

1. OBJETIVO:

Determinar la ruta de atención de los niños y niñas menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición aguda en la ESE Bellosalud.

2. ALCANCE:

Aplica desde la captación del niño o niña menor de 5 años hasta el egreso de ruta desnutrición.

3. RESPONSABLES:

RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD
Médico general	Realizar el diagnóstico de desnutrición aguda, evaluación clínica y clasificación nutricional; descartar criterios de exclusión para manejo ambulatorio; realizar la fórmula de FTLC y cálculo de la cantidad para la prueba de apetito; prescribir el tratamiento correspondiente y realizar seguimiento clínico.
Nutricionista	Realizar diagnóstico y evaluación nutricional, clasificación nutricional, formulación de la prueba de apetito y seguimiento nutricional. Participar en la formulación y seguimiento del tratamiento nutricional.
Enfermera / Enfermera jefe	Participar en la identificación, evaluación y atención del niño con desnutrición; realizar actividades de la ruta, diligenciar la ficha de notificación epidemiológica cuando corresponda y participar en el seguimiento.
Auxiliar de enfermería	Realizar la prueba de apetito cuando corresponda, registrar el procedimiento en la historia clínica, apoyar la entrega o realización de la prueba de apetito y realizar el registro correspondiente.
Vigilancia Epidemiológica	Activar la ruta de desnutrición con EAPB-DLS, realizar seguimiento a los casos, asignar citas de seguimiento, retroalimentar a los profesionales y familia, activar la red de apoyo y gestionar los procesos de reposición y notificación establecidos en la ruta.
Estadística	Realizar el reporte en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA.
Farmacia	Administrar y custodiar el stock de FTLC en las sedes definidas; realizar la entrega del producto y gestionar la reposición de acuerdo con los soportes establecidos.
Promoción y Prevención	Administrar y custodiar el stock de FTLC en las sedes asignadas y participar en la entrega del producto y seguimiento correspondiente.
Líder de hospitalización	Reportar al área de Vigilancia Epidemiológica los pacientes hospitalizados con diagnóstico de desnutrición.
Coordinación médica	Participar en la gestión de los casos que requieren manejo hospitalario, traslado y seguimiento de situaciones relacionadas con

	INSTRUCTIVO RUTA DE ATENCION NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA	Código: VE-I-003
		Versión: 04
		Fecha: OCTUBRE 2026

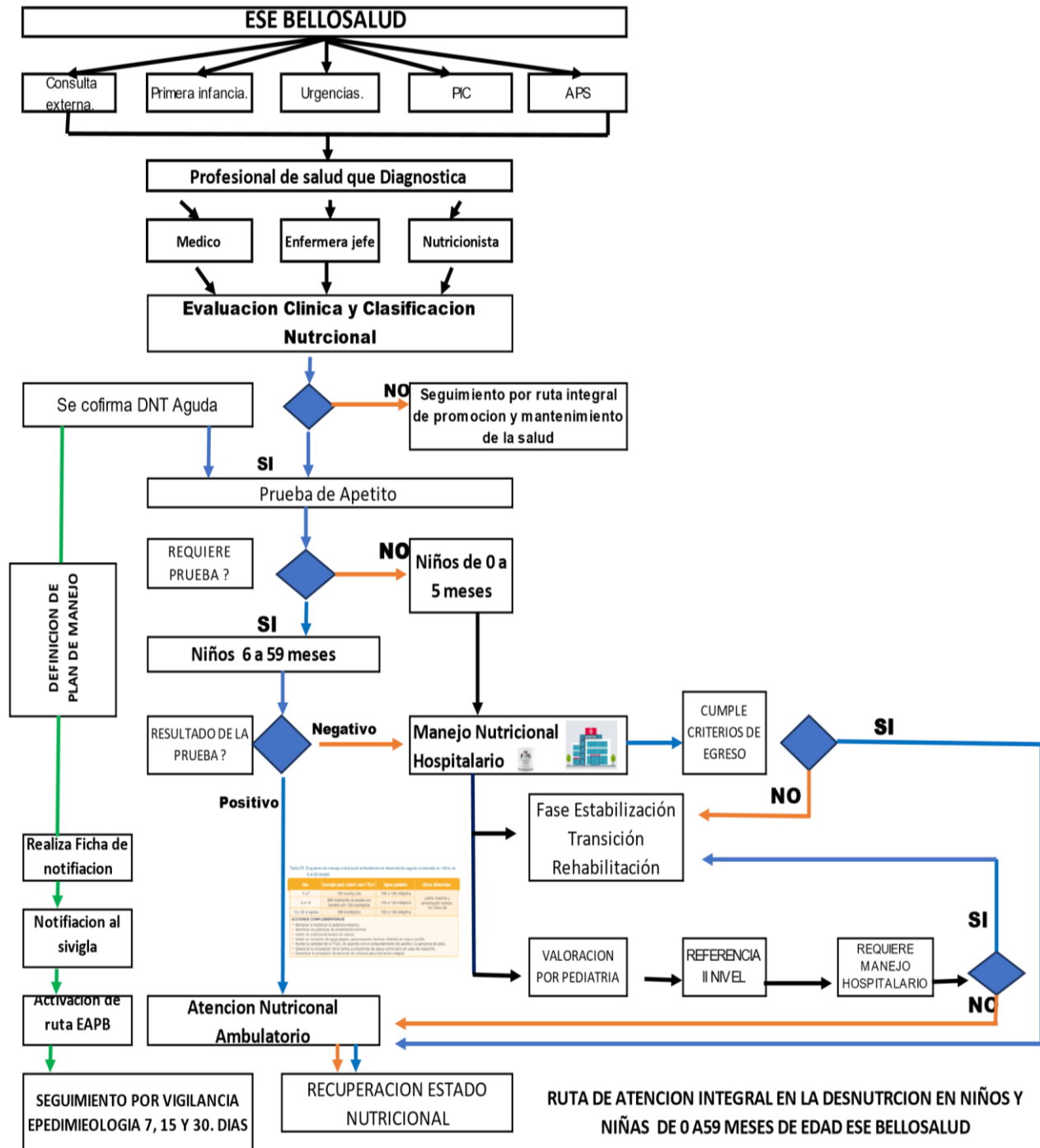
		la atención del menor.
Personal de facturación	de	Realizar el proceso de facturación de la prueba de apetito y garantizar los soportes establecidos para la facturación.
Profesional de vigilancia	de	Activar la red social de apoyo con Dirección Local de Salud, EAPB e ICBF y promover acciones para evitar recaídas.
Equipo de salud / profesionales tratantes		Garantizar la atención integral, seguimiento, educación a la madre o cuidador y cumplimiento de las actividades establecidas en la ruta.

