

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 1 de 46

1 GENERALIDADES DEL PROTOCOLO

Este protocolo es transversal a los procesos de atención intramural (ambulatorios, urgencias, hospitalización) y extramural.

1.1 OBJETIVO

Estandarizar la detección, clasificación, manejo clínico-nutricional, notificación, seguimiento y criterios de remisión de los niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda moderada, severa o en riesgo de desnutrición aguda, en cumplimiento de la Resolución 2350 de 2020 modificada por la Resolución 115 de 2026.

1.2 ALCANCE

Aplica a todo el personal de salud del área de urgencias, consulta externa, extramural y pediatría ambulatoria de la IPS. Cubre desde la detección hasta el egreso ambulatorio o la remisión para hospitalización cuando se requiera.

1.3 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.

1.4 RESPONSABLES

Subgerencia de servicios de salud, profesionales de servicios ambulatorios, servicios urgencias y hospitalización, extramural y equipos básicos de salud.

1.5 MARCO NORMATIVO

- Resolución 2350/2020: Lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0–59 meses.
- Resolución 115/2026: Modifica la Res. 2350/2020: incorpora riesgo de desnutrición aguda, F-100, nuevos criterios de egreso y recuperación nutricional
- Resolución 2465/2016: Adopta indicadores antropométricos y patrones de referencia OMS para clasificación nutricional.
- Resolución 3280/2018: Ruta Integral de Atención para Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAMPS). Atenciones por curso de vida
- Protocolo SIVIGILA Cód. 113: Protocolo de vigilancia epidemiológica – Desnutrición aguda en menores de 5 años (INS, actualización 2024).
- Ley 1751/2015: Estatutaria de Salud. Derecho fundamental a la salud.

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 2 de 46

1.6 DEFINICIONES

Alimentación complementaria: Proceso por el cual se ofrecen al niño alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna, como complemento y no como sustitución de esta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a 24 meses de edad

Anemia: Es el trastorno que se presenta cuando la concentración de hemoglobina es baja y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre a los tejidos es insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas del proceso de crecimiento. Estas demandas fisiológicas varían en función de la edad, el sexo, el nivel del mar y el tiempo de gestación. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), se determina anemia cuando la hemoglobina está por debajo de -2 DE para la edad.

Anemia nutricional: Carencia de hierro, cobre, selenio, vitamina B12 y zinc simultáneamente o, en casos menos frecuentes, por la carencia de uno o algunos de estos oligoelementos indispensables para la síntesis de hemoglobina.

Edema nutricional: Condición clínica caracterizada por el incremento del volumen de líquido intersticial secundario a la pérdida la relación proteica/calórica que se presenta en casos de desnutrición aguda severa. Puede ser localizado o generalizado

Recién nacido con Bajo Peso al Nacer: Recién nacido con peso al nacer igual o menor a 2499 gramos.

Recién nacido prematuro: Niño nacido vivo antes de cumplir 37 semanas de gestación. En función de la edad gestacional se dividen en prematuros extremos con menos de 28 semanas, muy prematuros con 28 a 32 semanas, prematuros moderados a tardíos de 32 a 37 semanas.

Retraso en talla: Se determina cuando el puntaje Z del indicador T-L/E está por debajo de -2 DE.

Síndrome de realimentación: Cambios hidroelectrolíticos potencialmente mortales que pueden ocurrir en personas con desnutrición después del inicio del soporte nutricional, sea enteral o parenteral

Término	Definición (Res. 115/2026 – Res. 2350/2020)
Desnutrición aguda severa (DAS)	P/T-L < -3 DE o PB < 11,5 cm (6–59 m) o edema nutricional bilateral.
Desnutrición aguda moderada (DAM)	P/T-L ≥ -3 y < -2 DE o PB ≥ 11,5 y < 12,5 cm (6–59 m). Sin edema.
Riesgo de desnutrición aguda	P/T-L > -2 y < -1 DE. Nueva categoría incorporada por Res. 115/2026.
Recuperación nutricional	Ganancia gradual de peso hasta P/T-L ≥ -1 DE, resolución de enf. asociadas y mejor interacción cuidador-niño (Res. 115/2026).

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 3 de 46

FTLC	Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (RUTF / Plumpy'Nut). Tratamiento ambulatorio DAM y DAS sin complicaciones.
F-75	Fórmula terapéutica de inicio para fase de estabilización hospitalaria. 75 kcal/100 ml.
F-100	Fórmula terapéutica de fase de transición y rehabilitación hospitalaria. 100 kcal/100 ml. Incorporada obligatoriamente por Res. 115/2026.
PB	Perímetro braquial. Medido en punto medio entre acromion y olecranon, brazo izquierdo.
P/T-L	Peso para la Talla o Longitud. Indicador principal de desnutrición aguda.
Etiología primaria	Causas sociales, económicas, alimentarias. Sin patología de base.
Etiología secundaria	Asociada a enfermedad de base que condiciona el estado nutricional.

2. DETECCION E IDENTIFICACION DE CASOS

2.1 Formas de desnutrición

La OMS contempla tres formas de presentarse la desnutrición:

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. Si se presenta de forma concomitante con la presencia de desnutrición aguda, hace más deletérea a esta última y su manejo requiere mayor cuidado.

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

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 4 de 46

como malaria o tuberculosis (25), y se presenta en zonas puntuales por áreas geográficas, por inadecuadas prácticas de alimentación o por carencias 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.

Estas tres formas de desnutrición se pueden presentar simultáneamente. LA desnutrición aguda y el retraso en talla se presentan en mayor frecuencia aumentando el riesgo de mortalidad. El presente documento se enfoca en el manejo de la desnutrición aguda.



Artículo 4 de la resolución 115 de 2026

Principios básicos para el diagnóstico

En el marco de la atención en salud el reto inicial lo constituyen tres elementos fundamentales: Diagnosticar existencia y severidad de la desnutrición aguda.

Establecer presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades

Seleccionar escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo instaurado.

2.2 Responsables y puntos de captación.

Según el artículo 4 de la Resolución 2350/2020 modificado por el artículo 4 de la Res. 115/2026, la detección debe realizarse tanto intramural como extramural.

Punto de captación	Responsable	Mecanismo
Consulta externa (Primera infancia / RIAMPS)	Médico, enfermería, nutricionista, Pediatra.	Toma rutinaria de P, T/L, PB y cálculo Z en cada control.
Urgencias	Médico, enfermería triage	Tamizaje en todo niño 0–59 m que ingrese. PB + P/T-L.
Pediatría ambulatoria	Pediatra, nutricionista	Evaluación integral en interconsulta o derivación.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 5 de 46

Equipos extramurales / Equipos básicos de salud	Medicos, enfermeros, nutricionista, Auxiliar de enfermería.	Toma rutinaria de P, T/L, PB y cálculo Z en cada control. Visita domiciliaria y comunitaria con cinta PB y balanza.
Notificación comunitaria / agentes ICBF, EAPB	Otros	Casos referidos por programas sociales, EAPB, cuidadores.

Instrumentos de tamizaje – Instructivo de toma de medidas antropométricas

Antes de cualquier clasificación es obligatorio tomar correctamente las medidas. El equipo debe estar calibrado y con hoja de vida vigente (Res. 2465/2016 y Res.115/2026 art. 11.3).

INSTRUMENTOS ANTROPOMÉTRICOS
 Resolución 2465 de 2026

< de 2 años	≥ 2 años
PESO: Pesa bebe Balanza Alternativa	PESO: Balanza de pie
LONGITUD Infantómetro (acostado)	TALLA Tallimetro (de pie)
PERIMETROS Cefálicos Braquial > 6 meses Cintura Cinta métrica	PERIMETRO Braquial Cintura Cinta métrica

CLAVE
 🛏 < 2 años → medición acostado |
 👤 ≥ 2 años → medición de pie |
 📏 Cinta métrica → todos los perímetros |
 🛠️ Equipos calibrados





2.3.1 Peso

1	Verificar calibración de la balanza (balance en cero).
2	Niños < 2 años: usar balanza pediátrica de cuna (precisión 10 g). Retirar toda la ropa y el pañal.
3	Niños ≥ 2 años: usar balanza de pie calibrada (precisión 100 g). Ropa mínima, sin zapatos.
4	Registrar el peso en kg con un decimal (ej: 7,4 kg).
5	Si el peso difiere > 100 g de la medición anterior o parece incongruente, repetir la medición.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 6 de 46

2.3.2 Longitud / Talla

1	< 2 años o < 87 cm: medir longitud en decúbito supino con infantómetro. Se requieren DOS personas.
2	Una persona sujeta la cabeza en plano de Frankfurt (borde inferior orbita–trago alineado verticalmente).
3	La segunda persona extiende suavemente las rodillas, aplanar los pies y desliza el tope móvil.
4	≥ 2 años o ≥ 87 cm: medir talla de pie con tallímetro fijo. Talones juntos, espalda recta, cabeza en plano de Frankfurt.
5	Registrar en cm con un decimal (ej: 75,3 cm).
6	Si un niño ≥ 2 años no puede estar de pie, medir longitud y restar 0,7 cm para obtener talla equivalente.

2.3.3 Perímetro Braquial (PB)

1	Identificar el punto medio entre el acromion y el olécranon del brazo izquierdo con el codo flexionado a 90°.
2	Marcar el punto medio
3	Extender el brazo relajado y colocar la cinta métrica o cinta PB de MUAC en el punto marcado, sin comprimir ni dejar espacio.
4	Leer y registrar en mm (ej: 120 mm = 12,0 cm).
5	Usar cinta PB tricolor si está disponible: ROJO < 11,5 cm = DAS; AMARILLO 11,5–12,4 cm = DAM; VERDE ≥ 12,5 cm = Normal.
6	El PB aplica en niños de 6 a 59 meses. En < 6 meses usar solo P/T-L.

