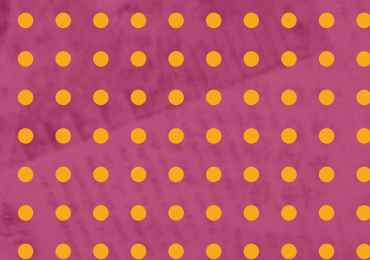


NAES

Nutrición y atención en salud

Fascículo 17, junio 2025



Desnutrición primaria en menores de 5 años en Colombia: retos y oportunidades en su intervención.

→ **La desnutrición aguda moderada o severa, es una enfermedad de origen social asociada a la inseguridad alimentaria, que afecta principalmente a niñas y niños durante la primera infancia. Se caracteriza por el deterioro físico y funcional del organismo¹**, que puede tener como consecuencia una respuesta inmunológica disminuida, haciéndolos más susceptibles a presentar enfermedades infecciosas. Por otra parte, alteración en el desarrollo que puede generar dificultades psicomotoras e incidir directamente en el rendimiento y el aprendizaje², y finalmente mayor probabilidad de enfermar o morir por causas prevenibles, con un riesgo hasta nueve veces mayor en comparación con niños sin desnutrición³. La muerte por esta causa se considera prevenible con la implementación de intervenciones de política pública, una atención oportuna y la buena calidad del sistema de salud⁷. Por lo tanto, las niñas y los niños que presentan esta condición requieren tratamiento inmediato que puede ser ambulatorio u hospitalario según la severidad y presencia de comorbilidades.

Este estado nutricional en menores de 5 años continúa siendo una problemática vigente de salud pública en Colombia. Según el Instituto Nacional de salud, en el año 2024 se notificaron 24.396 casos, con una prevalencia de 0,67 por cada 100 niños, lo que representó un aumento en la prevalencia en 0,05 puntos porcentuales en comparación con el año 2023, cuando la prevalencia fue de 0,62 por cada 100 niños⁴.

La desnutrición aguda moderada se diagnostica cuando el puntaje Z del indicador Peso para Longitud/Talla es menor a - 2 desviaciones estándar (DE) y mayor o igual a - 3 DE, y **la desnutrición aguda severa** se presenta cuando el puntaje Z del indicador Peso para Longitud/Talla es menor a - 3 DE o cuando se presenta edema bilateral de

origen nutricional, que puede progresar a anasarca. Para este diagnóstico se utilizan como referencia las gráficas y puntos de corte definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adaptados para Colombia mediante la Resolución 2465 de 2016¹.

Intervención de la desnutrición aguda moderada y severa

En Colombia, la Resolución 2350 de 2020 establece el lineamiento para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niñas y niños de 0 a 59 meses, adoptando las directrices establecidas por la OMS¹. Con relación al tratamiento, este documento acoge la recomendación de utilizar la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) para el manejo de niñas y niños de 6 a 59 meses en casos ambulatorios no complicados y en las fases de transición y rehabilitación, donde para el caso de los niños entre 6 a 59 meses de edad, en la fase de rehabilitación, el 80 % de los casos requieren tratamiento ambulatorio¹.

Dentro de la ruta de atención, una vez realizada la valoración clínica y antropométrica por parte del profesional en salud y determinado el diagnóstico nutricional, se debe realizar la prueba de apetito. Si esta resulta positiva y el estado clínico del menor lo permite, el inicia manejo ambulatorio. En caso contrario, si la prueba resulta negativa y se identifican complicaciones (como infecciones, entre otras) el manejo deberá ser intrahospitalario. Posteriormente, se debe diligenciar la ficha de notificación correspondiente al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Ver Ilustración 1.

Los casos que no requieren hospitalización deben ser atendidos de acuerdo con las modalidades de prestación de servicios en salud definidos por la normatividad vigente: atención intramural, extramural y telemedicina, garantizando el tratamiento nutricional con FTLC, medicamentos e indicaciones correspondientes al estado clínico del menor. Debe establecerse un plan de segui-

