnutrición aguda, hace más deletérea a esta última y su manejo requiere mayor cuidado (22,23).

Deficiencias de micronutrientes: Se presentan cuando no se tiene acceso o hábito de consumo de alimentos, fuente de micronutrientes como frutas, verduras, carnes y alimentos fortificados. Las deficiencias de micronutrientes para uno o varios nutrientes sin déficit proteico/calórico, aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como diarrea, neumonía y las propias de zonas endémicas como malaria o tuberculosis (25), y se presenta en zonas puntuales por áreas geográficas, por inadecuadas prácticas de alimentación o por carencias

	DOCUMENTO DE APOYO	CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	19/07/2021
		PAGINA 2 DE 32	

de orden cultural y económico: pero lo frecuente es encontrarlas en conjunto con la desnutrición por déficit de proteínas, lípidos e hidratos de carbono, situación que hace que la desnutrición aguda moderada o severa sea una enfermedad grave y deletérea.

Desnutrición aguda moderada: Cuando el puntaje Z del indicador P/T-L, es menor a - 2 DE y mayor o igual a -3 DE. Puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.

Desnutrición aguda severa: Cuando el puntaje Z del indicador P/T-L es menor a -3DE o cuando se presenta edema bilateral de origen nutricional, que puede llegar a anasarca.

Los siguientes términos se utilizan para describir los fenotipos que se pueden dar en desnutrición aguda severa :

Kwashiorkor: Se caracteriza por disminución de los niveles de albúmina, por debajo de 2.5 g/dl, que lo lleva a pérdida de la presión oncótica y edema bilateral progresivamente ascendente. que inicia en pies y manos, acompañado de signos clínicos de deficiencias nutricionales específicas, que se reflejan en lesiones en la piel, cambios en el color del cabello, alopecia difusa, atrofia de las papilas gustativas y queilosis, entre otros.

Marasmo. Se caracteriza por delgadez extrema, dada por el agotamiento de las reservas muscular y grasa y pérdida de tejido celular subcutáneo; piel seca, opaca y quebradiza. Este cuadro clínico se asocia con ingesta deficitaria y continuada de proteínas, calorías no proteicas y micronutrientes en la dieta.

Marasmo - Kwashiorkor. Se presenta cuando se acentúa la pérdida de albúmina y presión oncótica en un niño que cursa con emaciación extrema y desarrolla edema bilateral. Sucede porque se presenta una infección concurrente y se altera la relación proteica /calórica.

Fórmulas terapéuticas para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa. Indicado para el tratamiento ambulatorio de los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin complicaciones y en la rehabilitación nutricional al egreso hospitalario.

PRINCIPIOS BASICOS PARA EL DIAGNOSTICO

1. Diagnosticar existencia y severidad de la desnutrición aguda.

Valoración antropométrica. 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

	DOCUMENTO DE APOYO	CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	19/07/2021
		PAGINA 3 DE 32	

(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 1. Clasificación de la desnutrición aguda moderada y severa.

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

Valoración clínica. 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.

Anamnesis. La historia clínica debe contener la evaluación nutricional, evaluación médica, familiar y social, fundamentales para la valoración integral. Es importante calcular la edad de forma apropiada (especialmente, en niños con antecedente de prematuridad), indagar por el crecimiento y el desarrollo del niño, síntomas que presente o haya presentado recientemente, como fiebre, tos, diarrea, infecciones en la piel, ojos, u otros que sugieran infecciones, cambios en conducta como letargia, irritabilidad, hipoactividad y pérdida del apetito.

Conocer y registrar los antecedentes completos, entre ellos, condiciones preconceptionales, prenatales, historia del nacimiento, si presentó prematuridad o bajo peso al nacer, adaptación neonatal, patologías actuales o previas, en especial, si ha presentado desnutrición, alergias, procesos infecciosos, enfermedades transmitidas por vectores o tuberculosis, medicamentos, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos, vacunación, patologías familiares, edad de adquisición de hitos del desarrollo, entre otros.

Es importante indagar acerca de la práctica de lactancia materna y alimentación complementaria, momento de inicio de alimentos sólidos y semisólidos, consumo de alimentos en términos de frecuencia, porciones, variedad, consistencia, horarios, rutinas,

 <small>CARMEN EMILIA OSPINA</small> <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 4 DE 32	

cantidad de líquidos ofrecidos y recibidos, características de la dieta familiar y de los cuidadores del niño, así como los ambientes donde se prepara y consume.

La historia social incluye los factores socioeconómicos, ocupación, tamaño de la familia, prácticas de cuidado y de alimentación, condiciones de vivienda, relación con cuidadores y padres, factores estresantes, condiciones laborales de la familia, creencias sobre alimentación, violencia intrafamiliar, entre otros.

Examen físico. la toma juiciosa de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura), toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial) y valoración de cada uno de los órganos y sistemas corporales.

Debe iniciar por la inspección general en la cual, se valore el estado de conciencia, aceptación de vía oral, la simetría y signos de pérdida de peso, como la disminución de masa muscular o de grasa subcutánea (extremidades, mejillas, glúteos, cuello), estructuras óseas sobresalientes, enoftalmos, fontanelas persistentemente permeables, condiciones del cabello en distribución, color y textura, ojos opacos, condiciones de la esclera, labios secos, heridas, mucosas secas o ulceradas, lengua edematosa, lisa o pálida, daño o demora en erupción de piezas dentales o la presencia de manchas.

Determinar la turgencia, resequedad o humedad de la piel, la búsqueda de lesiones costrosas, heridas, rasgaduras, descamación o úlceras, la elasticidad, temperatura, cambios tróficos en las uñas, signos de dificultad respiratoria o insuficiencia cardíaca. Se debe observar el contorno abdominal, su forma, identificación de megalias o masas, presencia y características de ruidos intestinales, signos de perfusión distal, llenado capilar, pulsos, condiciones de las extremidades y genitourinarias, alteración del estado de consciencia o neurológica, como la presencia o ausencia de reflejos osteotendinosos, incluyendo en la valoración del desarrollo, si muestra menor adquisición de habilidades esperadas para la edad.

Es de resaltar que solo a través de una adecuada valoración clínica se confirma el diagnóstico y la clasificación de desnutrición aguda, así como la definición de los fenotipos de marasmo y kwashiorkor, cuando se trata de desnutrición aguda severa

Valoración del edema. Para evaluarlo se toman los pies del niño y el examinador presiona el dorso del pie durante tres segundos con los pulgares. Si la depresión generada se mantiene, se confirma la presencia de edema y se clasifica según la descripción del gráfico 1.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

Gráfico 1. Clasificación del edema en desnutrición aguda en menores de 5 años.



Valoración del perímetro del brazo. Es un indicador complementario a los indicadores antropométricos, utilizado en niños de 6 a 59 meses de edad, si el valor obtenido es menor de 11,5 centímetros, se considera predictor de riesgo de muerte por desnutrición.

El instrumento para su toma es una cinta métrica, “la cual debe ser de un material flexible, inextensible e impermeable, con divisiones cada 1mm”. Se debe seleccionar el brazo no dominante de la niña o niño e identificar el punto medio entre el acromion y el olecranon. Marque el punto medio entre ambos puntos anatómicos, deje caer el brazo de la niña o niño de manera natural y sobre la marcación anterior enrolle horizontalmente la cinta antropométrica. Verifique que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta y lea el número que aparece en la intersección.

2. 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. 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:

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

- 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. y Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.

