



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 1 de 52

**NOMBRE DE LA REUNIÓN:** 1. Capacitación en lineamientos de desnutrición, guía de práctica clínica, mipress, indicadores antropométricos, 2. Capacitación ruta de promoción y mantenimiento, 3. Capacitación ruta RIAMP, planificación familiar, cáncer de mama - cuello uterino – próstata. 4. Capacitación HTA

**LUGAR: CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE**

ACTA No 1	HORA INICIAL: 2:00 PM	HORA FINAL: 7:00 PM	DIA 22	MES 03	AÑO 2023
<b>ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)</b> 1. Capacitación en lineamientos de desnutrición, guía de práctica clínica, mipress, indicadores antropométricos, 2. Capacitación ruta de promoción y mantenimiento, 3. Capacitación ruta RIAMP, planificación familiar, cáncer de mama - cuello uterino – próstata. 4. Capacitación HTA			<b>CITADOS:</b> Personal de Enfermería, Médicos, asistencial punto de atención Popayán		

### OBJETIVO:

Capacitar al personal de Enfermería y médicos asistenciales para realizar de manera completa de acuerdo con la norma correspondiente estipulada por el ministerio de salud acerca de la guía de adherencia para manejo de las rutas estipuladas en la resolución 3280

### DESARROLLO DEL ORDEN DEL DIA

Responsable	Actividad
<b>Referente del programa Nutricional: Carolina Arias Trujillo; Coordinador Médico: Rene Velasco; Medico Sandro Pino; Referente de Salud Pública: Claudia Dinas; Referente Nutrición secretaria de Salud Departamental: Ingeniero Omar</b>	Se capacita en la resolución 2465 del 2016 Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años,



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 2 de 52

adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

El fin de esta resolución es Promover el uso de los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte en todos los planes, programas, proyectos y estrategias de intervención orientadas a valorar y mejorar el estado nutricional de la población en Colombia.

Se enfatiza en los indicadores antropométricos, los patrones de referencia y los puntos de corte y su interpretación para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años.

También se describen los lineamientos básicos para la toma de medidas antropométricas y se presentan las gráficas correspondientes a los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años por grupos de edad y sexo.

Se describe la guía de práctica clínica para el manejo de desnutrición

Se describe el paso para generar el mipress de la formula terapéutica lista para el consumo

Se indica el protocolo de vigilancia en salud pública para desnutrición

**Coordinador PYDT y Referente de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Luis Felipe Zemanate**

Se realiza capacitación de tema atención a la primera infancia donde se tratan temas de atenciones médicas y de enfermería periodos de consulta y



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 3 de 52

controles, formulación de antidesparasitantes y micronutrientes.

Se realiza capacitación en protocolo de infancia: frecuencia de controles de medicina y enfermería, laboratorios de tamizaje y consultas de odontología y salud oral, así como el examen físico y realización de valoración de crecimiento y desarrollo.

Se realiza capacitación en protocolo de adolescencia: frecuencia de controles de enfermería y medicina, laboratorios de tamizaje, consultas de odontología y salud oral, así como el examen físico y realización de valoración de crecimiento y desarrollo normal puberal y educación en salud sexual y reproductiva.

Se realiza capacitación en protocolos de juventud. Adultez y vejez: frecuencia de controles de medicina, laboratorios de tamizaje, consultas de odontología y salud oral, examen físico y realización de tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico, de igual manera la tamización para cáncer de cérvix, mama y próstata..

### Objetivos:

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 4 de 52

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.</li><li>• Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).</li></ul>
<b>Referente ruta materno perinatal, Planificación Familiar, Cáncer: Claudia Milena Hernández Gómez</b>	<p>Se realiza capacitación de temas y manejo de la ruta RIAMP, PLANIFICACION, CA DE MAMA-PROSTATA-CUELLO UTERINO, Objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.</li><li>• Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos dentro de la consulta o en el menor tiempo posible posterior a la misma</li><li>• Responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres de acuerdo con sus necesidades y preferencias.</li><li>• Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales como el embarazo no planeado, especialmente en adolescentes,</li></ul>



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 5 de 52

embarazos de alto riesgo, mujeres después de los 40 años, mujeres con discapacidad, personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH.

- Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.
- Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.
- Espaciar los periodos intergenésicos y disminuir la morbimortalidad materna e infantil y reducción del aborto inseguro, mediante el acceso a provisión efectiva de anticoncepción en el post evento obstétrico antes de las 48 horas post parto o post aborto, o antes del alta hospitalaria.
- Incentivar la participación de los hombres en la prevención de los embarazos no deseados.

donde se enfatizan en la norma, manejo de los pacientes en los diferentes puntos de atención de la ESE POPAYAN. Se indica la importancia de regirse a la norma 3280, pautas y directrices del manejo de toma de muestras para la toma de citologías, mamografías y antígenos prostático, consulta de enfermería en cada uno de los ciclos de vida, atención de consultas de inicio y control de planificación familiar y anticoncepción.

Así mismo se da a conocer la consulta preconcepcional, la importancia de la ruta

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 6 de 52

	materno perinatal y hallazgos encontrados dentro de la ruta.
--	--

Se realiza la intervencion por parte del enfermero Luis Felipe Zemanate en donde se define la importancia e indicacion de la resolucion 3280 asi:

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

- Ruta de promoción y mantenimiento de la salud
- Ruta de atención materno perinatal

La RPMS es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional cuyo objetivo es Definir, ordenar e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas, las familias y las comunidades.

La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud está dirigida a toda la población que habita en el territorio nacional y sus actividades están discriminadas por cursos de vida.

Se explica detalladamente por ciclo de vida acciones a realizar de la siguiente manera:



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 7 de 52



## Infancia 6 a 11 años

CONSULTAS	6 AÑOS	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS
Atención en salud por medicina general	X		X		X	
Atención en salud por enfermería		X		X		X
Atención en salud por odontólogo	UNA VEZ AL AÑO					

SALUD ORAL	
Aplicación de barniz de flúor	Cada 6 meses en todo el curso de vida
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	Cada 6 meses en todo el curso de vida

LABORATORIOS	
Tamizaje para anemia Hemoglobina y hematocrito	mujeres una vez entre los 10 y 15 años



## Primera Infancia 0 a 5 años

CONSULTAS	1 M	2-3M	4-5M	6-8M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS
Atención en salud por medicina general	X		X			X		X		X		X
Atención en salud por enfermería		X		X	X		X		X		X	

SALUD ORAL	
Aplicación de barniz de flúor	Cada 6 meses a partir del año de edad
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	Cada 6 meses a partir del año de edad





# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 9 de 52

<h3>JUVENTUD</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 18A, 19A, 20A, 21A, 22A, 23A, 24A, 25A, 26A, 27A, 28A</p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800217 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800225 <b>UNA VEZ EN ESTAS EDADES, CUANDO SE IDENTIFIQUE TRANSFUSIÓN DE SANGRE ANTES DE 1994</b></p> <p>Prueba de embarazo (orden médico): 804008 <b>SI HAY SUSPECHA DE EMBARAZO</b></p> <p>Clonización: 803001 <b>CRITERIO MÉDICO DE EMFERMEDAD (ORDEN) SE ASIGNA A SUBGRUPO DE FAMILIA I (C)</b></p> <p>Colposcopia (orden médico): 702001 <b>SEGUN HALLAZGOS DE LA CITOLOGÍA</b></p> <p>Biopsia (orden médico): 808101 <b>SEGUN HALLAZGOS DE LA CITOLOGÍA</b></p>	<h3>JUVENTUD</h3> <h4>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 18A, 19A, 20A, 21A, 22A, 23A, 24A, 25A, 26A, 27A, 28A</p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800201 <b>POR DEMANDA (REALIZAR DEMANDA A TODOS LOS HOMBRES Y MUJERES EN ESTA EDADE)</b></p> <p>Control de planificación familiar (orden médico): 800201 <b>ESQUEMA DE ACUERDO A MÉTODO ELEGIDO</b></p> <p>Pruebas y control de glucosa (orden médico): 807310 <b>UNA VEZ CADA AÑO</b></p> <p>Dermatología (dermatología) (orden médico): 807301 <b>DE ACUERDO A CRITERIO DE ODONTOLOGÍA</b></p>	<h2>ADULTEZ</h2> <p>29 AÑOS A 59 AÑOS</p> <p>La adultez comprende de los 29 a los 59 años. Se configura en un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo y las personas son capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas.</p>																		
<h3>ADULTEZ</h3> <h4>VALORACIÓN INTEGRAL</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 29A34A, 30A38A, 40A44A, 45A49A, 50A52A, 55A59A, 56A59A</p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800201 <b>UNA VEZ CADA DOS AÑOS</b></p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800203 <b>UNA VEZ CADA DOS AÑOS</b></p>	<h3>ADULTEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 29A34A, 30A38A, 40A44A, 45A49A, 50A52A, 55A59A, 56A59A</p> <p>Tamizaje CTO (tamizaje citológico) (orden médico): 800201 <b>DE ACUERDO A ESQUEMA DE FAMILIA I (C)</b></p> <p>Colposcopia (orden médico): 702001 <b>SEGUN HALLAZGOS DE LA CITOLOGÍA</b></p> <p>Biopsia (orden médico): 808101 <b>SEGUN HALLAZGOS DE LA CITOLOGÍA</b></p> <p>Monografía: 870002 <b>CADA 3 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS</b></p> <p>Validación clínica de la marca (C) (orden médico): 800201 <b>ANUAL A PARTIR DE LOS 40 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje CA (prueba PSA) (orden médico): 800811 <b>CADA 5 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS</b></p>	<h3>ADULTEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 29A34A, 30A38A, 40A44A, 45A49A, 50A52A, 55A59A, 56A59A</p> <p>Tamizaje CA (prueba de sangre) (orden médico): 800201 <b>CADA 5 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje CA (orden médico): 800208 <b>CADA 2 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje (orden médico): 800201 <b>QUINQUENAL</b></p>																		
<h3>ADULTEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 29A34A, 30A38A, 40A44A, 45A49A, 50A52A, 55A59A, 56A59A</p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800217 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800225 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800201 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba de embarazo (orden médico): 804008 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800217 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800225 <b>UNA VEZ EN ESTAS EDADES SI SE IDENTIFICA TRANSFUSIÓN DE SANGRE ANTES DE 1994</b></p> <p>Prueba de embarazo (orden médico): 804008 <b>SI HAY SUSPECHA DE EMBARAZO</b></p>	<h3>ADULTEZ</h3> <h4>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 29A34A, 30A38A, 40A44A, 45A49A, 50A52A, 55A59A, 56A59A</p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800201 <b>POR DEMANDA (REALIZAR DEMANDA A TODOS LOS HOMBRES Y MUJERES EN ESTAS EDADES)</b></p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800203 <b>POR DEMANDA (REALIZAR DEMANDA SOLO A HOMBRES)</b></p> <p>Control de planificación familiar (orden médico): 800201 <b>ESQUEMA DE ACUERDO A MÉTODO ELEGIDO</b></p> <p>Control de planificación familiar (orden médico): 800203 <b>ESQUEMA DE ACUERDO A MÉTODO ELEGIDO (SOLO HOMBRES)</b></p> <p>Pruebas y control de glucosa (orden médico): 807310 <b>UNA VEZ CADA 2 AÑOS</b></p> <p>Dermatología (dermatología) (orden médico): 807301 <b>DE ACUERDO A CRITERIO DE ODONTOLOGÍA</b></p>	<h2>VEJEZ</h2> <p>60 AÑOS EN ADELANTE</p> <p>Las intervenciones correspondientes a este momento vital, que comprende desde los 60 años en adelante buscan la protección de las prácticas de cuidado de la salud adquiridas y la identificación oportuna de exposiciones a riesgos.</p>																		
<h3>VEJEZ</h3> <h4>VALORACIÓN INTEGRAL</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 60A62A, 65A66A, 66A68A, 69A71A, 72A74, 75A77A, 76A79A, 78A79A, 80A80A</p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800201 <b>UNA VEZ CADA TRES AÑOS</b></p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800203 <b>UNA VEZ CADA DOS AÑOS</b></p>	<h3>VEJEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 60A62A, 65A66A, 66A68A, 69A71A, 72A74, 75A77A, 76A79A, 78A79A, 80A80A</p> <p>Tamizaje CTO (tamizaje citológico) (orden médico): 800201 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Colposcopia (orden médico): 702001 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Biopsia (orden médico): 808101 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Monografía: 870002 <b>CADA 2 AÑOS A PARTIR DE LOS 50 AÑOS</b></p> <p>Validación clínica de la marca (C) (orden médico): 800201 <b>ANUAL, HASTA LOS 69 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje CA (prueba PSA) (orden médico): 800811 <b>CADA 5 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS</b></p>	<h3>VEJEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 60A62A, 65A66A, 66A68A, 69A71A, 72A74, 75A77A, 76A79A, 78A79A, 80A80A</p> <p>Tamizaje CA (prueba de sangre) (orden médico): 800201 <b>CADA 5 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje CA (orden médico): 800208 <b>CADA 2 AÑOS HASTA LOS 74 AÑOS</b></p> <p>Tamizaje (orden médico): 800201 <b>QUINQUENAL</b></p>																		
<h3>VEJEZ</h3> <h4>DETECCIÓN TEMPRANA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 60A62A, 65A66A, 66A68A, 69A71A, 72A74, 75A77A, 76A79A, 78A79A, 80A80A</p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800217 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800225 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Asesoría en salud por enfermedades (orden médico): 800201 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba de embarazo (orden médico): 804008 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800217 <b>SEGUN EXPOSICIÓN AL RIESGO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</b></p> <p>Prueba rápida de VIH (serología) (orden médico): 800225 <b>A PARTIR DE LOS 60 AÑOS UNA VEZ EN LA VIDA</b></p>	<h3>VEJEZ</h3> <h4>PROTECCIÓN ESPECÍFICA</h4> <p><b>RECOMENDACIONES</b> CUPS: 60A62A, 65A66A, 66A68A, 69A71A, 72A74, 75A77A, 76A79A, 78A79A, 80A80A</p> <p>Prueba de VIH (serología) (orden médico): 800201 <b>POR DEMANDA (REALIZAR DEMANDA SOLO A HOMBRES)</b></p> <p>Control de planificación familiar (orden médico): 800201 <b>ESQUEMA DE ACUERDO A MÉTODO ELEGIDO (SOLO HOMBRES)</b></p> <p>Pruebas y control de glucosa (orden médico): 807310 <b>UNA VEZ CADA 2 AÑOS</b></p> <p>Dermatología (dermatología) (orden médico): 807301 <b>DE ACUERDO A CRITERIO DE ODONTOLOGÍA</b></p>	<h3>PERIODICIDAD DE CONTROLES</h3> <h4>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</h4> <table border="1"> <thead> <tr> <th>MÉTODO</th> <th>PERIODICIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Naturales</td> <td>Anual</td> </tr> <tr> <td>Ampliación de lactancia</td> <td>A los tres meses posparto</td> </tr> <tr> <td>Hormonales (oral y inyectables)</td> <td>A los 3 meses y luego cada año</td> </tr> <tr> <td>Implantes subcutáneos</td> <td>Al mes, a los 3 meses y luego cada año</td> </tr> <tr> <td>Dispositivo intrauterino (DIU)</td> <td>Al mes, a los 6 meses y luego cada año</td> </tr> <tr> <td>DIU intravaginal o pastillas transdermal</td> <td>En la consulta del seguimiento, si se han usado correctamente</td> </tr> <tr> <td>Estabilización masculina (testosterona)</td> <td>A los 3 meses y luego los tres meses del siguiente seguimiento para cada uno de los años</td> </tr> <tr> <td>Estabilización femenina</td> <td>A la primera consulta y luego a los 3 años</td> </tr> </tbody> </table>	MÉTODO	PERIODICIDAD	Naturales	Anual	Ampliación de lactancia	A los tres meses posparto	Hormonales (oral y inyectables)	A los 3 meses y luego cada año	Implantes subcutáneos	Al mes, a los 3 meses y luego cada año	Dispositivo intrauterino (DIU)	Al mes, a los 6 meses y luego cada año	DIU intravaginal o pastillas transdermal	En la consulta del seguimiento, si se han usado correctamente	Estabilización masculina (testosterona)	A los 3 meses y luego los tres meses del siguiente seguimiento para cada uno de los años	Estabilización femenina	A la primera consulta y luego a los 3 años
MÉTODO	PERIODICIDAD																			
Naturales	Anual																			
Ampliación de lactancia	A los tres meses posparto																			
Hormonales (oral y inyectables)	A los 3 meses y luego cada año																			
Implantes subcutáneos	Al mes, a los 3 meses y luego cada año																			
Dispositivo intrauterino (DIU)	Al mes, a los 6 meses y luego cada año																			
DIU intravaginal o pastillas transdermal	En la consulta del seguimiento, si se han usado correctamente																			
Estabilización masculina (testosterona)	A los 3 meses y luego los tres meses del siguiente seguimiento para cada uno de los años																			
Estabilización femenina	A la primera consulta y luego a los 3 años																			
<h3>PROCEDIMIENTO TAMIZAJE CANCER DE CUELLO UTERINO</h3> <h4>TOMA DE CITOLOGÍA CONVENCIONAL Y ADN VPH</h4> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>TIPO DE CITOLOGÍA</th> <th>FRECUENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30-34</td> <td>Convencional De acuerdo a riesgo identificado en consulta, se indica a partir del primer médico de referencia</td> <td>CUPS: 802001 De acuerdo al riesgo</td> </tr> <tr> <td>35-39</td> <td>Convencional</td> <td>CUPS: 802001 Cada 3 años</td> </tr> <tr> <td>40-65</td> <td>Clonaje ADN VPH</td> <td>CUPS: 802001 Cada 5 años</td> </tr> </tbody> </table> <p>La tamización con citología ADN VPH es una actividad que se encuentra en proceso de transición y está sujeta a la estrategia de los tamizajes por parte de la EPS, en caso de no tenerse en dicha zona (citología convencional en esquema 1-3) hasta 5 años.</p>	EDAD	TIPO DE CITOLOGÍA	FRECUENCIA	30-34	Convencional De acuerdo a riesgo identificado en consulta, se indica a partir del primer médico de referencia	CUPS: 802001 De acuerdo al riesgo	35-39	Convencional	CUPS: 802001 Cada 3 años	40-65	Clonaje ADN VPH	CUPS: 802001 Cada 5 años								
EDAD	TIPO DE CITOLOGÍA	FRECUENCIA																		
30-34	Convencional De acuerdo a riesgo identificado en consulta, se indica a partir del primer médico de referencia	CUPS: 802001 De acuerdo al riesgo																		
35-39	Convencional	CUPS: 802001 Cada 3 años																		
40-65	Clonaje ADN VPH	CUPS: 802001 Cada 5 años																		

