

GUÍA PARA

para la

ATENCIÓN NUTRICIONAL

de niños y niñas de
6 a 59 meses con

DESNUTRICIÓN AGUDA

Febrero 2024



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



VENEZUELA
NUTRITION
CLUSTER

unicef 

para cada infancia

Dra. Magaly Gutiérrez Viña
Ministra del Poder Popular para la Salud

Dr. Jesus Osteicochea
Viceministro de Salud Colectiva

Dra. Luz Rodríguez Medina
Adjunta al viceministro de Salud Colectiva

Dra. Susana Ponte
Directora de la Dirección de Salud de la Familia

ÍNDICE

INDICE	3
ACRÓNIMO	7
GLOSARIO Y CONCEPTOS TÉCNICOS	8
INTRODUCCIÓN AL MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN VENEZUELA	13
IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN	21
INTRAMURAL	22
EXTRAMURAL	22
EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS	23
PASOS	23
EDEMA	25
RECOMENDACIONES DE USO	27
PESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS	28
PESO EN NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS	28
LONGITUD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS	30
TALLA EN NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS	31
HERRAMIENTAS PARA CLASIFICAR	32
ADMISIÓN Y REFERENCIA	34
INDICACIONES PARA EL USO Y CONSUMO DEL ATLC	44
METODOLOGÍA	44
VISITAS DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO	44
TRANSICIÓN DE DAS A DAM	45
CRITERIOS PARA LA REFERENCIA A LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA	45
RUTA DE REFERENCIA	46
EGRESO DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL COMUNITARIA/ RECUPERACIÓN	49
CASOS DE EGRESO / INDICADORES DE DESEMPEÑO	51
INDICADORES DE CALIDAD	51
SEGUIMIENTO INDIVIDUAL POST EGRESO	52
BIBLIOGRAFÍA	53



ACRÓNIMOS

ASIC	Áreas de Salud Integral Comunitaria
ATLC	Alimento terapéutico listo para su consumo
CB	Circunferencia del brazo (también conocido como MUAC por sus siglas en inglés)
DA	Desnutrición aguda (GAM, por sus siglas en inglés)
DAM	Desnutrición aguda moderada (MAM, por sus siglas en inglés)
DAS	Desnutrición aguda severa (SAM, por sus siglas en inglés)
DE	Desviación estándar
GNC-TA	Global Nutrition Cluster Technical Alliance (Alianza Técnica del Clúster Global de Nutrición)
INN	Instituto Nacional de Nutrición
MUAC	Medium upper arm circumference (Circunferencia media del brazo)
MPPS	Ministerio del Poder Popular para la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
P/T	Peso para la talla o la altura
SDN	Sin desnutrición aguda
SERN	Servicios de Educación y Recuperación Nutricional
SI	Socios implementadores
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
VO	Vía oral

GLOSARIO Y CONCEPTOS TÉCNICOS

PUNTAJE Z

Es una medida estadística que expresa el número de desviaciones estándar que una puntuación individual se aleja por encima o por debajo de la media de la población. En esta guía, cuando hablemos de puntaje Z nos referiremos a las puntuaciones individuales en lo referente a los valores antropométricos “peso para la talla”.

CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO (CB) / PERÍMETRO BRAQUIAL

La circunferencia del brazo (CB) —también conocida como “circunferencia media del brazo”, “circunferencia muscular del brazo” (CMB), “perímetro braquial” (PB) o MUAC (medium upper arm circumference) por sus siglas en inglés— es la circunferencia del brazo no dominante (frecuentemente el izquierdo), medida en el punto medio entre la punta del hombro y la punta del codo (apófisis del acromion y olécranon, respectivamente). La CB es la medida más recomendada para contextos de emergencia y entornos comunitarios y se utiliza para medir el estado nutricional de niños y niñas de entre 6 y 59 meses y otros grupos de población. Es un buen predictor de la mortalidad.

MALNUTRICIÓN

La malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Es un estado fisiológico anormal a consecuencia de una ingesta alimentaria deficiente o excesiva en energía, proteína y/o micronutrientes o por absorción deficiente de éstos, debido a enfermedades recurrentes o crónicas.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR DEFICIENCIAS DE MICRONUTRIENTES

Las deficiencias de micronutrientes ocurren cuando el cuerpo no tiene suficientes cantidades de vitaminas y minerales. Esto puede suceder debido a una insuficiente ingesta dietética, insuficiente absorción y/o una inadecuada utilización de las vitaminas y minerales. A pesar de que los micronutrientes se necesitan en cantidades muy pequeñas, su repercusión en la salud del organismo es fundamental y la carencia de cualquiera de ellos puede causar afecciones graves e incluso mortales. Estos elementos desempeñan una serie de funciones, entre ellas la de permitir al organismo producir enzimas, hormonas y otras sustancias necesarias para el crecimiento y el desarrollo normales. Las carencias de hierro, vitamina A y yodo son las más comunes en todo el mundo.

DESNUTRICIÓN AGUDA (DA)

La desnutrición aguda o emaciación resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de crisis alimentaria o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y que requiere tratamiento inmediato. Se define según el indicador de peso para la talla (P/T) < -2 desviaciones estándar (DE) del puntaje Z de los estándares de crecimiento de la OMS de 2006. También puede definirse por la presencia de edema con fóvea bilateral (kwashiorkor). Según la definición de la OMS, la desnutrición aguda se divide en desnutrición aguda severa y desnutrición aguda moderada (DA = DAS + DAM).

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA (DAM)

La desnutrición aguda moderada, también conocida como MAM (moderate acute malnutrition) por sus siglas en inglés, se define por un peso para la talla (P/T) ≥ -3 DE a < -2 DE del puntaje Z de los estándares de crecimiento de la OMS de 2006. También se define por una CB 11,5 a $< 12,5$ cm. El niño o niña que la padece necesitará tratamiento inmediato para evitar complicaciones en su salud.

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA (DAS)

La desnutrición aguda severa, también conocida como SAM (severe acute malnutrition) por sus siglas en inglés, se define por un peso para la talla (P/T) < -3 DE del puntaje Z de los estándares de crecimiento de la OMS de 2006. También se define por una CB $< 11,5$ cm o por la presencia de edema con fóvea bilateral. La DAS se caracteriza por las siguientes manifestaciones clínicas que definiremos en los apartados correspondientes: marasmo, kwashiorkor y la forma de marasmo-kwashiorkor. Requiere internación inmediata, pues el niño o niña que la padece tiene hasta 9 veces más riesgo de morir.

MARASMO

También conocido como "emaciación severa" (peso/talla < -3 DE del puntaje Z y/o CB $< 11,5$ cm en niños y niñas menores de 5 años). Un niño o niña con marasmo es extremadamente delgado/a, y tiene otros signos como abdomen distendido, a menudo debido a parásitos intestinales, y generalmente es irritable.

KWASHIORKOR

El kwashiorkor es una manifestación clínica de la DAS caracterizado por edema bilateral con fóvea. Un niño o niña que sufre de kwashiorkor puede parecer que no está desnutrido/a debido a que el cuerpo se hincha como resultado del edema. El agua adicional retenida en el cuerpo incrementa el peso del niño o niña, por lo que podría aparecer dentro de límites normales. En su forma más severa, kwashiorkor produce una piel extremadamente tensa y brillante, lesiones cutáneas, cabello descolorido, hígado aumentado de tamaño y apatía.

FORMA MARÁSMICO-KWASHIORKOR

Un niño o niña marásmico-kwashiorkor combina ambas formas de la DAS. Un infante con esta condición presenta emaciación moderada o severa (P/T < -2 DE) y edema bilateral, generalmente en los pies y piernas.

ATENCIÓN NUTRICIONAL HOSPITALARIA O ATENCIÓN CON SERVICIO DE INGRESO EN SERN

Es un servicio en el que se trata a los niños y niñas con DAS con complicaciones, hasta que su condición médica se estabiliza y las complicaciones se resuelven (normalmente de 4 a 7 días). El tratamiento luego continúa a nivel ambulatorio hasta que el niño o niña se recupera de la desnutrición aguda.

ATENCIÓN NUTRICIONAL AMBULATORIA

Es un servicio por medio del cual en Venezuela se trata a los niños y niñas con DAS y DAM sin complicaciones y que han pasado la prueba de apetito, a través de un tratamiento médico nutricional de rutina. El niño o niña desnutrido sin complicaciones y prueba de apetito positiva será admitido en el programa de atención nutricional ambulatoria y asistirá a citas regulares hasta que se le clasifique como recuperado.

Comprende un conjunto de servicios externos diferentes a los servicios que requieren un ingreso o una hospitalización, como pudiera ser un ingreso a un SERN o un hospital de nivel tipo III y IV de referencia. Entendemos que la atención nutricional integral de la desnutrición en la comunidad es un tipo de atención ambulatoria ya que no requiere un ingreso u hospitalización.

ADMISIÓN AL PROGRAMA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL

En Venezuela, hablamos de admisión a un programa de recuperación nutricional cuando se clasifica solo como desnutrición aguda (severa y moderada) para recibir tratamiento.

INGRESO

El ingreso de niños y niñas con desnutrición aguda con complicaciones médicas se puede realizar en los SERN que tienen servicio de ingreso o en los hospitales tipo III o IV.

PRUEBA DE APETITO

Esta prueba, junto con la valoración médica, nos ayudará a decidir si un niño o niña puede ser tratado en la comunidad con visitas ambulatorias al puesto de salud, o si debe ser remitido a un establecimiento de mayor complejidad (hospital tipo III o IV o SERN), donde pueda ingresar y recibir un tratamiento intrahospitalario. Un niño o niña con poco apetito no consumirá el ATLC en casa y seguirá deteriorándose, e incluso podría morir.

La pérdida del apetito es uno de los primeros signos de complicación médica en los niños y niñas con desnutrición aguda. Significa que el niño o niña tiene una infección severa o una anomalía metabólica importante, como una disfunción hepática o un desequilibrio electrolítico, entre otros. Estos son los pacientes con riesgo inminente de muerte y, por lo tanto, requieren tratamiento en uno de los servicios anteriormente mencionados.

ENFOQUES SIMPLIFICADOS

Los enfoques simplificados hacen referencia a una serie de adaptaciones de los protocolos nacionales y mundiales existentes para el tratamiento de la DAS. Estas simplificaciones están diseñadas para usarse en puntos de atención en los que no se cuenta con suficiente personal capacitado para hacer un cálculo exacto de los requerimientos.

ATLC: ALIMENTO TERAPÉUTICO LISTO PARA EL CONSUMO

El alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC), conocido en Venezuela como RUTF (ready to use therapeutic food) por sus siglas en inglés, es un alimento listo para consumir especialmente diseñado para la recuperación nutricional de los niños y niñas con desnutrición aguda. El ATLC contiene una mezcla de múltiples micronutrientes, incluido hierro, y previene el crecimiento de bacterias gracias a su bajo contenido de agua. Por esta razón, con un manejo apropiado esta fórmula terapéutica puede usarse sin riesgo en el hogar, siempre que sea almacenada de forma higiénica en recipientes cerrados. Otra cualidad de los ATLC es su alta densidad energética o cantidad de energía (520-550 kcal/100 g), lo que permite a los niños y niñas con desnutrición aguda comer cantidades más pequeñas de alimento a intervalos más frecuentes y ganar peso más rápido.