3. Seleccionar escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo instaurado.

Prueba de apetito.

La pérdida de 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 de apetito con FTLC (ver en el Anexo FTLC, las características de la fórmula), son los criterios para definir si el niño con desnutrición aguda puede recibir el tratamiento ambulatorio o debe ser hospitalizado (83), teniendo como premisa que la pérdida del apetito es uno de los primeros signos de complicación y puede comportarse de forma independiente de los otros signos clínicos descritos.

La pérdida de apetito se relaciona con procesos infecciosos o metabólicos concomitantes, adicionalmente, no permitirá la ingesta de fórmula terapéutica suficiente para su recuperación nutricional. 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 siguiente.

Tabla 2. Criterios para la evaluación de la prueba de apetito.

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

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				

Tomado de: Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 3250 de 2020 – Ministerio de Salud y Protección Social).

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

- Se trata de una prueba diagnóstica, no de tolerancia a la vía oral.
- Se realiza únicamente con FTLC y Solo está indicada para niños entre 6 y 59 meses de edad, que cumplan con los criterios de manejo ambulatorio o que se encuentren en fase de transición, no se debe realizar en niños menores de 6 meses, o en niños mayores de 6 meses que pesen menos de 4 kg.
- Se debe realizar en cada valoración clínica del niño, sea de inicio o de seguimiento.
- Se debe realizar en un área independiente, aislada y tranquila.
- Es importante que el niño consuma voluntariamente la FTLC, sin obligarlo.
- Se debe ofrecer al niño con amabilidad, felicitándolo cada vez.

Los pasos para su realización son:

- Explique a la madre o cuidador el objetivo de la prueba del apetito y cómo se va a realizar.
 1. Solicite y acompañe a la madre o cuidador a lavarse las manos con agua y jabón.
 2. La madre o cuidador debe sentarse en una posición cómoda, con el niño sobre sus piernas.
 3. Evite manipular directamente con la mano. Ofrezca la FTLC con cuchara.
 4. Observe la aceptación de la FTLC por el niño durante 15 minutos, continúe ofreciendo la fórmula si manifiesta deseo de seguir comiendo.
 5. Cuantifique la cantidad consumida y compare con los criterios de evaluación de la prueba de apetito.
 6. Se considera positiva cuando consume más de la mínima cantidad sugerida, de acuerdo con la edad y el peso del niño.
 7. Una vez realizada la prueba en su primer intento y se rechaza la FTLC, averigüe con el cuidador el momento de la última ingesta de alimento y verifique si el niño presenta ayuno.

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

- a. Si el niño no ha consumido otro tipo de alimento recientemente, sitúelo junto con la madre o cuidador en un ambiente diferente, que cumpla con las condiciones de ser tranquilo y amable e intente nuevamente.
 - b. En caso de haber recibido otro tipo de alimento, espere, e inicie la prueba dos horas posteriores a la última ingesta o antes si considera que el niño tiene hambre.
8. Si a pesar de estas medidas sigue rechazando la FTLC, considere la prueba negativa y tómela como criterio para hospitalizar.

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, Presencia de edema, Perímetro del brazo, 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

Además presenta TODOS los siguientes:

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

Criterios de manejo hospitalario.

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

- (Peso para la talla, Presencia de edema, 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 y Niño mayor de 6 meses de edad y que pese menos de 4 kilos.
- Está inconsciente, letárgico, hipoactivo o convulsiona y Edema nutricional severo(+++)

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 9 DE 32	

- Diarrea, vómito persistente rechazo de la vía oral con riesgo de deshidratación. y 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 y 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.

ORIENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA

Una vez definido el escenario de manejo y teniendo como insumo los diez pasos propuestos por la OMS en 1996, se contemplan para el tratamiento las fases de estabilización, transición y rehabilitación (84). Si cumple con criterios de manejo hospitalario se inicia con la fase de estabilización, en caso de cumplir con criterios de manejo ambulatorio, se inicia a partir de la fase de rehabilitación, como se observa en la ilustración.

Gráfico 2. Fases del tratamiento de la desnutrición aguda en menores de 5 años.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD



Fase de estabilización. Corresponde al periodo entre las primeras 24 a 48 horas de tratamiento, en el cual, se tratan y corrigen las condiciones médicas agudas potencialmente mortales. Es fundamental iniciarlas una vez se haya identificado y captado el caso del niño con desnutrición aguda, sea en el entorno comunitario o institucional.

Las siguientes acciones se deben realizar en el sitio en el que se encuentre el niño:

1. Controle la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio
2. Detecte signos de choque y corrija cuidadosamente la deshidratación
3. Vigile la función renal
4. Preserve la función intestinal con SRO por vía oral o por SNG
5. Prevenga, verifique y trate la hipoglicemia
6. Controle la hipotermia
7. Inicia A/B empíricos según condición

La evaluación médica y la fase de estabilización, mientras se remite, deben realizarse por el médico de la IPS que tenga el primer contacto con el niño, independientemente de su nivel de complejidad. Esta fase se debe iniciar en la institución y antes de trasladar al menor que requiera hospitalización a un nivel de mayor nivel de complejidad.

Fase de transición.

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

Se trata del paso progresivo entre la administración de F-75 a la alimentación requerida y necesaria para recuperar las condiciones tisulares y metabólicas, de acuerdo con el grado de desnutrición, la edad y el peso del niño. Esta fase inicia cuando se recupera el apetito, hay estabilización de patologías agudas, los trastornos hidroelectrolíticos se han corregido, hay control de los procesos infecciosos, se reduce el edema, por tanto, es posible aumentar la cantidad de nutrientes.

Esta fase se implementará en la institución de mayor nivel de complejidad a la cual fue remitido el menor.

Fase de rehabilitación.

Fase en la cual es posible aumentar progresivamente el aporte calórico para alcanzar la velocidad de crecimiento compensatorio, lo prioritario en esta fase es verificar el apetito y la ganancia de peso. Se realizará prioritariamente durante el manejo ambulatorio y una vez se cumplan los criterios de egreso de este manejo, se dará el alta para seguir la valoración integral en la primera infancia bajo la consideración de riesgo que conlleva el antecedente de presentar desnutrición aguda. El manejo inicial se establece de acuerdo con la edad del niño a tratar. Para los niños de cero (0) a 6 meses de edad con desnutrición aguda estabilizados en el manejo hospitalario, se debe continuar con manejo ambulatorio. En el caso de los niños entre 6 y 59 meses de edad, requieren tratamiento ambulatorio en el 80 % de los casos.

Esta fase puede y debe ser abordada por el nivel de baja complejidad, es decir la ESE Carmen Emilia Ospina, es responsable de la implementación de esta fase cuando ya se encuentre en el manejo ambulatorio, de acuerdo a las orientaciones descritas a continuación.

MANEJO AMBULATORIO DE NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA

	DOCUMENTO DE APOYO	CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	19/07/2021
		PAGINA 12 DE 32	

La evidencia muestra que alrededor del 80 % de los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda severa, pueden recibir tratamiento en el hogar y, este porcentaje puede elevarse hasta 95 % cuando se incluyen los casos de desnutrición aguda moderada. El manejo de los niños que no requieren atención intrahospitalaria, porque cumplen criterios para ser manejados de forma ambulatoria, debe ser realizado de acuerdo con las modalidades de prestación de servicios de salud definidos en la normatividad vigente, como son atención intramural, atención extramural y telemedicina.