3. CLASIFICACION DE LA DESNUTRICION AGUDA

3.1 Clasificación de la desnutrición aguda

Los criterios para el diagnóstico y clasificación de la desnutrición aguda se basan en la Res 2465/2016 + Res 2350/2020 + Res 115/2026 a través de la correcta valoración antropométrica. 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. la desnutrición aguda tiene la siguiente clasificación y puntos de corte:

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 7 de 46

3.2 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.

3.3 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 fenotipos que se pueden dar son:

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.

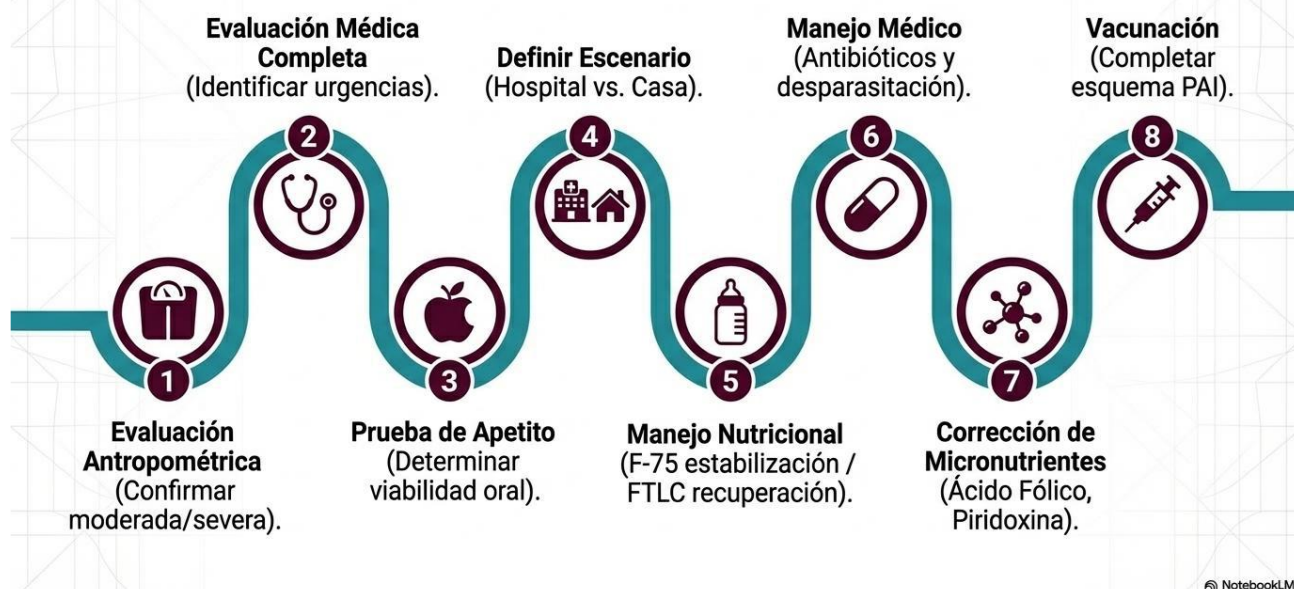
Marasmo - Kwashiorkor. Se presenta cuando se acentúa la pérdida de albúmina y presión oncótica en un niño que cursa con emaciación extrema y desarrolla edema bilateral. Sucede porque se presenta una infección concurrente y se altera la relación proteica /calórica.

⚠ REGLA CLAVE: El criterio más grave define la clasificación. Si P/T-L = -2,5 y PB = 11,3 cm → clasifica como DAS. Siempre tome PB Y calcule P/T-L. La presencia de edema bilateral = DAS aunque el peso sea normal o alto.

4. EVALUACION CLINICA INTEGRAL

El diagnóstico, orientación clínica y manejo general e integrado en niños de cero (0) a 59 meses de edad que presentan desnutrición aguda moderada y severa, se establece basándose en parámetros antropométricos y clínicos, los cuales se desarrollan a continuación. 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 pérdida de apetito (evaluado con la prueba de apetito) y las patologías concomitantes.

Ruta Clínica: Los 8 Principios Básicos



4.1 Evaluación antropométrica

Se deben analizar de forma conjunta los indicadores de peso y talla, además de otros factores como son el estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles anteriores por lo cual, es fundamental el seguimiento periódico.

Clasificación	Z - P/T-L	PB (6–59 meses)	Edema nutricional
Desnutrición Aguda SEVERA (DAS)	< -3 DE	< 11,5 cm (ROJO)	Bilateral positivo (DAS P/T-L)
Desnutrición Aguda MODERADA (DAM)	≥ -3 y < -2 DE	≥ 11,5 y < 12,5 cm (AMARILLO)	Ausente
RIESGO de desnutrición aguda	≥ -2 y < -1 DE	—	Ausente
Estado nutricional normal	≥ -1 DE	≥ 12,5 cm (VERDE)	Ausente

4.2. Valoración clínica

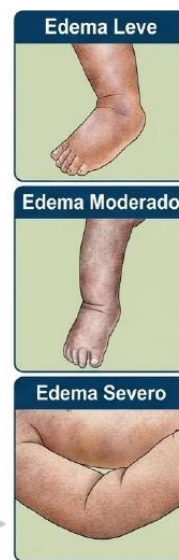
Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

La evaluación de los niños se realiza con una 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

Criterios Diagnósticos Clínicos y Antropométricos

Desnutrición Aguda Moderada	Desnutrición Aguda Severa
 Z-Score (Peso/Talla): ≥ -3 a < -2 DE	 Z-Score (Peso/Talla): < -3 DE
 Perímetro Braquial (PB): < 11.5 cm (si aplica)	 Criterio Clínico Absoluto: Presencia de edema bilateral de origen nutricional (automáticamente clasifica como Severa, independientemente del peso).
 Clínica: Emaciación visible, sin edema.	

El edema nutricional inicia en el **dorso del pie**. Si la depresión generada al presionar por 3 segundos se mantiene (fóvea), se confirma edema y Gravedad.



Historia clínica - componentes obligatorios

Componente	Detalle a evaluar
Motivo de consulta y tiempo de evolución	Pérdida de peso, rechazo a la vía oral, diarrea, vómito, fiebre, tos.
Antecedentes perinatales	Peso al nacer, edad gestacional, tipo de parto, edad corregida si prematuro.
Historia alimentaria	Lactancia materna actual/previa, introducción de alimentos, alimentación complementaria, calidad de la dieta familiar.
Historia de crecimiento	Revisar histórico de curvas de P/T-L, talla/edad, peso/edad desde el nacimiento.
Antecedentes patológicos	Infecciones recurrentes (IRA, EDA, IVU, TB), hospitalizaciones, cirugías, enfermedades crónicas.

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 10 de 46

Esquema de vacunación	Verificar y completar según edad (PAI). Documentar en historia.
Determinantes sociales	Inseguridad alimentaria del hogar, acceso a agua potable, saneamiento, ingresos, cuidadores, etnia, desplazamiento.
Evaluación de la diada madre/cuidador	Salud mental del cuidador, vínculo afectivo, prácticas de crianza, señales de maltrato o negligencia.

Examen físico orientado

Tiene el propósito de identificar signos que sugieran patologías agudas, crónicas, compromiso somático y determinar el grado de desnutrición, por lo que debe ser completo, que incluya la toma juiciosa 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.

Sistema / Signo	Hallazgos relacionados con desnutrición aguda
Piel	Palidez, piel reseca, hipo/hiperpigmentación, lesiones dérmicas (kwashiorko), úlceras por presión.
Cabello y uñas	Cambio de color (decoloración, signo bandera), fragilidad, caída fácil.
Ojos	Xeroftalmia (deficiencia vit. A), conjuntivas pálidas (anemia), edema periorbitario.
Cavidad oral	Queilitis angular, glositis, candidiasis oral, caries.
Abdomen	Distensión abdominal, hepatomegalia, masa fecal, peristaltismo.
Extremidades	Edema (bilateral = DAS), masa muscular, depleción de tejido adiposo (emaciación).
Signos vitales	FC, FR, T°, SatO2, llenado capilar. Alertas de compromiso hemodinámico.
Estado neurológico / conciencia	Irritabilidad, apatía, hipotonía, letargia → signos de alarma para hospitalización.

Solo a través de una adecuada valoración clínica se confirma el diagnóstico y la presencia de los fenotipos de la desnutrición aguda severa Marasmo y el Kwashiorkor

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 11 de 46

Segmento corporal	Marasmo	Kwashiorkor
Cara	Lívida, delgada.	Fascies lunar.
Ojos	Secos, conjuntiva pálida, manchas de Bitot.	
Boca	Estomatitis angular, queilitis, glositis, encías hipertróficas y sangrantes, aumento de tamaño de parótidas.	
Dientes	Esmalte moteado, erupción tardía.	
Cabello	Atrofia de cabello.	Despigmentado, fino, seco, opaco, alopecia, quebradizo, bandas de color.
Piel	- Seca. - Plegadiza (le sobra piel). Sin dermatosis.	- Seca con hiper o hipopigmentación difusa. - Dermatosis pelagroide. - Lesiones intertriginosas. - Dermatosis escrotal y vulvar
Uñas	Coiloniquia, placas de uñas finas y blandas, fisuras, líneas.	
Pérdida de Peso	Marcada.	Peso no confiable por presencia de edema.
Sistema muscular	Hipotrofia o atrofia muscular generalizada.	Hipotrofia muscular.
Edema	Sin edema.	Siempre hay presencia de edema nutricional, sea leve, moderado o severo.
Panículo adiposo	Ausencia.	Presente pero escaso.
Abdomen	Ruidos intestinales disminuidos	Hepatomegalia, esteatosis.
Neurológico	Irritable, llora mucho.	Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio, tristeza.
	Retraso global del desarrollo, pérdida de reflejos patelares y talaes, compromiso de memoria.	
Hematológico	Palidez, petequias, diátesis sangrante.	