En cada uno de los cursos de vida, además de la frecuencia de los controles, la realización de tamizajes y consultas de higiene oral, se explica la forma en que debe realizarse el examen físico

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 10 de 52

en cada curso de vida y de igual manera se expone las actividades que deben realizarse como tamizaje para detección temprana de los diferentes tipos de cancer (cervix, mama, prostata, colon y recto),. Finalmente se enfatiza en la realización de tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico en los cursos de vida de la juventud, adultez y vjez y la importancia del correcto diligenciamiento de los signos vitales y medidas antropométricas.

Una vez resueltas las dudas se da paso al siguiente tema “clasificación antropométrica y diagnostico correcto de desnutrición aguda en menor de 5 años”.

## **1. CLASIFICACION NUTRICIONAL SEGÚN INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS**

Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se debe tener en cuenta:

- a. El indicador antropométrico.
- b. El patrón de referencia.
- c. Los puntos de corte.

Las consideraciones que se presentan a continuación se determinan a partir de estos aspectos para cada grupo de edad.

### **Niñas, Niños y Adolescentes Menores de 18 Años**

#### **Los patrones de crecimiento de la OMS.**

Los patrones de referencia de la OMS 2006, se basan en un estudio multicéntrico realizado entre 1997 y 2003 en seis países del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y EE. UU.) cuyos participantes se seleccionaron sobre la base de un entorno óptimo para el crecimiento apropiado a saber: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes y niños pequeños, atención de salud de manera oportuna, madres no fumadoras y otros factores relacionados con un buen estado de salud. Dichas características indican cómo deben crecer todos los niños cuando se siguen prácticas saludables como alimentación con leche materna, adecuada atención de salud y ausencia de tabaquismo.

#### **Indicadores a utilizar en la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad.**

Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se deben utilizar los siguientes indicadores diferenciados por sexo y edad.

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 11 de 52

**Cuadro No. 1. Indicadores para la clasificación antropométrica del estado nutricional.**

Grupo de edad	Indicador
Menores de 5 años	Peso para la talla
	Talla para la edad
	Perímetro cefálico
	Índice de masa corporal para la edad
	Peso para la edad
De 5 a 17 años	Talla para la edad
	Índice de masa corporal para la edad

**Clasificación antropométrica del estado nutricional según indicadores antropométricos y grupos de edad.**

Para evaluar el estado nutricional de los niñas, niños y adolescentes, se debe analizar de forma conjunta los indicadores propuestos además de otros factores como son el estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles anteriores de peso y talla, por lo cual es fundamental el seguimiento periódico

Niños menores de 5 años (de 0 a 59 meses)

En el grupo de niños de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizarán los siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla - P/T, Talla para la Edad - T/E y Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E, para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños.

Los niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa mediante el indicador Peso para la Talla - P/T deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda de acuerdo con la Resolución 5406 de 2015.

La talla baja para la edad, conforme al indicador Talla para la Edad - T/E, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 12 de 52

La medición del Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E indica el crecimiento del encéfalo y la evolución de los huesos del cráneo. Se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños. Los perímetros tanto pequeños como grandes indican un riesgo para la salud y desarrollo; la medición es menos útil para determinar el estado nutricional o vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición. En la evaluación del perímetro cefálico, el criterio más importante es integrar el desarrollo psicomotor del niño o niña con su evolución, por lo cual es relevante su seguimiento. El perímetro cefálico se debe tomar rutinariamente hasta los tres años y de este momento en adelante, solo cuando el niño consulte por primera vez.

Por otra parte, para realizar los análisis de prevalencias de malnutrición a nivel poblacional en el referido grupo de edad, adicional a los indicadores antropométricos ya mencionados, se utilizarán el IMC para la Edad - IMC/E y el Peso para la Edad - P/E.

El cálculo del IMC para la Edad - IMC/E en niños y niñas se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad). A nivel individual se recomienda el uso del indicador de Peso para la Talla - P/T como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso.

El indicador Peso para la Edad - P/E refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la longitud o talla, por lo cual es de carácter compuesto y resulta compleja su interpretación debido a que tiene longitudes o tallas. Por lo tanto se sugiere utilizar el indicador Peso para la Edad - P/E únicamente a nivel poblacional. Este índice no se debe utilizar como único indicador trazador para focalizar intervenciones a nivel individual o poblacional.

A continuación se presentan los puntos de corte para cada indicador, su denominación y tipo de uso:

**Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
-----------	--	------------------------------	-------------



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 13 de 52

Peso para la Talla (P/T)	> +3	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	Individual y Poblacional
	≥ -2 a ≤ 2	Normal	
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
IMC para la Edad (IMC/E)	> +3	Obesidad	Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≤ +1	No Aplica (Verificar con P/T)	
Peso para la Edad (P/E)	> +1	No Aplica (Verificar con IMC/E)	Poblacional
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Global.	
	< -2	Desnutrición Global	

\* El total de menores de cinco años con desnutrición aguda se obtiene al sumar la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda severa.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 5406 de 2015). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 14 de 52

Niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años.

En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, se deben utilizar tanto a nivel individual como poblacional los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A diferencia del grupo anterior, en éste no se incluye el indicador Peso para la Talla - P/T, teniendo en cuenta que los resultados de la comparación de los patrones de la OMS con el patrón utilizado anteriormente de la National Center for Health Statistics - NCHS muestran que este indicador es muy similar al del índice de masa corporal para la edad en niños y niñas de cinco a nueve años de edad. Por ello, la OMS ha publicado solamente el IMC/E para este grupo de edad lo que permite simplificar la clasificación antropométrica del estado nutricional y dar continuidad al indicador del IMC desde el nacimiento hasta la edad adulta.

A continuación, se presentan los puntos de corte para cada indicador, su denominación y tipo de uso:

**Cuadro No. 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	$\geq -1$	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Retraso en Talla.	
	$< -2$	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	$> +2$	Obesidad	
	$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	
	$\geq -1$ a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Delgadez	
	$< -2$	Delgadez	

\*En el IMC para la Edad, +1(DE) es equivalente a un IMC de 25 Kg/m<sup>2</sup> a los 19 años y, +2 (DE) es equivalente a un IMC de 30 kg/m<sup>2</sup> en la misma edad, lo cual guarda relación con el IMC utilizado en la clasificación antropométrica nutricional de los adultos.