En estos escenarios se entrega a la familia el tratamiento nutricional basado en FTLC, así como los medicamentos e indicaciones de acuerdo con la condición clínica; se establece y realiza el plan de seguimiento, junto con la promoción y concertación de prácticas clave para lograr la recuperación satisfactoria y la sostenibilidad del estado nutricional.

En el manejo ambulatorio se realizará:

1. Manejo nutricional
2. Uso de medicamentos para controlar la infección
3. Administración de micronutrientes
4. Seguimiento ambulatorio
5. Evaluación de criterios de egreso

MANEJO NUTRICIONAL

Este lineamiento acoge la recomendación de la OMS de utilizar la FTLC, tratamiento nutricional especializado para el manejo ambulatorio de los casos de desnutrición aguda no complicada. A continuación, en las Tabla 3 y 4, se incluyen las recomendaciones de aporte de FTLC, agua, introducción de otros alimentos y acciones complementarias en manejo ambulatorio para niños con desnutrición aguda moderada y severa respectivamente.

Tabla 3. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda moderada en niños de 6 a 59 meses

Día	Energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 7	150 kcal/kg /día	100 a 150 ml/kg/día	Leche materna y alimentación familiar.
8 a 15	200 kcal/kg/día Si queda con hambre con 150 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	
15 a 30 a egreso	200 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Souls, benéficos y dignos</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 13 DE 32	

Tabla 4. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda severa en niños de 6 a 59 meses

Día	Energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 3	80 kcal/kg /día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/kg/día	Leche materna No consumo de otras alimentos.
4 a 7	100 kcal/kg/día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/kg/día	Leche materna No consumo de otros alimentos.
8 a 15	135-150 kcal/kg/día. Ajustar si queda con hambre	150ml/kg/día.	Leche materna alimentación complementaria y familiar. Ver Tabla 4.
15 a 30	150-200 kcal/kg/día.	150ml/kg/día.	En aquellos niños con desnutrición aguda severa, la introducción de alimentos debe hacerse a los 8 días de iniciado el tratamiento en pequeñas cantidades, como se observa en la Tabla 5.

Falsa diarrea o cambio en las características de las deposiciones asociadas a la administración de la FTLC:

Con el comienzo de la FTLC, las deposiciones se pueden aumentar en frecuencia y puede disminuir su consistencia sin llegar a ser diarrea. Esto hace necesaria una evaluación apropiada y acertada para no confundirla con verdadera diarrea; este cambio en el hábito intestinal no ocasiona fiebre o emesis, no altera el apetito y no cambia el estado de ánimo del niño. NO están acompañados de deshidratación, aumento de la frecuencia respiratoria, debilidad o somnolencia.

Es preciso contemplar las siguientes consideraciones

Todos los niños con desnutrición aguda que presenten diarrea aguda o persistente deben ser remitidos para manejo hospitalario.

- ❖ La prevalencia de diarrea aguda documentada en niños con desnutrición aguda severa con manejo ambulatorio con la FTLC es de 5 a 7 %.

En caso de que los niños con tratamiento con FTLC, presente cambios en la consistencia y frecuencia de las heces, recomiende a la madre o cuidador:

- ❖ Continuar ofreciendo la FTLC en pequeñas cantidades, pero con mayor frecuencia.

	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 14 DE 32	

- ❖ Dar agua potable en pequeñas cantidades después de cada deposición y después del consumo de la FTLC.
- ❖ Vigilar diariamente si hay disminución del apetito, aumento en el número de deposiciones y/o disminución de la consistencia. Si se presenta cualquiera de estos signos, se deben remitir para manejo hospitalario.

Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad

Alimentos no recomendados en la alimentación complementaria del niño con desnutrición

Se aconseja no incluir alimentos como caldos, sopas, jugos, infusiones, gelatinas, postres. O productos comerciales que tienen un elevado contenido de azúcar y sodio. Estos alimentos tienen baja densidad nutricional y su introducción favorece el desplazamiento de alimentos de mejor calidad. Se reitera que la leche de vaca entera en cualquier presentación sea en polvo o líquida, no se debe iniciar antes del año.

Cantidades recomendadas a ofrecer

En los niños con desnutrición aguda moderada se debe ofrecer la alimentación complementaria en cantidades más pequeñas de las recomendadas en el niño sano durante los primeros 7 días del tratamiento. En los niños con desnutrición aguda severa, durante el tratamiento ambulatorio con FTLC, se debe ofrecer la alimentación complementaria en cantidades pequeñas, a partir de los 6 días del inicio del tratamiento, con incrementos progresivos durante los primeros 60 días hasta alcanzar las recomendaciones de acuerdo con la edad del niño.

Lactancia materna y alimentación complementaria y FTLC

Los niños con desnutrición aguda moderada o severa sin complicaciones, continúan su rehabilitación en el hogar con lactancia materna, alimentación familiar y con FTLC, la cual cumple con los requisitos nutricionales diarios totales para la recuperación y recaídas. Una vez el niño ha finalizado la fase de rehabilitación y se ha recuperado, la FTLC no se debe convertir en un reemplazo ni complemento de las prácticas nutricionales y el consumo de alimentos en el hogar.

Suspensión de la FTLC

La FTLC se debe manejar como un Alimento para Propósito Médico Especial y se suspenderá **cuando el puntaje Z del indicador P/T, esté entre -2DE y -1DE**, indicando que el niño pasó de desnutrición aguda a riesgo nutricional. Es indispensable garantizar la prestación de servicios de consulta de atención integral, vacunación y esquema de suplementación con micronutrientes, además de gestionar la vinculación del niño y su familia a un programa regular de complementación alimentaria si cumple con los criterios. En este punto, continuará con lactancia materna si es menor de dos años y alimentación

complementaria siguiendo las indicaciones de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS).

Tabla 4. Esquema de inicio de alimentación complementaria del niño con desnutrición aguda moderada

Edad/ tiempo	% del total de Energía por AC*			Medida casera (Taza)			Frecuencia de alimentación por día	FTLC***
	1 a 7 días	8 a 15 días	15 días a egreso	1 a 7 días	8 a 15 días	15 días a egreso		
6-8 meses	50 %	50-70 %	70-100 %	Menos de ¼ taza	¼ a menos de ½ taza	½ taza	2-3	Según requerimientos por peso, grado de desnutrición y día de tratamiento.
9-11 meses				Menos de ½ taza	Menos ½ a ½ taza	½ a ¾ taza	3-4	
12-23 meses				½ taza	Menos de ¾ a ¾ de taza	¾ a 1 taza	4-5	

*Con respecto al % de energía aportado en el niño sano • Tabla 22

**Medidas caseras: ¼ taza: 60 g, ½taza: 120 g, ¾ taza: 180 g, 1 taza: 240 g aproximadamente.

*** La FTLC se comporta como un Alimento para Propósito Medico Especial - APME, por lo tanto, las cantidades se calculan de acuerdo con lo especificado en este lineamiento según grado de desnutrición, peso y día de tratamiento. No compite con la alimentación complementaria ni la leche materna y es administrada de forma independiente. Los altos aportes de energía y nutrientes cubren el 100 % los requerimientos de los niños con desnutrición, sin embargo, no reemplaza la alimentación local, ni la lactancia materna; dichos aportes permiten que en muy poca cantidad se cumplan los requerimientos nutricionales de los niños con desnutrición sin ocupar significativamente la capacidad gástrica del niño.