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92






ESE Carmen Emilia Ospina

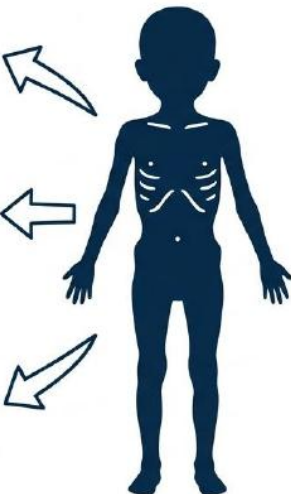
Fisiopatología Comparativa: Dos Fenotipos, Dos Riesgos

Marasmo (Adaptación)

Estado: Emaciación extrema, pérdida de grasa y músculo.

Hormonas: Insulina baja, Glucagón/Cortisol altos (permite gluconeogénesis).

Fisiología: El cuerpo se adapta exitosamente al ayuno consumiendo reservas. Piel plegadiza, sin edema.



Kwashiorkor (Falla de Adaptación)

Estado: Hipoalbuminemia, estrés oxidativo severo, falla hepática.

Hormonas: Insulina normal/alta (frena gluconeogénesis y bloquea adaptación).

Riesgo: Peor pronóstico. Alto riesgo de mortalidad celular por daño mitocondrial.



© NotebookLM

Matriz Diagnóstica: Las Caras Clínicas



© Noti

Evaluación del edema nutricional

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 13 de 46

1	Presionar con el pulgar el dorso del pie durante 3 segundos.
2	Retirar el pulgar: si queda fóvea (hundimiento), el edema es POSITIVO.
3	Evaluar AMBOS pies. El edema nutricional es BILATERAL.
4	Edema bilateral positivo clasifica directamente como DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA sin importar el P/T-L.
5	Registrar grado: Leve + (solo pies/tobillos), Moderado ++ (pies y piernas), Severo +++ (generalizado / anasarca).



Es importante tener en cuenta que hay situaciones como reacciones alérgicas a alimentos, picadura de insectos, o alérgenos de contacto, así como síndrome nefrótico, hepatopatías y enteropatía perdedora de proteínas, que pueden generar hipoalbuminemia y edema de características no nutricionales

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, debe ser considerada 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. y Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

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

Checklist de Urgencias Vitales
(Requieren tratamiento inmediato)

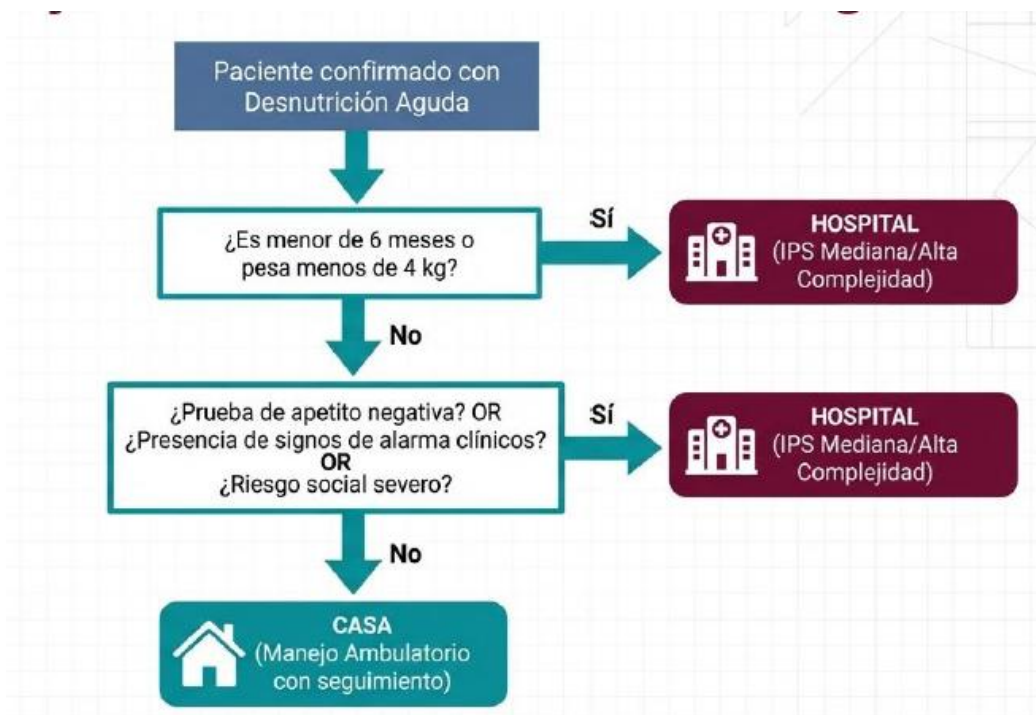
-  Estado de choque, letargia o inconsciencia.
-  Diarrea aguda o persistente, vómito intratable.
-  Infección grave (Sepsis, respiratoria, neuroinfección, urinaria).
-  Lesiones extensas en la piel / Anemia severa.
-  Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.



PRECAUCIÓN

Evitar la toma innecesaria de exámenes médicos en urgencias. El enfoque debe ser la estabilización inmediata basada en la clínica.

Seleccionar escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo instaurado.



5. PRUEBA DE APETITO

5.1 Definición y propósito

La prueba de apetito es el procedimiento por el cual se evalúa la capacidad del niño de comer de manera autónoma FTLC (fórmula terapéutica lista para el consumo) y determina si puede recibir manejo ambulatorio o requiere hospitalización.

IMPORTANTE: La prueba de apetito NO aplica en menores de 6 meses. Todo niño < 6 meses con DAM o DAS debe ser remitido para manejo hospitalario.

5.2 Instructivo para la realización de la prueba de apetito (niños 6–59 meses)

1	Realizar la prueba en un lugar tranquilo, con el cuidador presente.
2	Asegurarse que el niño NO haya comido en la última hora.
3	Abrir un sobre de FTLC (ej: Plumpy'Nut 92 g) y ofrecerlo directamente al niño o en una cuchara.
4	Permitir que el niño coma a su propio ritmo durante 30 minutos.
5	El cuidador puede ayudar, pero NO obligar ni forzar la alimentación.
6	Registrar en la historia clínica: cantidad consumida, actitud ante la comida, presencia de vómito.
7	Clasificar el resultado según los criterios de la Tabla de evaluación (ver abajo).

5.3 Criterios de evaluación de la prueba de apetito

Edad	Peso Kg	Consumo mínimo FTLC	Positiva		Negativa	
			Observar	Conducta a seguir	Observación durante 15 min	Conducta a seguir
6 a 59 meses	4 - 6,9	1/4 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	1/2 de sobre				

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 16 de 46

Prueba de apetito NEGATIVA = criterio de hospitalización. No insistir en manejo ambulatorio. Iniciar trámite de remisión de inmediato.

5.4 Criterios de manejo ambulatorio (mayor de 6 meses)

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 22.5 cm

Y además presenta todos los siguientes:

Activo, reactivo, consciente

Sin complicaciones medicas o comorbilidad aguda

Prueba de apetito positiva.

6. MANEJO MEDICO Y NUTRICIONAL INICIAL

Se presentan las fases del manejo de la desnutrición aguda. La fase de estabilización corresponde al periodo agudo, critico que requiere un manejo de estabilización de sus comorbilidades por urgencias y posterior remisión para manejo hospitalario (fase de transición) hasta ingresar a la fase de estabilización donde los niños pueden recibir manejo ambulatorio.

A continuación, se presenta un resumen de todas las fases del manejo médico. Para ampliar la información del manejo hospitalario remitirse al lineamiento manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses y resolución 115 de 2026.

Ruta de Atención: Las 3 Fases del Tratamiento



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

Fase 1: Estabilización – Manejo de Urgencias Vitales



Hipoglicemia (< 54 mg/dl)

- **Prevención:** Alimentación con F-75/Leche materna estrictamente cada 2 horas (día y noche).
- **Tratamiento (Consciente):** Bolo DAD 10% (5 ml/kg) VO o SNG. Repetir si persiste.



Hipotermia ($< 35.5^{\circ}\text{C}$)

- **Acción:** Recalentamiento activo inmediato. Contacto piel a piel. Evitar exposición.



Deshidratación

- **Peligro:** Alto riesgo de falla cardíaca por sobrecarga celular de sodio.
- **Regla de Oro:** NO usar esquemas rápidos IV a menos que haya choque.
- **Tratamiento:** Hidratación lenta vía oral o SNG usando SRO-75.

El ABCDARIO Terapéutico (Primeras 24-48 h) - Parte 1

A

Vía Aérea / Oxígeno

Vigilar hipoxemia y esfuerzo respiratorio. Oxigenar a necesidad.

B

Blood Sugar (Glucosa)

Alerta máxima de hipoglicemia. Corregir con extrema cautela si es sintomática.

C

Choque y Líquidos

Detectar choque. Reponer líquidos con precaución estricta (Intentar vía enteral primero). El corazón desnutrido no tolera sobrecargas.

D

Diuresis

Vigilar función renal. Establecer momento exacto de primera diuresis y estimar gasto urinario.

F

Función Intestinal

Iniciar de inmediato hidratación (SRO-75) o alimentación enteral (F-75) en cuanto se presente diuresis.

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 18 de 46

El ABCDARIO Terapéutico - Parte 2

G
H
I
M
S/V

Glóbulos Rojos
Transfundir glóbulos rojos empaquetados SÓLO si Hb < 4 g/dl (o < 6 g/dl con signos de falla cardíaca).

Hipotermia
Mantener calor constante (Temperatura axilar < 35.5°C es signo de peligro).
Alerta máxima de hipoglicemia. Corregir con extrema cautela si es sintomática.

Infección
Iniciar antibiótico empírico inminente (ej. Piperacilina/tazobactam). Todo paciente severo se asume infectado.

Micronutrientes
La F-75 ya cubre Vitamina A, Zinc y Cobre.
REGLA DE ORO: Está CONTRAINDICADA la administración de hierro en la fase de estabilización (Alimenta a las bacterias patógenas, no al niño).

Sensorial y Vacunación
Iniciar estimulación emocional y completar esquema PAI.