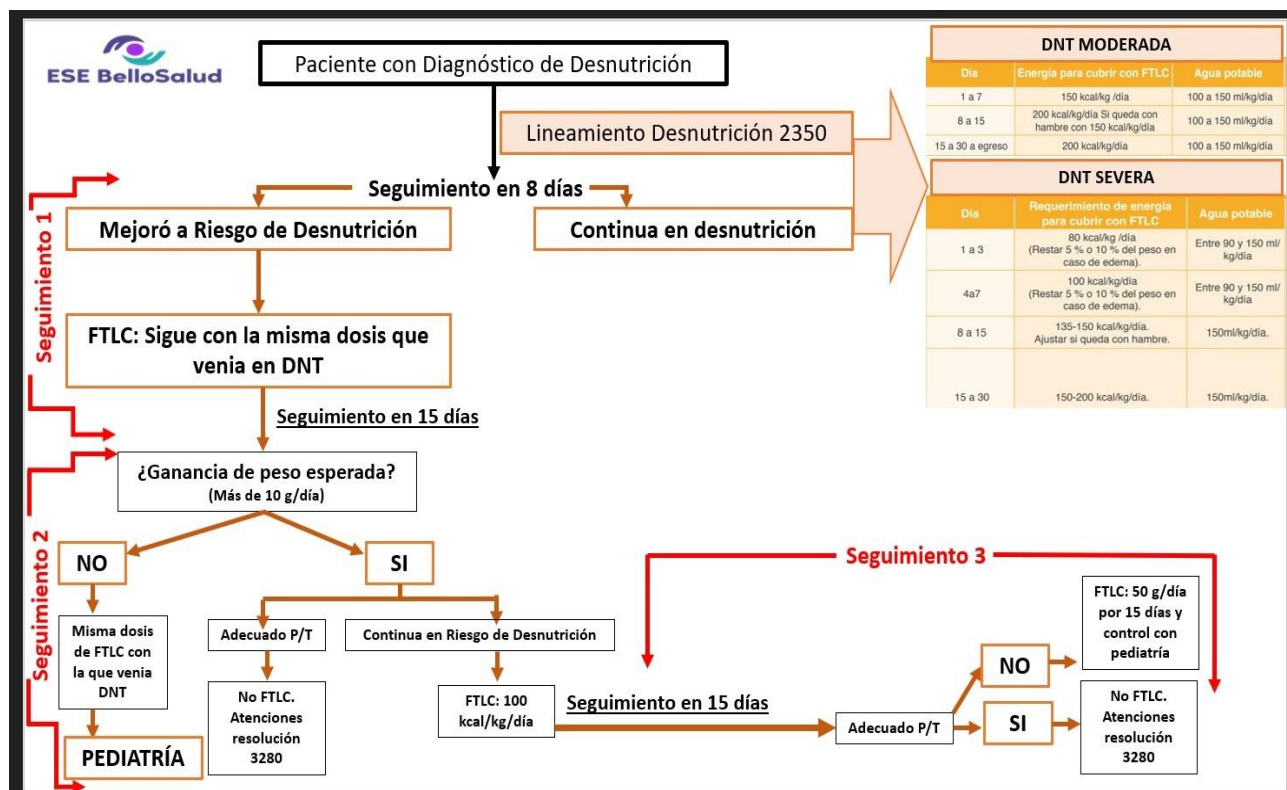
4. ENFOQUE DIFERENCIAL:

La ruta contempla un enfoque diferencial dirigido a niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda, reconociendo las diferencias relacionadas con la edad, condición nutricional, condición clínica, presencia de complicaciones y características familiares y sociales. El manejo se diferencia según grupos de edad, particularmente niños de 0 a 6 meses y de 6 a 59 meses, así como según la clasificación de desnutrición aguda moderada o severa y la necesidad de manejo ambulatorio u hospitalario. Asimismo, se consideran las condiciones de la madre, padre o cuidador, incluyendo su participación en la lactancia materna, alimentación, adherencia al tratamiento y capacidad para continuar el manejo en el hogar. La ruta contempla además la activación de redes de apoyo con la EAPB, Dirección Local de Salud e ICBF, así como acciones de protección frente a situaciones que puedan afectar la recuperación nutricional o generar riesgo para el menor.