Tabla 5. Esquema de inicio de alimentación complementaria en el niño con desnutrición aguda severa

Edad/ tiempo	% del total de Energía por AC*			Medida casera (Taza)**			Frecuencia de alimentación por día	FTLC***
	1 a 7 días	8 a 15 días	15 días a egreso	1 a 7 días	8 a 15 días	15 días a egreso		
6-8 meses	20 % 50 %	50-70 %	70-100 %	Menos de ¼ a ¼ taza	¼ a menos de ½ taza	½ taza	2-3	Según requerimientos por peso, grado de desnutrición y día de tratamiento.
9-11 meses				¼ a menos de ½ taza	½ taza	½ a ¾ taza	3-4	
12-23 meses				Menos de ½ a ½ taza	Menos de ¾ a ¾ de taza	¾ a 1 taza	4-5	

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 16 DE 32	

*De los 30 - 60 días del tratamiento se espera que el niño severamente desnutrido haya recuperado el apetito y se ofrezca una cantidad similar de alimentación complementaria en el niño sano para la respectiva edad, se recomienda que el seguimiento de la progresión de la Energía (kcal)/ día suministrada a través de la alimentación, sea supervisada por el profesional de la salud, preferiblemente nutricionista, para establecer objetivos y metas individualizadas.

**Medidas caseras: ¼ taza: 60 g, ½ taza: 120 g, ¾ taza: 180 g, t taza: 240 g aproximadamente.

***La FTLC se comporta como un Alimento para Propósito Medico Especial -APME, por lo tanto, las cantidades se calculan de acuerdo con lo especificado en este lineamiento según grado de desnutrición, peso y día de tratamiento. No compite con la alimentación complementaria ni la leche materna y es administrada de forma independiente. Los altos aportes de energía y nutrientes cubren el 100 % de los requerimientos de los niños con desnutrición, sin embargo, no reemplaza la alimentación local, ni la lactancia materna; dichos aportes permiten que en muy poca cantidad se cumplan los requerimientos nutricionales de los niños con desnutrición sin ocupar significativamente la capacidad gástrica del niño.

USO DE MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR LA INFECCIÓN

El manejo anticipado de las infecciones bacterianas ha demostrado ser una medida útil para reducir la letalidad de la desnutrición aguda severa de manejo ambulatorio. De igual forma, se indica el tratamiento antiparasitario al niño que cursa con desnutrición aguda moderada o severa, el cual debe repetirse a los 20 días (Excepto el manejo con albendazol que es de dosis única).

Tabla 6. Esquema de tratamiento antiinfecciosos para los niños con desnutrición aguda moderada y severa sin complicaciones.

Medicamento	Dosificación	Observación
Amoxicilina	Dosis: 90 mg/kg/día VO Administrar: 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día 1 de vinculación al manejo ambulatorio.	Sólo en casos de desnutrición aguda severa.
Albendazol	12 a 23 meses: 200 mg VO Dosis Única	No administrar a los niños menores de 12 meses de edad.
	24 a 59 meses: 400 mg va Dosis Única	Administrar a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional ambulatorio

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 17 DE 32	

Antimalérico	Según protocolo del Ministerio de Salud y Protección Social.	Administre tratamiento solo si la prueba diagnóstica es positiva.
--------------	--	---

ADMINISTRE MICRONUTRIENTES

Acido fólico: La FTLC aporta la ingesta dietética recomendada para prevenir la deficiencia de ácido fólico en menores de 5 años, pero no es suficiente para tratar la deficiencia de esta vitamina.

Dosis: 5 mg el primer día de tratamiento y continuar con 1 mg/día durante todo el tratamiento

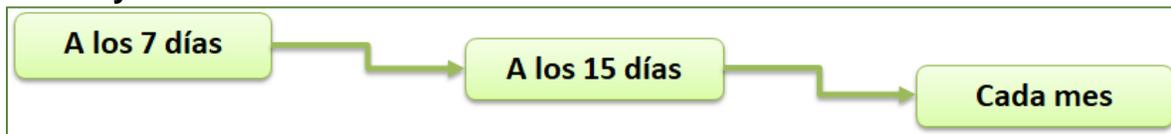
Vitamina A: Este lineamiento acoge la recomendación de la OMS sobre la suplementación con vitamina A (62), sólo requerirán dosis adicional de vitamina A los niños con casos de sarampión y daño ocular con xeroftalmía y úlceras corneanas.

Hierro: La OMS define la anemia como el descenso del nivel de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de lo normal para la edad y el sexo. En términos prácticos, en niños de 6 a 59 meses de edad, la anemia se define al presentar valores menores a 11 g/dl, a menos de 500 metros del nivel del mar (4). En la Tabla 31 se establecen los valores de hemoglobina en relación con la altitud en metros sobre el nivel del mar (msnm).

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Es muy importante hacer el seguimiento al niño a los siete días de tratamiento, en consulta ambulatoria o domiciliaria, con el propósito de observar la evolución de las condiciones de salud y el progreso de la recuperación de la desnutrición. Se continuará 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 profesionales de medicina, nutrición o enfermería.

Gráfico 3. Esquema de seguimiento ambulatorio a los niños con desnutrición aguda moderada y severa.



El seguimiento incluye:

- Revisión del cumplimiento del plan de manejo anterior.

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

- Recordatorio de alimentación de 24 horas y evaluación de las prácticas de alimentación familiar.
- Morbilidad en las últimas dos semanas.
- Examen físico con énfasis en detección de signos de alarma y evolución de la desnutrición. Tabla 33.
- Prueba de apetito.
- Valoración antropométrica, con toma de peso, talla/longitud, perímetro del brazo y perímetro cefálico.
- Resumen de datos de la evolución y diagnóstico médico y nutricional.

Si el niño que se encuentra en seguimiento ambulatorio presenta deterioro clínico o nutricional, requiere manejo hospitalario.

Los criterios a tener en cuenta para la remisión a manejo hospitalario son:

- Alteración del estado de conciencia, hipoactividad o convulsiones.
- Diarrea (importante diferenciar de la diarrea causada por la FTLC y la diarrea patológica).
- Vómito persistente, rechazo de la vía oral, con riesgo de deshidratación.
- Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad.
 - ✓ Menor de 2 meses: 60 respiraciones por minuto
 - ✓ 2 a 11 meses: 50 respiraciones por minuto
 - ✓ 12 meses a 5 años: 40 respiraciones por minuto
- Temperatura axilar menor 35.5°C o mayor 38°C.
- Lesiones ulcerativas y liquenoides en la superficie cutánea.
- Hemoglobina menor de 4 g/dl o menor de 6 g/dl con signos de dificultad respiratoria.
- Presencia de Edema si no lo presentaba o aumento del edema
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.

Si presenta una adecuada evolución y se continúa el manejo ambulatorio, realice las siguientes acciones.

- Suministre antiparasitario a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional ambulatorio. 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 el esquema de vacunación para la edad.
- Calcule las necesidades de la FTLC y agua, de acuerdo con los cambios de peso o si la madre refiere que el niño queda con hambre, después de habersele suministrado en la cantidad recomendada en el seguimiento anterior.
- Concerte prácticas de alimentación familiar, favorables.