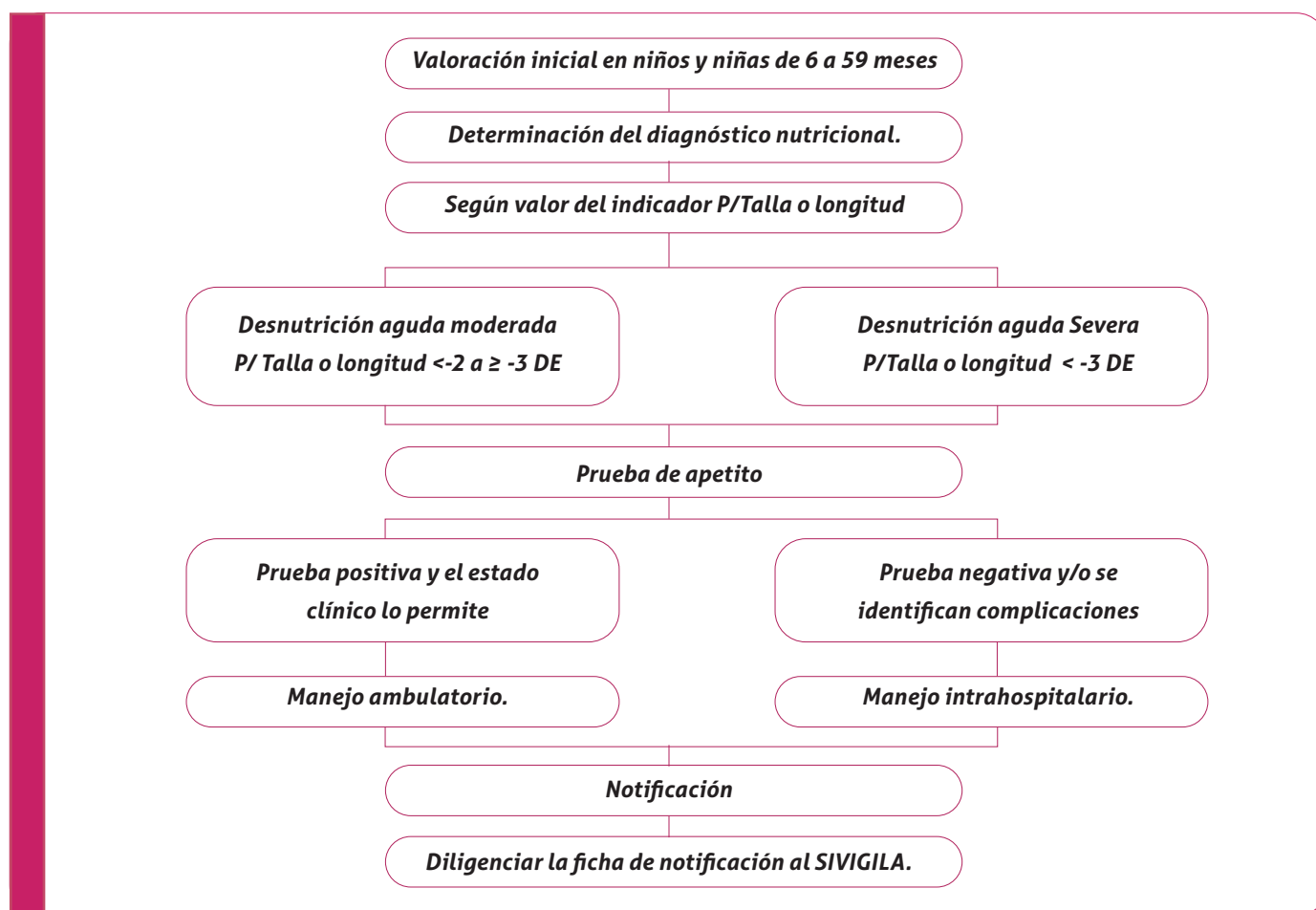


Ilustración 1: flujograma de atención para menores con diagnóstico de desnutrición aguda | Fuente: elaboración propia|

miento y promover prácticas clave que favorezcan una recuperación satisfactoria y el mantenimiento del estado nutricional.

El seguimiento nutricional es fundamental en el proceso de recuperación nutricional. Según el lineamiento se debe realizar una consulta ambulatoria o visita domiciliaria **a los siete días de iniciado el tratamiento, seguida por controles a las dos semanas y luego mensualmente hasta la recuperación nutricional.** Las evaluaciones pueden ser realizadas por profesionales de medicina, nutrición o enfermería con el propósito de reforzar o ajustar la intervención según la evolución del niño¹.

Por otro lado, la cantidad de FTLC es determinada por el profesional tratante de acuerdo con: la edad, el peso, el apetito y respuesta del paciente, realizando los ajustes necesarios en el aporte de kilocalorías (Kcal) por kilogramo (kg) de peso durante la intervención¹.