**Cuadro No. 6. Indicadores para la clasificación antropométrica y el riesgo cardiovascular de los adultos de 18 a 64 años de edad.**

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 15 de 52

**Cuadro No. 7. Clasificación antropométrica del estado nutricional para Adultos de 18 a 64 años, según el Índice de Masa corporal - IMC.**

<b>CLASIFICACIÓN IMC Kg/m<sup>2</sup></b>	
<b>Delgadez</b>	< 18,5
<b>Normal</b>	≥18,5 a <25
<b>Sobrepeso</b>	≥25 a < 30
<b>Obesidad</b>	≥30

**Cuadro No. 8. Subclasificación de la obesidad para el uso clínico individual**

<b>Obesidad</b>	≥ 30
<b>Obesidad grado I</b>	30 a 34,9
<b>Obesidad grado II</b>	35,0 a 39,9
<b>Obesidad grado III</b>	≥ 40,0

**INDICADOR**

Índice de masa corporal IMC (Kg/m<sup>2</sup>)  
Circunferencia de la cintura (cm)

**Puntos de corte a utilizar en la clasificación antropométrica del estado nutricional en adultos de 18 a 64 años de edad según indicadores antropométricos.**

**Índice de Masa Corporal - IMC.** Es un indicador que relaciona el peso con la talla del individuo, mediante el cual se identifica en este grupo poblacional el déficit, la normalidad y el exceso de peso. Su resultado varía en función de algunos parámetros como son la masa muscular, la estructura ósea y el sexo. En el caso de los adultos, el IMC se utiliza para evaluar el estado nutricional de acuerdo con los valores propuestos por la OMS. El sobrepeso y la obesidad se han identificado como condiciones que aumentan sustantivamente el riesgo de morbilidad por hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, enfermedades coronarias, osteoartritis, problemas respiratorios, apnea del sueño y cánceres, así como incremento de la mortalidad por estas causas.

**Circunferencia de la cintura:** La valoración de la circunferencia de la cintura en adultos es una metodología sencilla y eficaz para determinar la presencia de obesidad abdominal, lo cual se constituye en un factor de riesgo para la aparición de



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 16 de 52

enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares, debido a la alta relación que tiene con la acumulación de grasa intra-abdominal. Teniendo en cuenta que la Federación Internacional de Diabetes - FID, propuso valores para definir la obesidad central con base en la medida de la circunferencia de la cintura, a partir de las variaciones étnicas y el sexo; el consenso colombiano de síndrome metabólico, acogió los criterios de la FID para el diagnóstico del síndrome metabólico, clasificando la obesidad abdominal en Colombia de acuerdo a los puntos de corte establecidos para surasiáticos.

La medición de la circunferencia de cintura debe ser tomada en todos los adultos de 18 a 64 años como medida complementaria durante la valoración antropométrica para determinar el riesgo cardiovascular. Independiente de edad y sexo, la combinación de IMC y circunferencia de cintura explican una mayor variación en grasa no abdominal, abdominal, sub-cutánea y visceral que el IMC o la circunferencia de cintura como mediciones separadas.

Técnicas para la toma de mediciones antropométricas:

### **TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

A pesar de que las técnicas para la toma de medidas antropométricas son específicas dependiendo del tipo de equipo que se esté utilizando (mecánico, electrónico, digital) a continuación se presentan algunas reglas básicas para la toma del peso, la talla y el perímetro cefálico.

#### **Peso de niños y niñas menores de 2 años**

- a. Asegurarse que el pesabebé se encuentre en una superficie lisa, horizontal y plana.
- b. Verificar que el equipo esté tarado en cero (0).
- c. Con la ayuda de la acompañante, desvestir al niño o niña. Si esto no fuera posible por motivos de fuerza mayor (falta de privacidad o frío), se debe pesar al niño con ropa ligera.
- d. Colocar al niño o niña en el centro del platillo, canasta, silla o bandeja de la balanza; no debe apoyarse y ninguna parte de su cuerpo debe quedar afuera.
- e. Si la balanza es mecánica deben ubicarse las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital simplemente leer el resultado. Para efectos de registro en balanzas mecánicas, el peso se debe aproximar a 10 o 20 gramos según la sensibilidad del equipo.
- f. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 17 de 52

Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

Si NO dispone de pesabebés:

- a) En este caso es posible utilizar la balanza de pie y solicitar a la madre o el cuidador para que cargue al niño o niña, con el fin de establecer el peso del usuario por diferencia.
- b) Colocar la balanza sobre el piso, asegurándose que esté firme y que no se va a mover mientras alguien se pare allí.
- c) Explicar a la madre o al cuidador que la idea es establecer el peso en la balanza mientras se sostiene al niño en los brazos.
- d) Luego pedirle a la madre o cuidador que deje al niño o niña con la menor cantidad de ropa posible. Si se preocupa porque hace frío, puede cubrirlo con una manta mientras se alista la balanza y explicar el procedimiento a seguir y la posición en que debe cargar al niño para determinar el peso.
- e) de la balanza, encima de las plantillas, cargando al niño sostenido en los brazos, pero sin dejarlo descansar sobre ellos, pegado a su cuerpo y lo más quieto posible. Debe esperar hasta que los números ya no cambien más.
- f) Leer el dato del peso combinado de la madre o cuidador alzando al bebe y anotarlo en una hoja en blanco.
- g) Pedirle a la madre o cuidador que se ponga de pie sobre el centro de la balanza, encima de las plantillas, esta vez sin el niño o niña y una vez tenga esta cifra, restarle el valor del peso de la persona que está ayudando, al valor inicial del peso combinado y la diferencia es el peso del niño o niña.
- h) Cuando se dispone de balanza con función de tara madre hijo, realizar el mismo procedimiento, asegurando de tarar el peso del auxiliar y el valor fin Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla.
- i) Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

. Peso de mayores de 2 años



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 18 de 52

- a) Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada o en cero (0).
- b) Solicitar al usuario que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la
- c) superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida.
- d) peso exacto o si es electrónica o digital, simplemente leer el resultado.
- e) Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo.
- f) Bajar al usuario de la báscula o balanza.
- g) Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla.
- h) Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

Talla de niños y niñas menores de 2 años.

Para menores de dos años, sin importar si el niño o niña ya se sostiene en pie, la medición debe hacerse con el niño acostado (posición horizontal) y la medida se denomina LONGITUD, se tomará la longitud con la ayuda de un Infantómetro.

Antes de iniciar, se debe explicar a la madre o acompañante que se va a medir el tamaño del niño o niña y que requiere de su colaboración para que el niño o niña se sienta tranquilo, para colocarlo correctamente y mantenerlo en la posición adecuada.

Los pasos para seguir son:

- a. Colocar el infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme para evitar que el niño se caiga (por ejemplo, sobre el suelo, piso o mesa estable) . Cubrir el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño
- c. Verificar que el niño(a), esté sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
- d. Acostar el niño boca arriba sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, colocando la mano izquierda en la parte alta de la espalda con el fin de dar soporte a la cabeza y la mano derecha en los muslos, recostándolo suavemente.
- e. En ningún momento dejar al niño solo acostado en el infantómetro.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 19 de 52

- f. Solicitar a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro y que tome la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos miren hacia arriba. Sin ejercer mucha presión, trate de mantener la cara del niño recta.
- g. Tomar ambas rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y correr firmemente con la mano derecha la pieza móvil del infantómetro contra la planta de los pies. Estos deben quedar perfectamente rectos sobre la pieza móvil.
- h. Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con el infantómetro y en la parte central del cuerpo del instrumento.
- i. Leer rápidamente sin mover al niño, la cifra que marca la pieza móvil. Asegurarse que la lectura se hace en la escala de centímetros.
- j. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

### **Talla en mayores de 2 años**

Para mayores de dos años, la medición se debe realizar de pie (posición vertical) y la medida se denomina TALLA O ESTATURA, la cual se tomará con un tallímetro.

Se debe tener en cuenta que el tallímetro esté ubicado verticalmente; revisar los siguientes pasos:

- a. Poner el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el usuario.
- b. Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies. Verificar que no existan adornos puestos en la cabeza ni zapatos.
- c. Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no debe estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. La madre o acompañante debe sostener y presionar suavemente con una mano las rodillas y con la otra los tobillos contra la tabla vertical.
- d. Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 20 de 52

movible hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta. Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.

e. Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza movible ubicándose frente a ella y anotarlo con una aproximación de 0.1 cm. Retirar la pieza movible de la cabeza del usuario y la mano del mentón.  
. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

Para que la toma de medidas se lleve a cabo con la mejor aplicación de la técnica requerida, se recomienda que el responsable de la valoración, cuente con la colaboración de un auxiliar de toma de medidas. En la consulta individual, este rol lo puede cumplir un auxiliar o el acompañante del usuario con la indicación del profesional de la salud que lo esté valorando.

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 21 de 52

## Perímetro cefálico

Para su medición se debe mantener al niño con la cabeza fija, deberá quitarse de la cabeza los ganchos, moños gorros, etc. que interfieran con la medición. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas, alrededor de la parte posterior de la cabeza. Para esto, se pasa la cinta alrededor de la cabeza del sujeto, colocándola con firmeza sobre las protuberancias frontales y sobre la prominencia del occipital.

### 2.2.6. Circunferencia de la cintura

El usuario debe estar de frente al evaluador, parado recto con los brazos a los lados y con el dorso descubierto. Se debe trazar una línea imaginaria que parta del orificio de la axila hasta la cresta iliaca y sobre esa línea se identifica el punto medio entre el último arco costal (costilla) y la parte superior de la cresta ilíaca (cadera), esta será la ubicación de la cintura. La cinta se ubica sobre ese punto medio y paralela al piso. La medición se realiza al final de una espiración normal, verificando que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta y se lee el número que aparece en la intersección registrando el dato en centímetros.

### .2.7. Perímetro del brazo (niños y niñas de 6 a 59 meses)

Para tomar el perímetro del brazo se necesita una cinta métrica con la cual se rodea la parte media del brazo en posición relajado, sin hacer presión sobre la piel y se lee el valor de esa circunferencia. Para realizar la medición, tenga en cuenta los siguientes pasos:

- a. Seleccione el brazo no dominante de la niña o niño. El brazo no dominante de un niño derecho es el izquierdo y viceversa.
- b. Mida la distancia entre el acromion (apéndice de la clavícula) y el olecranon (apéndice del húmero). Marque el punto medio entre ambos con esfero o marcador.
- c. Deje caer el brazo de la niña o niño de manera natural y sobre la marcación anterior enrolle horizontalmente la cinta antropométrica.
- d. Verifique que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta y lea el número que aparece en la intersección. Dicho número es el perímetro del brazo de la niña o el niño

- CAPACITACION EN RESOLUCIÓN NÚMERO 2465 DE 2016
- CAROLINA ARIAS TRUJILLO
- Referente Ruta Nutricional

### Definición de Estado Nutricional.

Es el balance entre...

Alimentos consumidos.

Necesidades corporales de calorías y nutrientes.

**Malnutrición: Por exceso o deficiencia (desnutrición, sobrepeso u obesidad)**

### Antropometría.

Mide el tamaño, proporciones y composición del cuerpo humano.

Sirve para determinar el estado nutricional, crecimiento y desarrollo de niños(as).

### Mediciones antropométricas.

**Peso**

**Talla**

**Circunferencia media del brazo**

### Patrones de crecimiento de la OMS

- Se basan en un estudio multicéntrico realizado entre 1997 y 2003 en seis países del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y EE.UU.)
- Los participantes se seleccionaron sobre la base de un entorno óptimo para el crecimiento apropiado a saber: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes y niños pequeños, atención de salud de manera oportuna, madres no fumadoras y otros factores relacionados con un buen estado de salud.

### Resolución 2465 de 2016

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

### INDICADORES PARA LA CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL.

GRUPO DE EDAD	INDICADOR
Menor de 5 años	Peso para la talla
	Talla para la edad
	Perímetro cefálico
	Índice de masa corporal para la edad
De 5 a 17 años	Peso para la edad
	Talla para la edad
	Índice de masa corporal para la edad

**Clasificación antropométrica del estado nutricional según indicadores antropométricos por grupo de edad**

- Para evaluar el estado nutricional de los niñas, niños y adolescentes, se debe analizar de forma conjunta los indicadores propuestos además de otros factores como son:
- El estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles anteriores de peso y talla, por lo cual es fundamental el seguimiento periódico

Las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa mediante el indicador peso para la talla - P/T

De acuerdo con la resolución 5406 de 2015.

Deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda

La talla baja para la edad, conforme al indicador Talla para la Edad - T/E, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico.

El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros.

Los perímetros tanto pequeños como grandes indican un riesgo para la salud y desarrollo; la medición es menos útil para determinar el estado nutricional o vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición.

La medición del Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E indica el crecimiento del cerebro y la evolución de los huesos del cráneo. Se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños y niñas.

El cálculo del IMC para la Edad - IMC/E en niños y niñas se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad). A nivel individual se recomienda el uso del indicador de Peso para la Talla - P/T como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso.