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

- Incentive la lactancia materna, el consumo de agua segura y el lavado de manos.
- Registre las acciones en la historia clínica del niño y defina la fecha del próximo seguimiento.
- Considere condiciones particulares que requieran mayor seguimiento, a saber:
 - ✓ Pérdida o no ganancia de peso en las últimas dos visitas
 - ✓ Antecedente de remisión del manejo hospitalario
 - ✓ Madre o cuidador que necesita apoyo adicional

CRITERIOS DE EGRESO DEL MANEJO AMBULATORIO

La decisión de definir la recuperación de la desnutrición aguda se debe tomar en la consulta realizada en el correspondiente servicio ambulatorio o extramural, verificando el cumplimiento de **TODOS** los criterios que se señalan a continuación:

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

También se deben 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 está por encima de -2 DE para la consulta de valoración integral para la primera infancia en un servicio ambulatorio o extramural.
- 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 alimentaria familiar o individual, en el caso de cumplir con condiciones de ingreso.

**MANEJO HOSPITALARIO DE LA DESNUTRICION AGUDA EN NIÑOS DE 6 A 59
MESES**

Los niños entre 6 y 59 meses de edad que cumplan con criterios de manejo hospitalario, según identificación en el entorno hogar, comunitario o institucional, una vez se surta dicha identificación, recibirán tratamiento. Para la ESE Carmen Emilia Ospina, como institución de baja complejidad, la responsabilidad frente al manejo hospitalario consistirá exclusivamente en las medidas orientadas en garantizar, en la medida de las posibilidades institucionales, la estabilización del menor con base en el esquema de manejo descrito en ABCDARIO, para posteriormente ser trasladado a una institución de mayor complejidad para continuar con su manejo integral en las fases subsiguientes del tratamiento.

La estancia institucional de los niños con diagnóstico de desnutrición aguda, será la menor posible destinada a su estabilización básica, para su posterior traslado a la institución de mayor complejidad. Se describe en la tabla 7 el ABCDARIO integral del manejo, siendo

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

responsabilidad de la institución iniciar las medidas de la Fase de estabilización de reanimación en las primeras 2 horas, y si se continuara la estancia institucional, más allá de ese tiempo, se continuaría con las medidas de la fase de estabilización de las primeras 12 horas hasta que se logre su traslado y recepción en la institución de mayor complejidad que aceptó al paciente.

Tabla 7. ABCDARIO Terapéutico.

	Acción o condición	Acción moduladora específica	Estabilización			Transición	Rehabilitación
			Reanimación hasta 2 horas	Estabilización			
				Primeras 12 h	Entre 24 a 48 h		
A	Controle Hipoxemia Vigile esfuerzo respiratorio	Oxigene a necesidad.					
B	Alerta de hipoglicemia	Corrija con cautela hipoglicemia sintomática.					
	Hidrate con cautela	Planee hidratación cautelosa por vía oral o sonda nasogástrica a menos que esté contraindicada. Inicie SRO-75 con Potasio si está indicado.					
C	Detecte Choque	Reponga líquidos y electrolitos según naturaleza de las pérdidas. Intente vía enteral, a menos que esté contraindicada.					
D	Vigile función renal	Establezca momento de Diuresis y estime gasto urinario.					
F	Función intestinal	Inicie de inmediato SRO-75 por boca o sonda nasogástrica si no hay contraindicación. Inicie alimentación enteral u oral en el momento que se presente diuresis Pase SNG si no es posible la vía oral. Administre Glóbulos Rojos					
G	Corrija la anemia Grave	Empaquetados si Hb menor de 4g/dl o menor de 6 g/dl con signos de falla cardíaca.					
H	Hipotermia	Abrigue, mantenga calor.					
I	Infección	Inicie antibiótico según recomendación.					
L	Lactancia materna*	Continúe, promueva y facilite la práctica de lactancia materna, estimule producción.					
M	Micronutrientes	Identifique deficiencias y planee reposición. Valore si hay xeroftalmia o sarampión.					
N	Nutrición	Defina manejo nutricional.					
P	Piel	Establezca compromiso. Cubra áreas expuestas, humecte.					
R	Síndrome de realimentación	Anticipe el riesgo, detecte, monitoree, trate. Mida P, K, Ca y Mg si le es posible.					
S	Estimule el desarrollo	Cuidado amoroso, estímulo y juego.					
V	Vacunación	Asegure aplicación de vacunas de acuerdo con esquema Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.					

A. Controle la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio

Evalúe las condiciones de hipoxemia e hipoxia tisular:

- Nivel de conciencia
- Cianosis
- Aspecto terroso
- Retardo en el llenado del pulpejo,
- Oliguria
- Distensión abdominal
- Signos de dificultad respiratoria y frecuencia respiratoria (según valores AIEPI).

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

- Saturación de oxígeno baja (menor a 92%).

Si presenta alguna de las condiciones anteriores, inicie oxígeno a una fracción inspirada adecuada, que supere el valor del 90 %, para lograr mejoría de saturación y patrón respiratorio.

B-C. Prevenga, verifique y trate la hipoglicemia, detecte signos de choque y corrija cautelosamente la deshidratación

Hipoglicemia

La hipoglicemia debe tratarse, y se considera con un nivel de glucosa en sangre menor a 54 mg/dl. Recordar que a todo niño con desnutrición aguda con criterios de hospitalización, se le debe solicitar una glucometría o una glicemia según disponibilidad.

Otros signos de hipoglicemia incluyen:

- Disminución de la temperatura corporal (<36.5 °C),
- Alteraciones del estado de conciencia (somnolencia o letargia)
- flacidez, pérdida de la consciencia o somnolencia

El tratamiento de la hipoglicemia depende de la presencia o no de alteraciones de la consciencia

No hay alteración de estado de conciencia	Si hay alteración del estado de conciencia
<ul style="list-style-type: none"> - Administre un bolo de DAD 10 %, a razón de 5 ml/kg/dosis por vía oral o por SNG. - Tome una glucometría a los 30 minutos. - Si persiste la hipoglicemia, repita el bolo de DAD10 % de 5 ml/kg. - Si hay mejoría, continúe con F-75, a razón de 3 ml/kg/toma cada 30 minutos durante 2 horas por vía oral o por SNG. 	<ul style="list-style-type: none"> - Administre un bolo de DAD 10 %, a razón de 5 ml/kg por SNG o vía endovenosa en cinco minutos. - Repita la glucometría a los 15 minutos si se administró endovenosa, o a los 30 minutos si se administró por vía enteral. - Si persiste hipoglicemia, repita el bolo de DAD 10 % de 5 ml/kg. - Repita la glucometría. - Si hay mejoría, continúe con F-75 por SNG cada 30 minutos, a razón de 3 ml/kg/toma, durante 2 horas. - Repita la glucometría cada hora. - Si persiste la hipoglicemia, presenta hipotermia o el nivel de consciencia se deteriora, remita como urgencia vital.

Deshidratación

LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

En caso de presentar antecedente de diarrea, vómito o hiporexia, asuma la presencia de deshidratación asociada a desnutrición aguda, la cual actúa como factor predictor de mortalidad. Recordar realizar nueva valoración antropométrica y clasificación nutricional una vez se corrija la deshidratación.

En la valoración clínica asuma que todo niño con desnutrición aguda moderada o severa que curse con comorbilidad tiene **algún grado de deshidratación**, el cual es **aproximadamente del 5 % de su peso corporal**, a menos que cuente con signos clínicos que incrementen este grado de deshidratación. Utilice la escala DHAKA, para evaluar el grado de deshidratación y posteriormente, calcular los líquidos a administrar.

Tabla 8. Puntaje de grado de Deshidratación según escala de DHAKA.