Notebook

Manejo Integral: El ABCDARIO de la Rehabilitación



Micronutrientes (Hierro)

Dosis terapéutica: 3 a 6 mg/kg/día de hierro elemental.

Regla de Oro: Iniciar *exclusivamente* una vez que los procesos infecciosos estén totalmente tratados y controlados.



SNC (Estimulación Sensorial)

El desarrollo óptimo exige
El desarrollo óptimo exige
cuidado amoroso y juego.
Mejora la respuesta al manejo
médico y revierte el daño
trófico neurológico.



Vacunación (PAI)

Revisión estricta y
actualización completa del
esquema PAI según la edad
del paciente.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**

 Antiparasitario • Indicación: Todos los casos, reduce letalidad. • Medicamento: Albendazol dosis única. (200 mg de 1-2 años; 400 mg > 2 años).	 Deficiencias de Micronutrientes • Ácido Fólico: Para TODOS los niños con desnutrición aguda. • Piridoxina (Si hay co-infección de Tuberculosis/Isoniacida): Día 1 = 5 mg VO dosis de carga. Día 2 en adelante = 1 mg VO diario hasta el egreso.	 Vacunación • Indicación: Revisar y completar esquema PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) según la edad del paciente.
--	--	---

Criterios Clínicos de Egreso (El Peaje de Salida)

Requisitos estrictos para el tránsito seguro al manejo **ambulatorio**.

Se debe verificar la **TOTALIDAD** de las condiciones:

- ☒ **Prueba de Apetito Positiva:** Consume mín. 75% de FTLC prescrita (aporte mínimo 135 kcal/kg/día).
- ☒ **Resolución de Edema:** Reducción confirmada o ausencia por dos seguimientos consecutivos.
- ☒ **Ganancia Ponderal Sostenida:** Entre 12 a 16 gr/kg/día por dos días consecutivos.
- ☒ **Infecciones Controladas:** Sin complicaciones médicas y el paciente se encuentra clínicamente alerta.
- ☒ **Garantía Ambulatoria:** Cita de control asegurada en los 15 días siguientes al egreso.

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 20 de 46

Algoritmo Maestro: Ruta Hospitalaria (Res. 2350)

Ingreso (Triage)

¿Paciente inestable, <6m, o sin apetito? → SÍ → AISLAMIENTO PROTECTOR.

Se debe verificar la TOTALIDAD de las condiciones:

Días 1-7: FASE DE ESTABILIZACIÓN

Herramienta: Fórmula F-75 (Cada 2-3h).

Acción: Desplegar protocolo ABCDARIO (Sin sobrecarga de líquidos, CERO hierro).

Días 2-7: FASE DE TRANSICIÓN

Gatillo: Regresa el apetito, baja el edema.

Herramienta: Introducción progresiva de FTLC + respaldo con F-75.

Semanas 1-8: FASE DE REHABILITACIÓN

Gatillo: Tolerancia ingesta calórica densa.

Herramienta: FTLC exclusiva + Lactancia materna → ALTA AMBULATORIA.

Para el manejo Nutricional se cuenta con el siguiente arsenal

Lactancia materna

Formula F 75

Formula 100

Formula terapéutica lista para el consumo - FTLC

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

FORMULAS TERAPEUTICAS



Formula de inicio para la fase de estabilización

Uso intrahospitalario exclusivo

Densidad: 75 kcal por 100 ml.

Propósito: estabilización metabólica, no diseñada para ganancia de peso. Diluida, puede darse junto con leche materna.



Introducida formalmente para la fase de transición hospitalaria (segunda fase).

Es una mezcla hipercalórica (100 kcal/100 ml) y proteica (11%), destinada a la recuperación ponderal.

Indicaciones: Niños > 6 meses con peso < 4 kg, disfunción motora oral, o lactantes < 6 meses que no responden a la F-75 en 5 días.



(Plumpy'Nut): aporte de alta densidad 500 Kcal por sobre 92g para ganancia rápida de peso.

base lipídica (maní/lacteo) baja en humedad (resistencia a la contaminación bacteriana).

No requiere cocción ni agua para su preparación.

Dosis terapéutica. 150 a 200 kcal/kg/día.

Esquema de uso en fase de Rehabilitación. Administrando en pequeñas cantidades, mínimo 5 veces al día.

Ofrecer agua a libre demanda (apx 150ml/kg/día)

Lactancia materna se mantiene como eje central, especialmente para niños sin ganancia de peso efectiva, buscando mejorar la técnica antes de suplementar con fórmulas.

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 22 de 46

6. MANEJO MEDICO Y NUTRICIONAL AMBULATORIO

6.1 Manejo ambulatorio para niños y niñas de 1 a 6 meses. (Art 12.)

< 6 meses		
Egreso hospitalario	control 3- 5 día	Pediatría
Seguimiento	semanal cada 7 días	Medico de ruta

Evaluación, apoyo y Consejería en lactancia Materna
En niños prematuros, edad corregida hasta los 2 años para manejo de la Desnutrición aguda.

Primer control después del alta hospitalaria.	Control por especialista en pediatría entre el 3 y 5 día después del egreso hospitalario
Seguimiento ambulatorio	Valoración Semanal por medicina Consejería en lactancia materna Seguimiento hasta cumplir criterios de egreso.
Lactancia materna	Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Apoyar la relactancia en los casos necesarios.
Alimentación complementaria	Orientación a madres o cuidadores entre 4 y 6 meses. Inicio de alimentación complementaria desde los 6 meses Introducción gradual y progresiva Continuar con lactancia materna
Apoyo a la familiar	Asesoría nutricional continua Seguimiento al plan de cuidado posterior al egreso

6.1.1 Criterios para la consulta de seguimiento niños 1 a 6 meses

Valoración antropométrica y clínica

Evaluar salud de la madre o cuidador identificar factores protectores de riesgo para continuar la lactancia materna.

Evaluar relación madre niño

Valorar la técnica de la lactancia materna y observar la alimentación

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 23 de 46

En niños no amamantados observar técnica de alimentación y verificar preparación de fórmula láctea

Incremento progresivo de Peso y talla, de acuerdo a la ganancia de peso esperada para la edad.

Evaluar plan de cuidados del egreso hospitalario

Suministrar micronutrientes.

Ganancia de peso esperada
< de 3 meses 30 gr/día mínimo 25 gr/día
Mayores De 3 meses 16 gr/día mínimo 12 gr/día

6.1.2 Criterios egreso manejo ambulatorio niños de 1 a 6 meses

Alimentación con lactancia materna es eficaz y sostenida

Si no amamanta, se alimenta con fórmula láctea sin dificultades y de acuerdo con las indicaciones.

El aumento del peso es progresivo y de acuerdo a la ganancia de peso esperada para la edad.

La puntuación Z del indicador P/T L es igual o superior a -1 DE.

6.1.3 Criterios para hospitalización del niño en seguimiento ambulatorio de 1 a 6 meses.

Alteración estado de conciencia o convulsiones

Vomita todo o rechaza la vía oral

Diarrea

Aumento de FR o signos de dificultad respiratoria

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 lo pierde.

6.2 Seguimiento ambulatorio niños y niñas de 6 a 59 meses. (Art 13)

Después de la conducta inicial de manejo ambulatorio o del egreso hospitalario, **los niños con DAM o DAS deberán tener controles semanales hasta ingresar a riesgo de desnutrición y quincenales hasta llegar a peso adecuado.**

Aplica a niños de 6–59 meses con DAM o DAS sin complicaciones, con prueba de apetito positiva, que cumplen todos los criterios de manejo ambulatorio.

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 24 de 46

6.3 Criterios de manejo ambulatorio (TODOS deben estar presentes)

Edad $\geq$ 6 meses.

DAM confirmada O DAS sin complicaciones

Prueba de apetito positiva

Sin signos de peligro general (AIEPI): incapacidad de beber/mamar, vómito persistente, convulsiones, letargo,

Sin edema severo (++/+++). El edema puede manejarse ambulatoriamente supervisión estrecha.

Sin hipoglucemia, hipotermia o deshidratación severa.

Cuidador capaz de comprender y seguir las indicaciones de manejo en casa.

Acceso geográfico y logístico para los controles programados

Cambiando la Meta:
El Nuevo Criterio de Egreso Clínico



estridor.
leve (+)
con

El paciente **NO** se da de alta cuando deja de presentar un cuadro severo o moderado. El tratamiento nutricional y ambulatorio continúa obligatoriamente hasta alcanzar un peso adecuado para la talla ($Z \geq -1$ DE). Objetivo central: garantizar una recuperación efectiva y evitar la "puerta giratoria" de los reingresos.

Fase de Rehabilitación: El Objetivo 'Catch-Up'

Transición exitosa a la fase de crecimiento compensatorio acelerado (principalmente de manejo ambulatorio).



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook Instagram YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 25 de 46

Implementación Nutricional en Rehabilitación

La FTLC como Tratamiento Médico



- **Normativa (Art 6. Res 0115/2026):** Las EPS deben garantizar entrega inmediata y suficiente hasta el próximo control.
- **Uso clínico:** Cumple requisitos nutricionales totales. No desplaza la comida del hogar, la complementa.

Lactancia Materna Transversal



- Práctica innegociable y a libre demanda.
- **Directriz:** Permitir que el niño reciba leche materna *antes* de ofrecer las fórmulas terapéuticas para mantener la producción y el vínculo.

6.2 Formulación de FTLC – Dosis y esquema de seguimiento

La FTLC (Plumpy'Nut u equivalente aprobado) aporta 500 kcal / 92 g y debe prescribirse según el peso actual del niño. La EPS debe garantizar la entrega INMEDIATA en la IPS o punto farmacéutico de fácil acceso (Res. 115/2026, art. 6).

Alimentos No recomendaros en la alimentación complementaria del niño desnutrido

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.

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 niños con desnutrición aguda severa, durante el tratamiento ambulatorio con FTLC se debe ofrecer alimentación complementaria en cantidades más pequeñas, a partir de los 78 días del inicio del tratamiento, con incremento progresivos durante los primeros 60 días hasta alcanzar las recomendaciones de acuerdo a la edad del niño.