5. GENERALIDADES

5.1. Flujograma





5.2. Talento humano que participa de las actividades esenciales

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Médico general	1
Nutricionista	1
Enfermera / Enfermera jefe	1
Auxiliar de enfermería	1
Profesional de Vigilancia Epidemiológica	1
Personal de Estadística	1
Personal de Farmacia	1
Personal de Promoción y Prevención	1
Líder de Hospitalización	1
Coordinación médica	1
Personal de Facturación	1
Psicología y Trabajo Social	1

5.3. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

No aplica

5.4. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Antibióticos empíricos según condición clínica	Según condición clínica del usuario
Micronutrientes	Según requerimiento del usuario
Albendazol	Según edad y requerimiento del usuario
Hierro	Según requerimiento del usuario
Dispositivos médicos	No se aplica
Fórmula Terapéutica Lista para Consumo (FTLC)	Según prescripción y requerimiento del usuario
Fórmula F-75	Según requerimiento del usuario
Fórmula láctea de inicio	Según requerimiento del usuario

5.5. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Formato de entrega de FTLC	Según cada usuario
Formato de seguimiento a la entrega de FTLC	Según cada usuario
Historia clínica	Según cada usuario
Ficha de notificación epidemiológica	Según cada caso
Fórmula médica / orden médica	Según cada usuario
Soporte de prueba de apetito	Según realización de la prueba
Soportes de facturación	Según cada atención
Formato de constancia de atención	Según cada atención

6. DESCRIPCIÓN DEL PASO A PASO

6.1. Descripción ruta de atención en salud para la recuperación nutricional en niños y niñas menores de 5 años en la ese Bellosalud (lineamiento manejo desnutrición resolución 2350 de 2020)

Esta ruta pretende establecer las actividades a realizar dentro de la ESE Bellosalud para la atención de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición, para ampliar términos del manejo clínico dentro del ámbito hospitalario y ambulatorio clínico ver resolución 2350 de 2020.

ACTIVIDADES	
1. Lugares donde se captan los pacientes.	• Consulta externa. • Atenciones en salud para la Primera infancia. • Urgencias. • PIC • APS

2. Profesional de salud que Diagnostica	• Médicos Generales • Nutricionistas • Enfermeras												
3. Criterios de inclusión a proceso de recuperación nutricional: diagnóstico clínico de desnutrición	• Realización de medidas antropométricas donde se incluye el Perímetro Braquial si es < de 11.5 cm (enflaquecimiento del brazo) o Edema bilateral inicialmente en miembros inferiores, luego ascendente Disminución del peso en proporción a la talla (peso/Talla): es el principal indicador de enflaquecimiento agudo y se correlaciona con riesgo de muerte • DNT Aguda Severa (<-3 Desviaciones Estándar –DE-) • DNT Aguda moderada entre (-3 y <-2 DE) • marasmo y Kwashiorkor (enflaquecimiento extremo o desnutrición con edemas) Tabla 5. Clasificación de la desnutrición aguda moderada y severa. (10) <table><tr><th>Indicador antropométrico</th><th>Punto de corte Desviación Estándar DE</th><th>Clasificación</th></tr><tr><td rowspan="4">Peso para la Talla (P/T-L)</td><td>• ≥ -1 a $\leq +1$</td><td>• Peso Adecuado para la Talla</td></tr><tr><td>• ≥ -2 a < -1</td><td>• Riesgo de Desnutrición Aguda</td></tr><tr><td>• < -2 a ≥ -3</td><td>• Desnutrición Aguda Moderada</td></tr><tr><td>• < -3</td><td>• Desnutrición Aguda Severa</td></tr></table>	Indicador antropométrico	Punto de corte Desviación Estándar DE	Clasificación	Peso para la Talla (P/T-L)	• ≥ -1 a $\leq +1$	• Peso Adecuado para la Talla	• ≥ -2 a < -1	• Riesgo de Desnutrición Aguda	• < -2 a ≥ -3	• Desnutrición Aguda Moderada	• < -3	• Desnutrición Aguda Severa
Indicador antropométrico	Punto de corte Desviación Estándar DE	Clasificación											
Peso para la Talla (P/T-L)	• ≥ -1 a $\leq +1$	• Peso Adecuado para la Talla											
	• ≥ -2 a < -1	• Riesgo de Desnutrición Aguda											
	• < -2 a ≥ -3	• Desnutrición Aguda Moderada											
	• < -3	• Desnutrición Aguda Severa											
4. Profesional de salud hace evaluación integral	Descartar criterios de exclusión para recuperación nutricional ambulatoria: • Desnutrición secundaria a enfermedad crónica • complicaciones (neumonía, diarrea, otitis, problemas de piel, anemia). • Patologías que contraindican el uso de los ingredientes de las fórmulas terapéuticas. • El profesional de la salud que hace el diagnostico de DNT debe realizar la fórmula de la FTLC y hacer el cálculo de la cantidad a suministrar al menor para que la auxiliar de enfermería realice la prueba de apetito.												