Signo Clínico	Hallazgo	Puntos
Apariencia General	Normal	0
	Inquieto/irritable	2
	Letárgico/inconsciente	4
Respiración	Normal	0
	Profunda	2
Pliegue cutáneo	Normal	0
	Regreso lento	2
	Regreso muy lento	4
Lágrimas	Normal	0
	Disminuidas	1
	Ausentes	2
CATEGORIAS		TOTAL
Sin deshidratación		0-1
Algún grado de deshidratación		2-3
Deshidratación severa		4

Realice la rehidratación con cautela en un plazo de 6 a 12 horas, incluso hasta 24 horas, según el estado de deshidratación, preferiblemente por vía oral o gastroclisis, a menos que esté contraindicado. Según el estado de conciencia, la rehidratación se realizará bajo los siguientes esquemas:

NO presenta alteraciones del estado de conciencia:

1. Si presenta desnutrición aguda moderada, durante el periodo entre 4 y 6 horas siguientes, administre **75 ml/kg de SRO-75**.

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

2. Si presenta desnutrición aguda severa, prepare un litro de SRO-75, más 10 ml de cloruro de potasio (20 mEq de potasio) y administre 10 ml/kg/hora, en un máximo de 12 horas.
3. Vigile diuresis, estado de consciencia, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora.
4. Una vez se encuentre hidratado reinicie lactancia materna, cuando se encuentre disponible.
5. Continúe la reposición de pérdidas con SRO-75 (en niños con desnutrición aguda severa con adición de cloruro de potasio), a razón de 50 a 100 ml, después de cada deposición.
6. Los signos de sobrehidratación son: aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aparición de ronquido respiratorio, hepatomegalia e ingurgitación venosa. Sospeche síndrome de realimentación.

Si hay alteraciones del estado de consciencia:

1. Asegure acceso venoso o en caso de no ser posible, pase Sonda Nasogástrica (SNG).
2. De inmediato administre un bolo de lactato de Ringer, a razón de 15 ml/kg en una hora por la SNG o por venoclisis.
3. Vigile la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria y los cambios en el estado de consciencia cada 10 minutos en la primera hora.
4. Valore si hay signos de mejoría: presenta diuresis, disminuye frecuencia respiratoria, disminuye frecuencia cardíaca, mejora el estado de consciencia.

Si presenta signos de mejoría:

1. Continúe rehidratación por vía oral o por SNG
2. Mantenga el acceso venoso permeable con un tapón, pero no continúe administración de líquidos endovenosos.
3. Prepare un litro de Sales de Rehidratación Oral de baja osmolaridad (SRO-75), mas 10 ml de cloruro de potasio (20 mEq de potasio).
4. Administre a razón de 100 ml/kg/día durante máximo 12 horas siguientes.

No presenta signos de mejoría:

1. Repita bolo de lactato de ringer, a razón de 15 ml/kg durante la siguiente hora por SNG o venoclisis.
2. Evalúe la hemoglobina.
3. Si presenta anemia grave definida como Hb menor a 4 g/dl o menor de 6 g/dl consignos de dificultad respiratoria, remita como urgencia vital dada la necesidad de administración de GRE.
5. Continúe con líquidos endovenosos de mantenimiento, a razón de 100 ml/kg/día (mezcla de 500 ml de dextrosa en agua destilada -DAD- al 5 % más 15 ml de cloruro de sodio y 7,5 ml de cloruro de potasio).

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD****Aspectos clave:**

- ✓ Un niño con deshidratación, pero sin diarrea debe ser tratado como si tuviese choqueséptico.
- ✓ La resequead de la mucosa oral, el llanto sin lágrimas y la pérdida de la turgencia de la piel (signo de pliegue), no son signos confiables de deshidratación en niños con desnutrición severa.
- ✓ La cantidad de líquidos que se debe administrar depende de la respuesta clínica. Es importante evitar la sobrehidratación.
- ✓ Siempre después de cada suministro de líquidos debe evaluarse estado de consciencia, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, gasto urinario y número de deposiciones.

D. Vigile la función renal

- Cuantificar gasto urinario
- La presencia de diuresis, ruidos intestinales y ausencia de distensión abdominal, indican el inicio de F-75 por vía oral o SNG.

F. Asegure función intestinal

La mucosa intestinal requiere aporte progresivo de soluciones que permitan mantener un estímulo trófico y mejoría de esta, para este propósito se orienta:

- Priorizar la hidratación por vía oral o enteral con SRO-75.
- Una vez se observe mejoría de la consciencia, de los signos de perfusión, se compruebe la presencia de diuresis, existan ruidos intestinales y no presente distensión abdominal, se decidirá inicio de fórmula para el inicio de tratamiento nutricional (F-75).

Realice lo siguiente:

- Administre SRO-75 en pequeñas cantidades y reponga el volumen después de cada deposición. Esta SRO-75 debe administrarse sin modificación a niños con desnutrición aguda moderada y para niños con desnutrición aguda severa se adicionan 10 ml de cloruro de potasio por cada litro de SRO-75 preparado.
- Suministre leche materna y F-75, tan pronto como sea posible, en volúmenes sugeridos en la fase de *"lactancia materna e inicio de la alimentación"*.
- Indagar diarrea persistente, si la hubiera sospechar infección por *Cryptosporidium*, *Giardia*, *Shigella* o *Salmonella* e iniciar el antibiótico correspondiente.

G. Corrija la anemia grave

La anemia grave se define como hemoglobina menor a 4 g/dl o menor a 6 g/dl, con signos de dificultad respiratoria y/o hematocrito menor a 12 %.

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 25 DE 32	

Dado que en el nivel de complejidad de la ESE Carmen Emilia Ospina, no se cuenta con hemoderivados, los menores identificados con esta condición, deben ser remitidos como urgencia vital.

H. Controle la hipotermia

Se define cuando la temperatura corporal es menor de 35. 5° C, puede asociarse a hipoglicemia y procesos infecciosos. Si el niño presenta compromiso cutáneo hay mayor riesgo de hipotermia.

Para controlarla tenga en cuenta:

- ✓ Asegure que el niño se encuentra vestido completamente, incluyendo la cabeza.
- ✓ Cúbralo con una manta.
- ✓ Colóquelo en contacto piel a piel con la madre.
- ✓ Mida la temperatura cada 2 horas y asegúrese que sea mayor de 36.5 °C.
- ✓ Revise que permanezca cubierto, especialmente, durante la noche.
- ✓ Si se cuenta con aire acondicionado garantice que la temperatura ambiental sea mayor a 18°C y en lo posible, evite su uso.
- ✓ Siempre trate las lesiones en piel.

I. Inicie antibióticos empíricos según condición

- Considere que los niños con desnutrición aguda moderada y severa se encuentran infectados. En consecuencia, deberán recibir antibiótico terapia empírica.
- El tratamiento temprano de las infecciones bacterianas mejora la respuesta al manejo nutricional, previene el choque séptico y reduce la mortalidad.

A continuación se presentan los esquemas antibióticos empíricos y para infecciones específicas.