A continuación se presentan las recomendaciones de aporte de FTLC, agua. Introducción de otros alimentos y acciones complementarias en manejo ambulatorio para niños con desnutrición aguda severa de 6 a 59 meses.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 26 de 46

Día	Requerimiento de 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 otros alimentos.
4a7	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 28.
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 29.
ACCIONES COMPLEMENTARIAS • Incentivar la lactancia materna. • Lavado de manos. • Verificar la disminución del edema y ajustar el cálculo de FTLC al nuevo peso. Identificar las prácticas de alimentación familiar. • Ajustar el cálculo de la FTLC, de acuerdo con el comportamiento del apetito y la ganancia de peso. • Consumo de agua segura para consumo humano, ofrecida en vaso o pocillo • Gestionar la vinculación de la familia a programas de apoyo alimentario en caso de requerirlo. • Garantizar la prestación de servicios de consulta para valoración integral.			

En la siguiente tabla 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 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. Ver Tabla 28
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	

ACCIONES COMPLEMENTARIAS

- Mantener e incentivar la lactancia materna.
- Identificar las prácticas de alimentación familiar.
- Insistir en práctica de lavado de manos.
- Insistir en consumo de agua segura. para consumo humano ofrecida en vaso o pocillo.
- Ajustar la cantidad de la FTLC, de acuerdo con el comportamiento del apetito y la ganancia de peso.
- Gestionar la vinculación de la familia a programas de apoyo alimentario en casa de requerirlo.
- Garantizar la prestación de servicios de consulta para valoración integral.

6.3 Instructivo de consejería al cuidador para el manejo en casa

1	Explicar al cuidador qué es la FTLC y por qué se usa. Mostrar cómo abrir el sobre.
---	--

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 27 de 46

2	Indicar que el niño puede tomar FTLC directamente del sobre o con cuchara, NO mezclada con líquidos.
3	No mezclar la FTLC con agua, leche ni ningún alimento. Se come sola.
4	Ofrecer agua segura o líquidos aparte durante y después del consumo.
5	Continuar la lactancia materna a libre demanda si el niño aún lacta. La FTLC NO la reemplaza.
6	Continuar ofreciendo la dieta familiar regular. La FTLC es ADICIONAL a la alimentación del hogar.
7	Dividir la dosis diaria en 4–5 tomas. Guardar el resto del sobre abierto en lugar fresco y seco (máx. 24 h).
8	NO compartir la FTLC con otros niños ni adultos del hogar.
9	Vigilar signos de alarma y acudir de inmediato si se presentan
10	Entregar por escrito el esquema de dosis, fechas de control y número de contacto de la IPS.

4.3 Ayudas diagnósticas – Laboratorios

La solicitud de laboratorios depende de la clasificación y la presencia de complicaciones. En el primer nivel se aplica el perfil básico. Los especializados son referencia hospitalaria.

Laboratorio	Indicación
Hemoglobina (Hb) / Hemograma	Todo niño con DAM, DAS o riesgo. Tamizaje mensual en riesgo (Res. 3280/2018).
Glucemia capilar	Todo niño con DAS o signos de alarma. Repetir c/30 min si < 54 mg/dL. Urgencias

⚠ HIPOGLUCEMIA: Glucemia < 54 mg/dL en niño con DAS = EMERGENCIA. Administrar dextrosa IV o solución azucarada oral según estado de conciencia. REMITIR de inmediato.

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 28 de 46

6.4 Tratamiento médico complementario

Intervención	Dosis esquema	Observación
Vitamina A	Solo en niños con casos de sarampión y daño ocular con xeroftalmia y úlceras corneales	
Ácido fólico	5 mg el día 1 del tratamiento ambulatorio y continuar con 1 mg/día durante todo el tratamiento de la DA	En todo el tto de la DA
Amoxicilina	Dosis 90 mg/kg/día VO. Adm 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día 1 de vinculación al manejo ambulatorio	Solo en casos de DAS
Antiparasitario	12 -23 meses: 200 mg VO dosis única. 12 -23 meses: 200 mg VO dosis única. 24 -59 meses. 400 mg VO Dosis única	No se administra a los niños menores de 12 meses de edad. Administrar a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional ambulatorio.).
Hierro	Hb = < 11 g/dl dosis hierro elemental a dosis terapéuticas de 3 a 6 mg/kg/día por doble tiempo de tto con FTLC	NO iniciar en la fase aguda. Solo en fase de rehabilitación cuando hay ganancia de peso sostenida.
Micronutrientes (Res. 3280)	Riesgo de desnutrición aguda sin anemia.	Según esquema RIAMPS por edad (tamizaje Hb mensual).
Vacunación	Verificar esquema PAI. Completar si hay atraso.	Según lineamiento PAI vigente. Registrar en carné y HC.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



ESE Carmen Emilia Ospina

El hierro NO debe iniciarse en la fase aguda de la desnutrición severa. Iniciarlo solo cuando haya ganancia de peso sostenida (fase de rehabilitación), para evitar estrés oxidativo.



ESQUEMA DE SEGUIMIENTO AMBULATORIO

DAM, DAS Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN • 6 – 59 MESES



1 DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS) > 6 MESES

DIAGNÓSTICO	CONTROL	ENERGÍA (KCAL/KG/DÍA)	DÍAS	AGUA POTABLE	OTROS ALIMENTOS
 P/T (peso/talla)  Ficha de notificación 113  Prueba de apetito  Activación de ruta e inicio de tratamiento	1	80	1-3 días	90-150 ml/kg/día	—
	2	100	4-7 días	90-150 ml/kg/día	Lactancia materna exclusiva
	3	135-150	8-15 días	150 ml/kg/día	Lactancia + alimentación complementaria (pequeñas cantidades)
	4	150-200	15-21 días	150 ml/kg/día	Lactancia + alimentación complementaria (pequeñas cantidades)

INDICACIONES IMPORTANTES			
 En diagnóstico inicial: solicitar CH y glicemia	 Renotificación: a los 3 meses	 Ácido fólico: 5 mg al inicio luego 1 mg/día durante todo el tratamiento	 Hierro: Si Hb < 11 g/dl Dosis: 3-6 mg/kg/día Duración: el doble del tiempo del tratamiento con FTLC

SEGUIMIENTO	
 Hasta DAM control cada 7 días	 Hasta riesgo control cada 15 días

2 DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM) 6-9 MESES

CONTROL	ENERGÍA (KCAL/KG/DÍA)	DÍAS	AGUA POTABLE	OTROS ALIMENTOS
1	150	7 días	100-150 ml/kg/día	Lactancia + alimentación complementaria
2	200	7 días	—	—
3	200	7 días	—	—

INDICACIONES	
 Seguimiento hasta llegar a riesgo	 Continuar hasta ≥ -1 DE P/T  Control 1: solicitar CH y glicemia  Control 2: desparasitar (>12 meses) Albendazol dosis única

3 RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

CONTROL	ENERGÍA (KCAL/KG/DÍA)	DÍAS
1	200	15 días
2	100	15 días
3	240-270	15 días

INDICACIONES	
 Continuar hasta peso adecuado	 Suplementar: Ácido fólico • Hierro si Hb < 11 g/dl  Evaluar ganancia de peso

GANANCIA DE PESO ESPERADA		
EDAD	GANANCIA ESPERADA	MÍNIMO
 < 3 meses	30 g/día	25 g
 > 3 meses	16 g/día (7 días)	12 g
 > 6 meses	10 g/día	—

PRUEBA DE APETITO (6 – 59 MESES)	
PESO (kg)	CONSUMO MÍNIMO
 4 – 6.9 kg	 1/4 sobre
 7 – 9.9 kg	 1/3 sobre
 10 – 14.9 kg	 1/2 sobre

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL			
CLASIFICACIÓN	Z P/T-L	PB (6-59 MESES)	RDEMA NUTRICIONAL
DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS)	< -3 DE	< 11.5 cm (ROJO)	Bilateral positivo (DAS P/T-L) 
DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM)	≥ -3 y < -2 DE	≥ 11.5 y < 12.5 cm (AMARILLO)	Ausente 
RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	≥ -2 y < -1 DE	—	Ausente 
ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	≥ -1 DE	≥ 12.5 cm (VERDE)	Ausente 

 **NOTA IMPORTANTE**

 FTLC: Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo

 Ajustar la dosis según tolerancia, evolución clínica y criterios del profesional de salud.

 Documentar en la historia clínica cada control y decisión tomada.

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

Alteración del estado de conciencia, hipoactividad o convulsiones
Diarrea

Vomito 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 >30%

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 30 de 46

Hemoglobina menor de 4 g/dl.

Hemoglobina 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

Criterios de egreso de manejo ambulatorio en niños de 6 a 59 meses de edad.

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-L es igual o superior a -1 DE

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 el seguimiento de los controles definidos en el numeral 5.1.8.

Esquema de vacunación actualizado para la edad.

En caso de diagnosticar anemia ferropénica, se debe continuar con el tratamiento prescrito por el profesional de la salud de acuerdo con el riesgo identificado en los controles de Hemoglobina

10. MANEJO DEL RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

Nueva categoría incorporada por la Resolución 115/2026. Los territorios priorizados son La Guajira, Chocó y Vichada; sin embargo, el Huila también debe identificar y manejar esta condición dado el contexto epidemiológico departamental.

10.1 Diagnóstico

P/T-L > -2 y < -1 DE (sin edema, sin cumplir criterios de DAM).

Puede acompañarse de déficit de micronutrientes (anemia, deficiencia de zinc, vitamina A).

Continuidad del tratamiento ambulatorio para niños que evolucionan de la desnutrición aguda al riesgo de desnutrición aguda.