El ATLC es una pasta formulada suave, homogénea y espesa que contiene maní molido, azúcar, aceite, leche en polvo y una premezcla de vitaminas y minerales en proporciones específicas definidas por la OMS. Para ampliar la información sobre la composición nutricional del ATLC, referirse a Composición Nutricional ATLC en este documento. El uso de ATLC debe limitarse a la recuperación de la desnutrición aguda moderada y severa. No es adecuado para la alimentación regular de niños y niñas y adultos, por eso no debe compartirse con otros miembros de la familia. El alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC) es una fórmula terapéutica/medicamento, indicado para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 6 a 59 meses de edad. Debe ser prescrito y su administración debe darse por equipos médicos o personal calificado en los centros de salud o las organizaciones de base comunitaria con personal capacitado para este fin.

CALCULADORES ANTROPOMETRICAS DIGITALES¹

Son herramientas digitales en las que se puede agregar la información antropométrica de los niños y niñas y automáticamente calculan el puntaje Z de diferentes indicadores, peso para la longitud o talla incluido en estos, por lo que son herramientas muy útiles y precisas para estas evaluaciones.

Existen diferentes herramientas digitales para la evaluación antropométrica de niños y niñas, la pertinencia de cada una de estas en este protocolo depende de la fuente de información para la clasificación, el estándar es que se base en los estándares de crecimiento de la OMS.

De acuerdo con estos criterios en Venezuela se han identificado y promovido el uso de dos de estas herramientas:

- WHO Anthro: calculador antropométrico que utiliza Windows MNS. Se ha desarrollado para facilitar la aplicación de los estándares de crecimiento de la OMS. Tanto el programa como la App son gratuitos.

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software> ²

- Maventy Mobile: es una App para teléfonos móviles desarrollada por la organización no gubernamental Maventy Health International, esta disponible para ser usada en sistema operativo Android y es también gratuita.

https://play.google.com/store/apps/details?id=org.maventy&hl=es_VE&gl=US&pli=1

1 WHO Anthro para computadoras personales, versión 3, 2009: Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo. Ginebra: OMS 2009. <http://www.OMS.int/childgrowth/software/en>.

2 Mobile technology | Maventy Health International. <https://www.maventy.org/madagascar/mobile-technology>

INTRODUCCIÓN
AL MANEJO DE LA
DESNUTRICIÓN
AGUDA EN
VENEZUELA

Los primeros años de vida de un niño o niña son cruciales para su supervivencia, crecimiento y desarrollo. Según la OMS, alrededor del 45% de las muertes de niños y niñas menores de 5 años están relacionadas con la desnutrición. La OMS indica que los niños y niñas bien alimentados tienen un 33% más de probabilidades de salir de la pobreza

en la edad adulta. Por otra parte, la desnutrición infantil puede acarrear consecuencias para toda la vida, como

un menor coeficiente intelectual, escasas habilidades socioemocionales y un sistema inmunitario más débil.

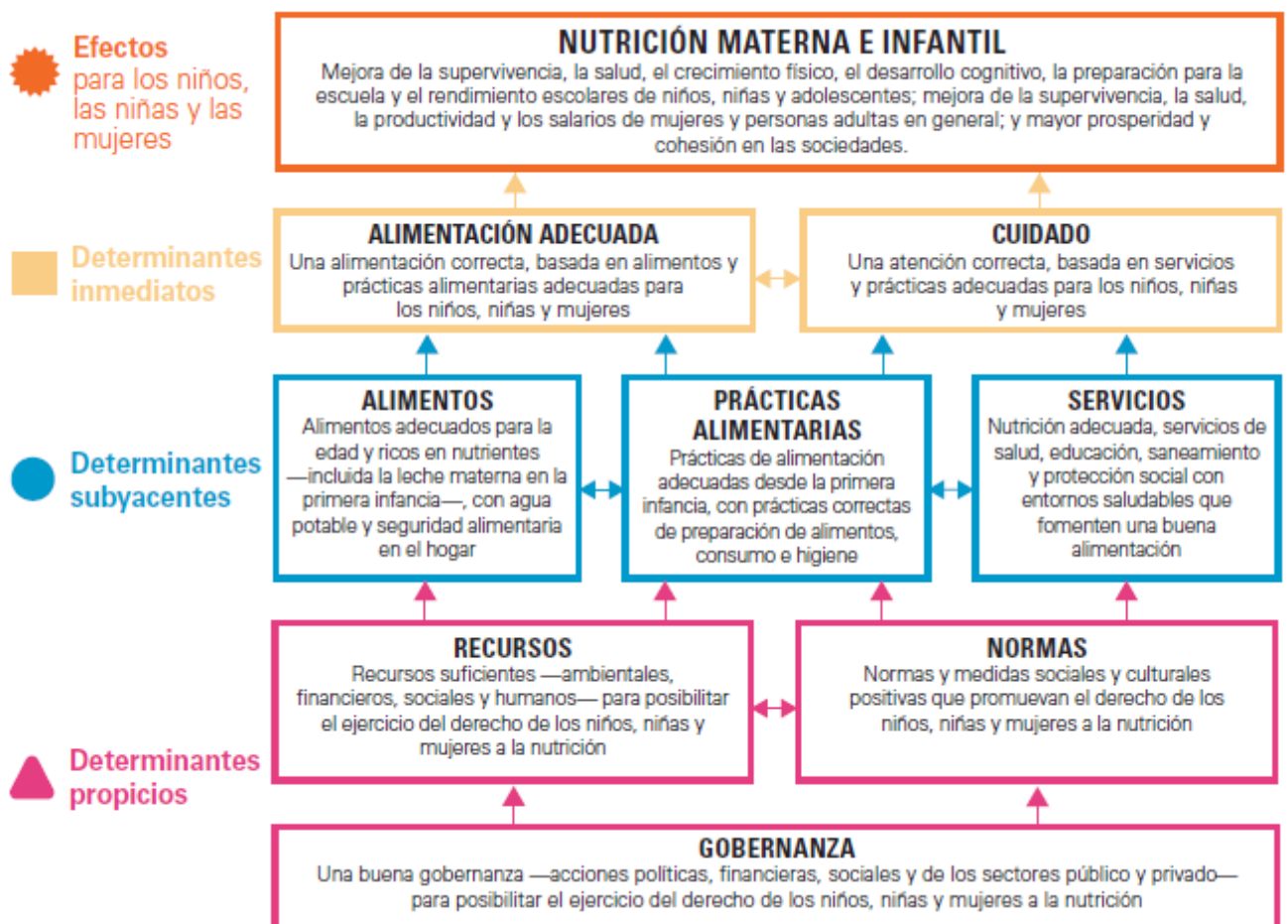
La desnutrición aguda refleja una pérdida de peso reciente que se pone de manifiesto en un peso reducido para una altura determinada. Esta condición se produce como resultado de una afectación reciente en el estado nutricional del niño o niña, que puede ser causada por inseguridad alimentaria, una enfermedad reciente, prácticas inadecuadas de cuidado o alimentación del niño o niña, o una combinación de estos factores. Los niños y niñas con desnutrición aguda severa son muy susceptibles

a las infecciones y a la muerte. El marco conceptual de la desnutrición propuesto por UNICEF (1997) muestra cómo las causas se relacionan entre sí y las divide en causas inmediatas, subyacentes y básicas, las cuales varían dependiendo de cada país, región o comunidad.

45%
de las muertes
de niños y niñas
menores de 5 años
están relacionadas con
la desnutrición.

Fuente: OMS

Gráfico 1. Marco causal de la desnutrición



Fuente: UNICEF, 2020

En Venezuela se han aplicado diversos escenarios y abordajes. Anteriormente, y en línea con la estrategia internacional utilizada en las décadas de 1980 y 1990, se daba tratamiento a todos los casos de desnutrición aguda severa en el hospital y en los centros SERN que tenían el servicio de ingreso (antiguamente llamado "internado"). Esto suponía estancias prolongadas y un alto costo.

En la década de 1990, con el desarrollo del ATLC como principal factor, se modificó radicalmente el abordaje y manejo de niños y niñas con desnutrición aguda severa a nivel internacional,

al pasar del tratamiento intrahospitalario en todos los casos al manejo ambulatorio en los casos sin complicaciones médicas, reservando el manejo intrahospitalario solo para la atención de los casos minoritarios que presentaban complicaciones médicas. La experiencia y la evidencia muestra que alrededor del 80 al 95 % de los niños y niñas entre 6 y 59 meses con desnutrición aguda severa pueden recibir una atención ambulatoria y llevar a cabo el tratamiento en sus hogares, en sus respectivas comunidades, esta guía explica el uso de 2 protocolos internacionales siendo estos el publicado por la Organización Mundial de la Salud OMS el cual es la recomendación principal si se cumplen todos los criterios y en casos más complejos con poco personal calificado o suficiente el protocolo simplificado.

80% - 95%
**de los niños y niñas
 entre 6 y 59 meses
 con desnutrición aguda
 severa pueden recibir una
 atención en sus respectivas
 comunidades, con ATLC.**



IDENTIFICACIÓN DE CASOS

SERVICIOS DE SALUD Y NUTRICIÓN

- Consulta pediátrica - control del niño sano
- Emergencia pediátrica
- Consulta externa
- Programas de seguridad alimentaria
- Jornada de vacunación

↓
Valoración médica, antropométrica y nutricional en servicios de salud de los centros de la red comunal de salud u organizaciones de base comunitaria por personal capacitado

↑
REFERIR A SERVICIOS DE SALUD

BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS

- Jornadas comunitarias
- Visita casa a casa
- CB Familiar

CONFIRMACIÓN Y CLASIFICACIÓN

Niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad con **desnutrición aguda sin complicaciones médicas**

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

Si cumple uno de los siguientes criterios

- PT <-2 DE a ≥-3 DE
- CB <12,5 cm a ≥11,5 cm

Y todas las siguientes

- Prueba de apetito positiva
- Clínicamente bien y estable
- Alerta

DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

Si cumple uno de los siguientes criterios

- DHQ' 89
- 76 O%2) V#
- Edema bilateral leve
- Y todas las siguientes
- Prueba de apetito positiva
- Clínicamente bien y estable
- Alerta

Niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad con **desnutrición aguda con complicaciones médicas**

Si cumple uno de los siguientes criterios

- DHQ' 89
- 76 O%2) V#
- Edema bilateral leve

Y uno de los siguientes

- Prueba de apetito negativa, vomita
- Anorexia
- Infección en vías respiratorias inferiores
- Deshidratación severa
- Anemia severa
- No alerta, letargia, inconsciencia
- Convulsiones
- Edema moderado o severo

Menores de 6 meses de edad

- Delgadez visible
- PT <-3 DE

Mayores de 6 meses de edad con peso inferior a 4kg

DEFINICIÓN DEL MANEJO

Manejo y tratamiento comunitario en el hogar

Atención ambulatoria

Centro de la red comunal de salud - consulta médica ambulatoria
SERN consulta externa

- Atención médica y nutricional
- Manejo anticipado de infecciones para casos DAS
- Suministro de ATLC según tabla 8
- Vacunación y desparasitación
- Consejería y educación en prácticas clave de alimentación, salud, agua e higiene y nutrición
- Seguimiento médico y nutricional hasta recuperación

Manejo y tratamiento intrahospitalario

SERN modalidad de ingreso Hospitales nivel III o IV

- Manejo de las complicaciones médicas
- Estimulación sensorial-motora
- Tratamiento antiparasitario / antimalárico
- Manejo nutricional
- Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria para niños mayores de 6 meses

SEGUIMIENTO

←
Se presentan complicaciones médicas, no hay ganancia de peso

REFERIR A:

←
Se recupera de complicaciones médicas

REFERIR A:

→ **SIN MEJORA**

→ **Evaluar presencia de otras patologías**

DE: Desviaciones estándar
DAS: Desnutrición aguda severa
FTLC: Fórmula terapéutica lista para el consumo
SERN: Servicios de Educación y Recuperación Nutricional (del INN)

Actualmente, la estrategia en Venezuela para la atención de la desnutrición aguda de niños y niñas de 6 a 59 meses engloba diversos componentes.