### INDICADORES PARA MENORES DE 5 AÑOS

El grupo de 0 a 4 años, 11 meses, 29 días utiliza los indicadores

- Peso para la Talla
- Talla para la edad
- Perímetro cefálico para la edad
- Índice de Masa Corporal para la Edad
- Peso para la edad

El gráfico muestra curvas de crecimiento para niñas de 2 a 3 años, con zonas marcadas para Obesidad, Sobrepeso, Riesgo de Sobrepeso, Peso adecuado para la talla, Riesgo de DNT Aguda, DNT Aguda Moderada y DNT Aguda Severa.

**CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN INDICADOR Y PUNTOS DE CORTE.**

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	$\geq +3$	Obesidad	Individual y Poblacional
	$> +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso	
	$> +1$ a $\leq +2$	Riesgo de Sobrepeso	
	$\geq -1$ a $\leq +1$	Peso Adecuado para la Talla	
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	$\geq -2$ a $\leq -3$	Desnutrición Aguda Moderada*	
	$< -3$	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	$\geq -1$	Talla Adecuada para la Edad	Individual y Poblacional
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Talla Baja	
	$< -2$	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)	$> +2$	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	Individual y Poblacional
	$\geq -2$ a $\leq +2$	Normal	
	$< -2$	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	

**CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN INDICADOR Y PUNTOS DE CORTE.**

IMC para la Edad (IMC/E)	$> +3$	Obesidad	Poblacional
	$> +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso	
	$> +1$ a $\leq +2$	Riesgo de Sobrepeso	
Peso para la Edad (P/E)	$\leq +1$	No Aplica (Verificar con P/T)	Poblacional
	$> +1$	No Aplica (Verificar con IMC/E)	
	$\geq -1$ a $\leq +1$	Peso Adecuado para la Edad	
	$\geq -2$ a $< -1$	Riesgo de Desnutrición Global.	
	$< -2$	Desnutrición Global	

**NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 5 A 17 AÑOS DE EDAD.**

En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, se deben utilizar tanto a nivel individual como poblacional los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A diferencia del grupo anterior, en éste no se incluye el indicador Peso para la Talla - P/T, teniendo en cuenta que los resultados de la comparación de los patrones de la OMS con el patrón utilizado anteriormente

**Cuadro No. 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.**

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	> +2	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +1 a ≤ +2	Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	IMC Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	

**1.1.4.4. Criterio de aproximación de la edad**

Teniendo en cuenta que las gráficas no permiten leer con precisión la edad en meses cumplidos y aproximadamente cada 15 días o 1/2 mes, los valores intermedios se deben aproximar al mes como lo muestra el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 5. Ejemplo para la aproximación de la edad.**

Edad al control	Se aproxima a:	Ejemplo:
Meses cumplidos + 1 a 10 días	Meses cumplidos	5 meses 4 días = 5 meses
Meses cumplidos + 11 a 20 días	Meses cumplidos + 1/2 mes	5 meses 13 días = 5 meses y medio
Meses cumplidos + 21 a 29 días	Meses cumplidos + 1 mes	5 meses 26 días = 6 meses

**Indicadores para la clasificación antropométrica y el riesgo cardiovascular de los adultos de 18 a 64 años de edad.**

**Puntos de corte a utilizar en la clasificación antropométrica del estado nutricional en adultos de 18 a 64 años de edad según indicadores antropométricos.**

Índice de Masa Corporal - IMC. Es un indicador que relaciona el peso con la talla del individuo, mediante el cual se identifica en este grupo poblacional el déficit, la normalidad y el exceso de peso. Su resultado varía en función de algunos parámetros como son la masa muscular, la estructura ósea y el sexo.

**CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA ADULTOS DE 18 A 64 AÑOS DE EDAD, SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL - IMC.**

CLASIFICACIÓN IMC kg/m	
Delgadez	< 18,5
Normal	≥ 18,5 a < 25
Sobrepeso	≥ 25 a < 30
Obesidad	≥ 30

**SUB CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD PARA EL USO CLÍNICO INDIVIDUAL**

Obesidad	≥ 30
Obesidad grado I	30 a 34,9
Obesidad grado II	35,0 a 39,9
Obesidad grado III	≥ 40,0

Instrumentos para la toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro del brazo y circunferencia cintura)

Grupo de edad	Peso	Longitud/Talla	Perímetro cefálico	Perímetro del brazo	Luccionerenda de cintura
Niños y niñas hasta dos años	Pesabebé Balanza de pie (para pesar a la madre y al niño simultánea cuando no se dispone de Pesabebé)	Infantometro*	Cinta métrica	Cinta métrica	Cinta métrica
Mayores de 2 años, adolescentes y adultos	Balanza de pie	Talímetro	Cinta métrica	Cinta métrica	Cinta métrica

\*El infantometro es el instrumento equivalente al talímetro utilizado para tomar la longitud en niñas y niños menores de dos años.

**INSTRUMENTOS PARA TOMA DE PESO**

BALANZA			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo	Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo
Penabete	Balanzas con potabebés y balonitos	Balanza de pie	Balanza de pie
Capacidad: 20 a 25 kilos Precisión: 10 a 20 g	Capacidad 25 kg Precisión 50 o 100 g La celda debe contar con calibrador o diferentes de pesos o con una sensibilidad menor (10g)	Capacidad: 120 a 150 kg Precisión: ideal 50 gr máximo 100 gr	Capacidad: 120 a 150 kg Precisión: ideal 50 gr máximo 100 gr
Mecanismo: electrónico, digital o de brazo mecánica	Penabete digital de baterías Capacidad 20 a 25 kilos Precisión 30 g o menos	Mecanismo: Equipos Digitales (portátiles) con baterías.	Mecanismo: Equipos Digitales (portátiles) con baterías.

**INSTRUMENTOS PARA TOMA DE TALLA**

TALÍMETRO (INFANTOMETRO)			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo	Consultorio o sitio fijo	Trabajo de campo
Infantometro	Infantometro portátil	Talímetro en un pedestal	Talímetro portátil
Precisión de 1 mm	Precisión 1 mm	Línea y no deformable	Línea y no deformable
Capacidad de 110 a 120 cm	Capacidad 110 cm	Capacidad de diez cm	Capacidad de diez cm
Materia de fabricación: Invario, Invario y no deformable	Desmontable	Sensibilidad 1mm	Sensibilidad 1mm
Siempre en posición vertical	Se desmonta en posición horizontal y vertical	Se recomienda un base de 25 cm de ancho	Se recomienda un base de 25 cm de ancho
Cinta: plástica, metálica, cilíndrica o en tubo y no sea la mitad del equipo.	Calibración recomendada	de material de medición, cinta metálica, de papel o plástica, cilíndrica o en tubo	de material de medición, cinta metálica, de papel o plástica, cilíndrica o en tubo
Calibración: 90 grados	90 grados	de 100 cm	de 100 cm
espaldas con una base de 25 cm de ancho y separación de 10 cm.	No se recomienda el uso de cinta de medición	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas
Que la permita al niño o niña acostarse	No se recomienda el uso de cinta de medición	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas
No se recomienda el uso de infantometro en situaciones excepcionales (obesidad, diabetes, osteoporosis, etc.)	No se recomienda el uso de cinta de medición	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas	No se recomienda el uso del talímetro con balanzas mecánicas

**INSTRUMENTO PARA TOMA DE PERÍMETRO CEFÁLICO, PERÍMETRO DEL BRAZO Y CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA.**

El instrumento utilizado para la medición de los perímetros es la cinta métrica, la cual debe ser en un material flexible, inextensible e impermeable, con divisiones cada 1mm. Es aconsejable que la cinta mida máximo 0.5 cm de ancho debido a que pueden presentarse errores de medición en el punto de superposición de los dos extremos de la cinta.



**PESO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS**



**Toma de peso**

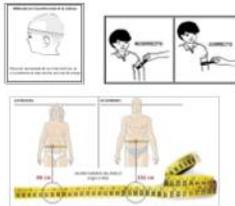


- Sin zapatos
- Con el mínimo de ropa posible (vestido, pantalón o falda y camisa liviana).
- Sin nada en los bolsillos
- Previa micción.

**Toma de talla**



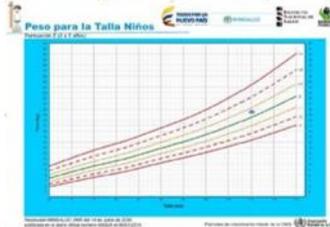
**Con cinta métrica:**



**Manejo de las curvas de crecimiento infantil**

**Ejemplo 1. Niño con peso normal**

La foto que aparece abajo es de un niño con 3 años y 11 meses de edad. Pesa 19,5 kg y mide 109,5 cm. Su talla para la edad está por encima de la línea +1. Su peso para la talla, que se muestra en la siguiente curva, está en el rango normal (7).

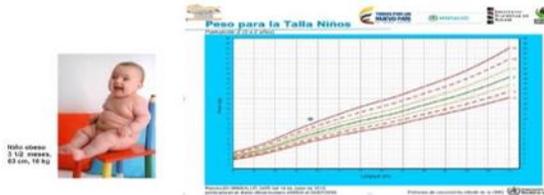


10. Niño con peso normal

**Manejo de las curvas de crecimiento infantil**

**Ejemplo 2. Niño con obesidad**

En la foto abajo se presenta un niño de 35 meses de edad. Pesa 10 kg y mide 63 cm de longitud. La curva de peso para la longitud presentada indica que está obeso porque se ubica por arriba de la línea de +3 (7).



Niño obeso  
35 meses  
63 cm, 10 kg

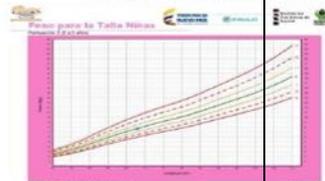
**Manejo de las curvas de crecimiento infantil**

**Ejemplo 3. Talla baja**

Se debe revisar integralmente el crecimiento del niño, por ello el ejemplo siguiente hace uso de dos indicadores para describir peso para la longitud y longitud para la edad.

La niña de la foto tiene 1 año, mide 67,5 cm de longitud, y pesa 7,6 kg.

Note que su peso para la longitud cae sobre el valor ideal, por lo tanto tiene una apariencia absolutamente normal.







## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 27 de 52



## CAPACITACIÓN GUIA DE PRACTICA CLINICA DESNUTRICION

Seguidamente hace la intervención el médico Sandro Pino y el coordinador médico Rene Velasco quienes dan la indicación para el manejo clínico de la desnutrición acorde a la guía de práctica clínica

- Resolución 5406 del 2015.

Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de los niños **menores de cinco (5) años con desnutrición aguda**

- Resolución 2465 de 2016

Por la cual se adoptan los **indicadores antropométricos**, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del **estado nutricional** de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

Se enfatiza en que **El diagnóstico y tratamiento adecuado, racional y oportuno de la desnutrición aguda moderada o severa, reduce significativamente las tasas de letalidad y aumenta la sobrevida**

### FORMAS DE DESNUTRICIÓN

- **Desnutrición aguda:** puntaje Z del indicador P/T-L: -2DE.
- **Retraso en talla:** puntaje Z del indicador T-L/E, : -2 DE.
- **Deficiencias de micronutrientes:** deficiencia para uno o varios micronutrientes sin déficit proteico/calórico, aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como: diarrea, neumonía, malaria o tuberculosis (Zonas endémicas)

**La desnutrición aguda se clasifica en:**

**Desnutrición aguda moderada:** puntaje Z del indicador P/T-L, < - 2 DE y  $\geq$  -3 DE. Puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez.

	<b>ACTA</b>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 28 de 52

**Desnutrición aguda severa:** Puntaje Z del indicador P/T-L es  $< -3DE$ , o cuando se presenta edema bilateral de origen nutricional, que puede llegar a anasarca.

- **Kwashiorkor:** Disminución de los niveles de albúmina,  $< 2.5$  g/dl, que lo lleva a pérdida de la presión oncótica y edema bilateral progresivamente ascendente.
- **Marasmo:** Delgadez extrema, piel seca, opaca y quebradiza. Este cuadro clínico se asocia con ingesta deficitaria y continuada de proteínas, calorías no proteicas y micronutrientes en la dieta.

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

- **Formación del edema:** Es un signo característico kwashiorkor.
- **Producción de anemia:** la disminución de síntesis proteica compromete el transporte de hierro al disminuirse la síntesis de transferrina;  
la deficiente ingesta de hierro, folatos, cobre, zinc, vitaminas, etc.
- **Alteración de la piel:** Se afecta la estructura de las mucosas y el rápido recambio celular de los epitelios (por inmovilización o **déficit de vitaminas A, C y colágeno**)
- **Esteatosis hepática:** El hígado al disminuir en su función de síntesis, no tiene capacidad para movilizarlos,
- Se usa la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC); Se clasifica como un Alimento para Propósito Médico Especial, indicado para el tratamiento ambulatorio de los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin complicaciones y en la rehabilitación nutricional al egreso hospitalario.
- Indicado en el tratamiento ambulatorio de niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda sin complicaciones.
- Producto con mínimo contenido de agua y muy **bajo riesgo de contaminación.**
- Es de **fácil digestibilidad** por el tracto gastrointestinal de los niños con desnutrición aguda, incluso si hay diarrea.
- La consistencia **semisólida y el sabor a dulce y a maní** han facilitado la aceptabilidad en los niños con desnutrición aguda, sin interferir ni transformar los hábitos alimentarios.
- Un sobre de **92 g de FTLC aporta 500 kcal** y contiene los macronutrientes y micronutrientes necesarios para la recuperación nutricional.
- Contiene **12.5 -15 g** de proteína de los cuales, al menos el **50 % es de origen lácteo.** Su contenido de lactosa es muy bajo.