Cuando el indicador Peso para la Talla/Longitud se encuentra entre 2-2y-1 desviaciones estándar, las consultas de seguimiento serán quincenales por profesionales de medicina o nutrición, siempre que se evidencie una ganancia de peso favorable para la edad. Si no se observa dicha evolución, el caso deberá remitirse a pediatría, para continuar con el plan de diagnóstico integral (exámenes diagnósticos y de ser necesario, valoración por otras áreas) y definir el manejo individualizado:

Seguimiento 1: El niño o la niña que viene en tratamiento de desnutrición aguda y ya se encuentra en riesgo de desnutrición aguda, debe continuar con manejo con Fórmula Terapéutica Lista para

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

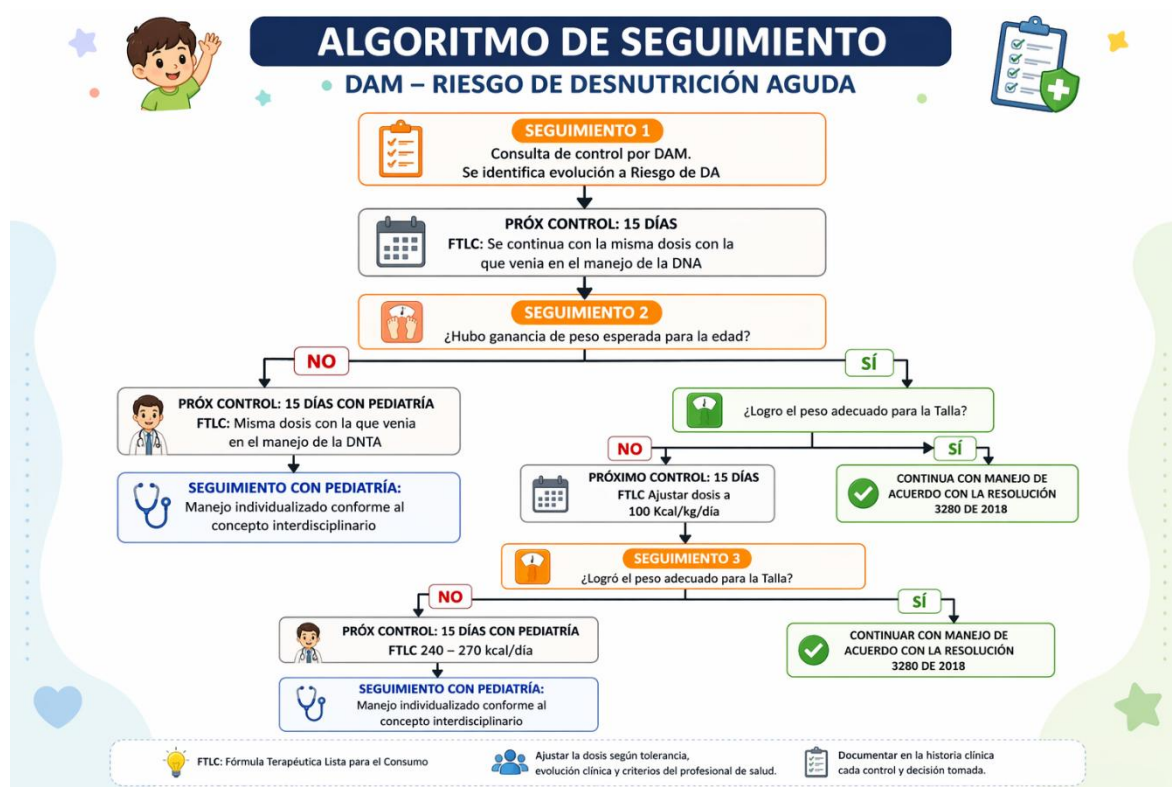
 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO LINEAMIENTO PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 59 MESES DE EDAD			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 31 de 46

el Consumo (FTLC) en la misma dosis con la que venía para el manejo de la desnutrición aguda hasta su próximo seguimiento.

Seguimiento 2: Si se evidencia ganancia de peso esperada para la edad y continúa en el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, se fórmula FTLC a una dosis de 100Kcal/Kg/día, hasta su próximo seguimiento.

Seguimiento 3: Si persiste el riesgo de desnutrición aguda, se formulará FTLC en dosis equivalentes a 240-270 Kcal/día por quince días, tiempo en el cual deberá recibir atención por pediatría, quien definirá manejo.

Los niños y niñas que en cualquiera de los seguimientos hayan logrado un peso adecuado para la talla/longitud, deberán continuar con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud definidas en la Resolución 3280 de 2018.



Se entiende por ganancia esperada para la edad, un incremento $> 0 = 10\text{g/día}$ para niños y niñas mayores de 6 meses en recuperación de la desnutrición aguda moderada o severa

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

Twitter Facebook Instagram YouTube
ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 32 de 46

7. NOTIFICACION AL SIVIGILA – EVENTO 113

7.1 Definición operativa de caso

Caso confirmado por clínica

Puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud P/T -L **por debajo de -2 DE**
 Y/o presencia de fenotipos de desnutrición aguda severa:

Marasmo

Kwashiorkor

Kwashiorkor marasmático.

Asociado a:

Perdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo

Etiología primaria

Enfermedades infecciosas

7.2 Criterios de exclusión de la vigilancia

Desnutrición secundaria debido a patologías de base como:

Cancer.

Enfermedades renales

Enfermedades cardíacas

Enfermedades genéticas

Enfermedades metabólicas

En los antecedentes de pretérmino o bajo peso al nacer

Niños que NO hayan cumplido las 40 semanas corregidas

Niños con antecedentes de BPN o prematuridad con menos de 10 días de nacidos

Evidencie ascenso de la curva P/T /en los niños con bajo peso al nacer.

Niños que se valoren con graficas diferentes a las establecidas en la Resolución 2465 de 2016 (síndrome de Down, parálisis cerebral. Etc)

7.3 Definiciones asociadas al evento:

Perímetro braquial: Medida antropométrica que evalúa el estado nutricional en niños de 6 a 59 meses, tomada en el punto medio entre el acromion y el olécranon del brazo izquierdo.

Interpretación:

< 11.5 cm: Desnutrición aguda severa

11.5 a < 12.5 cm: Desnutrición aguda moderada

≥ 12.5 cm: Estado nutricional adecuado (en contexto clínico)

Edema de tipo nutricional: Presencia de edema bilateral con fóvea (al presionar queda hundimiento), generalmente en pies, piernas o cara, **no asociado a causas cardíacas, renales u otras patologías.**

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 33 de 46

Se considera criterio diagnóstico de **desnutrición aguda severa**, independientemente de otros indicadores antropométricos.

Asociado a formas clínicas como el kwashiorkor.

Reincidencia: Es un caso que, **pasados tres meses de una notificación inicial, vuelve a estar registrado en la base de datos del evento del año en curso o el año inmediatamente anterior.** Típicamente, esta situación es el resultado de un niño que se recuperó, pero en comunidad vuelve a desnutrirse, o casos que no han recibido tratamiento que resulte en una modificación de su estado nutricional. Dado lo anterior, los casos de desnutrición aguda deben notificarse nuevamente al evento cuando al consultar a la misma UPGD/UI ya pasaron 3 meses y se encuentra nuevamente un diagnóstico de desnutrición aguda

7.4 Responsable y tiempo

La notificación es OBLIGATORIA e INMEDIATA para todo caso de DAM o DAS confirmado. El profesional que identifica y diagnostica es responsable de la notificación.

Periodicidad de la notificación

Tipo	Observaciones
Súper inmediata	Todos los casos del evento de desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad se consideran una urgencia y deben tener atención y seguimiento por sus aseguradores una vez sea captado el caso. Aplican para notificación súper inmediata si cumplen las siguientes condiciones: • Menores de 6 meses de edad • Presentación de edema • Reincidentes • Presentación de perímetro braquial inferior a 11,5 cm (aplica para niños entre los 6 a 59 meses) • Aquellos que presenten prueba de apetito negativa (aplica para niños entre los 6 a 59 meses y debe realizarse acorde a lo estipulado en la resolución 2350/2020)
Inmediata	Todos los casos del evento de desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad se consideran una urgencia y deben tener atención y seguimiento por sus aseguradores una vez sea captado el caso. Aplican para notificación inmediata los demás casos que no cumplen los criterios establecidos en la notificación súper inmediata

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 34 de 46

7.5 Instructivo de notificación SIVIGILA

1	Ingresar al sistema SIVIGILA con las credenciales de la IPS. Evento 113: Desnutrición aguda en menor de 5 años.
2	Diligenciar el formulario de notificación individual inmediata (dentro de las primeras 24 horas de identificación del caso).
3	Registrar: datos de identificación del niño, EPS, municipio de residencia, clasificación (DAM / DAS / riesgo), criterios diagnósticos (P/T-L, PB, edema), fecha de diagnóstico.
4	Consignar antecedentes: vacunación, controles previos primera infancia, hospitalizaciones, esquema de vacunación.
5	Si el caso requiere remisión: registrar datos del establecimiento receptor y fecha de remisión.
6	Verificar que la UNO (Unidad Notificadora Operativa) de la Secretaría de Salud del Huila reciba la notificación.
7	Hacer ajustes de la notificación en los tiempos establecidos: ajuste 1 (7 días), ajuste 2 (21 días) y ajuste de cierre al egreso o recuperación.
8	Ante sospecha de muerte por o asociada a desnutrición: notificación inmediata como evento de emergencia.

7.6 Códigos CIE-10 relacionados

CIE-10	Descripción
E43X	Desnutrición proteico-calórica severa no especificada (DAS)
E44.0	Desnutrición proteico-calórica moderada (DAM)
E44.1	Desnutrición proteico-calórica leve (riesgo)
E40X	Kwashiorkor
E41X	Marasmo nutricional
E42X	Kwashiorkor marásmico
E46X	Desnutrición proteico-calórica no especificada
Z71.3	Consejería nutricional

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 35 de 46

7.8 Estrategias de vigilancia

Vigilancia pasiva: Se realiza a través de UPGD que son instituciones de salud que realizan valoración antropométrica y realizan el diligenciamiento de la ficha de notificación del evento 113.