En esta guía se presenta la atención comunitaria y ambulatoria integrada de los niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición aguda (moderada y severa) sin complicaciones médicas, así como la atención para la prevención de la desnutrición aguda en niños y niñas.

Aunque esta guía no contempla el tratamiento intrahospitalario de la DA con complicaciones médicas, sí incluye los criterios de referencia y contrarreferencia.

Hablamos de atención comunitaria y ambulatoria porque no se contemplan los casos que están hospitalizados (hospitales tipo III o IV) o ingresados (en un SERN), y porque es a través de esta atención comunitaria y ambulatoria que acercamos el tratamiento de la DA sin complicaciones a la comunidad, basándonos en una atención prioritaria.

Mediante un enfoque comunitario, se realiza la identificación temprana de los casos, la referencia, el seguimiento y su acompañamiento, y se brinda consejería y educación de buenas prácticas de alimentación de lactantes, niños y niñas de 6 a 59 meses. La movilización comunitaria también incluye la articulación con otros componentes y programas (agua y saneamiento, seguridad alimentaria, protección de la infancia y la familia, entre otros sectores) dentro de una estrategia que en muchos casos es integral, englobando más aspectos que solamente el enfoque nutricional, como se recoge en esta guía.

Con el término “atención comunitaria y ambulatoria” queremos reflejar la idea de que no solamente se trata de la entrega de suministros, sino que también consiste en el abordaje integral en la identificación, movilización a nivel comunitario, manejo médico, acompañamiento, seguimiento de los casos, consejería y prevención de las complicaciones.

Así, el enfoque comunitario se complementa con el trabajo integrado del personal comunitario y del personal de la salud. El rol de los primeros es la prevención de la DA mediante el acompañamiento a familias y cuidadores, con la promoción de prácticas adecuadas de alimentación para lactantes, niños y niñas pequeños, la detección de signos clínicos, y la identificación y referencia de casos de DA a la red ambulatoria de salud.

Actualmente, en Venezuela el manejo de la desnutrición aguda se articula y complementa a través de diferentes instituciones/actores y programas.

INTRODUCCIÓN A LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE VENEZUELA

El sistema de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), está compuesto por tres grandes redes: la red de atención comunal de salud, la red ambulatoria especializada y la red de atención hospitalaria, además de la red de urgencia y emergencias, que es transversal a todo el sistema.

En Venezuela, las unidades básicas de integración y unificación del Sistema de Salud son las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), unidades técnico-administrativa. En la actualidad existen 593 ASIC en el ámbito nacional y las cantidades varían en cada Entidad Federal. Las instituciones prestadoras de atención, cuidado integral, servicios docentes, de investigación, así como las organizaciones populares, forman parte de las ASIC y en ellas se aplicará el modelo de atención integral, universal, equitativa y gratuita, que va desde lo individual hasta lo familiar, comunal y ambiental.

En los establecimientos de salud, basados en el Sistema Público Nacional de Salud bajo el modelo de atención comunal integral, publicado en la Gaceta Oficial 36876, se prioriza la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como las acciones de restitución y rehabilitación.

Los establecimientos de salud pertenecientes a cada red se distribuyen de la siguiente manera:

- **Red de Atención Comunal de Salud:** consultorios populares tipo I, II y III (13 617), consultorios odontológicos populares (1923), ópticas populares (330), centros de diagnóstico integral (573) y salas de rehabilitación integral (587).
- **Red Ambulatoria Especializada de Salud:** ambulatorios urbanos tipo II (187), ambulatorios urbanos tipo III (47), clínicas populares (10) y centros de alta tecnología (47). Cabe destacar que esta red se encuentra en un proceso de reclasificación, publicado en la Gaceta Oficial 41796, según el cual pasarán a ser clínicas populares tipo I, clínicas populares tipo II, clínicas populares especializadas y centros de Red de Establecimientos de apoyo para el diagnóstico especializado, dependiendo el caso.
- **Red de Atención Hospitalaria de Salud:** hospitales tipo I (145), hospitales tipo II (68), hospitales tipo III (50) y hospitales tipo IV (28).

Al igual que la Red Especializada, esta red también se encuentra en un proceso de reclasificación, publicado en la Gaceta Oficial 41796. Estos establecimientos pasarán a ser hospitales generales: nacionales, estatales, regionales y municipales, y hospitales especializados: nacionales, estatales y regionales.

SERVICIO DE EDUCACIÓN Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL (SERN)

El INN también gestiona los SERN. Actualmente, estos servicios cuentan con consulta externa para casos en los que el niño o la niña no presenta complicaciones médicas, y los SERN con servicio de ingreso para aquellos casos con complicaciones médicas, siempre y cuando estas complicaciones no sean lo suficientemente severas para requerir de ingreso en un hospital tipo IV.³

Tabla 1. Resumen del protocolo en Venezuela

Guía para la identificación temprana y tratamiento de la desnutrición aguda (moderada y severa) en Venezuela		
Aspecto a evaluar	Protocolo estandar de OMS	Protocolo Simplificado
Criterio de admisión ambulatoria a nivel comunitario de desnutrición aguda	<p>DAS: UNO de estos criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso/talla < -3 DE ó CB < 11,5 • Edema bilateral leve y TODOS los siguientes: • Sin complicaciones médicas y prueba de apetito positiva <p>DAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CB ≥ 11,5 cm a < 12,5 cm o • Peso/talla ≥ -3 a < -2 • Sin edema bilateral y uno de los siguientes: <p>Contexto en el que no existan programas de apoyo familiar en seguridad alimentaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falla en el manejo con consejería y programas de seguridad alimentaria. • Caso de recaída a DAM previamente recuperado. • Caso en recuperación de DAS. • estatus socioeconómico o de medios de vida deficiente. • Comorbilidad (VIH, tuberculosis, o algún tipo de discapacidad que no altere la evaluación antropométrica) 	<p>UNO de estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso/talla < -2 DE ó CB < 12,5 • Edema bilateral leve y TODOS los siguientes: • Sin complicaciones médicas y prueba de apetito positiva
Frecuencia de visitas de seguimiento	<p>DAS: visitas de seguimiento semanal hasta la superación de la DAS. DAM: cada 2 semanas y hasta la superación de la DAM.</p>	
Dosificación Recomendada	<p>DAS: 150-185 kcal/kg/día</p> <p>DAM: 100-130 kcal/kg/día (si no existiese programas de apoyo en seguridad alimentaria)</p>	<p>DAS: 2 sobres ATLC/día</p> <p>DAM: 1 sobre ATLC/día</p>
Transición de DAS a DAM	<p>En dos visitas consecutivas tiene que cumplir todos los criterios: P/T < -2 DE a ≥ -3 DE CB < 12,5 cm a ≥ 11,5 Sin edema y con Apetito Clínicamente estable y alerta</p>	
Recuperado de la DA (DAM y DAS) Tiene que cumplir TODOS los criterios	<p>P/T ≥ -2 DE CB ≥ 12,5 cm Sin edema bilateral Con Apetito Clínicamente estable y alerta</p>	
Procedimiento en el momento del egreso (recuperado de la DA)	<p>Se indica seguimiento y consejería a través de controles pediátricos de rutina y suplementación con micronutrientes si está disponible</p>	<p>Se le proporciona una ración de alta para 7 días de ATLC (7 sobres) y se le da cita de seguimiento post egreso para 7 días después</p>

3 Antiguamente se hablaba de los SERN con "modalidad de internado" o "seminternado", donde se ingresaba a los niños y niñas con desnutrición aguda severa, aunque no presentaran complicaciones médicas.

Criterios para el egreso de la desnutrición aguda (moderada y severa) y recomendaciones adicionales	
Abandono	Ausente por 2 visitas consecutivas
No recuperado	No cumple los criterios de recuperación en 16 semanas
Tratamiento médico de rutina para todos los niños y niñas clasificados con DA (DAS y DAM)	Antimalarico (confirmado según protocolo nacional) Albendazol (dosis única en la segunda semana) Vacunación; completar el esquema
Referencia al hospital	Si cumple UNO de los siguientes criterios: P/T < -3 DE CB < 11,5 cm Edema bilateral leve y/o UNA de estas complicaciones: Anorexia Prueba de apetito negativa Vomito, diarrea Infección de las vías respiratorias inferiores Infección en conductos auditivos Deshidratación Anemia No alerta, letargia, inconsciencia o convulsiones Niño o niña mayor de 6 meses con peso inferior a 4Kg
Recomendaciones adicionales para niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición aguda moderada	No todos los niños con desnutrición moderada necesitan ATLC para complementar su dieta casera, pero todos necesitan acceso a una dieta casera rica en nutrientes. dieta casera, pero todos ellos necesitan acceso a una dieta casera rica en nutrientes para recuperarse y crecer sanos, así como una evaluación médica y psicosocial y atención adecuada. Si los niños con desnutrición reciben ATLC, hay que reconocer que esto es una parte de sus necesidades diarias totales de nutrientes y que sus familias deben poder acceder a alimentos caseros para satisfacer el resto de sus necesidades.

1

IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

ESTRATEGIAS PARA IDENTIFICAR LA DESNUTRICIÓN AGUDA

- La identificación de la desnutrición en Venezuela se hace usando dos modalidades con diferentes estrategias:

INTRAMURAL

- Detección en los servicios de atención primaria. Los casos se detectan en la atención primaria de los centros de salud durante los controles de crecimiento y desarrollo en la consulta del niño o niña sano/a.
- Detección en los hospitales tipo III y IV. Detección directamente en el hospital, sin referencia previa.

EXTRAMURAL

- Actividades extramurales de los centros de salud ambulatorios. El personal de salud de los centros de salud realiza actividades extramurales de tamizaje nutricional en jornadas comunitarias.
- Convocatoria con citas programadas en un punto previamente establecido en la comunidad por personal de salud o comunitario. Este punto puede ser un comedor escolar, un centro social, un centro ambulatorio, una casa parroquial o simplemente un punto en la comunidad acordado previamente.
- Búsqueda activa de casos. Puerta a puerta por parte de los trabajadores de salud comunitarios, voluntarios de la comunidad o líderes comunitarios, organizados por el MPPS, INN u organizaciones de la sociedad civil.
- Estrategia CB-Familiar. Modalidad en la que las madres, padres o cuidadores identifican la desnutrición aguda en sus hogares usando una cinta CB. Se recomienda incorporar esta estrategia de detección temprana de la desnutrición aguda.