F-75

- Indicada para el **manejo hospitalario** de niños entre 0 y 59 meses de edad con desnutrición aguda
- Aporta **75 kcal en 100 ml.**



### Características:

- Indicado en el tratamiento ambulatorio de niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda sin complicaciones.
- Producto con mínimo contenido de agua y muy bajo riesgo de contaminación.
- Es de fácil digestibilidad por el tracto gastrointestinal de los niños con desnutrición aguda, incluso si hay diarrea.
- La consistencia semisólida y el sabor a dulce y a mani han facilitado la aceptabilidad en los niños con desnutrición aguda, sin interferir ni transformar los hábitos alimentarios.
- Un sobre de 92 g de F-75 aporta 500 kcal y contiene los macronutrientes y micronutrientes necesarios para la recuperación nutricional.
- Contiene 12.5 -15 g de proteína de los cuales, al menos el 50 % es de origen lácteo. Su contenido de lactosa es muy bajo.

13

### Composición Fórmula Terapéutica F-75:

- Indicada para el manejo hospitalario de niños entre 0 y 59 meses de edad con desnutrición aguda
- Aporta 75 kcal en 100 ml.
- Para los niños entre cero (0) y 6 meses de edad con desnutrición aguda moderada o severa, se puede administrar F-75 diluida, sola o como alimento complementario, junto con leche materna.

14

### 2. Principios – Básicos para el diagnóstico

- 27 Diagnosticar existencia y severidad de la desnutrición aguda
- 27 Valoración antropométrica
- 27 Valoración clínica
- 20 Establecer presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades
- 30 Seleccionar escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo instaurado
- 31 Prueba de apetito

15

### Es fundamental:

- Diagnosticar existencia y severidad de la desnutrición aguda.
- Establecer presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades.
- Seleccionar escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo instaurado.

16

1. Diagnosticar existencia y severidad de la desnutrición aguda. Se basa en parámetros antropométricos y clínicos, edema nutricional, la disminución del perímetro del brazo, la pérdida de apetito patologías concomitantes.
  - **Valoración antropométrica:** Se establece en función del PIT-L, el cual se simplifica en el número de Desviaciones Estándar (DE, Z score), por debajo del promedio poblacional ideal.
  - **Valoración clínica:** Debe basarse en la historia clínica detallada, examen físico y valoración antropométrica; esta se deberá realizar en **cada contacto del niño** con el servicio de salud, tanto en el momento del diagnóstico inicial, como en el seguimiento.

17

### Anamnesis

La historia clínica debe contener:

18

### Análisis desde el celular

Maventy Mobile

40

### Resultados en Maventy

Medida	Porcentaje	Z score
Peso (kg)	8.20	-1% -4.45
Longitud o altura (cm)	79.00	+1% -4.70
Circunferencia de la cadera (cm)	43.50	+1% -3.76
Índice de masa corporal (IMC)	0.96	-2.34

Diagnóstico más importante

41

### Valoración del perímetro del brazo

Indicador complementario a los indicadores antropométricos. Si el valor obtenido es menor de 11,5 centímetros, se considera predictor de riesgo de muerte por desnutrición.

42

### Examen físico: Identifica signos que sugieran patologías agudas, crónicas, compromiso somático y determine el grado de desnutrición.

Signos vitales → Signos de integración de funciones fisiológicas → Valoración de cada uno de los órganos y sistemas (organos)

#### Valoración del edema

Edema	Se presenta en:
leve (+)	Pies.
moderado (++)	Pies, manos y parte inferior de piernas y brazos.
severo (+++)	Pies, piernas, manos, brazos y todo el cuerpo generalizado.

43

44

### 2. Establecer presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades

- Los niños con diagnóstico de desnutrición aguda con algunas de las patologías referidas, deben ser consideradas como una **urgencia vital** y requieren de tratamiento inmediato.
- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria.
- sepsis, neuro infección e infección urinaria.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglucemia.
- hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vómito todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiones.

45

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

- Tiene la posibilidad de realizarse de forma hospitalaria o ambulatoria.
- El escenario de manejo es fundamental para orientar las indicaciones terapéuticas, edad, comorbilidades

46

### Prueba de apetito

Prueba que nos define los criterios para definir si el niño con desnutrición aguda puede recibir el tratamiento ambulatorio o debe ser hospitalizado.

La prueba se considera positiva cuando hay consumo de la mínima cantidad esperada de FTLC

Edad	Peso Kg	Consumo mínimo FTLC	POSITIVA		NEGATIVA	
			Observación	Conducta y seguimiento	Observación durante 3 días	Conducta y seguimiento
6 a 59 meses	> 9.9	10% de score	Rechazo con signo de FTLC	Manejo ambulatorio	Coma menor de la esperada o se niega a consumir la FTLC a pesar del apoyo, el tiempo y el ambiente propicio para la prueba.	Manejo hospitalario.

47

### Criterios de manejo ambulatorio

Se prevé que la mayoría de los niños con desnutrición aguda cumplirán con estos criterios.

Se prevé que se recuperen progresivamente en 10000 los niños de 6 a 59 meses.

Prueba de apetito

- Respuesta de lactancia
- Respuesta de chupar
- Manejo clínico integral
- Estado 100 de los siguientes:
  - Peso > 9.9 por de 2 EE
  - Consumo > 10% de FTLC
  - Activo, reacción adecuada
  - No complicaciones médicas o comorbilidades agudas
  - Puede ser quien cuida

Le anterior, también está previsto para aquellos niños que egresen del manejo hospitalario, desde haber estabilizado de sus complicaciones, y pueden continuar el recuperación y manejo en su casa con los seguimientos requeridos.

48

### 3. Orientación del tratamiento de niños con desnutrición aguda moderada y severa

35 Fase de estabilización  
36 Fase de transición  
36 Fase de rehabilitación

49

### Fases para la atención de la desnutrición aguda moderada y severa.

1 Fase de estabilización  
2 Fase de transición  
3 Fase de rehabilitación

34-72 horas      3 a 7-14 días      Hasta 60 días

50

1 Fase de estabilización: Evaluación y valoración de condiciones nutricionales, estado de hidratación, estado de bienestar nutricional, estado de bienestar emocional.

2 Fase de transición: Plan terapéutico con el fin de alcanzar un estado nutricional adecuado (debe haberse iniciado el tratamiento de estabilización).

3 Fase de rehabilitación: Continúa el proceso de recuperación nutricional para alcanzar la velocidad de crecimiento apropiada.

51

### 4. Manejo de niños de cero (0) a 6 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa

38 Consideraciones niños de cero (0) a 29 días  
39 Manejo hospitalario en niños de 1 a 6 meses de edad  
41 Fase de estabilización  
42 Fase de transición en niños de cero (0) a 6 meses de edad  
44 Fase de rehabilitación en niños de cero (0) a 6 meses de edad  
46 Criterios de egreso de hospitalización

52

En esta etapa de la vida, la desnutrición aguda se asocia fuertemente a dificultades como:

Proceso de amamantamiento
Bajo peso al nacer
Prematuridad
Episodios diarreicos
Malformaciones congénitas
Sepsis
Condiciones crónicas

Se debe:

- Apoyar la lactancia materna.
- Realizar seguimiento cuidadoso y tratamiento especializado.
- Identificar condiciones que requieren soporte nutricional especializado.
- Dar apoyo permanente en el proceso de recuperación.
- Realizar el proceso inicialmente de forma intrahospitalaria.
- Continuar con el acompañamiento ambulatorio hasta lograr la recuperación nutricional.

53

### Consideraciones niños (0-29 días)

No solo se debe tener en cuenta como único indicador el peso para la lactancia.

La valoración de las condiciones nutricionales se debe realizar a través de la producción individual.

Los niños con antecedentes de prematuridad, de parto de bajo peso, de parto prematuro, de parto por cesárea, de parto por inducción y de parto por cesárea, requieren una adecuada práctica de lactancia materna como pilar del tratamiento.

54

### Manejo hospitalario en niños de 1 a 6 meses de edad

Además de resolver las complicaciones asociadas a la desnutrición, el propósito de la hospitalización es a depender de la posibilidad de los niños de alimentarse con leche materna.

NIÑO alimentado o con posibilidad de lactancia

- Iniciar la recuperación nutricional, iniciar y restablecer la práctica de lactancia materna hasta que pueda alimentarse exclusivamente con leche materna.

NIÑO no alimentado y sin posibilidad de restablecer la práctica de lactancia materna.

- Definir las opciones de alimentación cuando no sea posible restablecer la lactancia materna.

\*Hacer un chequeo con el ABCDARD terapéutico\*

55

Acción o condición	Acción moduladora específica	Atendimiento		Días	Puntos de corte
		Inicio (semana)	Terminación (semana)		
A. Controla Hipotermia/Virus estuacional respiratorio	Diagnosar e investigar	1.1	1.2	1.1	1.1
B. Análisis de heces	Controlar con causas hipotermias sintomáticas	1.1	1.2	1.1	1.1
C. Defensas Chiquito	Planear hidratación cuidadosa por vía oral o sonda nasogástrica a menos que esté contraindicada. Iniciar FTLC 2% con lactosa si está indicado. Responder líquidos e electrolitos según protocolos de uso pediátrico. Mantener vía aérea, si menos que esté contraindicada.	1.1	1.2	1.1	1.1
D. Vigila lactancia materna	Establecerse momento de Diuresis y excreta por el canal.	1.1	1.2	1.1	1.1
E. Vigila lactancia materna	Evitar de irritación (SND) por por vía oral nasogástrica si no hay contraindicación.	1.1	1.2	1.1	1.1
F. Función intestinal	Evitar de irritación (SND) por vía oral nasogástrica si no hay contraindicación. Evitar de irritación (SND) por vía oral nasogástrica si no hay contraindicación. Evitar de irritación (SND) por vía oral nasogástrica si no hay contraindicación.	1.1	1.2	1.1	1.1
G. Controla la anemia	Controlar la anemia	1.1	1.2	1.1	1.1

56

Letra	Condición	Acción
H	Hipotermia	Algoritmo, mantenga calor
I	Hidratación	Evitar antidiuréticos según recomendación
L	Lactancia materna	Continuar, priorizar y fortalecer la práctica de lactancia materna, estimula producción
M	Micronutrientes	Identificar deficiencias y planear reposición. Valore si hay serotonina a la lactancia.
N	Nutrición	Definir manejo nutricional
P	Peel	Establecerse comportamiento: Cubra áreas expuestas, hídrico
R	Síndrome de reabsorción	Anticipo el riesgo, señales, monitorice. Inicie MGLP, Ca y Mg si se justifica.
S	Estimule el desarrollo	Cuidado emocional, estímulo y juego
V	Vacunación	Asegure aplicación de vacunas de acuerdo con esquema Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

La lactancia materna debe ser una indicación terapéutica durante todo el curso de la atención.

57

### Puntaje de grado de deshidratación DHAKA.

Signo clínico	Hallazgo	Puntaje
Apariencia general	Normal	0
	Inapropiada	2
Respuesta oral	Normal	0
	Profunda	2
Plegas cutáneas	Regreso lento	2
	Regreso muy lento	4
Lágrimas	Normal	0
	Disminuidas	2
Acomodar		2
Completar		Total
En rehidratación		0-1
Riesgo grave de deshidratación		2-3
Deshidratación severa		4-6

"La reposición hídrica es la base del tratamiento de la deshidratación, pero a diferencia de niños sanos, los que presentan desnutrición requieren mayor cuidado bajo la consideración de evitar sobrecarga hídrica."

58

### Actividades a realizar para el manejo nutricional durante la fase de estabilización en niños menores de 6 meses de edad.

1. Indagar por la historia de la lactancia.
2. Evaluar las mamas.
3. Evaluar al niño.
4. Evaluar la técnica de lactancia.
5. Indagar por cambios en la forma de lactar y problemas asociados con la lactancia.
6. Acompañar a la madre mientras monitorea y habitúa a la crianza de lactancia materna y alimentación.
7. Establecer plan de cuidado a la madre durante la hospitalización.
8. Iniciar y continuar la TSS.
9. Monitorear el niño una vez iniciado el aporte con F-75.
10. Acompañar a la madre en lactación y conservación de leche humana durante la hospitalización.
11. Indagar por cambios en la forma de lactar y problemas asociados con la lactancia.