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

Edad	Peso Kg	Consumo mínimo FTLC	POSITIVA		NEGATIVA	
			Observación	Conducta a seguir	Observación durante 15 minutos	Conducta a seguir
6 a 59 Meses	4 • 6.9	¼ de sobre	Recibe con agrado la FTLC.	Manejo ambulatorio.	Come menos de lo esperado o se niega a consumir la FTLC a pesar del ayuno, el tiempo y el ambiente propicio para la prueba.	Manejo hospitalario.
	7 • 9.9	⅓ de sobre				
	10 • 14.9	½ sobre				

5. Profesional de salud

Prueba de Apetito.

- Auxiliar de enfermería asignadas a p y p de los centros de salud.
- Auxiliar de enfermería servicios de urgencias y hospitalización.
- nutricionista

El personal profesional puede realizar la prueba de apetito si no se cuenta con el personal auxiliar en las sedes.

- Médicos
- Enfermeras
- Nutricionistas

Realiza la prueba de apetito con la Fórmula Terapéutica Lista para Consumo (FTLC- Pumplint®-): (Edad, y Peso) la dosificación del FTLC la realiza el profesional que realiza el diagnostico.

Ofrecer al niño la cantidad ordenada por el profesional de la salud, teniendo en cuenta el **lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350** que debe, usar un sobre nuevo de FTLC. Verificando: aceptabilidad y tolerancia del producto en 15 minutos o más.

Si el niño consume con agrado la cantidad mínima predeterminada según se considera “prueba de apetito positiva” paso a seguir es establecer el tratamiento ambulatorio.

Si la “prueba de apetito es negativa”, es decir que el menor no consumió la dosis calculada para su peso requiere recuperación nutricional de manera hospitalaria. (el paso es solicitar a Coordinación medica la ambulancia para trasladar el menor).

NOTA: la prueba terapéutica se hace, al momento siguiente al diagnóstico no se difiere para otro momento.

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

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

En caso de que la prueba de apetito sea positiva, el profesional debe diligenciar en Historia Clínica la Formula para solicitud de la FTLC y prescripción del tratamiento, realizar la justificación con los datos del estado nutricional, **resultado de la prueba de apetito y administración del tratamiento.**

La auxiliar de enfermería realiza registro en historia clínica la descripción del procedimiento de realización del si la prueba de apetito y si esta fue positiva no negativa

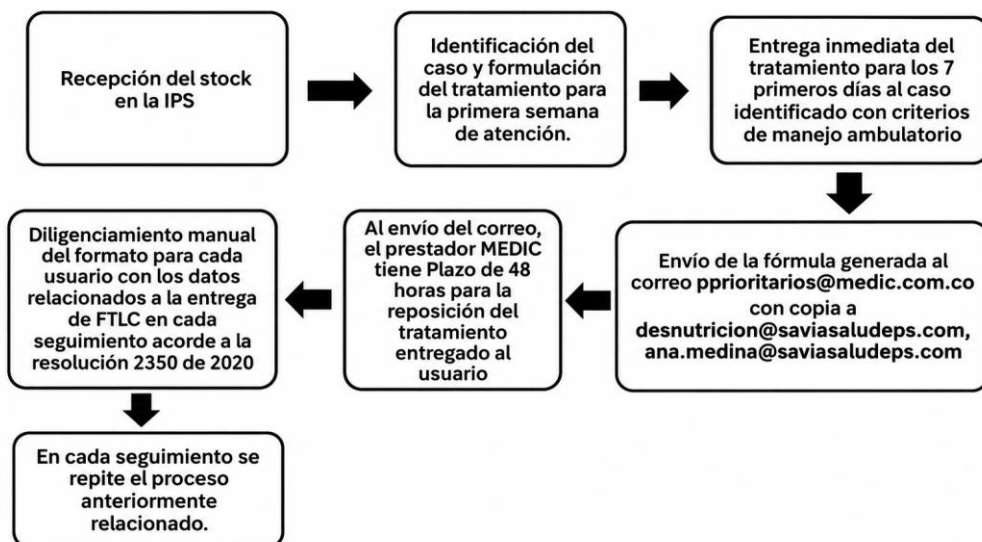
En el diagnostico se deben registrar el que corresponda a:

- E440 Desnutrición Aguda Moderada
- E43x Desnutrición Aguda Severa.

Una vez confirmada el resultado positivo o negativo se realizará la prescripción médica correspondiente informando a vigilancia o coordinación médica, direccionará el paciente al área de farmacia o Promoción y prevención dependiendo la sede, para entrega del FTLC.

**6. Entrega de
FTLC
Institucional**

FLUJOGRAMA DE LA RUTA DE ENTREGA FTLC EN CADA IPS (Anexo 1)



Ver: **procedimiento institucional para la entrega de FTLC en las sedes de la ESEBelloSalud.**

Distribución de stock inicial:

- El proveedor MEDIC realizará la entrega del stock de FTLC en cada una de las ocho sedes mencionadas.
- El stock en las sedes París, Rosalpi y Zamora será administrado y custodiado por farmacia.
- El stock en las sedes Playa rica, Fontidueño, Maruchenga, San Félix y Mirador será administrado y custodiado por el personal Auxiliar de enfermería de Promoción y Prevención.

Entrega al paciente:

- El paciente sale de la consulta médica con la fórmula prescrita.
- La madre o acudiente se dirige a la unidad correspondiente de su sede (farmacia o Promoción y Prevención).
- El responsable verifica:
 - a. La validez de la fórmula.
 - b. La cantidad de dosis prescritas.
- Se realiza la entrega del FTLC.
- Se diligencia el formato de entrega institucional, en el que la madre o acudiente firma como constancia de recibido, Es un formato

individual para cada niño que lleva la siguiente información.