PERSONAS INVOLUCRADAS EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS

Las personas involucradas en la búsqueda activa de casos en la comunidad pueden ser:

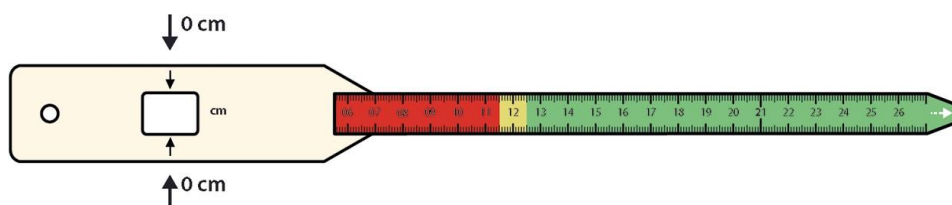
- **Equipo de salud comunitario.** Personal de salud del MPPS o/y personal de salud comunitario en brigadas móviles o actividades extramurales de personal de salud.
- **Madres, padres y familias capacitadas en la estrategia CB-Familiar.** En los casos en los que se utiliza la estrategia CB-Familiar, la madre, el padre o el cuidador/a ha sido entrenado/a para detectar la desnutrición aguda con el uso de la cinta de colores CB y la detección de edema.
- **Líderes comunitarios/voluntarios de salud.** Líderes comunitarios y en algunas ocasiones personas que prestan un servicio a las organizaciones de la sociedad civil de forma voluntaria, al ser personal más afianzado en el proyecto y que ha sido entrenado para realizar esta tarea.

DETECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

EN LA BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS

Cuando se utiliza la estrategia de búsqueda activa de casos en la comunidad, la desnutrición aguda se detecta usando la cinta CB de colores para los niños y niñas de 6 a 59 meses y la detección de edema.

- **EL ROJO** indica desnutrición aguda severa (DAS).
- **EL AMARILLO** indica desnutrición aguda moderada (DAM).
- **EL VERDE** indica que el niño o la niña está en estado adecuado o sin desnutrición aguda (SDN).



ROJA	AMARILLO	VERDE
DAS	DAM	CB \geq 12,5cm
< 11,5 cm	\geq 11,5 a < 12,5 cm	Estado adecuado o sin desnutrición aguda

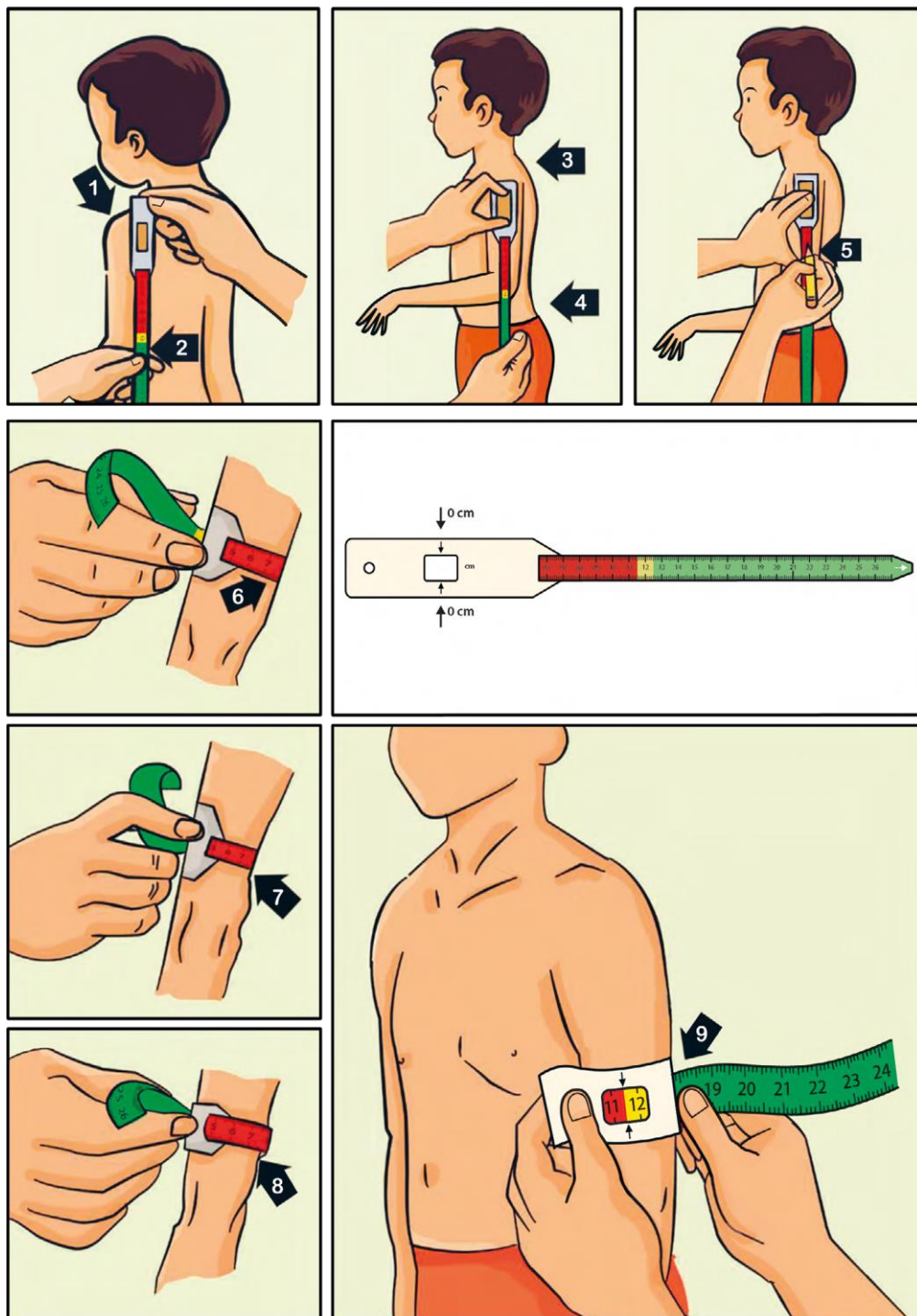
TÉCNICA DE MEDICIÓN DE LA CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO

La circunferencia del brazo (CB) se realiza en niños o niñas de 6 a 59 meses.

PASOS

1. Seleccione el brazo no dominante del niño o niña.
2. Doble el brazo del niño o niña en ángulo de 90 grados sobre el abdomen con la palma de la mano hacia arriba. Mida la distancia entre el acromion (apéndice de la clavícula) y el olécranon (apéndice del húmero).
3. Marque el punto medio entre ambos con bolígrafo o marcador.
4. Doble, relaje o estire el brazo y, sobre la marcación hecha, envuelva horizontalmente el brazo con la cintilla, pasando la punta por la ranura para darle mayor firmeza.
5. Verifique que la cintilla no esté ni muy apretada ni muy suelta.
6. Lea en voz alta la medida exacta en centímetros.

7. Revise la medida realizada y repita el procedimiento para validarla.
8. Compárela con la primera medición; si varía en más de 0,3 cm, tome la medida por tercera vez. Promedie los valores que estén dentro de la variabilidad permitida y lea en voz alta el resultado de la medición.
9. Registre el dato inmediatamente y verifique que sea legible.



Fuente: Unicef, 2014. MICS Manual for Anthropometry

EDEMA

El edema bilateral es uno de los signos del kwashiorkor. Los niños y niñas con edema bilateral tienen alto riesgo de muerte y necesitan valoración médica urgente. La identificación a nivel comunitario de edema en niños y niñas debe ser referida inmediatamente a las redes de atención comunal y ambulatorios especializados de salud.

RECUERDE

El EDEMA es un criterio independiente de manejo de la desnutrición aguda severa.

Siempre que haya edema bilateral se considera que el niño o niña tiene desnutrición aguda severa y necesita una evaluación clínica.

TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DEL EDEMA Y CLASIFICACIÓN

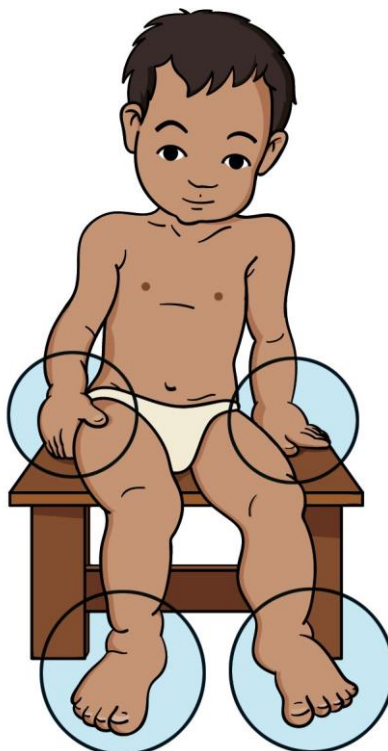
Para la medición del edema con fóvea, se deben tomar los pies del niño o la niña y presionar con los pulgares en ambos pies durante tres segundos. Si la depresión generada persiste, el niño o niña tiene edema nutricional.

Se han establecido grados de severidad del edema de acuerdo con el número de regiones corporales que comprometa.

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

Se deben descartar las picaduras de insectos y otras condiciones que pueden generar edema.

Edema Moderado



Edema Severo



Fuente: Unicef, 2014. MICS Manual for Anthropometry

Tabla 2. Clasificación de la DA usando CB y P/T en niños y niñas

de 6 a 59 meses

Clasificación	Puntos de corte
DAS	P/T < -3 DE, o/y CB < 11,5 cm, o/y Edema
DAM	P/T < -2 DE a ≥ -3 DE, o/y CB < 12,5 cm a ≥ 11,5 cm

TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DEL PESO Y RECOMENDACIONES DE USO DEL MATERIAL

RECOMENDACIONES DE USO

Se realiza la medición a los niños y niñas menores de 5 años de edad utilizando la balanza digital. Se recomienda el uso de la balanza digital con función de tara, que permita pesar al niño o niña en brazos de una persona adulta.



1. INSTALACIÓN DE LA BALANZA:

- Lea y analice las instrucciones del equipo que va a utilizar antes de usarlo.
- Inserte las baterías, o conecte la fuente de alimentación según sea el caso de su equipo
- Coloque la balanza en una superficie plana.
- Enciéndala desde el botón de encendido.
- Verifique que esté calibrada (marca 0,00).

2. DESINSTALACIÓN DE LA BALANZA:

- Apáguela desde el botón de apagado.
- Retire las baterías o desconecte de la fuente de alimentación según sea el caso.
- Guárdela en el estuche para transportar.

PESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

PASOS

1. Explique a la madre, padre o cuidador/a en qué consiste el procedimiento que se va a realizar.
2. Pida a la madre, padre o cuidador/a que retire la ropa del niño o la niña, incluido el pañal.
3. Algún acompañante o alguien del equipo debe sostener al niño o a la niña.
4. Pida a la madre, padre o cuidador/a que se retiren los zapatos.
5. Indique a la madre, padre o cuidador/a que se suba en la balanza mirando al frente y que no se baje hasta que se le indique.
6. Espere a que los números estén fijos.
7. Presione el botón de "función madre-hijo" (2 in 1).
8. Espere a que la balanza marque 0,00.
9. Pida a la madre, padre o cuidador/a que alce a la niña o al niño.
10. Espere a que los números estén fijos.
11. Diga la medida en voz alta a la persona que esté tomando los datos.
12. Repita la medida una vez más para confirmar.
13. Si varía más de 0,1 kg, tómela una tercera vez y promedie los valores que estén dentro de la variabilidad permitida y lea en voz alta el resultado de la medición.