Tabla 9. Esquema de antibióticos de primera línea según la condición clínica al ingreso hospitalario en mayores de 6 meses.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

DOCUMENTO DE APOYO

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

CÓDIGO

GDR-S5-D1

VERSIÓN

1

VIGENCIA

19/07/2021

PAGINA 26 DE 32

Condición clínica	Administre	Puntos
En la primera hora de atención	Amoxicilina 90 mg/kg/día repartida en dosis cada 12 horas VO o SNG MÁS Gentamicina 5 mg/kg/día cada 24 horas IM. Si es por vía intravenosa: Ampicilina 200 mg/kg/día repartido cada 6 horas MÁS Gentamicina 5 mg/kg/día cada 24 horas IM o IV	
Si hay complicaciones o comorbilidades: Choque, hipoglicemia, hipotermia, infección respiratoria o urinaria, letargia o decaimiento.	Gentamicina IV o IM (5 mg/kg/día) cada 24 h durante 7 días MÁS Ampicilina IV o IM (200 mg/kg/ día) cada 6 h durante 2 días. Si no hay acceso venoso, administre amoxicilina oral 90 mg/kg/día cada 8 horas.	Seguida de amoxicilina oral (90 mg/kg/día) cada 8 h durante 5 días.
Si no hay mejoría en 48 horas.	CAMBIE por: Ceftriaxona*(100mg/kg/día) IV cada 8 h o IM cada 24 h durante 7 a 10 días. dependiendo de evolución clínica y resultado de cultivos.	
Se identifica foco infeccioso.	El antibiótico específico tal como se indica en la tabla 36.	

*Se recomienda su administración cada 8 horas, debido a la hipoproteïnemia, característica de la desnutrición aguda (86). Antibiótico de uso hospitalario únicamente.

Tabla 10. Recomendación de antibióticos para manejo de infecciones específicas

Foco Infeccioso	Antibiótico de elección
Neumonía	Penicilina cristalina 200.000 UI/Kg/día IV cada 4 horas o Ampicilina 200 mg/kg/día IV cada 6 horas por 7 días. <i>En caso de que el niño no tenga vacunación completa contra Haemophilus influenza tipo b: Ampicilina/sulbactam 200 mg/Kg/día IV cada 6 horas por 7 días.</i>
Infección de vías urinarias	Gentamicina 5 mg/kg/día IV cada 24 horas por 7 días.
Infección de piel	Clindamicina 30 mg/Kg/día IV cada 8 horas por 7 días MÁS Gentamicina 5 mg/kg/día IV cada 8 horas por 3 a 5 días, Esta última se adicionará si se sospecha infección por Gram (-). Ejemplo: piel del periné. En caso de infección por Staphylococcus aureus meticilino sensible se recomienda administrar oxacilina 200 mg/Kg/día cada 4 horas o cefazolina 100 mg/Kg/día IV cada 8 horas.
Meningitis	Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV cada 8 h MÁS Vancomicina 60 mg/Kg/día IV cada 6 horas por 7 a 10 días.



**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

Sepsis sin foco	Ampicilina 200 mg/kg/día IV cada 6 horas MÁS Gentamicina 5 mg/kg/día IV cada 24 horas.
Diarrea Aguda	Ampicilina 200 mg/kg/día IV cada 6 horas por 5 días MÁS Gentamicina 5 mg/kg/día IV cada 24 horas por 5 días.
Diarrea Aguda con sangre	Ceftriazona 100 mg/kg/día cada 8 h por 5 días.o Ciprofloxacina 30 mg/Kg/día vía oral cada 12 horas x 5 días.
Diarrea Persistente	Ceftriazona 100 mg/kg/día vía oral cada 8 h por 5 días. Tinidazol 50 mg/Kg/día por 3 días o metronidazol 30 mg/Kg/día, vía oral cada 8 horas por 7 días, para Giardía o E histolytica. Nitazoxanida: 100 mg (5ml) vía oral cada 12 horas por 3 días para los niños entre 12 y 47 meses. Dosis de 200 mg (10 ml) cada 12 horas para los niños mayores de 4 años si se confirma
Tuberculosis	Según protocolo nacional vigente MÁS Suplementación con Piridoxina 5 10 mg/día.
Malaria	Según protocolo Nacional vigente.
VIH	Antirretrovirales y profilaxis según la guía nacional vigente. Trimetoprim Sulfa (si hay indicación) 4 mg/kg/dosis cada 12 h, 3 veces por semana En caso de decidir manejo ambulatorio: Amoxicilina 90 mg/kg/día VO cada 12 horas por 7 días.
Helminthiasis	Mebendazol 100 mg/dosis cada 12 h por 3 días o Albendazol 200 mg en una dosis en niños de 12 a 23 meses y 400 mg en una dosis para mayores de 2 años.
Infección asociada al cuidado de la salud	Piperacilina/tazobactam 400 mg/Kg/día IV cada 6 horas con o sin Vancomicina 60 mg/Kg/ día IV cada 6 horas.

M. Administre micronutrientes

- Cubiertos con la administración de la fórmula F-75: requerimientos de vitamina A (5.000 UI/día, equivalentes a 1500 ug ER/día), zmc (2 mg/kg/día), y cobre (0.3 mg/kg/día).

N. Definición de manejo nutricional - inicio cauteloso

Una vez se compruebe la diuresis, no haya signos de dificultad respiratoria y el niño se encuentre alerta, se inicia F-75 en los volúmenes que se describen en las tablas siguientes, de acuerdo al grado de desnutrición.

Tabla 11. Suministro de F-75 en fase de estabilización en desnutrición aguda moderada de 6 a 59

meses

Momento/horas	Frecuencia	ml/kg/toma	kcal/kg
Primeras 24 horas cuando se comprueba diuresis	Cada 3 horas	10	60
25 - 48 horas		14	84

Tabla 12. Suministro de F-75 en fase de estabilización en desnutrición aguda severa de 6 a 59 meses

Momento/horas	Frecuencia	Sin edema		Con edema	
		ml/kg/toma	kcal/kg	ml/kg/toma	kcal/kg
Primeras 24 horas cuando se comprueba diuresis	Cada 3 horas	7	42	4	24
25 - 48 horas		10	60	7	42

Recomendaciones:

- Ofrezca la F-75 y la leche materna con cuchara, taza o jeringa, o por SNG en caso de no ser posible la vía oral. En esta situación, posponga la iniciación de la TSS. No usar biberones ni chupos.
- Ajuste la ingesta diaria de F-75, de acuerdo con las variaciones en el peso.
- Realice vigilancia estricta de:
 - ✓ Cantidad de leche materna y F-75, ofrecida y rechazada.
 - ✓ Presencia de vómito.
 - ✓ Frecuencia y tipo de deposiciones.
 - ✓ Peso diario.
 - ✓ Frecuencia cardíaca, respiratoria, estado de conciencia y diuresis.

Para los niños mayores de 6 meses y menores de 4 kg se realiza el siguiente esquema de alimentación:

Tabla 13. Cantidad diaria de F-75 indicada en el manejo inicial de los niños mayores de 6 meses y peso inferior a 4kg.