Vigilancia activa: Se puede utilizar como fuentes de búsqueda de información de posibles casos sospechosos:

RIPS – cruces de bases de datos con diagnósticos de las atenciones.

Registros del estado nutricional a través de la validación de las medidas antropométricas.

7.9 Riesgo de desnutrición evento 114

Artículo 4 de la resolución 115 de 2026: Detección e identificación de casos de niños de cero a 59 meses con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda. Los niños de 0 a 59 meses con DAS o DAM en todo el territorio nacional y **aquellos con riesgo de desnutrición aguda exclusivamente en los territorios priorizados** según criterios expuestos en el capítulo 7. (Choco, guajira y Vichada) deben identificarse tanto a nivel intramural, como extramural, mediante la demanda espontánea en los diferentes servicios de salud y por jornadas de atención integral en salud que realicen las IPS.

El protocolo de vigilancia del evento 114 inicio la notificación de los casos de riesgo de desnutrición en menores de 59 meses desde el 27 de febrero de 2026 para los departamentos priorizados Chocó, la Guajira y Vichada.

Si un niño de residencia en departamentos priorizados consulta en otro departamento, este debe realizar la notificación al evento 114. (notificación semanal)

8. CRITERIOR DE REMISION

La desnutrición aguda moderada y severa es atención de URGENCIAS. NO requiere autorización previa de la EPS. La atención debe ser INMEDIATA (Res. 115/2026, art. 6, Parágrafo 1).

8.1 Criterios de hospitalización (remisión inmediata)

Remitir a nivel de mayor complejidad con hospitalización pediátrica ante CUALQUIERA de los siguientes criterios:

Criterio	Descripción
Edad < 6 meses	Todo niño menor de 6 meses con DAM o DAS requiere hospitalización.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 36 de 46

Peso < 4 kg	Niño > 6 meses con peso < 4 kg → remisión inmediata.
Prueba de apetito negativa	Come < 1/4 del sobre de FTLC o rechaza completamente.
Edema nutricional severo (++ o +++)	Edema que compromete más allá de pies y tobillos.
Signos de peligro general (AIEPI)	Incapacidad de beber o mamar, vómito persistente, convulsiones, letargo, estridor.
Hipoglucemia	Glucemia < 54 mg/dL.
Hipotermia	Temperatura < 35,5°C axilar.
Deshidratación severa	Signos clínicos de deshidratación grave.
Anemia severa	Hb < 7 g/dL o signos de descompensación cardiovascular.
Infección bacteriana grave	Neumonía severa, meningitis, sepsis, IVU complicada, EDA con deshidratación.
DAS con complicaciones	Cualquier DAS con ≥ 1 de los criterios anteriores.
Deterioro clínico en manejo ambulatorio	Pérdida de peso durante el tratamiento ambulatorio tras 2 controles consecutivos.
Sin ganancia de peso en 3–4 controles (DAM)	Ausencia de respuesta al tratamiento ambulatorio.
Sospecha de abuso, maltrato o negligencia	Requiere protección y manejo interdisciplinario hospitalario.
Indicación a criterio médico	Cualquier condición clínica que a criterio del médico requiera observación hospitalaria.

8.2 Instructivo del proceso de remisión desde la IPS

1	Tomar la decisión médica de remisión y comunicarla al cuidador de forma clara.
2	Estabilizar al paciente antes del traslado: corrección de hipoglucemia, hipotermia, deshidratación si están presentes y el cuadro lo permite.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 37 de 46

3	Diligenciar la hoja de remisión con: diagnóstico, clasificación, motivo de remisión, exámenes realizados, tratamientos administrados, estado al momento del traslado.
4	Reportar la solicitud a la central de referencia para que realicen el trámite de referencia ante la EAPB.
4	Central de referencia y EAPB Confirman disponibilidad de cama en el hospital o clínica de referencia.
6	Coordinar el transporte asistencial según el caso y realizar el traslado.
7	Registrar la remisión en la historia clínica y en SIVIGILA (campo de remisión).
8	Recepción de contrarreferencia: Recepción de contrarreferencia por parte de EAPB para el seguimiento pos-hospitalización o ajustes de casos.
9	Una vez dado de alta el niño del hospital, recibirlo en la IPS para continuar el seguimiento ambulatorio.

9. CONTROLES Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO

9.1 Esquema de seguimiento por clasificación

Clasificación	Frecuencia de control	Responsable	Duración
DAM y DAS	Semanal hasta alcanzar el riesgo de desnutrición	Médico (enfermero Nutricionista)	Hasta criterios de egreso (P/T-L $\geq$ -1 DE)
Riesgo de desnutrición aguda	Cada 15 días hasta lograr P/T-L $\geq$ -1 DE.	Médico Pediatra nutricionista	Hasta normalización y paso a RIAMPS
Post-hospitalización	Primera visita en los primeros 3 - 5 días del alta. Luego esquema según clasificación al egreso.	Médico Pediatra	Según evolución

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 38 de 46

9.2 Contenido obligatorio de cada control

Actividad	Responsable	Descripción
Antropometría completa	Medico	Peso, talla/longitud, PB, cálculo P/T-L (Z score). Graficar en curva.
Evaluación clínica	Médico	Examen físico, signos vitales, edema, hidratación, signos de alarma.
Evaluación nutricional	Medico / nutricionista	Revisión de FTLC (¿cuánto consume?), dieta complementaria, lactancia, tolerancia, dificultades en casa.
Evaluación psicosocial	Trabajo social / Psicología	Condiciones del hogar, seguridad alimentaria, red de apoyo, vínculo cuidador-niño.
Verificación de esquema de vacunación	Medico / enfermería	Carné al día. Aplicar vacunas pendientes si no hay contraindicación.
Hemoglobina (Hb)	Medico / Lab	Inicio de .FTLC Ajustar tratamiento según resultado.
Entrega de FTLC	Farmacia / operador de EAPB	Verificar que el cuidador tenga FTLC suficiente hasta el próximo control.
Registro SIVIGILA	Profesional diagnostica / Vigilancia epidemiologica	Ajuste de la notificación según evolución.
Indicaciones y educación al cuidador	Todo el equipo	Reforzar adherencia, preparación de FTLC, señales de alarma, importancia de los controles.
Seguimiento	Enfermera líder de la ruta Auxiliar de Ruta	Seguimiento a controles, adherencia al plan de cuidados, lineamientos de manejo de la DNA

9.3 Gráfica de seguimiento y ganancia de peso esperada

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 39 de 46

En cada control se debe:

Graficar P/T-L en las curvas OMS (Res. 2465/2016) y verificar la tendencia.

Calcular la ganancia de peso semanal: se espera mínimo 5 g/kg/día en DAS y 3 g/kg/día en DAM.

Si no hay ganancia de peso en 2 controles consecutivos (DAM) o en la primera semana (DAS) → reevaluar diagnóstico, adherencia, infección oculta y considerar remisión.

9.4 Criterios de egreso del programa (Res. 115/2026)

NUEVO criterio de egreso (Res. 115/2026): P/T-L $\geq$ -1 DE (no -2 DE como antes). Esto asegura una recuperación nutricional EFECTIVA y SOSTENIDA.

Criterio de egreso	Descripción
Antropométrico	P/T-L $\geq$ -1 DE en 2 controles consecutivos separados por al menos 2 semanas.
Clínico	Resolución de enfermedades asociadas. Sin edema. Buena interacción con el cuidador.
Nutricional	Consumo adecuado de la dieta familiar. Apetito normal. Sin necesidad de FTLC.
Social	Condiciones del hogar que garanticen mantenimiento del estado nutricional.
Continuidad	Al egreso: continuar en RIAMPS (controles de primera infancia según esquema por edad). Notificar cierre en SIVIGILA.

10. MANEJO DEL RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

Intervención	Descripción
Intervenciones RIAMPS (Res. 3280/2018)	Tamizaje mensual de Hb. Suministro de micronutrientes según edad. Consejería de alimentación saludable y lactancia materna.
Seguimiento quincenal	Control cada 15 días para verificar evolución del P/T-L hasta lograr $\geq$ -1 DE.
Educación alimentaria	Orientación a la familia sobre alimentación complementaria, diversidad de la dieta, higiene de alimentos.
Articulación intersectorial	Referir a programas ICBF (jardines, hogares comunitarios), MANÁ departamental, familias en acción, comedores escolares.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



 ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 40 de 46

Sin respuesta (3°–4° control)	Si no hay recuperación entre el 3° y 4° seguimiento → manejar como DAM (iniciar FTLC y reportar a SIVIGILA).
-------------------------------	--

11. RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Cargo	Responsabilidades específicas en la ruta
Médico general / Pediatra	Diagnóstico clínico y clasificación de la desnutrición. Solicitud de laboratorios. Formulación de FTLC y tratamiento médico. Decisión de manejo ambulatorio o remisión. Notificación SIVIGILA. Controles de seguimiento clínico.
Enfermera coordinadora de la ruta	Coordinación operativa de la ruta. Verificación de notificaciones SIVIGILA. Seguimiento nominal de los casos activos. Gestión de FTLC con EPS/farmacia. Supervisión del cumplimiento del protocolo. Reporte a la Secretaría de Salud del Huila. Reporte a EAPB.
Auxiliar de enfermería	Toma de medidas antropométricas (P, T/L, PB, edema). Glucometría en urgencias. Apoyo en la prueba de apetito. Educación básica al cuidador. Registro en HC.
Nutricionista	Evaluación nutricional integral. Cálculo y ajuste de dosis de FTLC. Consejería en alimentación complementaria y lactancia materna. Seguimiento de la ganancia de peso y evolución nutricional. Educación alimentaria a la familia.
Trabajo social	Evaluación de determinantes sociales. Gestión de acceso a programas sociales (ICBF, MANÁ, etc.). Identificación de riesgo de maltrato/negligencia. Articulación con comunidad y familias en zona rural.
Psicología	Evaluación del vínculo cuidador-niño. Salud mental del cuidador. Apoyo psicoemocional. Activación de rutas de protección si se requiere.
Calidad	Evaluación semestral de adherencia al lineamiento (Res. 115/2026, art. 10.10). Plan de mejoramiento continuo.
Vigilancia epidemiológica	Realizar BAI institucional y reportar a líder de ruta, notificación y ajustes de casos.
Gerencia IPS	Garantizar disponibilidad de insumos (equipos antropométricos calibrados, FTLC en stock). Asegurar la implementación del protocolo.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92