PESO EN NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS

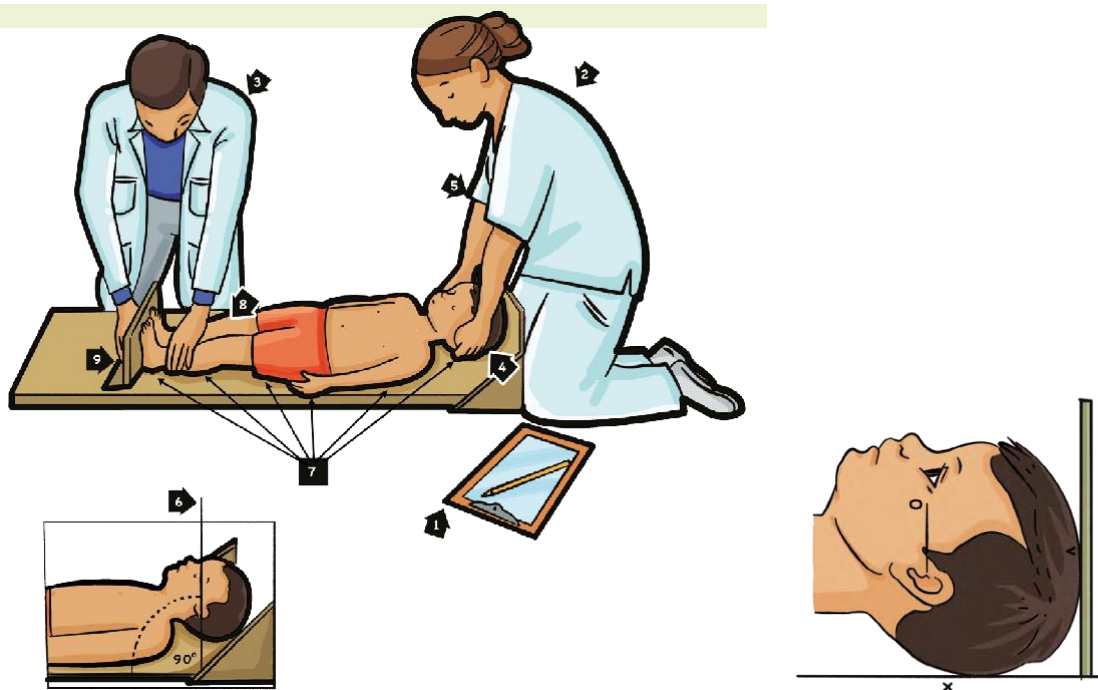
PASOS

1. Explique a la madre, padre o cuidador/a y al niño o niña en qué consiste el procedimiento que se va a realizar.
2. Pida a la madre, padre o cuidador/a que retire la mayor cantidad de ropa posible a la niña o el niño.
3. Pídale a la niña o al niño que se suba en la balanza en las marcas y mire al frente (usar distractores).
4. Espere a que los números estén fijos.
5. Diga la medida en voz alta a la persona que esté tomando los datos.
6. Repita la medida una vez más para confirmar.
7. Si varía más de 0,1 kg, tómela una tercera vez y promedie los valores que estén dentro de la variabilidad permitida y lea en voz alta el resultado de la medición.



LONGITUD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

Se realiza la medición en posición de cúbito supino (acostado boca arriba). El equipo que se utilizará para la medición de la longitud es el infantómetro



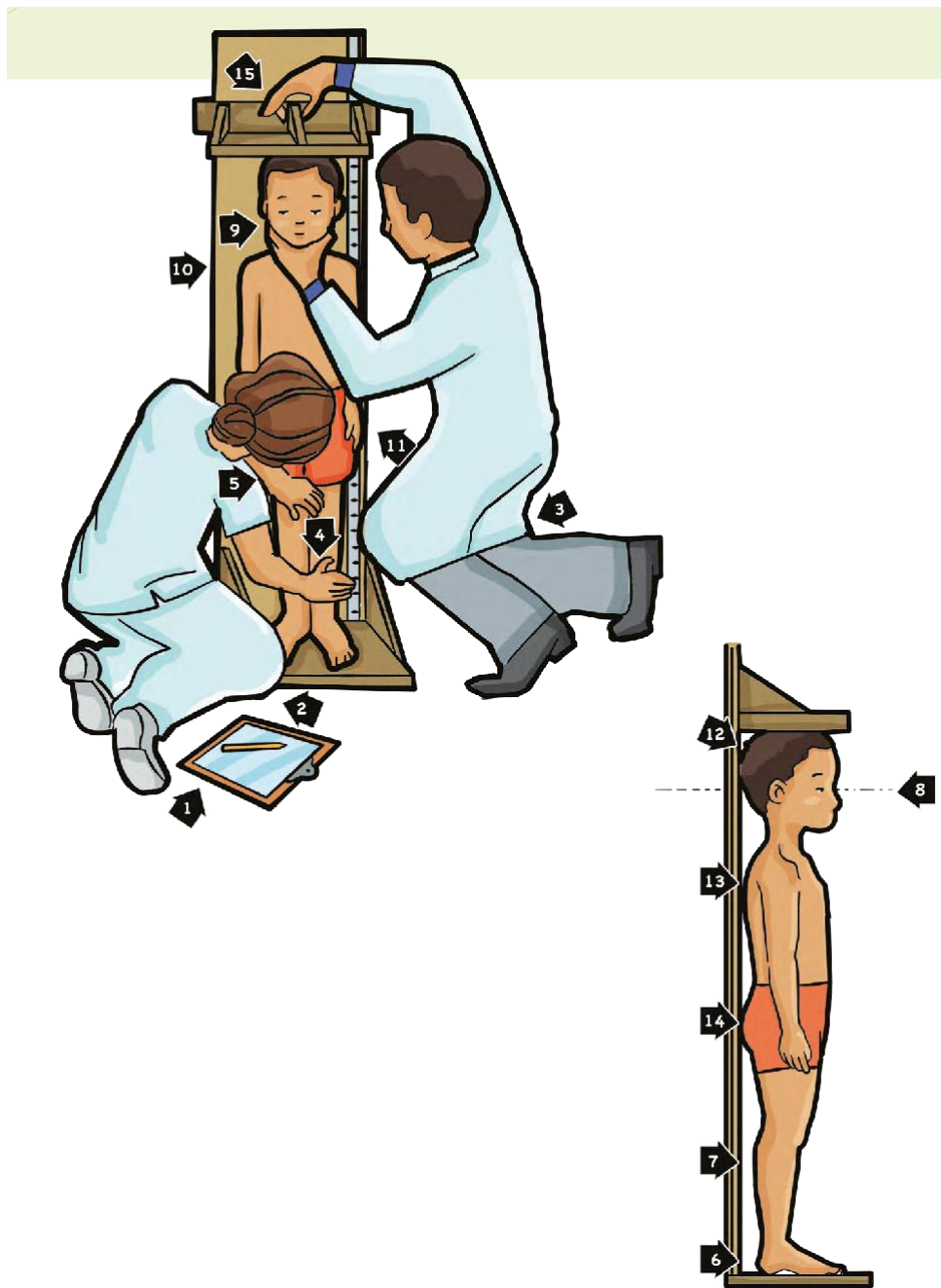
Fuente: Unicef, 2014. MICS Manual for Anthropometry

PASOS

1. Explique a la madre, padre o cuidador/a en qué consiste el procedimiento que se va a realizar.
2. Pida a la madre, padre o cuidador/a que retire la ropa, peinados, gorro, cachucha y adornos del cabello de la niña o el niño.
3. Acueste a la niña o el niño sobre la superficie plana del infantómetro, con la cabeza dirigida al tope fijo.
4. Pida a la madre, padre o cuidador/a que sostenga la cabeza de la niña o el niño pegando la coronilla al tope fijo, sin tapar los conductos auditivos, y que le hable para tranquilizarlo.
5. Fíjese que la cabeza del niño esté derecha mirando hacia arriba, y trace una línea imaginaria entre la porción inferior de la órbita del ojo y la porción superior del conducto auditivo externo; asegúrese de que entre el infantómetro y esta línea exista un ángulo de 90° (ángulo de Frankfurt); no se debe guiar por la barbilla o la mirada para saber si la cabeza está derecha.
6. Verifique que la cabeza, hombros, glúteos, pantorrillas y talones estén en contacto con la superficie plana.
7. Ayudante: pegue el tope móvil hasta que la planta del pie haga contacto completo con el tope móvil.
8. Ayudante: sujete las rodillas con la mano izquierda.
9. Ubíquese por encima del espacio de medición y diga la medida en voz alta con milímetros.
10. Repita la medida una vez más para confirmar.
11. Si varía más de 0,5 cm, tómela una tercera vez y promedie los valores que estén dentro de la variabilidad permitida y lea en voz alta el resultado de la medición.

TALLA EN NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS

Se realiza la medición de pie.



Fuente: Unicef, 2014. MICS Manual for Anthropometry

PASOS

1. Explique a la madre, padre o cuidador/a y a la niña o el niño en qué consiste el procedimiento que se va a realizar. Consulte a la madre, padre o cuidador/a si está de acuerdo con el procedimiento.
2. En un espacio con privacidad, pida a la madre, padre o cuidador/a que retire la ropa grande, gruesa o pesada del niño o niña, peinados, gorro, cachucha y adornos del cabello de la niña o el niño. No desnudar al niño.
3. Pida a la niña o niño que se pare en el tope fijo del tallímetro, mirando hacia el frente.

4. Pida a la madre, padre o cuidador/a que sostenga los pies del niño o niña pegados a la parte plana del tallímetro y que le hable para tranquilizarlo.
5. Verifique que la cabeza, hombros, glúteos, pantorrillas y talones estén en contacto con la superficie plana.
6. Pegue el tope móvil hasta la coronilla de la cabeza y vigile la posición, fíjese que la cabeza del niño este derecha mirando hacia el frente, y trace una línea imaginaria entre la porción inferior de la órbita del ojo y la porción superior del conducto auditivo externo; asegúrese de que entre el tallímetro y esta línea exista un ángulo de 90° (ángulo de Frankfurt); no se debe guiar por la barbilla o la mirada para saber si la cabeza está derecha.
7. Ayudante: sujete los tobillos con la mano derecha y las rodillas con la mano izquierda.
8. Ubíquese a la misma altura de la marca de medición y diga la medida en voz alta con milímetros.
9. Repita la medida una vez más para confirmar.
10. Si varía más de 0,5 cm, tómela una tercera vez y promedie.