59

### Técnica de suplementación por succión - TSS

Fig. 1. Se debe alentar al pecho de la madre.

Completar el volumen parental durante el hospitalización.

Fig. 2. Si el niño ya se encuentra colado en el seno materno, introducir la sonda a la boca del niño para el consumo de leche.

Técnica de suplementación utilizando la gerga.

60

### Tabla 19. Sumatorio de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda moderada en niños menores de 6 meses.

Medicamentos	Prescripción	mg/kg/día	Costo diario
Preparado de lactosa	Galactina	10	60
		14	84

### Tabla 19. Sumatorio de F-75 en la fase de estabilización en desnutrición aguda severa en niños menores de 6 meses.

Medicamentos	Prescripción	mg/kg/día	Costo diario
Preparado de lactosa	Galactina	7	42
		4	24
		10	60
		7	42

61

### 5. Manejo de niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda moderada y severa

- 60 Manejo ambulatorio de niños entre 6 y 59 meses de edad
  - a0 Manejo nutricional
  - a1 Uso de medicamentos para controlar la infección
  - a2 Administración micronutrientes
  - a3 Vacunación
  - a4 Seguimiento ambulatorio
- 61 Fortalecimiento de capacidades en prácticas clínicas de salud y nutrición
- 62 Críticos de egreso del manejo ambulatorio
- 63 Manejo hospitalario en niños de 6 a 59 meses de edad
  - a0 Fase de estabilización
  - a1 Fase de transición para niños de 6 a 59 meses de edad
  - a2 Fase de rehabilitación en niños de 6 a 59 meses de edad

62

### Manejo ambulatorio de niños entre 6 y 59 meses de edad

Tabla 20. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda moderada en niños de 6 a 59 meses.

Edad	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Costo mensual
6 a 11 meses	100% lactosa	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
12 a 15 meses	200 mg/kg/día de lactosa con Galactina	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
16 a 59 meses	200 mg/kg/día	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día

**ACCIONES COMPLEMENTARIAS**

1. Seguimiento y monitoreo nutricional.
2. Seguimiento de la práctica de administración de leche.
3. Usar el protocolo de manejo de leche.
4. Usar el protocolo de manejo de leche.
5. Usar el protocolo de manejo de leche.
6. Usar el protocolo de manejo de leche.
7. Usar el protocolo de manejo de leche.
8. Usar el protocolo de manejo de leche.
9. Usar el protocolo de manejo de leche.
10. Usar el protocolo de manejo de leche.

63

### Tabla 20. Esquema de manejo nutricional ambulatorio en desnutrición aguda severa en niños de 6 a 59 meses.

Edad	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Costo mensual
6 a 11 meses	100% lactosa	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
12 a 15 meses	200 mg/kg/día de lactosa con Galactina	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
16 a 59 meses	200 mg/kg/día	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día

**ACCIONES COMPLEMENTARIAS**

1. Seguimiento y monitoreo nutricional.
2. Seguimiento de la práctica de administración de leche.
3. Usar el protocolo de manejo de leche.
4. Usar el protocolo de manejo de leche.
5. Usar el protocolo de manejo de leche.
6. Usar el protocolo de manejo de leche.
7. Usar el protocolo de manejo de leche.
8. Usar el protocolo de manejo de leche.
9. Usar el protocolo de manejo de leche.
10. Usar el protocolo de manejo de leche.

64

### Tabla 21. Esquema general de administración complementaria en niños de 6 a 59 meses de edad.

Edad	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Costo mensual
6 a 11 meses	100% lactosa	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
12 a 15 meses	200 mg/kg/día de lactosa con Galactina	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
16 a 59 meses	200 mg/kg/día	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día

**ACCIONES COMPLEMENTARIAS**

1. Seguimiento y monitoreo nutricional.
2. Seguimiento de la práctica de administración de leche.
3. Usar el protocolo de manejo de leche.
4. Usar el protocolo de manejo de leche.
5. Usar el protocolo de manejo de leche.
6. Usar el protocolo de manejo de leche.
7. Usar el protocolo de manejo de leche.
8. Usar el protocolo de manejo de leche.
9. Usar el protocolo de manejo de leche.
10. Usar el protocolo de manejo de leche.

65

### Tabla 22. Esquema de manejo de alimentación complementaria del niño con desnutrición aguda moderada (157).

Edad	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Costo mensual
6 a 11 meses	100% lactosa	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
12 a 15 meses	200 mg/kg/día de lactosa con Galactina	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día
16 a 59 meses	200 mg/kg/día	100 a 100 mg/kg/día	1 vez al día	100 a 100 mg/kg/día

**ACCIONES COMPLEMENTARIAS**

1. Seguimiento y monitoreo nutricional.
2. Seguimiento de la práctica de administración de leche.
3. Usar el protocolo de manejo de leche.
4. Usar el protocolo de manejo de leche.
5. Usar el protocolo de manejo de leche.
6. Usar el protocolo de manejo de leche.
7. Usar el protocolo de manejo de leche.
8. Usar el protocolo de manejo de leche.
9. Usar el protocolo de manejo de leche.
10. Usar el protocolo de manejo de leche.

66

### Uso de medicamentos para controlar la infección

Tabla 30. Esquema de tratamiento ambulatorio para los niños con desnutrición aguda moderada y severa sin complicaciones (115, 141, 150, 153).

Medicamento	Dosis	Observaciones
Amoxicilina	Dosis 90 mg/kg/día VO. Administrar 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día del diagnóstico de infección ambulatoria.	Sólo en casos de desnutrición aguda severa.
Amoxicilina	Dosis 90 mg/kg/día VO. Administrar 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día del diagnóstico de infección ambulatoria.	No administrar a los niños menores de 12 meses de edad.
Amoxicilina	Dosis 90 mg/kg/día VO. Administrar 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día del diagnóstico de infección ambulatoria.	Administrar los 7 días de inicio de tratamiento médico y nutricional ambulatorio.
Amoxicilina	Dosis 90 mg/kg/día VO. Administrar 2 veces al día por 7 días. Iniciar el tratamiento el día del diagnóstico de infección ambulatoria.	Administración exclusiva en la práctica diagnóstica positiva.

67

### Administre micronutrientes

- **Ácido fólico:** La FTLC aporta la ingesta dietética recomendada para prevenir la deficiencia de ácido fólico en menores de 5 años, pero no es suficiente para tratar la deficiencia de ácido fólico. La OMS recomienda la administración de 5 mg de ácido fólico el día 1 del tratamiento ambulatorio y continuar con 1 mg/día durante todo el tratamiento de la desnutrición aguda.
- **Vitamina A:** Sólo requerir dosis adicional de vitamina A los niños con casos de sarampión o daño ocular con queratitis y úlcera corneales.
- **Hierro:** En términos prácticos, en niños de 6 a 59 meses de edad, la anemia se define y presentar valores menores a 11 g/dl. dosis terapéuticas de 3 a 6 mg/kg/día.

68

### Vacunación

- La vacunación es una estrategia muy importante para disminuir el riesgo de infección por lo cual, a los niños con desnutrición aguda se les debe revisar el esquema de vacunación desde su vinculación al manejo ambulatorio y aplicar todas las vacunas faltantes, de acuerdo con el esquema nacional vigente para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.

69

<p><b>Seguimiento al niño</b></p> <p>Seguimiento ambulatorio</p> <p>a 1 semana, 2 semanas y luego cada mes, ambulatorio o visita domiciliar por profesionales en medicina o nutrición enfermería, hasta cumplir con los criterios de egreso.</p> <p>El seguimiento incluye:</p> <p>Revisión del cumplimiento del plan de manejo anterior.</p> <p>Recordatorio de alimentación de 24 horas y evaluación de las prácticas de alimentación familiar.</p> <p>Morbilidad en las últimas dos semanas.</p> <p>Examen físico con énfasis en detección de signos de alarma y evolución de la desnutrición.</p> <p>Prueba de oportuno.</p> <p>Valoración antropométrica, con toma de peso, talla/longitud, perímetro del brazo y perímetro cefálico.</p> <p>Resumen de datos de la evolución y diagnóstico médico y nutricional.</p>	<p><b>Si el niño que se encuentra en seguimiento ambulatorio presenta deterioro clínico o nutricional, requiere manejo hospitalario.</b></p> <p><b>Los criterios a tener en cuenta para la remisión a manejo hospitalario son:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración del estado de conciencia, hipocatividad o convulsiones.</li> <li>Diarrea.</li> <li>Vómito persistente, rechazo de la vía oral, con riesgo de deshidratación.</li> <li>Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Temperatura axilar menor 35.5°C o mayor 38°C.</li> </ul> </li> <li>Lesiones ulceroativas y fúngicas en la superficie cutánea.</li> <li>Hemoglobina menor de 4 g/dl.</li> <li>Hemoglobina menor de 8 g/dl con signos de dificultad respiratoria.</li> <li>Presencia de Edema si no se presentaba o aumento del edema.</li> <li>Condición médica o social del niño o la familia que requiere evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.</li> </ul>	<p><b>Alimentos no recomendados en la alimentación complementaria del niño con desnutrición.</b></p> <p>No incluir alimentos como caldos, sopas, jugos, infusiones, gelatinas, postres, o productos comerciales.</p> <p>Se reitera que el leche de vaca 1 año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cantidades recomendadas a ofrecer En los niños con desnutrición aguda moderada se debe ofrecer la alimentación complementaria en cantidades más pequeñas en primeros 7 días del tratamiento.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lactancia materna y alimentación complementaria y FTLC.</li> <li>Lim. alimentación complementaria y FTLC hasta encima de -2</li> </ul>																																																																											
70	71	72																																																																											
<p><b>Si presenta una adecuada evolución y se continúa el manejo ambulatorio, realiza los siguientes acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suscribirse anteparametro a los 15 días de iniciar el tratamiento médico y nutricional</li> <li>ambulatorio, indique una dosis para repertir a los 20 días de la primera dosis (excepto el manejo con albendazol que es de dosis única).</li> <li>Realice los controles de hemoglobina cada mes.</li> <li>Revisar y completar el esquema de vacunación para la edad.</li> <li>Calcule las necesidades de la FTLC y agua, de acuerdo con los cambios de peso o si la madre refiere que el niño quedó con hambre.</li> <li>Concientar prácticas de alimentación familiar favorables.</li> <li>Incentive la lactancia materna, el consumo de agua segura y el lavado de manos.</li> <li>Registre las acciones en la historia clínica del niño y archiva la ficha del plan de seguimiento.</li> <li>Y considere condiciones particulares que requieran mayor seguimiento, a saber:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Pérdida o no ganancia de peso en las últimas dos visitas</li> <li>» Antecedente de remisión del manejo hospitalario</li> <li>» Madre o cuidador que necesita apoyo adicional</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Oportunidad de egreso del manejo ambulatorio</b></p> <p>Se debe evaluar al verificar el cumplimiento de TODOS los ítemes que se señalan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Puntaje Z de FTLC por encima de -2 DE. Recordar que sigue en riesgo nutricional.</li> <li>Se cumple con los seguimientos continuos (se ha ingresado con edema).</li> <li>Criterio de hemoglobina.</li> <li>También se deben verificar la TOTALIDAD de las siguientes condiciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>» Garantizar vida de control durante los 15 días siguientes al egreso, una vez se comprueba que el indicador FTLC está por encima de -2 DE.</li> <li>» Sin edema por desnutrición actualizado para la edad.</li> <li>» Continuación del tratamiento de la anemia ferropénica, hasta recuperar los niveles de hierro, si aplica.</li> <li>» Evaluación para la vinculación a un programa de complementación alimentaria familiar o individual, en el caso de cumplir con condiciones de egreso.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tabla 19. Progresión base de transición en niños de 0 a 6 meses no amamantados con desnutrición aguda moderada</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Día</th> <th rowspan="2">kcal/kg día</th> <th rowspan="2">g/L</th> <th colspan="3">F-75</th> <th colspan="3">Fórmula Leche de Inicio</th> </tr> <tr> <th>kcal/kg día</th> <th>g/L</th> <th>g/L</th> <th>kcal/kg día</th> <th>g/L</th> <th>g/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>130</td> <td>17</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>110</td> <td>100</td> <td>110</td> <td>130</td> <td>19</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>120</td> <td>75</td> <td>94</td> <td>125</td> <td>16</td> <td>25</td> <td>31</td> <td>47</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>130</td> <td>50</td> <td>75</td> <td>100</td> <td>13</td> <td>50</td> <td>75</td> <td>113</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>175</td> <td>25</td> <td>44</td> <td>58</td> <td>7</td> <td>75</td> <td>131</td> <td>156</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>200</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>200</td> <td>299</td> <td>37</td> </tr> </tbody> </table> <p><small>*Tras este 8 días</small></p>	Día	kcal/kg día	g/L	F-75			Fórmula Leche de Inicio			kcal/kg día	g/L	g/L	kcal/kg día	g/L	g/L	3	100	100	100	130	17	0	0	0	0	4	110	100	110	130	19	0	0	0	0	5	120	75	94	125	16	25	31	47	6	6	130	50	75	100	13	50	75	113	14	7	175	25	44	58	7	75	131	156	24	8	200	0	0	0	0	100	200	299	37
Día	kcal/kg día	g/L				F-75			Fórmula Leche de Inicio																																																																				
			kcal/kg día	g/L	g/L	kcal/kg día	g/L	g/L																																																																					
3	100	100	100	130	17	0	0	0	0																																																																				
4	110	100	110	130	19	0	0	0	0																																																																				
5	120	75	94	125	16	25	31	47	6																																																																				
6	130	50	75	100	13	50	75	113	14																																																																				
7	175	25	44	58	7	75	131	156	24																																																																				
8	200	0	0	0	0	100	200	299	37																																																																				