FORMATO DE SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE FTLC POR USUARIO (Anexo 2)

Nombre Completo	Número de documento				
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		
Fecha de entrega	Cantidad de sobres entregados	Número de días del tratamiento ordenado	Firma del acudiente		

OBSERVACIONES: _____

Alianza Macellán Antioquia EPS – SAS NIT 900.604.350-0
 Tel: (4) 4501674 Calle 45 # 55-45 Piso 13 Ed. Business Plaza Medellín – Antioquia
 Email corporativo: atencionalcuidadano@saviasaludeps.com
 Para notificaciones de Tutelas: notificacionestutelas@saviasaludeps.com
 Para notificaciones judiciales: notificacionjudiciales@saviasaludeps.com

- Nombre del paciente
- Numero de Documento
- Fecha de entrega del producto
- Cantidad de sobres entregados
- Número de días tratamiento ordenado
- Firma del acudiente

Solo se entregará formula prescrita para 7 O 15 días, las que superen la cantidad se informará a vigilancia para solicitar a medico corrección de la formula.

Reporte y reposición:

- El área responsable (farmacia o Promoción y Prevención) notifica al área de Vigilancia Epidemiológica sobre la entrega efectuada, a la extensión 357 o en su defecto vía wapsat celular 3127418613 de vigilancia Epidemiologica o correo electrónico vepidemiologica@esebellosalud.gov.co
- Vigilancia Epidemiológica recopila la información y gestiona la solicitud de reposición del producto al proveedor MEDIC, adjuntando soportes correspondientes.
- Historia clínica, nota de la prueba de apetito y Formula, se enviará los soportes al correos: pprioritarios@medic.com.co,

	ana.medina@saviasaludeps.com, Desnutricion@saviasaludeps.com y gina.mejia@saviasaludeps.com adjunto historia clínica, formula, Nombre del paciente, documento del paciente, dirección de sede, teléfono y horario de recibo del producto. El día 30 de cada mes el área responsable (farmacia o Promoción y Prevención) enviara los soportes escaneados del Formato de seguimientos a la entrega de FTLC usuario. de las entregas al correo de vepidemiologica@esebellosalud.gov.co
7. Facturación de prueba de apetito por evento.	Los médicos nutricionistas y enfermeras deberán realizar la fórmula individual de la prueba de apetito: Fórmula terapéutica para prueba de apetito, la cual debe describir la cantidad a suministrar dependiendo el peso y la edad del menor. dentro de la consulta, la cual deberán entregar al personal auxiliar de enfermería que realiza la facturación. El personal auxiliar de enfermería realizará el proceso de facturación en centros de salud (consultar con farmacia o facturación evento), factura con cargo a consulta externa y se utiliza el código: 103100407. Para las pruebas que se realizan en urgencias u hospitalización el personal auxiliar presentar la fórmula en farmacia para el debido proceso de facturación. (Paquete de facturación) soportes que deben garantizar en la factura. Para el caso de fines de semana este proceso será realizado por el área de facturación de Urgencias. Paquete de facturación - Factura - Fórmula terapéutica para prueba de apetito - Verificación de derechos así sea Capitado. - Formato de Constancia de atención firmada por el paciente. NEPS Distribución de stock inicial: Actualmente no se encuentra contratado las fórmulas de FTCL y F75. Se garantiza un stock de 30 sobres de FTLC, para realización de pruebas

de apetito.

Auxiliar de enfermería:

No facturar la orden correspondiente a la entrega o realización de la prueba de apetito para usuarios de Nueva EPS.

En la fórmula médica u orden correspondiente, se deberá dejar constancia de la entrega del sachet o de la realización de la prueba de apetito.

La madre, padre o acudiente del paciente deberá firmar dicha fórmula u orden, registrando claramente:

- Nombre completo
- Número de cédula
- Firma
- Fecha de entrega o realización de la prueba

Con este soporte firmado, se realizará la solicitud de reposición del sachet al área de farmacia.

El área de farmacia será la encargada de realizar el debido proceso de reposición, de acuerdo con los soportes entregados.

Posteriormente, farmacia enviará al servicio el soporte correspondiente de la entrega o reposición de la prueba de apetito.

Vigilancia Epidemiológica solicitará reposición a NEPS o proveedor designado.

No se cuenta stock FTLC para iniciación en manejo Ambulatorio.

- Si el paciente presenta prueba de apetito positiva, el médico tratante ordenará la fórmula FTLC, dejando el soporte correspondiente en la historia clínica y en la orden médica.
- La orden médica, junto con el soporte de la prueba de apetito positiva y los datos necesarios del usuario, será remitida a los correos institucionales definidos por Nueva EPS, anexando como mínimo: nombre completo del paciente, número de documento, nombre del acudiente, teléfono de contacto, sede de atención, cantidad ordenada y dirección o punto definido para la entrega.
- Con la información remitida, Nueva EPS direccionará la entrega a

través de la farmacia correspondiente, con el fin de que los padres, madres o acudientes se acerquen al punto indicado y se gestione la entrega del producto según la disponibilidad y la ruta autorizada por la EPS.