Con el fin de disminuir las complicaciones asociadas a la desnutrición aguda moderada o severa y, en consecuencia, reducir la mortalidad infantil, es fundamental facilitar el tratamiento con FTLC y mejorar el acceso al mismo, lo cual requiere reducir las barreras existentes y garantizar una intervención oportuna. En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyó esta tecnología en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) según la Resolución 2366 de 2023, artículo 50 numeral 6⁵.

La adherencia a la FTLC ha sido objeto de investigación; en un estudio realizado en la India, se comparó la aceptabilidad de una FTLC estándar (a base de maní) con la de una FTLC fabricada con productos locales, en niños con desnutrición aguda moderada. **Se encontró una baja tasa de aceptación, del 58%, para la FTLC estándar, mientras que la FTLC local tuvo una aceptación del 77%.** Esta baja tasa de aceptación a la FTLC está relacionada con

características **organolépticas como la textura y el sabor**, lo que representa una barrera para el éxito del tratamiento y la recuperación nutricional de las niñas y niños⁶.

Datos similares fueron reportados en el ensayo clínico aleatorizado realizado por Selvaraj y otros en 2022⁷, donde se evaluó la aceptación (definida como el consumo de más de dos tercios del total de kcal ofrecidas: 100 kcal/kg/día) de dos FTLC, una local a base de leche y otra estándar. **El 30 % de los participantes tuvieron un consumo aceptable de FTLC a base de leche, mientras que en la FTLC estándar alcanzó sólo un 18 %**. Estos hallazgos se relacionaron con que la FTLC local obtuvo mayores puntajes en apariencia, sabor, olor y textura en comparación con la fórmula estándar⁷.

Teniendo en cuenta la evidencia internacional sobre la aceptabilidad de la FTLC, en el manejo de la desnutrición aguda moderada o severa, se hace necesario explorar y documentar la aceptación y adherencia en la población colombiana. Lo anterior es importante no solo para adaptar la intervención nutricional al contexto sociocultural colombiano, sino también para generar evidencia que respalde la efectividad, y que apoye el diseño de políticas públicas sostenibles y costo-efectivas orientadas a reducir la carga asociada a la desnutrición aguda moderada o severa en la primera infancia en el país, **¿Qué tanto estamos invirtiendo en comprender los factores que realmente determinan el éxito del tratamiento nutricional en la primera infancia?**

Entonces, si no se logra la adherencia al tratamiento con FTLC y/o se identifica un fallo terapéutico, **¿Con qué alternativas terapéuticas se cuenta?**

Aunque el lineamiento para el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años del Ministerio de Salud únicamente contempla el uso de F75 o FTLC como opciones terapéuticas, **es importante considerar el uso de otros Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) dirigidos a la población pediátrica en caso de fallo terapéutico asociado a una baja adherencia a la FTLC**. Esta situación puede presentarse debido a intolerancia que se manifieste con síntomas como **las náuseas, el vómito o la diarrea, entre otros, o por baja adherencia asociado a características organolépticas como el sabor, el olor y la textura, que dificultan su consumo en esta población**. Estos factores pueden resultar en ganancia de peso nula o insuficiente.

Para optar por la prescripción de un APME alternativo, es fundamental documentar los hallazgos en los indicadores antropométricos que clasifiquen al paciente con desnutrición aguda moderada o severa, así como las causas que evidencian el fallo terapéutico. Lo anterior con el propósito de justificar la intervención nutricional con un APME diferente a los establecidos en el lineamiento. Se sugiere tener en cuenta algunas características nutricionales del producto nutricional a prescribir, descritas en la ilustración 2:



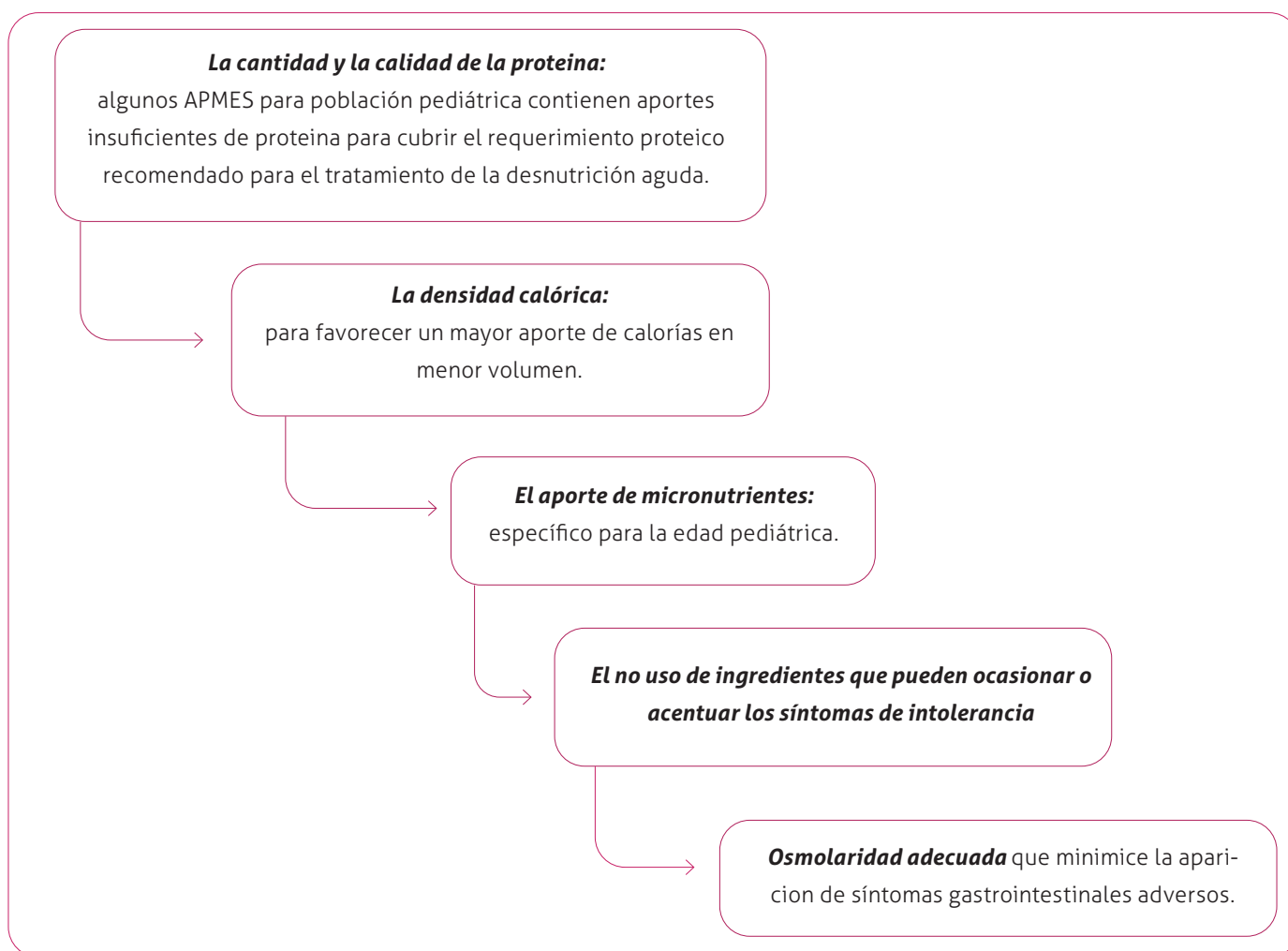


Ilustración 2: Características nutricionales claves en un APME para población pediátrica | Fuente: elaboración propia

En consecuencia, se deben analizar características que favorezcan una aceptación y consumo óptimos de forma que permitan una recuperación nutricional efectiva y prevenir las complicaciones asociadas a la desnutrición.

En síntesis, Colombia cuenta con un lineamiento establecido para el manejo de la desnutrición aguda en menores de 5 años, orientado a facilitar la intervención oportuna que permita una reducción en la tasa de mortalidad infantil asociada a esta condición. En este contexto, resulta fundamental fortalecer el conocimiento en el personal de salud que presta atención a población infantil en temas relacionados con este lineamiento a través de estrategias como la capacitación continua. **Además, desde la secretaria de salud y los entes territoriales, se deben fortalecer mecanismos efectivos para realizar seguimiento a las entidades de aseguramiento, con el fin de verificar su adherencia a lo establecido en el lineamiento.** Todo esto con el objetivo de garantizar una atención adecuada durante la primera infancia y explorar alterna-

tivas terapéuticas en casos de baja adherencia o tolerancia al tratamiento convencional.