Seguidamente hace la intervención la doctora Claudia Dinas, referente de salud pública con la indicación del protocolo de salud pública para desnutrición

<p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;"> <b>PROTOCOLO DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS</b>          COORDINACIÓN MÉDICA          CLAUDIA LONDEÑA DINAS RIVERA          LEVISA SALUD PÚBLICA       </p>	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>DEFINICIÓN DE CASO DE DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS</b> </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de caso</th> <th>Características de la clasificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Caso confirmado por clínica</b></td> <td>Se define un caso de desnutrición aguda en niños o niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Esta asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganar, de energía primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Definiciones por antropometría: Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse oportunamente, dado a que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas. Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Definiciones clínicas (fenotipos dados en la desnutrición aguda severa):</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de caso	Características de la clasificación	<b>Caso confirmado por clínica</b>	Se define un caso de desnutrición aguda en niños o niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Esta asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganar, de energía primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.		Definiciones por antropometría: Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse oportunamente, dado a que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas. Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca.		Definiciones clínicas (fenotipos dados en la desnutrición aguda severa):
Tipo de caso	Características de la clasificación								
<b>Caso confirmado por clínica</b>	Se define un caso de desnutrición aguda en niños o niñas menores de 5 años de edad cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2DE y/o presente los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Esta asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganar, de energía primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.								
	Definiciones por antropometría: Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse oportunamente, dado a que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas. Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca.								
	Definiciones clínicas (fenotipos dados en la desnutrición aguda severa):								

<p><b>Notas aclaratorias</b></p> <p>No aplican para notificación del evento, niños que presenten alguna patología de base que pueda alterar su estado nutricional o parámetros antropométricos de manera importante tales como cáncer, enfermedades renales, cardiacas, genéticas, metabólicas, etc.</p> <p>En el caso de los niños con antecedente de prematuridad:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se debe hacer la valoración nutricional acorde a lo establecido en la resolución 2465 de 2016 al cumplir 40 semanas de edad corregida.</li> <li>Se deben notificar únicamente casos con este antecedente, cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplantamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de crecimiento, y que dicho descenso o aplantamiento de la curva responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.</li> </ol> <p>En el caso de los niños con antecedente de bajo peso al nacer:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de caso</th> <th>Características de la clasificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se deben notificar únicamente casos con este antecedente, cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplantamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de crecimiento, y que dicho descenso o aplantamiento responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.</li> </ol> <p>En el caso de los niños que presentan edema, se puede presentar que el e-score va a poder estar por encima de -1DE, ya que el reporte se debe realizar con el peso actual que está afectado por el edema e influye en el indicador antropométrico.</p> <p>Se aclara que mediante el presente protocolo no se realiza la vigilancia del retraso en talla (antes llamado desnutrición crónica), tampoco a la deficiencia de micronutrientes ni a desnutrición global.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de caso	Características de la clasificación		<ol style="list-style-type: none"> <li>Se deben notificar únicamente casos con este antecedente, cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplantamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de crecimiento, y que dicho descenso o aplantamiento responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.</li> </ol> <p>En el caso de los niños que presentan edema, se puede presentar que el e-score va a poder estar por encima de -1DE, ya que el reporte se debe realizar con el peso actual que está afectado por el edema e influye en el indicador antropométrico.</p> <p>Se aclara que mediante el presente protocolo no se realiza la vigilancia del retraso en talla (antes llamado desnutrición crónica), tampoco a la deficiencia de micronutrientes ni a desnutrición global.</p>
Tipo de caso	Características de la clasificación				
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se deben notificar únicamente casos con este antecedente, cuando al verificar todo el histórico de su crecimiento del nacimiento a la fecha de la notificación, se evidencie un aplantamiento o descenso en su curva de crecimiento acorde a las gráficas de crecimiento, y que dicho descenso o aplantamiento responda a bajo consumo de alimentos y/o presencia de enfermedades infecciosas.</li> </ol> <p>En el caso de los niños que presentan edema, se puede presentar que el e-score va a poder estar por encima de -1DE, ya que el reporte se debe realizar con el peso actual que está afectado por el edema e influye en el indicador antropométrico.</p> <p>Se aclara que mediante el presente protocolo no se realiza la vigilancia del retraso en talla (antes llamado desnutrición crónica), tampoco a la deficiencia de micronutrientes ni a desnutrición global.</p>				



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 34 de 52

## FICHA DE NOTIFICACION

**INS SIVIGILA**  
SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA - Subsistema de Información SIVIGILA  
FICHA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL  
Códigos básicos  
FORM-NSI-0000-001-V11-2022-08-08

CENTRO D SALUD SUR OCCIDENTE 190010754701  
 21 DE MARZO 190010754708  
 BELLO HORIZONTE 190010754739  
 PUEBILLO 190010754733

81

**3 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

3.1 Tipo de documento  
 3.2 Número de identificación  
 3.3 Nombre y apellido del paciente  
 3.4 Fecha de nacimiento (día/mes/año)  
 3.5 Sexo  
 3.6 Estado de civil  
 3.7 Tipo de sangre  
 3.8 Tipo de piel  
 3.9 Tipo de ojos  
 3.10 Tipo de cabello  
 3.11 Tipo de nariz  
 3.12 Tipo de boca  
 3.13 Tipo de manos  
 3.14 Tipo de pies  
 3.15 Tipo de uñas  
 3.16 Tipo de dientes  
 3.17 Tipo de pelo  
 3.18 Tipo de ojos  
 3.19 Tipo de nariz  
 3.20 Tipo de boca  
 3.21 Tipo de manos  
 3.22 Tipo de pies  
 3.23 Tipo de uñas  
 3.24 Tipo de dientes  
 3.25 Tipo de pelo

82

**4 ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES**

4.1 Fuente de notificación  
 4.2 Fecha de notificación  
 4.3 Lugar de notificación  
 4.4 Tipo de notificación  
 4.5 Tipo de caso  
 4.6 Tipo de paciente  
 4.7 Tipo de agente  
 4.8 Tipo de enfermedad  
 4.9 Tipo de diagnóstico  
 4.10 Tipo de tratamiento  
 4.11 Tipo de resultado  
 4.12 Tipo de seguimiento  
 4.13 Tipo de control  
 4.14 Tipo de vigilancia  
 4.15 Tipo de intervención  
 4.16 Tipo de evaluación  
 4.17 Tipo de impacto  
 4.18 Tipo de sostenibilidad  
 4.19 Tipo de replicabilidad  
 4.20 Tipo de escalabilidad  
 4.21 Tipo de equidad  
 4.22 Tipo de inclusión  
 4.23 Tipo de participación  
 4.24 Tipo de transparencia  
 4.25 Tipo de rendición de cuentas

FUENTE : NOTIFICACION RUTINARIA  
 PMS : 170  
 DEPARTAMENTO :19  
 MUNICIPIO : 001  
 CLASIFICACION DEL CASO : 4 CONFIRMADO POR CLINICA

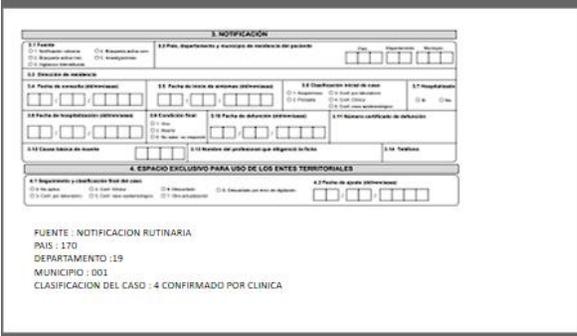
**Cod INS 113. Desnutrición aguda en menores de 5 años**  
 FORM-NSI-0000-014-V02-2022-08-08

1. RELACION CON DATOS DE MISIÓN  
 2. DATOS DE LA MADRE O CUIDADOR  
 3. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES  
 4. SIGNOS Y SÍNTOMAS  
 5. MANEJO CLÍNICO

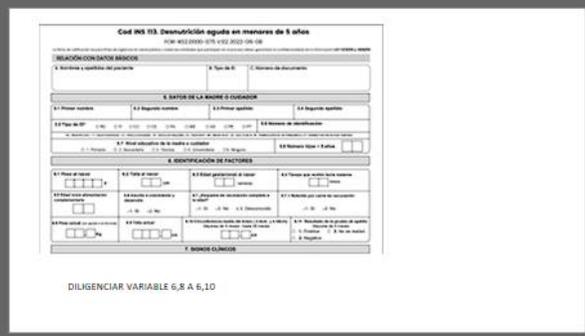
DILIGENCIAR VARIABLE 6.8 A 6.10

	<h1>ACTA</h1>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 35 de 52

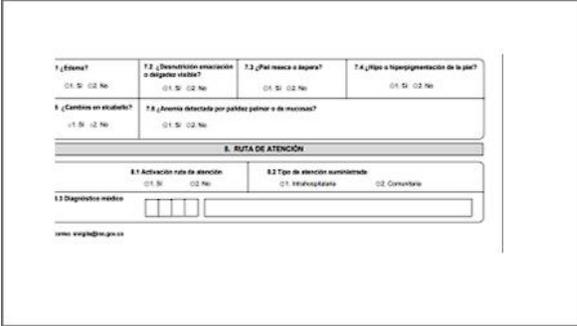
5. Las fichas de notificación se entregan a la auxiliar del programa y seras escaneadas para enviar por correo electronico al ingeniero julian



FUENTE : NOTIFICACION RUTINARIA  
PAIS : 170  
DEPARTAMENTO : 19  
MUNICIPIO : 001  
CLASIFICACION DEL CASO : 4 CONFIRMADO POR CLINICA



DILIGENCIAR VARIABLE 6,8 A 6,10





Se hace énfasis en la ruta para notificación así:

1. La ruta empieza por promoción y mantenimiento
2. Se identifica en los controles de Crecimiento y desarrollo las alteraciones nutricionales
3. Pasa a seguimiento a los 7,15 y 30 días, en la consulta médica se notifica, si es por enfermería se debe garantizar consulta médica para confirmar diagnóstico y notificar
4. Se hacen las remisiones a especialidades con seguimiento por consulta externa y envío de FTLC.

Cada mes se hace retroalimentación de las historias clínicas y observaciones para ajustes acorde a lo evaluado.



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 36 de 52

se procede a realizar la intervención por parte del ingeniero omar de la secretaria de salud departamental quien d aun apoyo para el envío y diligenciamiento del mipres de la siguiente manera:

### Proceso de prescripción de FTLC en el MIPRES

Pedro Enrique Ducura Mora  
Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

#### Paso 1

Se diligencia los datos del paciente, el ámbito de atención que aplica y el diagnóstico de desnutrición que presenta el paciente

#### Paso 2

Acceder a la opción de prescripción de productos de soporte nutricional y dar clic en "agregar producto de soporte nutricional"

#### Paso 3

A la pregunta que aparece en la ventana, seleccione la opción de "si"

#### Paso 4

Seleccione la casilla de "desnutrición proteicoenergética en menores de 5 años" y marcar "si" en "diagnóstico confirmado". Después, en "segur".

#### Paso 5

En tipo de producto de soporte nutricional, seleccione la FTLC y diligencie la demás información de acuerdo con el criterio del profesional de la salud que realiza la prescripción. Después, de clic en "agregar producto de soporte nutricional"

#### Paso 6

Como se puede observar, la prescripción no requiere ser revisada por la Junta de Profesionales de la Salud. Haga clic en "continuar" si se requiere hacer otras prescripciones, de lo contrario, en "guardar solicitud".

#### Paso 7

Al hacer clic en "guardar solicitud", aparece la ventana de la primera imagen. Al hacer clic sobre la imagen de la impresora, en otra ventana se abre la fórmula médica.