- La institución deberá orientar al acudiente sobre el punto de entrega informado, conservar los soportes de la remisión realizada y dejar constancia del seguimiento efectuado al caso.

Nota: En el momento no se cuenta con contratación vigente con Nueva EPS para garantizar la entrega inmediata de FTLC en la UPS, ni se dispone de un stock institucional que asegure la inmediatez de las fórmulas para todos los usuarios. Por tanto, la entrega efectiva queda sujeta a la autorización, disponibilidad y ruta operativa definida por Nueva EPS y su red farmacéutica.

Se garantiza F75 nivel intrahospitalario previa Autorización.

8. Manejo ambulatorio de niños entre 6 y 59 meses de edad

Ver - lineamiento-manejo-desnutricion-resolucion-2350.

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

Tabla 25. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda moderada en niños de 6 a 59 meses

Día	Energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 7	150 kcal/kg /día	100 a 150 ml/kg/día	Leche materna y alimentación familiar. 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 prácticas 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.



Recuerde

- Suspender la FTLC cuando el puntaje Z del indicador P/T este entre -1 y -2 DE.

Tabla 26. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda severa en niños de 6 a 59 meses

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 otras 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 otras 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.

9. Manejo hospitalario en niños de 0 a 6 meses de edad

Líder de hospitalización reportara al área de vigilancia epidemiológica pacientes hospitalizados por diagnóstico de desnutrición.

¿Qué se hace en caso de que el padre o madre no acepten el manejo hospitalario? Que reporte se hace ¿a quién se le hace? Ambiente en centros de salud.

En los casos que el padre o la madre en centros de salud no acepten el traslado al ambiente de manejo hospitalario se debe registrar nota por parte de médico, donde se describa la educación y explicación a la madre donde se informa la notificación del caso a ICBF, infancia y a dolencia EAPB y dirección local de salud, por parte del área vigilancia epidemiológica.

Para los ambientes hospitalarios se deberá realizar notificación inmediata a policía de infancia y adolescencia y dejar soportado en historia clínica la trazabilidad de los tiempos de espera del ente regulador o la información establecida e informar a la madre de las complicaciones riesgos que puede presentar el menor y explicación a la madre donde se informa la notificación del caso a ICBF, infancia y a dolencia EAPB y dirección local de salud, por parte del área vigilancia epidemiológica.

Se debe reportar al área de vigilancia epidemiológica y coordinación médica.

No se realizará disentimientos informados por tratarse de menor de edad.

Fase de estabilización - Ver lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350.

- Controle la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio
- Prevenga, identifique y trate la hipoglicemia - Detecte signos de choque, corrija cuidadosamente la deshidratación
- Vigile la función renal
- Asegure función intestinal
- Corrija la anemia grave
- Controle la hipotermia
- Inicie antibióticos empíricos según condición
- Lactancia materna, inicio de alimentación y definición de manejo nutricional
- Administre micronutrientes
- Busque y determine el compromiso de la piel

Fase de transición – Ver lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350

Se realiza la transición entre F-75 y la alimentación definitiva una vez se resuelvan los problemas agudos, de acuerdo con el esquema propuesto, lo que incluye evaluar: valoración antropométrica, alimentación del niño, salud mental de la madre y condiciones familiares

La duración de esta fase puede ser entre 2 a 7 días. Haga seguimiento al peso diario del niño, incluida la valoración de los edemas y determine

Si se observa ganancia de peso por dos días consecutivos: En niños menores de 3 meses de 25 a 30 gr/día. En niños mayores de 3 meses de 12 a 16 gr/día.

- Síndrome de realimentación

Fase de rehabilitación - Ver lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350.

Se trata de la culminación terapéutica y consolidación alimentaria. En esta fase debe verificarse la producción de leche materna y la ganancia de peso. Los niños menores de 3 meses deben ganar 30 gr/día, con un mínimo de 25 gr/día y los niños mayores de 3 meses 16 gr/día con un mínimo de 12 gr/día.

- Administre micronutrientes

- Apoyo en estimulación sensorial y emocional
- Vacunación

Criterios de egreso de hospitalización

De acuerdo con las recomendaciones de OMS, se plantean los siguientes:

- Se encuentran resueltas las condiciones patológicas, incluyendo el edema.
- El niño se encuentra clínicamente bien y alerta. o Se alimenta con lactancia materna exclusiva. y El niño presenta buen apetito dado por succión fuerte y lactancia a libre demanda
- Se identifican signos de buena posición y buen agarre en la práctica de lactancia materna.
- La madre y cuidador se encuentran empoderados y seguros con relación a cómo alimentar a su hijo.
- La ganancia de peso del niño es satisfactoria por mínimo tres días consecutivos, tanto para quienes son alimentados con lactancia materna exclusiva, como en los niños que presentan condiciones especiales y requieren fórmula láctea de inicio.
- Si el niño no es amamantado se asegura disponibilidad de fórmula láctea de inicio suficiente hasta el próximo control en el marco de la normatividad vigente. Así mismo, es fundamental que madre y cuidador hayan preparado la fórmula láctea de inicio y alimenten al niño bajo supervisión de los profesionales tratantes durante la hospitalización.
- Ha recibido valoración y continuo seguimiento por equipo de psicología y trabajo social. y Se garantiza seguimiento ambulatorio entre los 3 a 5 días posteriores al egreso y de forma semanal hasta que se recupere.
- El niño cuenta con el esquema de vacunación actualizado para la edad
- Debe egresar con cita asignada para consulta de valoración integral de la primera infancia, siendo ésta diferente a las consultas de seguimiento.
- La madre o cuidador continúa el apoyo con consejería en lactancia materna y alimentación complementaria.