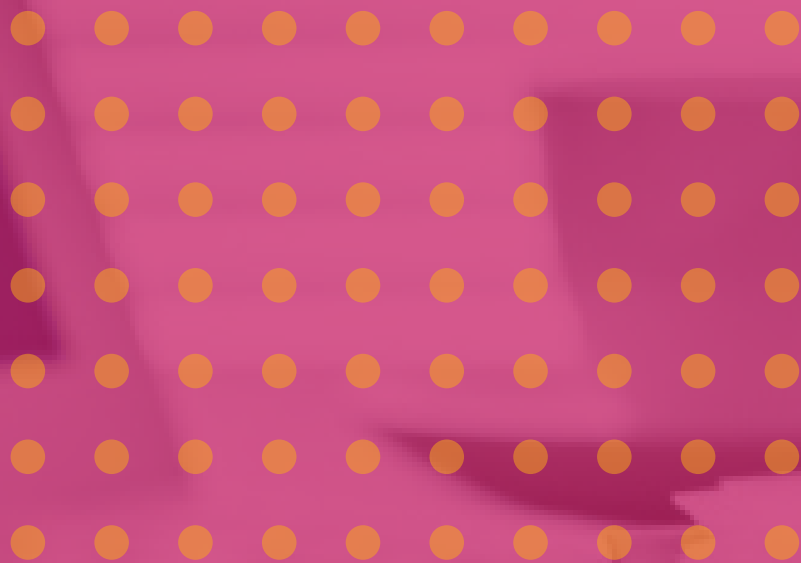
Por último, mientras que el abordaje de la desnutrición aguda moderada y severa en la primera infancia está claramente definido, **en los niños y niñas mayores de 5 años, el enfoque se ha centrado principalmente en la desnutrición crónica (retraso en talla)**, debido a su impacto en el desarrollo cognitivo y la productividad futura. No obstante, aunque la prevalencia de delgadez en niñas y niños mayores de 5 años fue más baja en comparación con el retraso en talla (1,7 % Vs 7,4 % para niños entre 5 y 12 años y 2,5 % Vs 9,7 % para adolescentes entre 13 a 17 años a nivel nacional para el 2015), **también se presentan casos de compromiso nutricional agudo y actualmente, no existe una directriz específica ni una orientación clínica para el manejo de esta condición en dicha población**, la cual también requiere atención, dado que enfrenta riesgos de mortalidad y complicaciones en salud graves⁸.

En su experiencia, ¿Cuál ha sido el nivel de cumplimiento del lineamiento para el manejo de la desnutrición aguda moderada y severa (adoptado por la Resolución 2350 de 2020), así como de la adherencia al seguimiento del tratamiento?

Desde la experiencia en su práctica, ¿se ha podido evidenciar la efectividad de la FTLC en la recuperación de los niños con desnutrición aguda moderada y severa?

Bibliografía

1. Resolución 2350 de 2020. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Ministerio de Salud y Protección social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Universidad Nacional de Colombia – HOMI Fundación Hospital pediátrico de la Misericordia.
2. UNICEF. Desnutrición infantil [Internet]. Madrid: UNICEF España; [citado 2025 mayo 26]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
3. Protocolo de vigilancia en salud pública. Desnutrición aguda en menores de 5 años. Versión 8. abril 2024
4. Boletín Semanal Epidemiológico. Semana Epidemiológica 11: 09 al 15 de marzo de 2025. Instituto Nacional de Salud. Pag 3 – 8.
5. Resolución 2366 de 2023. Ministerio de Salud.
6. Dube B, Rongsen T, Mazumder S, et al. Comparison of ready-to-use therapeutic food with cereal legume-based khichri among malnourished children. Indian Pediatr. 2009;46:383–8.
7. Selvaraj K, Mamidi RS, Peter R, Kulkarni B. Acceptability of locally produced ready to use therapeutic food (RUTF) in malnourished children: A randomized, double-blind, crossover study. Indian J Pediatr [Internet]. 2022;89(11):1066–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-022-04079-2>
8. ANDI, ABACO, y Fundación Éxito. Línea base de la nutricional de la niñez en Colombia, 2019. Lectura situacional para la toma de decisiones basada en evidencia. [Internet]. [citado el 12 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.andi.com.co/Uploads/Li%CC%81nea%20base%20de%20la%20situacio%CC%81n%20alimentaria%20y%20nutricional%20de%20la%20nin%CC%83ez%20en%20Colombia%20-%202019.pdf>



**Nutrición moderna con
beneficios para el afiliado y el
sistema de salud.**