HERRAMIENTAS PARA CLASIFICAR

Las herramientas que se están usando para facilitar la clasificación de la DA son:

- **El programa WHO Anthro**, versión 3.1.0, para niños y niñas menores de 5 años; un software para usar en computadoras personales o de escritorio (este es el método mas preciso de clasificación)
- **Tablas simplificadas**, basadas en los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006
- **La calculadora digital** (aplicación de celular) Maventy Mobile

Tamizaje	Modalidad/ Estrategia	Quién hace el tamizaje	Indicadores	Herramientas para clasificar
Intramural	Centro de salud tipo I y II	Personal de salud/ nutrición y comunitario capacitado	P/T, CB, edema	Herramientas: Programa Anthro o App Maventy o tablas de la OMS Estándares de crecimiento y desarrollo de la OMS (P/T) CB: puntos de corte Edema
Extramural	Convocatoria en un punto de la comunidad (cita programada)	Personal de salud/ nutrición y comunitario capacitado	P/T, CB, edema	Herramientas: Programa Anthro o App Maventy o tablas de la OMS Estándares de crecimiento y desarrollo de la OMS (P/T) CB: puntos de corte Edema
	Herramientas para clasificar	Personal de salud/ nutrición y comunitario capacitado	CB Edema (Sí/No)	CB: clasificación por colores Edema (Sí/No)
	CB Familiar	Madre, padre o cuidador/a	CB Edema (Sí/No)	CB: clasificación por colores Edema (Sí/No)

2

ADMISIÓN Y REFERENCIA

CRITERIOS DE ADMISIÓN

Se identificará a los niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición aguda siguiendo los criterios de Tabla 3, y de acuerdo al contexto, y capacidades del punto de atención donde se identifique se definirá si el caso será manejado con los criterios del protocolo de OMS o el protocolo simplificado y en casos de DAM se determinará si el contexto permite un manejo solo con consejería o si se requiere manejo con ATLC.

Tabla 3. Criterios de admisión por desnutrición aguda para la atención nutricional comunitaria/ambulatoria

Si cumple uno de los siguientes criterios:
Edad de 6 a 59 meses
P/T <-2 DE
CB < 12,5 cm
Presencia de edema bilateral leve
Prueba de apetito positiva (acepta el ATLC)
Sin complicaciones médicas que ameriten hospitalización, pero reciben tratamiento en el puesto de salud o por parte de las organizaciones de la sociedad civil

Los niños y niñas que no cumplen ninguno de los criterios mencionados serán clasificados como sin déficit nutricional. En ese caso, se felicitará a la madre, el padre o cuidador/a y se continuará con la pauta establecida para el niño o niña sano/a.

Nota: Tenga en cuenta que esta guía solo recoge los lineamientos para los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad que presentan desnutrición aguda.

En caso de que el niño o niña sí cumpla con los criterios de admisión, se le clasificará para saber qué tipo de atención nutricional requiere. Se le explicará a la madre, padre o persona cuidadora en qué consiste el tratamiento, se tranquilizará y se apoyará a la familia. A continuación, se presenta la tabla de clasificación de estos casos.

Tabla 4. Resumen de criterios de admisión por desnutrición aguda moderada y severa para la atención nutricional

Atención nutricional integrada de la desnutrición aguda		
Desnutrición aguda con complicaciones	Desnutrición aguda severa sin complicaciones	Desnutrición aguda moderada sin complicaciones
<p>Si cumple UNO de los siguientes criterios: P/T < -3 DE CB < 11,5 cm Edema bilateral</p> <p>Y UNO de las siguientes: Anorexia / prueba de apetito negativa Vómito, diarrea Infección de las vías respiratorias inferiores Infección en conductos auditivos Deshidratación severa Anemia severa No alerta, letargia, inconsciencia, convulsiones</p>	<p>Si cumple UNO de los siguientes criterios: P/T < -3 DE CB < 11,5 cm</p> <p>Y TODOS los siguientes: Apetito / prueba de apetito positiva Clínicamente bien Alerta</p>	<p>Si cumple UNO de los siguientes criterios: P/T < -2 DE a ≥ -3 DE CB < 12,5 cm a ≥ 11,5 cm</p> <p>Y TODOS los siguientes: Apetito / prueba de apetito positiva Clínicamente bien Alerta</p>
Atención intrahospitalaria / SERN	Atención ambulatoria integral de la desnutrición aguda severa	Atención ambulatoria integral de la desnutrición aguda moderada

PRUEBA DE APETITO

A los niños y niñas identificados con desnutrición aguda se les hará la prueba de apetito para definir el abordaje nutricional a nivel comunitario/ambulatorio o si requiere ser referido a un centro de salud especializado, hospital de nivel II, III o IV, o un SERN con modalidad de ingreso.

RECUERDE

Si el niño o niña es mayor de 6 meses y pesa menos de 4 kg:

NO realizar la prueba de apetito y remitir a un centro de mayor complejidad para manejo intrahospitalario.

Para determinar si el niño o niña es un caso admisible para el tratamiento comunitario es necesario realizar la prueba de apetito usando el producto alimento listo para el consumo (ATLC), como se describe a continuación.

CÓMO REALIZAR LA PRUEBA DE APETITO

- Busque un lugar tranquilo para hacer la prueba.
- Explique a la madre, padre o cuidador/a por qué y cómo se llevará a cabo la prueba.
- Pida a la madre, padre o cuidador/a que lave sus manos con agua y jabón, así como también las manos y cara de la niña o el niño.
- Muestre a la madre, padre o cuidador/a cómo se abre el sobre de ATLC. Con las yemas de los dedos rasgue el paquete por una esquina. OJO: No usar las uñas ni los dientes para abrirlo.
- Pida a la madre, padre o cuidador/a que sienta al niño o la niña en sus piernas y le dé el ATLC directamente del empaque, o bien que coloque un poco en una cuchara limpia y lo dé al niño o la niña.
- La prueba debe hacerse con paciencia y amor, sin forzar al niño o a la niña, y animándole a comer.
- Tenga disponible agua limpia para dar de tomar al niño o niña, si lo necesita.
- Si el niño o niña rechaza el ATLC, repita la prueba procurando ubicar a la madre y al niño o niña en un ambiente más cómodo, propicio y tranquilo. Es importante que el niño o niña consuma voluntariamente el ATLC, sin forzarlo.
- Observe durante 15 minutos la forma en que el niño o niña recibe el ATLC y la cantidad consumida y compare con los criterios de evaluación de la prueba de apetito presentados en la tabla 7.

Tabla 5. Criterios para la valoración de la prueba de apetito positiva

Resultado positivo: significa que pasa la prueba de apetito			
Peso del niño o niña en kilogramos (kg)	Consumo mínimo de ATLC (1 SOBRE de 500 kcal)	Observación	Conducta
4,0 a 6,9	Consume como mínimo 1/4	El niño o niña recibe con agrado el ATLC.	El niño o niña puede manejarse en el hogar
7,0 a 9,9	Consume como mínimo 1/3		
10,0 a 14,9	Consume como mínimo 1/2		

RECUERDE

¿Por qué es importante hacer la prueba del apetito?

- La falta de apetito significa que el niño o niña está enfermo y necesita tratamiento en un hospital.
- La pérdida del apetito es uno de los primeros signos de complicación médica en los niños y niñas con desnutrición aguda.
- La falta de apetito significa que el niño o la niña tiene una infección severa o un problema metabólico importante, por lo que son pacientes con alto riesgo de muerte.
- Además, un niño o niña con poco apetito no tomará el tratamiento ATLC en casa y estará en riesgo de agravarse y morir.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Una vez se haya clasificado al niño o niña con DA por medio de la evaluación antropométrica, se procederá con la evaluación clínica. Se realizará una evaluación clínica a todo niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa, para confirmar que no tiene complicaciones que lo pongan en riesgo o necesidad de referencia a un nivel de atención superior (hospitales tipo III o IV, o SERN con modalidad de ingreso).

La evaluación clínica debe ser realizada por personal médico y consiste en la apertura de la historia clínica, anamnesis, examen físico, diagnóstico y plan de manejo.

En el examen físico deberá hacer una verificación de signos y síntomas: presencia de edema, vómito, diarrea, temperatura, frecuencia respiratoria, infección o lesiones cutáneas, estado de consciencia, estado de hidratación y signos de anemia. Siempre que tenga la capacidad o el equipo para hacerlo, también valorará la glicemia, el nivel de hemoglobina en sangre y descartará la malaria en zonas donde esta es prevalente.

Tabla 6. Examen físico

Lista de verificación de signos y síntomas para referencia a un centro de mayor complejidad SERN / hospital	
Edema	Edema generalizado
Apetito	Prueba de apetito negativa
Vómito	Vomita todo; vómito incontrolable
Diarrea	Diarrea acuosa; grandes cantidades; por lo menos 3 por día
*Temperatura	Hipotermia: temperatura axilar < 36 °C Fiebre: temperatura axilar > 38 °C
Frecuencia respiratoria	Tos y aumento de la frecuencia respiratoria: Niños y niñas de 6-11 meses: ≥ 50 respiraciones / minuto Niños y niñas de 12 meses a 5 años: ≥ 40 respiraciones / minuto
**Anemia	Si se dispone de HemoCue o prueba de laboratorio: < 4 g/dl o < 6 g/dl con signos de dificultad respiratoria Si no se dispone de HemoCue o prueba de laboratorio, observe: palmas muy pálidas, dificultad para respirar

Lista de verificación de signos y síntomas para referencia a un centro de mayor complejidad SERN / hospital	
Infección o lesiones cutáneas	Piel con lesiones extensas o con signos de infección
Infección de conductos auditivos	Presencia de signos de infección en el examen físico de oídos (riesgo de infección sistema nervioso central)
Estado de consciencia	Convulsiona Estado letárgico o inconsciente; muy débil
Estado de hidratación	Presenta riesgo de deshidratación. Prueba de apetito negativa o no puede beber o tomar pecho Diarrea Vomita todo Presenta signos de deshidratación o choque: Pulso radial débil o ausente Sin diuresis en las últimas 6 horas Letárgico o inconsciente
***Malaria	Resultado positivo
****Glicemia	≤ 54 mg/dl

*TEMPERATURA

La recomendación y pauta general es que la temperatura se tome con termómetro de mercurio. En aquellas zonas donde no se consigan,⁴ se usará el digital como segunda opción y el de infrarrojos como tercera opción.

**ANEMIA

La determinación de hemoglobina en sangre se realizará cuando exista la capacidad. En caso contrario, se hará una exploración física.

***MALARIA

La determinación de la malaria se hace de diferentes formas: gota gruesa, prueba rápida o prueba clínica. Recuerde que tanto la gota gruesa como la prueba rápida tienen igual valor diagnóstico. Será un criterio adicional en aquellas zonas donde la malaria sea prevalente. Se usará como criterio para referir al hospital siempre que se pueda hacer el diagnóstico o si el niño o niña viene con el diagnóstico ya realizado de otros niveles de atención. En caso de no tener cómo hacer el diagnóstico específico de malaria, la presencia de fiebre, ya incluida como parte del examen físico, servirá en cualquier caso como criterio de referencia para el hospital.⁵

****GLICEMIA

La determinación de glucosa en sangre se realizará cuando exista la capacidad (glucómetro o prueba de laboratorio). En caso contrario, se determinará mediante una exploración física.

4 En el estado de Bolívar, debido a la presencia de minas de oro no se venden termómetros de mercurio.

5 Programa Nacional de Eliminación de Malaria. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34490/9789806678057_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ESCENARIO DE MANEJO

En el tratamiento de la desnutrición aguda en niños y niñas que no requieren derivación a un tratamiento hospitalario, se evalúan dos protocolos de manejo distintos para optimizar su recuperación.

Primero, siguiendo el protocolo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos enfocamos en un enfoque nutricional específico que se basa en el cálculo detallado de las kilocalorías necesarias para cada niño o niña. Este método requiere la presencia de personal altamente capacitado y suficiente para asegurar una atención y seguimiento efectivos. Bajo este protocolo, los niños y niñas son admitidos en programas de tratamiento comunitario o ambulatorio, donde reciben seguimiento en la comunidad y deben regresar a los centros de salud para visitas de seguimiento regulares.