Tabla 15. Suministro de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda moderada en niños menores de 6 meses.

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

Nota: Si el niño está activo y recuperado, estimule la administración de leche materna, simultáneamente con la técnica de la TSS.

En caso de hiporexia, ofrezca F-75 y la leche materna con cuchara, taza o jeringa, o por SNG en caso de no ser posible la vía oral. En esta situación, posponga la iniciación de la TSS. No usar biberones ni chupos.

Ajuste la ingesta diaria de F-75, de acuerdo con las variaciones en el peso.

Tabla 16. Suministro de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda severa en niños menores de 6 meses.

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

10. Manejo Hospitalario 6 a 59 meses de edad.

Líder de hospitalización reportara al área de vigilancia epidemiológica pacientes diagnóstico hospitalizados por desnutrición.

¿Qué se hace en caso de que el padre o madre no acepten el manejo hospitalario? Que reporte se hace ¿a quién se le hace?

En los casos que el padre o la madre en centros de salud no acepten el traslado al ambiente de manejo hospitalario se debe registrar nota por parte de médico, donde se describa la educación y explicación a la madre donde se informa la notificación del caso a ICBF, infancia y a dolencia EAPB y dirección local de salud, por parte del área vigilancia epidemiológica.

Para los ambientes hospitalarios se deberá realizar notificación inmediata a policía de infancia y adolescencia y dejar soportado en historia clínica la trazabilidad de los tiempos de espera del ente regulador o la información establecida e informar a la madre de las complicaciones riesgos que puede presentar el menor y explicación a la madre donde se informa la notificación del caso a ICBF, infancia y a dolencia EAPB y dirección local de salud, por parte del área vigilancia epidemiológica.

Se debe reportar al área de vigilancia epidemiológica y coordinación médica.

No se realizará disentimientos informados por tratarse de menor de edad.

Fase de estabilización - Ver lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350

- Evalúe Controle la hipoxemia y el esfuerzo respiratorio.
- Prevenga, verifique y trate la hipoglicemia, detecte signos de choque y corrija cuidadosamente la deshidratación.
- Vigile la función renal
- Asegure función intestinal
- Corrija la anemia grave
- Controle la hipotermia
- Inicie antibióticos empíricos según condición
- Administre micronutrientes
- Definición de manejo nutricional - inicio cauteloso
- Busque y determine el compromiso de la piel

Fase de transición – Ver lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350

La fase de transición consiste en el paso gradual de F-75 a FTLC y leche materna, si el niño está siendo amamantado. Se inicia cuando se resuelven o controlan las comorbilidades, se reduce el edema y mejora el apetito. Tiene una duración promedio de 3 a 7 días, dependiendo de las condiciones clínicas del niño.

- a) Administre micronutrientes
- b) Síndrome de realimentación

Fase de rehabilitación - Ver -lineamiento-manejo-desnutricionresolucion-2350.

En esta fase debe verificarse el apetito y la ganancia de peso. El manejo nutricional se basa en la administración de la FTLC y la continuación de la lactancia materna, cuando están siendo amamantados o se logró la relactancia. En dicha fase se espera alcanzar un aporte de 150 a 200 kcal/kg/día, de 4 a 6 g/kg/día de proteína y de 150 a 200 ml/kg/día de agua segura.

Los criterios de egreso hospitalario y continuación del tratamiento ambulatorio son los siguientes:

- Se encuentra clínicamente bien y sin alteración del estado de conciencia.
- No cursa con complicaciones médicas. o Los procesos infecciosos se encuentran resueltos o controlados.
- Hay retorno del apetito, el niño consume al menos el 75 % de la

	FTLC, prescrita por uno a dos días consecutivos, para un aporte mínimo de 135 kcal/k/día. • Hay reducción del edema si este se encontraba presente. o Ganancia de peso por dos días consecutivos entre 12 gr/día y 16 gr/día. y Prueba de apetito positiva el día del egreso. • Aceptación por parte de la familia y del cuidador, del compromiso de continuar el tratamiento ambulatorio. Y • Seguimiento acorde con lo establecido en el manejo ambulatorio, hasta cumplir los criterios para pasar a clasificación de riesgo nutricional (por encima de -2DE). • Esquema de vacunación completo para la edad, teniendo en cuenta que la aplicación simultánea de varias vacunas no está contraindicada en el manejo de los niños con desnutrición aguda. o Suministro de albendazol al niño que recibe tratamiento para desnutrición Dosis única de 200 mg si tiene entre 12 y 24 meses de edad o de 400 mg si es mayor de 2 años de edad. y formulación de FTLC suficiente hasta el próximo control, programado en el curso de la siguiente semana. Contar con historia clínica, documento que debe incluir diagnósticos, información antropométrica, evolución clínica y procedimientos realizados durante la hospitalización • Garantizar la contrarreferencia con diagnóstico principal de desnutrición aguda
11. Profesional de salud activa - ruta de atención	• Profesionales Medico, enfermera Y nutricionista: Diligencia ficha notificación epidemiológica. • Estadística: reporta en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA • Vigilancia Epidemiológica: Activa ruta desnutrición EAPB - DLS
12. Control por profesional de salud, cada 7, 15 y 30 días	Vigilancia epidemiológica asigna las citas de seguimiento según periodicidad, por el componente AIEPI. Se realizará prueba de apetito en cada seguimiento según resolución. Vigilancia epidemiológica retroalimenta a paciente, medico nutricionista y coordinación medica de la asignación de citas seguimiento y a madre del menor la cual debe traer sobre de FTLC para nueva prueba de apetito de control. Evaluación por médico o nutricionista institucional, mínimo a los días 7, 15 y 30 del diagnóstico y entrega de tratamiento. y luego mensual, hasta aumentar percentil de peso/talla por encima de -2 desviaciones estándar (cambio de clasificación de desnutrición aguda, a riesgo de desnutrición) En cada cita de control evaluar:

- Revisar adherencia terapéutica:
- Detallar registro de la alimentación recibida en las últimas 24h
- Investigar morbilidad de las últimas 2 semanas
- Realizar examen físico. o Realizar nueva prueba de apetito en por el personal Auxiliar de enfermería, el cual se informará a madre o padre traer FTLC de los entregados en la formula y realizar prueba, el personal Auxiliar de enfermería dejará soporte en nota de enfermería.
- Si al niño no se le ha entregado formula FTLC para el control el medico dejara por escrito la no entrega por parte de la EAPB.
- Medir perímetro braquial, peso y talla según técnica descrita en resolución 2465 de 2016 y verificar ganancia de peso, aumento del perímetro braquial y desaparición de los edemas
- Reforzar practicas seguras de Higiene, lavado de manos, manipulación de alimentos, lactancia materna y alimentación complementaria
- Signos de alarma AIEPI
- Demanda inducida vacunación y crecimiento y desarrollo
- Demanda inducida a la madre en planificación familiar

Describir en el análisis de historia clínica medidas antropométricas, percentiles vacunación y crecimiento y desarrollo y fallas de entregas de tratamiento por parte de la EAPB,

Cuando dentro del seguimiento no se ha realizado la entrega del tratamiento activar ruta con vigilancia epidemiológica y coordinación médica.

Vigilancia epidemiológica activara red de apoyo.

13.Procedimiento para el seguimiento de niños y niñas que pasan de desnutrición aguda a riesgo de desnutrición aguda, conforme a la Resolución

El lineamiento indica un manejo escalonado con controles cada 15 días:

Seguimiento 1

Si el niño pasó de desnutrición aguda a riesgo de desnutrición
Se continúa la FTLC en la misma dosis que tenía durante el tratamiento.

Seguimiento 2

Si hay ganancia de peso adecuada, pero sigue en riesgo Se formula FTLC a 100 kcal/kg/día hasta el siguiente control.

000115 de 2026	Seguimiento 3 Si persiste el riesgo, Se indica FTLC equivalente a 240-270 kcal/día por 15 días y valoración por pediatría. Si durante los controles no se evidencia evolución favorable o no hay ganancia de peso esperada, el caso debe remitirse a pediatría para continuar con diagnóstico integral, exámenes, valoración por otras áreas si se requiere y manejo individualizado. Si logra peso adecuado Si en cualquiera de los seguimientos el niño logra peso adecuado para la talla o longitud, debe continuar por la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, según la Resolución 3280 de 2018.
14. Profesional vigilancia	Activar red social de apoyo Dirección local de salud de bello, EAPB, ICBF. para evitar recaídas. Programas de suplementación alimentaria, vinculación a programa buen comienzo, vinculación a la familia a programas de huertas caseras y otros proyectos productivos para mejorar seguridad alimentaria Promover buenas prácticas de crianza y puericultura. Prevenir maltrato infantil.
15. Alta del programa	Un niño se considera recuperado cuando se cumplan TODOS los criterios: • Sin edema por dos seguimientos consecutivos • Peso/Talla mayor de -2DE (Desviaciones Estándar) Clínicamente bien y estable Y TODAS las siguientes condiciones: • Esquema de vacunación actualizado. o Tratamiento de la anemia ferropénica hasta recuperar las reservas de hierro: al terminar FTLC suplementar hierro a dosis de tratamiento por 3 meses • Cita de control 15 días después del egreso para la consulta de seguimiento en la Ruta de promoción y mantenimiento, en curso de vida de primera infancia. • Resumen de historia clínica y nutricional registrado en el sistema de información de la IPS.
16. Extensiones	• Coordinación medica Extensión 233

	INSTRUCTIVO RUTA DE ATENCION NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION AGUDA	Código: VE-I-003
		Versión: 04
		Fecha: OCTUBRE 2026

de contacto RUTA DESNUTRICI ON	• Vigilancia Epidemiológica • Promoción y prevención • Líder AIEPI	Extensión 357 Extensión 307 Extensión 457
---	--	---

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

8. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Mayo 2024	Creación de Documento.	Enfermero de vigilancia epidemiológica / jefe de calidad	Gerente
02	Mayo 2025		Enfermero de vigilancia epidemiológica / jefe de calidad	Gerente
03	Mayo 2026	Se adjunta el proceso de entrega de FTLC para NEPS, y se egresa procedimiento de manejo para niños que pasan a riesgo desnutrición.	Enfermero de vigilancia epidemiológica / jefe de calidad	Gerente
04	Octubre 2026	Actualización del formato y codificación	Enfermero de vigilancia epidemiológica / jefe de calidad	Gerente