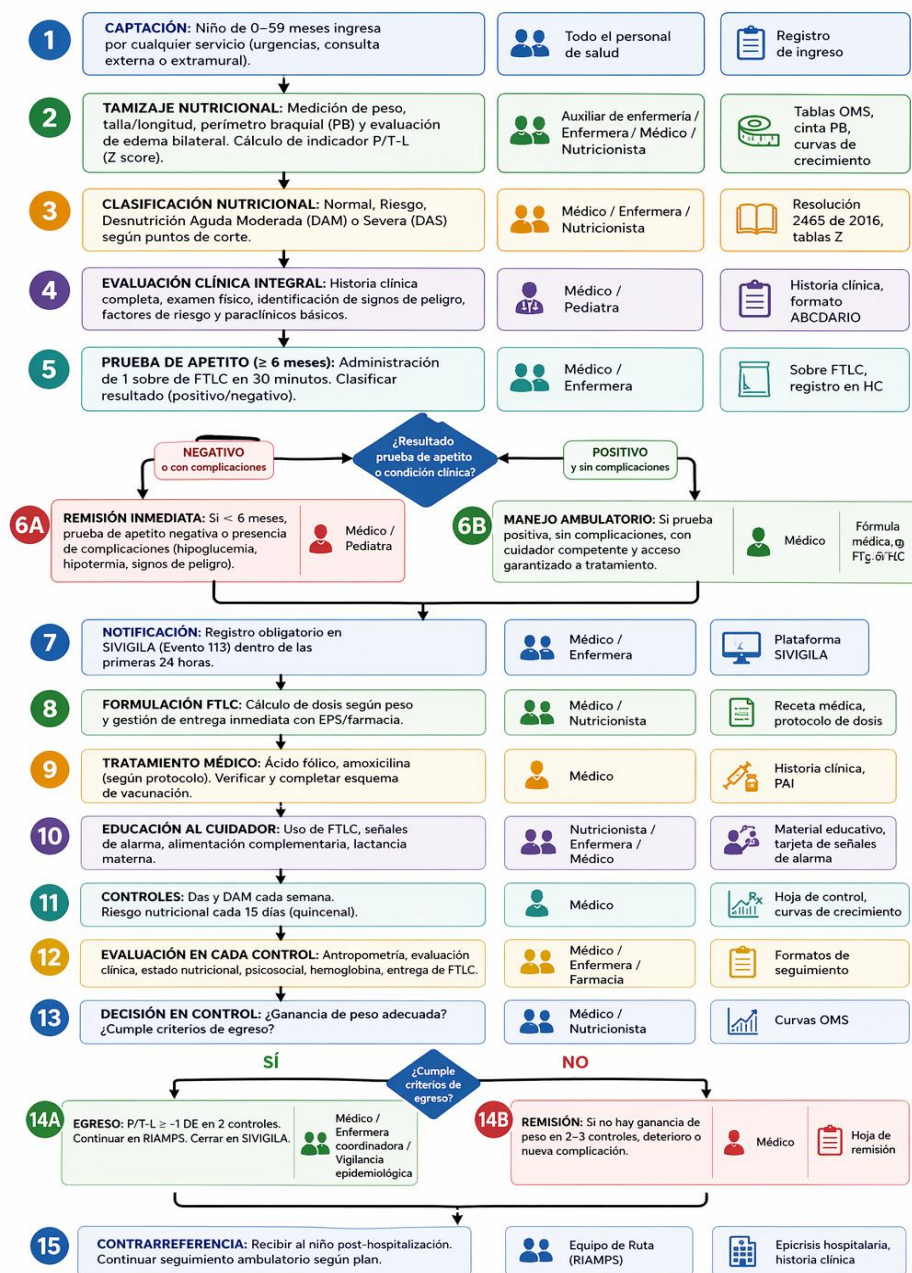
 ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 41 de 46

12 RUTA DE ATENCIÓN

A continuación se describe el flujo secuencial de la ruta de atención integral para la desnutrición aguda en niños de 0 a 59 meses en la ESE CEO

Flujograma de atención Ruta de desnutrición aguda niños y niñas de 0 59 meses.



Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92

ESSE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 42 de 46

13. INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LA RUTA

Indicador	Fórmula	Fuente	Periodicidad
Porcentaje de niños menores de 5 años con DA con adecuada definición de escenario de manejo	$\frac{\text{Número de niños identificados con DA, con adecuada definición de escenario de manejo}}{\text{número de niños identificados con DA}} \times 100$	Historia clínica	Mensual
Porcentaje de niños menores de cinco años con DA con prescripción de FTLC	$\frac{\text{Número de niños identificados con DA con prescripción de FTLC}}{\text{número de niños con DA manejados ambulatoriamente}} \times 100$	Historia Clínica / ordenamientos	Mensual
Porcentaje de profesionales de la salud que atienden niños menores de 5 años capacitados por la IPS en manejo de atención a la DA	$\frac{\text{Número de profesionales de la salud que atienden niños menores de 5 años capacitados por la UPS}}{\text{número de profesionales de salud que atienden niños menores de cinco años por IPS}} \times 100$	Registros de capacitaciones	Trimestral
Porcentaje de equipos antropométricos que cumplen con la resolución 2465 de 2016 o norma que la modifique o sustituya para la atención de niños menores de 5 años	$\frac{\text{Número de equipos antropométricos disponibles por la IPS para la atención de niños menores de 5 años que cumplen con la resolución 2465 de 2016 o norma que la modifique o sustituya}}{\text{número de equipos antropométricos disponibles para la atención de niños menores de 5 años}} \times 100$	Registros IPS Inventario equipos, Hojas de vida	Trimestral
Disposición de FTLC para la realización de prueba de apetito acorde con la resolución de manejo de atención a la DA		Registros propios que describan el mecanismo para la disposición de	Mensual

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 43 de 46

Disposición de F 75 para la fase de estabilización de los niños en los que se define manejo hospitalario.		la FTLC para la prueba de apetito	
		Registros propios describan el mecanismo para la disposición de la F75	Mensual

14. SEÑALES DE ALARMA

Entregar a cada cuidador al inicio del tratamiento. Reforzar en cada control.

 SEÑAL DE ALARMA	¿Qué puede significar?
El niño no puede tomar líquidos ni comer nada	Deterioro neurológico o de conciencia
Vomita todo lo que come o bebe	Deshidratación, obstrucción, sepsis
Convulsiones o temblores	Hipoglucemia, meningitis, sepsis
Está muy dormido, no responde o está inconsciente	Emergencia neurológica o metabólica
Respira muy rápido o con dificultad (tira costillas, aletea nariz)	Neumonía, anemia severa, insuficiencia cardíaca
Se le hinchan los pies, las piernas o la cara	Edema nutricional severo, falla renal o cardíaca
Fiebre alta que no cede con antitérmicos	Infección bacteriana grave
Está mucho más delgado o ha perdido peso desde el último control	Deterioro nutricional, infección no tratada
No consume nada de la FTLC a pesar de los intentos	Prueba de apetito negativa en casa → remisión
El cuidador no puede cuidar al niño o hay signos de maltrato	Situación de riesgo social grave

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92


 ESE Carmen Emilia Ospina

 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			
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3	PÁGINA 44 de 46

15 REFERENCIAS NORMATIVAS Y BIBLIOGRAFICAS

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2350 de 2020. Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 115 de 2026 (27 de enero de 2026). Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 2350 de 2020 y su anexo técnico.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016. Indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación nutricional.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. RIAMPS – Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Instituto Nacional de Salud (INS). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública – Desnutrición Aguda en menores de 5 años. Evento 113. Versión actualizada 2024.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Directriz sobre la prevención y el tratamiento de la emaciación y el edema nutricional (desnutrición aguda) en lactantes y niños menores de 5 años. Ginebra: OMS; 2023.

Secretaría de Salud Departamental del Huila. Lineamientos departamentales para la vigilancia y control de la desnutrición aguda. Neiva, Huila.

ICBF. Manual Técnico Modalidad de Atención y Prevención de la Desnutrición. Versión 1, 2025.

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

LÍNEA AMIGA
863 2828

WHATSAPP
304 384 99 92





ESE Carmen Emilia Ospina

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 45 de 46

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 2020 y con esto obtener una mejora continua en el subproceso de “Detección temprana y protección específica”.	19/07/2021
2	Modificación del documento: Se modifica documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso “Alteraciones Nutricionales”, se realizaron los siguientes ajustes: 1. Actualización de la vigencia. 2. Ajustes Estructurales	26/11/2025
3	Modificación del documento: Se actualiza todo el protocolo de acuerdo con la modificación del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses a través de la resolución 115 de 2026.	11/05/2026
Nombre: Lina María Ricaurte Vargas Contratista área de subgerencia de servicios de salud - Ruta Desnutrición y Cáncer Nombre: Paula Clareth Garnica Quintero Contratista área de Planeación	Nombre: Yanid Paola Montero García Cargo: Subgerente de Servicios de Salud.	Nombre: Adriana Marcela Losada Cañas Cargo: Gerente
Elaboró	Revisó	Aprobó

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 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		
PROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO	CODIGO: GDR-S5-D1	VIGENCIA: 11/05/2026	V3 PÁGINA 46 de 46

Buscamos la excelencia por su salud, bienestar y dignidad

 **LÍNEA AMIGA**
863 2828

 **WHATSAPP**
304 384 99 92

 **ESE Carmen Emilia Ospina**