Es crucial reconocer que no todos los niños que sufren de Desnutrición Aguda Moderada (DAM) requieren Alimentos Terapéuticos Listos para el Consumo (ATLC). La decisión de utilizar estos alimentos terapéuticos depende de la capacidad de acceso a programas de seguridad alimentaria que proporcionen una dieta casera nutritiva. En casos donde la dieta casera no es suficiente, se recomienda el uso de ATLC para satisfacer una parte de los requerimientos nutricionales diarios del infante, siempre complementándolos con alimentos caseros.

Segundo, en contextos donde las circunstancias lo hacen más desafiante aplicar el protocolo completo de la OMS, se adopta un manejo simplificado. Este enfoque permite un tratamiento efectivo de la desnutrición aguda mediante procedimientos y directrices simplificadas, adecuadas para ser implementadas incluso cuando los recursos son limitados. Este protocolo simplificado se basa en el uso de manejos nutricionales básicos y puede ser llevado a cabo por personal médico cualificado con el apoyo de trabajadores de salud comunitarios, organizaciones de la sociedad civil, o voluntarios de la comunidad.

Para ambos escenarios, es crucial una evaluación cuidadosa para determinar si un niño o niña puede ser manejado de manera segura en la comunidad o si muestra signos de gravedad que requieran su remisión a un centro especializado para tratamiento intrahospitalario. La elección entre el protocolo de la OMS y el manejo simplificado depende de varios factores, incluyendo la gravedad de la desnutrición, la disponibilidad de personal capacitado, y el acceso a recursos nutricionales adecuados para soportar la recuperación del niño o niña en su hogar.

Si el niño o niña clasifica como DAM y presenta complicaciones médicas, se lo referirá al SERN con servicio de ingreso o al hospital solamente para tratar las complicaciones médicas, para luego seguir con el tratamiento médico-nutricional en la comunidad.

TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO

El tratamiento médico sistemático consiste en administrar medicamentos de acuerdo con el esquema que se presenta en la tabla 9.

Tabla 7. Indicación para tratamiento médico sistemático

Medicamento	Cuándo	Dosis	Observación
Antipalúdicos	Prueba al ingreso si hubiera signos clínicos*	(Según el protocolo nacional) ¹	Tratamiento si la prueba diagnóstica es positiva
Albendazol	Dosis única en la segunda semana	12 a 23 meses: 200 mg (VO) 24 a 59 meses: 400 mg (VO)	Se indica cuando se tenga al menos dos semanas de tratamiento a la desnutrición efectivo desde casa. Verificar fecha de última dosis de desparasitación administrada. No se suministra a los menores de 1 año.
Vacunación contra el sarampión	Una dosis al ingreso si no estuviera vacunado		

ANTIBIOTERAPIA

En Venezuela **no se administrarán antibióticos de forma profiláctica** a los niños y niñas con desnutrición aguda moderada y severa.

Por este motivo, habrá que estar especialmente muy vigilantes ante la aparición de cualquier signo o síntoma que indique deterioro incipiente, como la pérdida de peso del niño o niña, tos o febrícula. En caso de duda, se remitirá al centro de salud de la red de atención comunal o ambulatorio especializado más cercano para su debida evaluación por un pediatra o médico general, con el fin de determinar si requiere tratamiento con antibióticos o no.

En Venezuela, la prescripción de antibióticos se hará **estrictamente por personal médico** y la pauta será individualizada. El tipo de antibiótico y dosis que se prescriba serán específicos al caso del paciente.

En consecuencia, se recomienda establecer estrategias para reforzar el seguimiento para que sea lo más cercano posible al niño o niña. Para ello se pueden utilizar, por ejemplo, llamadas telefónicas, visitas en la casa, refuerzo de la consejería con afiches o folletos que muestren los signos incipientes de peligro, para estar lo más vigilantes posible ante la aparición de cualquier signo o síntoma.

¹ Programa Nacional de eliminación de malaria. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34490/9789806678057_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y Guía de bolsillo para casos de malaria no complicada <https://www.paho.org/es/documentos/guia-bolsillo-tratamiento-para-casos-malaria-no-complicada>

Múltiples Micronutrientes en polvo y VITAMINA A

El ATLC empleado para el tratamiento nutricional cumple con las especificaciones de la OMS, por lo que NO es necesario suministrar macrodosis de vitamina A y dosis de micronutrientes en polvo en ningún caso.

VACUNACIÓN

A los niños y niñas con DA se les debe revisar el esquema de vacunación según su edad. En caso de que no esté completo, siga todos los mecanismos posibles a su alcance para completarlo o/y refiera al niño o niña al centro de la red pública de salud para que complete el esquema. La aplicación simultánea de varias vacunas no está contraindicada en la atención nutricional del niño o niña con desnutrición aguda.

- Los niños y las niñas con desnutrición también necesitan sus vacunas completas lo antes posible

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Se suministrará el tratamiento nutricional en el centro de la red pública de salud y/o centro comunitario, por personal de salud o comunitario capacitado para esto. El tratamiento consiste en el ATLC, que debe proporcionar aproximadamente 500 kcal por día según las recomendaciones de la OMS y UNICEF.⁶ Además, se darán orientaciones a la madre, padre o cuidador/a sobre el adecuado uso y consumo del ATLC.

El tratamiento comunitario para desnutrición aguda tiene una duración promedio de 6 a 16 semanas, pero la duración exacta será determinada por los criterios de egreso.

La dosis diaria se indicará según el grado de desnutrición aguda: moderada o severa, conforme a la tabla 10.

Tabla 8. Pauta de distribución del ATLC

Desnutrición aguda	Protocolo OMS	Protocolo Simplificado	Visitas	Observación
Moderada (DAM)	100-130 kcal/kg/día	1 sobre por día	CADA DOS SEMANAS máximo, según el contexto	Ver las recomendaciones de uso de ATLC en DAM más abajo
Severa (DAS)	150-185 kcal/kg/día	2 sobres por día	SEMANTAL	Se seguirá utilizando esta dosis hasta la desaparición del edema y criterios antropométricos

6 Prevention, Early Detection and Treatment of Wasting in Children 0-59 Months through National Health Systems in the Context of COVID-19. Nueva York: United Nations Children's Fund and World Health Organization, 2020

Recomendaciones de uso del ATLC en DAM según protocolo estandar de la OMS

Para el manejo de DAM el uso de ATLC no está recomendado de primera línea, en este sentido se debe apoyar con programas de seguridad alimentaria óptimos y de manejo médico y consejería, en caso de no ser posible por el contexto esto se puede usar.

Debe considerarse la posibilidad de dar prioridad a las intervenciones de ATLC con asesoramiento, en comparación con el asesoramiento solo, en el caso de lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad con emaciación moderada que presenten alguno de los siguientes factores.

Factores individuales del niño:

- Circunferencia braquial CB < 12,5 cm ≥ 11,5 cm
- Puntuación z de peso para la edad (PT) < -2 DE a ≥ -3 DE
- Edad < 24 meses
- No haberse recuperado de la emaciación moderada tras recibir otras intervenciones (por ejemplo, sólo asesoramiento)
- Haber recaído en la emaciación moderada
- Antecedentes de emaciación grave
- Comorbilidad (problemas médicos que requieren atención de seguimiento a medio o largo plazo y con una asociación significativa con el estado nutricional, como el VIH y la tuberculosis o una discapacidad física o mental)

COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DEL ATLC

Composición nutricional del ATLC basado en la Declaración Conjunta de la OMS, el PMA, UNICEF y el Comité Permanente del Sistema de las Naciones Unidas de 2007 sobre manejo integrado de la desnutrición aguda.

Esta composición nutricional también se compara con los estándares nacionales del INN para grupos de individuos saludables y según grupo etario de 6 a 56 meses 1 sobre cubre una gran parte de los requerimientos nutricionales diarios.

Tabla 9. Composición nutricional del ATLC

Contenido de agua	2,5 % máximo
Energía	520 - 550 kcal/100 g
Proteínas	10 % -12 % energía total
Lípidos	45 % - 60 % energía total
Sodio	290 mg/100 g máximo
Potasio	1110-1400 mg/100 g
Calcio	300-600 mg/100 g
Fósforo (sin incluir fitato)	300-600 mg/100 g
Magnesio	80-140 mg/100 g
Hierro	10-14 mg/100 g
Zinc	11-14 mg/100 g
Cobre	1,4-1,8 mg/100 g
Selenio	20-40 µg
Yodo	70-140 µg/100 g
Vitamina A	0,8-1,1 mg/100 g
Vitamina D	15-20 µg/100 g
Vitamina E	20 mg/100 g mínimo

Vitamina K	15-30 µg/100 g
Vitamina B1	0,5 mg/100 g mínimo
Vitamina B2	1,6 mg/100 g mínimo
Vitamina C	50 mg/100 g mínimo
Vitamina B6	0,6 mg/100 g mínimo
Vitamina B12	1,6 µg/100 g mínimo
Ácido fólico	200 µg/100 g mínimo
Niacina	5 mg/100 g mínimo
Ácido pantoténico	3 mg/100 g mínimo
Biotina	60 µg/100 g mínimo
Ácidos grasos n-6	3 %-10 % de energía total
Ácidos grasos n-3	0,3 %-2,5 % de energía total

INDICACIONES PARA EL USO Y CONSUMO DEL ATLC

Es muy importante dar una orientación a la madre, padre o cuidador/a sobre el correcto uso, consumo y conservación del ATLC. Los principales mensajes son:

El Alimento Terapéutico Listo para el Consumo (ATLC) es una fórmula terapéutica/medicamento, indicada para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 6 a 59 meses de edad. Debe ser prescrito e iniciarse su administración por parte de los equipos médicos o personal calificados de los centros de salud o de las organizaciones de base comunitaria con personal capacitado para este fin.

- **Anime al niño o niña a ingerir el ATLC** a menudo (hasta 8 porciones/día), dándole pequeñas cantidades hasta llegar a la cantidad diaria recomendada.
- **Ofrezca siempre al niño o a la niña abundante agua potable** para beber mientras come el ATLC.
- En el caso en que los niños o las niñas estén lactando, **ofrezca primero la leche materna** antes de cada alimentación con ATLC.
- **Lave las manos y la cara** de los niños y niñas con agua y jabón antes de darles de comer.
- **Mantenga la higiene en la manipulación de los alimentos** y consérvelos cubiertos para evitar su contaminación.
- Cuando un niño o niña tiene diarrea, **nunca deje de alimentarlo, continúe con la lactancia materna** si es el caso. Proporciónese agua potable y manténgalo hidratado con sales de rehidratación oral.
- **Vigile la evolución del niño o niña y los signos de alarma**, y acuda a los controles nutricionales de seguimiento indicados por el personal de salud.

METODOLOGÍA

La consejería o educación sanitaria-nutricional se puede realizar de varias maneras:

- **De forma individual en la consulta:** si la situación lo amerita, se realizará de forma más específica e individualizada por parte del personal sanitario (pediatra o enfermero/a).
- **De forma colectiva: en grupos de 5 a 10 personas.** Pueden hacerlo el personal de salud, y el personal comunitario capacitado como líderes de la comunidad, promotores comunitarios de salud o voluntarios de salud.
- **Puerta a puerta:** realizada por el personal comunitario capacitado.
- **Por teléfono:** realizada por el personal de salud o el personal comunitario capacitado para esto.

Las sesiones pueden apoyarse con material como trípticos, folletos, proyecciones o usando el celular para envío de mensajes de texto, infografías o videos educativos.