CARMEN EMILIA OSPINA
Social, behavioral and genetic

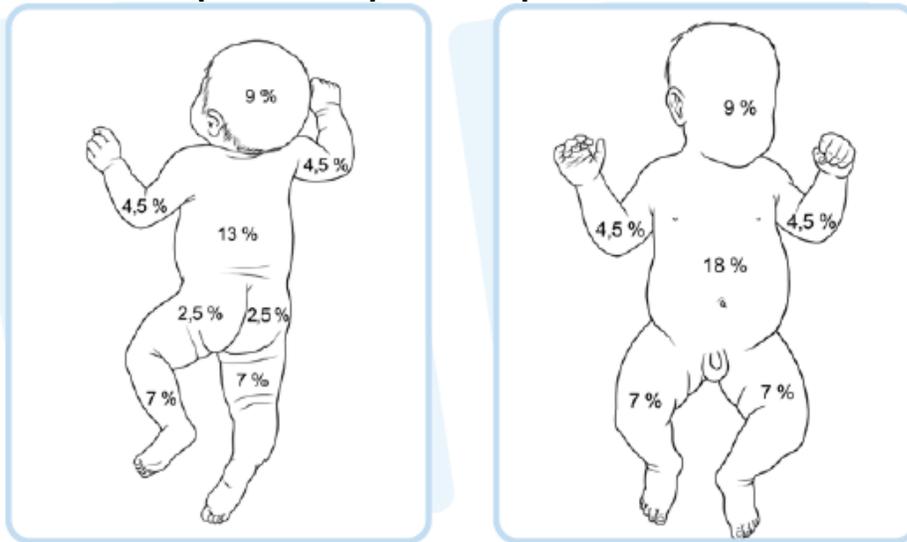
LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD

Frecuencia	Sin edema		Con edema	
	ml/kg/toma	kcal/kg	ml/kg/toma	kcal/kg
Cada 3 horas	7	42	4	24
	10	60	7	42
	13	78	10	60
	16	96	13	78
	19	114	17	100

P. Busque y determine el compromiso de la piel

Establezca el tipo de lesión, documentando sus características en la historia clínica (idealmente con una fotografía). Posteriormente, determine el porcentaje de superficie corporal comprometida, de acuerdo con los diferentes segmentos como se observa en la gráfica x.

Gráfico 4. Superficie corporal comprometida



Tanto las características de las lesiones en piel, como el porcentaje comprometido, permitirán tener una línea de base necesaria para instaurar el tratamiento y posterior seguimiento, para ello se cuenta con la Escala SCORDoK, en la cual, se registra si existen o no manifestaciones cutáneas y la clasificación para cada una de ellas:

- Grado I si compromete hasta el 5 %,
- Grado II del 6 % al 30%
- Grado III compromiso mayor al 30 %.

El tratamiento incluye el inicio del esquema antibiótico (clindamicina + gentamicina o oxacilina o cefazolina) y el manejo tópico protector sobre las zonas afectadas:

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Sociedad Benéfica y Orgánica</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 30 DE 32	

- Aplique una crema protectora sobre la zona afectada (pomada de zinc, vaselina o gasa vaselinada). Se recomienda baño diario con permanganato de potasio al 0,01 %.
- Aplicar violeta de genciana o nistatina en crema en las zonas de escoriación.
- Evite el uso de pañales y mantenga las zonas afectadas aireadas y secas

La fase de transición se lleva a cabo en el nivel de mayor complejidad. Y para la fase de rehabilitación, la ESE Carmen Emilia Ospina continuaría con el manejo ambulatorio de acuerdo a las recomendaciones emitidas

ANEXOS: Fórmula terapéutica lista para consumir (FTLC)

Se clasifica como un Alimento para Propósito Médico Especial, indicado para el tratamiento ambulatorio de los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin complicaciones y en la rehabilitación nutricional al egreso hospitalario.

Características

- ✓ Está indicada en el tratamiento ambulatorio de niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda sin complicaciones.
- ✓ Es un producto con mínimo contenido de agua y muy bajo riesgo de contaminación.
- ✓ Es de fácil digestibilidad por el tracto gastrointestinal de los niños con desnutrición aguda, incluso si hay diarrea.
- ✓ La consistencia semisólida y el sabor a dulce y a maní han facilitado la aceptabilidad en los niños con desnutrición aguda, sin interferir ni transformar los hábitos alimentarios.
- ✓ Un sobre de 92 g de FTLC aporta 500 kcal y contiene los macronutrientes y micronutrientes necesarios para la recuperación nutricional.
- ✓ Contiene 12.5 -15 g de proteína de los cuales, al menos el 50 % es de origen lácteo. Su contenido de lactosa es muy bajo.

Adicional al alto valor nutricional en cuanto al aporte de proteínas, energía y micronutrientes,

la FTLC debe cumplir las siguientes características:

- ✓ Textura adecuada, palatabilidad y aceptabilidad por parte de los niños.
- ✓ Resistente a la contaminación por microorganismos y larga vida útil sin embalajes sofisticados.
- ✓ No requiera procesos adicionales, tales como reconstitución o cocción previa al consumo.

Tabla. Especificaciones nutricionales que debe cumplir la FTLC para el manejo ambulatorio de la desnutrición aguda moderada y severa.



CARMEN EMILIA OSPINA
Salud, bienestar y dignidad

**LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD**

Nutriente	Contenido en 100 gr
• Humedad	• 2.5 % máximo
• Energía	• 520-550 kcal
• Proteína	• 10 a 12 % del total de energía*
• Lípidos	• 45 a 60 % del total de energía
• Ácidos grasos n-6	• 3-10 % de energía total
• Ácidos grasos n-3	• 0.3-2.5 % de energía total
• Ácidos grasos trans	• <3 % de grasa total
• Fibra	• <5 %
• Azúcar libre	• <20 % de la energía total
• Sodio	• 290 mg
• Potasio	• 1100 a 1400 mg
• Calcio	• 300 a 600 mg
• Fosfatos (excepto fitatos)	• 300 a 600 mg
• Magnesio	• 80 a 140 mg
• Hierro	• 10 a 14 mg
• Zinc	• 11 a 14 mg
• Cobre	• 1.4 a 1.8 mg
• Selenio	• 20 a 40 µg
• Yodo	• 70 a 140 µg
• Vitamina A	• 0.8 a 1.1 mg (ER)
• Vitamina B1	• 0.5 mg mínimo
• Vitamina B2	• 1.6 mg mínimo
• Niacina- B3	• 5 mg mínimo
• Ácido pantoténico - B5	• 3 mg mínimo
• Vitamina B6	• 0.6 mg mínimo
• Biotina	• 60 µg mínimo
• Ácido Fólico	• 200 µg mínimo
• Vitamina B12	• 1.6 µg mínimo
• Vitamina C	• 50 mg mínimo
• Vitamina D	• 1.5 a 20 µg
• Vitamina E	• 20 mg mínimo
• Vitamina K	• 30 µg

*Al menos la mitad de la proteína contenida en la FTLC proviene de la leche/ productos lácteos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 2350 de 2020). Colombia. 2020.

 CARMEN EMILIA OSPINA <small>Salud, bienestar y dignidad</small>	DOCUMENTO DE APOYO		CÓDIGO	GDR-S5-D1
	LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	19/07/2021
			PAGINA 32 DE 32	

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento: se elabora con el fin de establecer un protocolo institucional para la adecuada identificación, tratamiento y seguimiento de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, con base en los Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad definidos en la Resolución 2350 de 2020y con esto obtener una mejora continua en el subproceso de “Detección temprana y protección específica”.	19/07/2021
<p>Nombre: Anyi Daniela Montealegre Ramírez Contratista área Técnica Científica</p> <p>Nombre: Carlos Andrés Montalvo Arce Contratista área Técnica Científica.</p> <p>Nombre: Juan Felipe Cabrera peña Contratista área de Calidad</p>	<p>Nombre: Irma Susana Bermúdez Contratista área de Calidad</p>	<p>Nombre: Ingry Alexandra Suarez Contratista área Técnica Científica</p>
Elaboró	Revisó	Aprobó