VISITAS DE SEGUIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO

El seguimiento médico-nutricional se indica semanalmente para los casos de DAS. Para los casos DAM, debe ser cada 2 semanas, hasta su recuperación.

En cada visita de seguimiento se debe realizar el examen físico, toma de peso, CB y comprobar si hay edema, para evaluar el progreso nutricional de manera adecuada.

TRANSICIÓN DE DAS A DAM

Cuando el niño o niña evoluciona de DAS a DAM, pasará a recibir 1 sobre de ATLC (500 kcal) / día en lugar de 2 sobres. Para esto, tiene que cumplir los criterios que se listan en la tabla 12.

Tabla 10. Criterios de transición de DAS a DAM

Criterios de transición para pasar dosis DAS a dosis DAM
En dos visitas consecutivas tiene que cumplir TODOS los criterios:
P/T \geq -3 DE
CB \geq 11,55 cm
Sin edema
Con apetito
Clínicamente estable
Alerta

REFERENCIA A LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Después de hacer la evaluación clínica y prueba de apetito se determinará si el niño o la niña de 6 a 59 meses puede ser tratado a nivel comunitario/ambulatorio o si, por el contrario, requiere ser referido a un nivel de atención superior (SERN con servicio de ingreso o a un hospital tipo III y IV).

CRITERIOS PARA LA REFERENCIA A LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Los niños y niñas de 6 a 59 meses con desnutrición aguda severa que tengan complicaciones médicas se referirán a tratamiento intrahospitalario SERN con servicios de ingreso o a un hospital tipo III o IV de referencia.

Tabla 11. Criterios para referir a la atención intrahospitalaria/SERN modalidad ingreso

Si cumple UNO de los siguientes criterios:
P/T < -3 DE
CB < 11,5cm
Edema bilateral
Y si cumple UNA de las complicaciones de la lista de verificación de signos
y síntomas consignados en la Tabla 6 -Examen físico.

RUTA DE REFERENCIA

Niños y niñas de 6 a 59 meses con complicaciones médicas y/o edema generalizado, deben ser referidos a hospitales o SERN con servicio de ingreso. Una vez estabilizados y superadas las complicaciones médicas, se hace remisión de vuelta o contrarreferencia al manejo ambulatorio de la DA.

Gráfico 2. Ruta de referencia*



*Para más detalles, por favor consulte el gráfico en la página 18 en casos no complicados.

Una vez en los SERN, se puede evaluar si la atención requiere una referencia a un nivel superior tipo III o IV, o en caso de que el niño o niña empeore durante la estancia.

CRITERIOS DE EGRESO DE LA ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y RUTA DE CONTRARREFERENCIA AL NIVEL COMUNITARIO/ AMBULATORIO

Los casos de DAS con complicaciones médicas o/y edemas referidos al SERN con modalidad de ingreso o a hospitales tipo IV (aquellos casos de mayor severidad, con edema generalizado o que presentan mayor riesgo de mortalidad) permanecerán ingresados para tratar las complicaciones médicas. Una vez estén compensados (estabilizados) y alcancen la fase de rehabilitación, se les referirá de nuevo al nivel comunitario/ambulatorio para que continúen y finalicen la recuperación en su comunidad con las visitas ambulatorias correspondientes de seguimiento y el posterior seguimiento en la comunidad una vez ya estén recuperados de la desnutrición aguda.

Cuando el niño o niña hospitalizado, en el inicio de la recuperación nutricional estable, demuestra apetito y se registra ganancia de peso, debe verificarse el cumplimiento de los criterios de egreso del manejo intrahospitalario para ser referido al SERN en consulta externa o al centro de salud de la red de atención comunal o ambulatorio especializado para seguir con el tratamiento en el hogar, con los controles de seguimiento y tratamiento médico-nutricional.

Otra opción para reducir al máximo la estancia en el hospital es que, una vez que ha salido de las complicaciones médicas más severas, se le refiera a un SERN con servicio de ingreso, si lo hubiera, y que continúe ingresado hasta entrar en la fase de rehabilitación, para ser referido posteriormente a las visitas ambulatorias de seguimiento.

Tabla 12. Criterios de egreso hospitalario o del SERN con modalidad de ingreso, y contrarreferencia a los servicios de la red de atención comunal o ambulatorios especializados

Criterios de egreso de la atención intrahospitalaria
Sin edema
Prueba de apetito positiva el día del egreso
Ha empezado a aumentar de peso
Ingesta de ATLC mínima de 135 kcal/kg/día
Clínicamente bien y alerta
Infecciones controladas y resueltas
Esquema de vacunación acorde con la edad
Disponibilidad y entrega del ATLC suficiente hasta la próxima cita, que en este caso será ambulatoria y programada para después de dos semanas
Aceptación y compromiso por parte de la madre, padre o cuidador/a para continuar el tratamiento en el hogar
Garantía de seguimiento en el servicio ambulatorio

Gráfico 3. Ruta de contrarreferencia



Se tienen que cumplir todos los criterios para poder continuar la atención nutricional en la comunidad con visitas de seguimiento ambulatorias.

Para tener una garantía de seguimiento en el servicio comunitario/ambulatorio se deberán cumplir estos pasos:

1. El propósito de esta contrarreferencia es "evitar las recaídas" en desnutrición aguda, por lo que el seguimiento de los casos y el acompañamiento a las familias es clave en esta etapa.
2. El centro para hacer el seguimiento ambulatorio tiene que haber sido identificado, intentando que sea el más cercano posible al domicilio del niño o de la niña.
3. En la selección del centro de referencia tiene que haber una garantía para poder realizar este seguimiento de forma adecuada en los servicios comunitarios/ambulatorios disponibles. Tiene que ser un centro que disponga de personal suficiente y cualificado y que los insumos estén disponibles. Este centro podrá ser parte de la red pública de salud, un SERN ambulatorio, un centro donde una organización de la sociedad civil preste este servicio o la consulta externa del propio hospital donde el niño o niña estaba ingresado.
4. El resumen de la historia clínica se deberá entregar al servicio de la red de atención comunal o a ambulatorios especializados.

3

EGRESO DE LA ATENCIÓN NUTRICIONAL COMUNITARIA/ RECUPERACIÓN

El egreso de la atención nutricional comunitaria ambulatoria de los niños o niñas admitidos con desnutrición aguda severa y moderada se realizará en la consulta ambulatoria del centro de salud o centro médico habilitado por la organización de la sociedad civil para tal fin, y después de que el personal médico haya realizado la valoración antropométrica, la evaluación clínica con el examen físico y la prueba de apetito. En la tabla 16 se detallan los criterios que tiene que cumplir un niño o niña para considerarse recuperado de la desnutrición aguda (severa y moderada).

CRITERIOS DE EGRESO – CASOS RECUPERADOS

Tabla 13. Criterios de egreso

Para considerar recuperado a un niño o niña, tiene que cumplir todos y cada uno de los siguientes criterios:
P/T \geq -2 DE
CB \geq 12,5 cm
Clínicamente bien y estable
Alerta
Sin edema por dos visitas consecutivas (si fue ingresado con edema)
Prueba de apetito positiva

Todos los casos de egreso, además de los recuperados, se presentan en la siguiente tabla. Tenga en cuenta que esta tabla hace referencia a los casos de DAS y DAM.

CASOS DE EGRESO / INDICADORES DE DESEMPEÑO

Tabla 14. Casos de egreso

Casos de egreso	
Recuperado	Cumple los criterios de recuperación. <ul style="list-style-type: none"> • $P/T \geq -2$ DE • $CB \geq 12,5$ cm • Clínicamente bien, estable y alerta • Sin edema por dos visitas consecutivas (si fue ingresado con edema) • Buen apetito
No recuperado a las 16 semanas	Debe referirse para evaluación clínica exhaustiva
Abandono del tratamiento	No acude en 2 visitas de seguimiento seguidas (equivaldría a 1 mes según el protocolo simplificado que se ha definido para Venezuela).
Fallecimiento	Murió durante la atención ambulatoria.

INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de desempeño⁷ para efectos de monitoreo de la calidad de la atención comunitaria/ambulatoria de los niños y niñas con desnutrición aguda severa y moderada se presentan a continuación.

Tabla 15. Indicadores de calidad

Condición	Criterio internacional DAS y DAM
Recuperados	> 75 %
Fallecidos	< 10 % DAS < 3 % DAM
Abandonos	< 15 %
No recuperados	Tan bajo como sea posible

Las estadísticas de bajas se calculan de la forma siguiente:

Porcentaje de bajas por recuperación = número de personas recuperadas/ número total de bajas × 100

Porcentaje de bajas por fallecimiento = número de personas fallecidas/ número total de bajas × 100

Porcentaje de bajas por abandono = número de abandonos/número total de bajas × 100

Porcentaje de bajas sin recuperación = número de personas que no se han recuperado/número total de bajas × 100

7 Según las Normas Esfera: <https://handbook.spherestandards.org/es/sphere/#ch001>

SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL EGRESO

SEGUIMIENTO INDIVIDUAL POST EGRESO

Una vez que el niño o niña se ha recuperado de la desnutrición aguda, se continuará con visitas de seguimiento (post recuperación) para asegurarnos de que no recaiga.

Si el niño o niña cumple los criterios de recuperado, se le da el egreso y se procederá de la siguiente manera:

- Se verificará la remisión a programas integrales e interseccionales y en caso de no haberse hecho previamente se intentará hacer nuevamente según las necesidades del niño o niña y su familia, como seguridad alimentaria, programa ampliado de inmunizaciones, apoyo familiar, entre otros orientación con consejería nutricional al grupo familiar.
- Entrega una dosis de descarga de RUTF uno al día por siete días (7 sobres en total).
- Se citará a un control en una semana para ver evolución y confirmar que no haya recaídas, se continuará con suplementación según el programa regular.



© UNICEF / UN0762813

BIBLIOGRAFÍA

WHO. (2007). Manual WHO Anthro para computadoras personales; Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños del mundo [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Manual-Who-Anthro-compu.pdf>

Mobile technology. (s.f.). Maventy Health International. <https://www.maventy.org/madagascar/mobile-technology>.

WHO. Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

WHO. (2017). Programa Nacional de Eliminación de Malaria. [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/es/documentos/pautas-tratamiento-casos-malaria-republica-bolivariana-venezuela-ministerio-poder>

WHO. Guía de bolsillo para casos de malaria no complicada. (2020). [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-bolsillo-tratamiento-para-casos-malaria-no-complicada>

UNICEF - WHO. (2020). Prevention, Early Detection and Treatment of Wasting in Children 0-59 Months through National Health Systems in the Context of COVID-19. [Archivo PDF]. <https://www.nutritioncluster.net/resources/prevention-early-detection-and-treatment-wasting-children-0-59-months-through-national>

SPHERE. (2018). El Manual Esfera. <https://handbook.spherestandards.org/es/sphere/#ch001>

INN. (2018). Valores de Referencia Energía y Nutrientes para la población venezolana <https://www.inn.gob.ve/innw/?p=9376>

WHO, (2023) Guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in children under 5 years [Archivo PDF]. https://www.childwasting.org/files/ugd/2b7a06_2cf788d9c0f342b89c054b288f4862e3.pdf

Diseño y maquetación: Small World Stories

Ilustraciones: David Maynar



Gobierno
Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la **Salud**



unicef 
para cada infancia