Como se puede observar, aparece el número de prescripción, lo que indica que no requiere pasar por la Junta de Profesionales de la Salud



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 37 de 52

¿Por que aparece, en algunas prescripciones, que requiere ser revisada por la Junta de Profesionales de la Salud?

Usualmente, porque en este paso (el número 4 de la presente guía), el profesional de la salud que está realizando la prescripción no selecciona la casilla de "desnutrición profesional/crónica en menores de 5 años", o la selecciona, pero en "diagnóstico confirmado" selecciona "no".

Si alguna de esas dos opciones pasa, al dar clic en "seguir", y al momento de generar la fórmula médica, aparece de la siguiente forma:

DATOS DEL PRESTADOR		DATOS DEL PACIENTE	
Departamento:	Municipio:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:	Código Habilitación:
Documento de Identificación:	Distrito:	Apellido y Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Teléfono:	

Como se observa, no se genera número de prescripción ya que requiere ser revisada por la Junta de Profesionales de la Salud.

El ingeniero hace un ejercicio practico con la formulacion de 3 usuarios con el personal medico para aclarar dudas frente al proceso.

Seguidamente se resuelven dudad e inquietudes frente a la capacitacion de la ruta nutricional.

## RUTA MATERNOPERINATAL

Hace la intervención la enfermera claudia con una corta presentación en el manejo de la ruta de la siguiente manera:

La consulta de control o de seguimiento tiene como **objetivos:**

- **Establecer un diagnóstico** mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta.
- **Recomendar o iniciar intervenciones o tratamientos** que han demostrado efectividad para reducir el riesgo reproductivo, y, si es el caso, brindar consejería en planificación familiar.
- Las recomendaciones preconcepciones estarán orientadas de acuerdo con condiciones específicas previas
- Aconsejar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo.
- Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo.
- Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regular.
- Evaluar las complicaciones vasculares.
- Realizar una hemoglobina glicosilada
- Remitir al especialista para manejo y al ginecólogo para asesoría anticonceptiva

The image displays a grid of 28 educational slides, numbered 1 through 20 (with some missing numbers), from a presentation on pre-conceptional care. The slides are organized into four rows and seven columns. The content includes:

- Slide 1:** Logo of Empresa Social del Estado POPAYÁN E.S.E.
- Slide 2:** "PREPARAR PARA EL EMBARAZO Y ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: 'CONSULTA PRECONCEPCIONAL DE CONTROL'"
- Slide 3:** "RUTA DE LA RUTA DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL: 'CONSEJOS DE CONTROL'"
- Slide 4:** "CONSULTA PRECONCEPCIONAL DE CONTROL"
- Slide 5:** "CONSULTA PRECONCEPCIONAL DE CONTROL"
- Slide 6:** "LABORATORIOS CONSULTA PRECONCEPCIONAL"
- Slide 7:** "MNT CONSULTA PRECONCEPCIONAL"
- Slide 8:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 9:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 10:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 11:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 12:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 13:** "CONDICIONES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES"
- Slide 14:** "NUTRICIÓN, PESO, TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA"
- Slide 15:** "NUTRICIÓN, PESO, TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA"
- Slide 16:** "NUTRICIÓN, PESO, TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA"
- Slide 17:** "NUTRICIÓN, PESO, TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA"
- Slide 18:** "HÁBITOS NO SALUDABLES"
- Slide 19:** "HÁBITOS NO SALUDABLES"
- Slide 20:** "HÁBITOS NO SALUDABLES"
- Slide 21:** "HÁBITOS NO SALUDABLES"
- Slide 22:** "ENFERMEDADES INFECCIOSAS"
- Slide 23:** "ENFERMEDADES INFECCIOSAS"
- Slide 24:** "ENFERMEDADES INFECCIOSAS"
- Slide 25:** "ENFERMEDADES INFECCIOSAS"

	<h1>ACTA</h1>	FOR-MAN-GD-03
		Versión 0
		Fecha: SEP 2021
		Página 39 de 52

**INFERTILIDAD**

Durante la consulta preconcepcional se debe proporcionar información que permita prevenir la infertilidad, lo cual incluye:

- Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual.
- Informar sobre el potencial impacto que tiene la obesidad sobre la fertilidad.
- Chequear hasta la suspensión del tabaco en las parejas que fuman cigarrillos.
- Informar a las parejas con deseo reproductivo que la fertilidad decrece con la edad de la mujer.
- Informar que la falta de descenso testicular (deficiente no descendido) puede afectar severamente la función testicular.

D

DIAGNÓSTICO

- ✓ Histerosajpingrafía más ecografía.
- ✓ Brindar apoyo psicológico a todas las parejas infértiles.
- ✓ En caso de anomalías en el espermograma, el tiempo mínimo para volver a repetirlo debe ser de **3 meses**.

La consulta Preconcepcional de alta complejidad se implementará en instituciones y equipos de salud que cuenten con el apoyo de los médicos especialistas y especialistas relacionados, lo cual deberá contar con el consentimiento informado de los pacientes.

A través de la consulta Preconcepcional se brinda una atención donde se logra identificar de manera oportuna los posibles riesgos reproductivos.

Permite la implementación de intervenciones que contribuyen a disminuir, modificar o disminuir el riesgo de mortalidad, morbilidad materna y perinatal.

**RECOMENDACIONES**

- Actualización constante de los conocimientos por parte del personal sanitario relacionados a los temas que se abarcan en la consulta preconcepcional.
- Realizar la revisión y actualización periódica de los protocolos para lograr que se brinde una atención de calidad de manera constante e informada.
- Fortalecer la **demanda latente** desde los diferentes niveles de atención para fomentar el reconocimiento por parte de los usuarios sobre el programa de atención preconcepcional.

25
26
27



## GRACIAS!!!

28

Las mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones médicas relacionadas a continuación, deberán ser remitidas para **manejo por especialista**, según a cada condición en particular. Para mujeres con condiciones patológicas preexistentes, la **asesoría en planificación familiar** siempre estará a cargo del especialista en **obstetricia y ginecología**

### Diabetes mellitus

- Patología que pertenece al grupo de **enfermedades metabólicas** y es el resultado de la **incapacidad para regular los niveles de azúcar en la sangre**.
- Valores normales de glicemia en sangre: **menor que 100 mg/dL**.

### Enfermedad tiroidea

La hiperglucemia aumenta 3-5 veces las **malformaciones congénitas**. Se asocia con la presencia de defectos congénitos seleccionados como:

- Hidrocefalia
- Hipospadias
- Atresia anorectal aislada
- Lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar en embarazo.
- Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea.
- Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.

### Hipertensión



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 40 de 52

- Es la elevación continua de la presión arterial (PA) por encima de unos límites establecidos.

- Se han identificado como un importante factor de riesgo cardiovascular

Los embarazos en mujeres hipertensas, se asocian con:

- Preeclampsia
- Hemorragia cerebral, descompensación cardiaca y falla renal.

Nacimientos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, alteraciones placentarias y muerte fetal

- Informar sobre los riesgos para el embarazo.
- Realizar una evaluación general de las pacientes.
- Sustituir antihipertensivos inhibidores de angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo .
- Remitir al especialista para manejo, y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.

### Anemia

- Es la disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina.
- La principal función de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno en la sangre
- Valores normales: 12-16g/dl (M) / 13-18g/dl (H)

Algunos estudios prospectivos que evaluaron anemia preconcepcional encontraron un incremento de:

- Bajo peso al nacer
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Evaluar la anemia durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro.

Evaluar las pacientes con deseo concepcional y tratarlas

### Neoplasias

- En la madre se incrementa el riesgo de empeoramiento del curso de la enfermedad.
- Informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo.
- Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico.
- Remitir al especialista para manejo y al ginecólogo para la asesoría anticonceptiva.
- La consejería puede ser realizada por médico general en los casos de mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones relacionadas.



## ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 41 de 52

- Mujeres con **bajo peso o sobrepeso**, los cuales deberán remitirse a **valoración por nutricionista**.
- Las **alteraciones alimenticias** deberán ser valoradas y tratadas por un equipo multidisciplinario liderado **por psiquiatra**

Durante la consulta preconcepcional entregar información que permita prevenir la infertilidad, lo cual incluye:

- • Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones

de transmisión sexual.

- Informar sobre el potencial impacto que tiene la obesidad sobre la fertilidad.
- Orientar hacia la suspensión del tabaco en las parejas que buscan fertilidad.
- Informar a las parejas con deseo reproductivo que la fertilidad declina con la edad de la mujer.
- Informar que la falta de descenso testicular (testículo no descendido) puede afectar severamente la función testicular.

**Las consideraciones mencionadas son con el fin de mejorar y son en pro del cumplimiento normativo. Espero tengan en cuenta son las siguientes apreciaciones ya que son hallazgos de auditoría, Algunas historias clínicas no cumplen con el objetivo ya que ordenan algo diferente a la pf y ni el método lo mencionan. Aunque la finalidad de la consulta sea la planificación familiar.**



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 42 de 52

## CONTROL PRENATAL



www.empresa-social.gov.co

3

NO SE EVIDENCIA LA INDAGACIÓN A LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA  
NO SE EVIDENCIA REPORTE DE UROCULTIVO  
NO SE EVIDENCIA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL PARACLÍNICO NI NUEVA ORDEN.

### TSH. HEMOCLASIFICACION

NO SE EVIDENCIA RESULTADO DE TSH  
NO SE EVIDENCIA LA IMPORTANCIA DE RECLAMAR SU RESULTADO Y LLEVAR SU RESULTADO A MEDICO.  
NO SE EVIDENCIA LA ASESORIA Y/O EDUCACION EL LACTANCIA MATERNA

PARACLINICOS DE RECIEN NACIDO: TSH: PENDIENTE

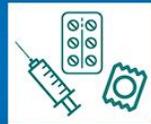
PARACLINICOS DEL RECIEN NACIDO: **TSH = RESULTADO PENDIENTE DEBIDO A QUE EN EL HSLV NO HA SIDO ENTREGADO FPE: DD/MM/**

Se le indica a la madre del menor la importancia de recibir el resultado y traerlo en la próxima consulta.

www.empresa-social.gov.co

4

## PLANIFICACION FAMILIAR



www.empresa-social.gov.co

### PLANIFICACION FAMILIAR

14- 49 AÑOS MUJERES / 14 -79 AÑOS HOMBRES

A todo usuario que ingrese a la consulta medica sea con el fin de planificación o con otro intención de consulta

Se debe indagar intención reproductiva en MEF, y educar en planificación familiar

Se le debe ofertar un método planificación familiar, si es DEFINITIVO mucho mejor, si ya cuenta con un método educar respecto a ello.

Si la usuaria no desea método anticonceptivo indagar la razón y enviar al control preconcepcional

**IMPORTANTE: DEJAR EN LA HISTORIA CLÍNICA BIEN ESPECIFICADO LA EDUCACIÓN QUE SE LE BRINDO Y QUE MÉTODO ESTA UTILIZANDO DESDE CUANDO (FECHA) Y PRÓXIMO CONTROL Y SI SE REALIZA REMISION**

www.empresa-social.gov.co



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 43 de 52

**ASMET SALUD E.P.S**



ESE POPAYAN  
MEDICO GENERAL

ORDENARA EL POMEROY Y TES DE EMBARAZO Y SE DIRECCIONA A LA USUARIA A LA EPS

**NO HAY NECESIDAD DE REMITIR A GINECOLOGIA**

EN CASO DE USUARIAS CON COOMORBILIDADES  
**SI SE DEBE REMITIR A GINECOLOGIA** Y SI EL MEDICO TRATANTE LO CONSIDERA LE PUDE GENERAR ORDEN PARA CLINICOS, E IGUALMENTE DIRECCIONA A LA USUARIA A SU EPS.

[www.espopayan.gov.co](http://www.espopayan.gov.co)

7

**HACER FIRMAR  
DISENTIMIENTO  
CUANDO LA  
USUARIA NO  
ACEPTE USO DE  
METODO  
ANTICONCEPTIVO**



[www.espopayan.gov.co](http://www.espopayan.gov.co)

8

**CANCER DE CERVIX**



[www.espopayan.gov.co](http://www.espopayan.gov.co)

**CANCER DE CERVIX**

EDAD	TIPO DE CITOLOGIA	FRECUENCIA
20-24	Citoscópica (De acuerdo a riesgo identificable en el momento de inicio o inicio con algún método o de embarazo)	De acuerdo al riesgo
25-29	Convencional	Cada 3 años
30-65	Citología ADN VPH	Cada 5 años

La implementación con citología ADN VPH es una actividad que se encuentra en proceso de transitoriedad y está sujeta a la entrega de los recursos por parte de la EPS, en caso de no tenerlos se debe tomar citología convencional en esquema 1-3-3 (cada 3 años)

**\*Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales.**

**Genere ORDEN o lista asociada que correspondan!!!**

[www.espopayan.gov.co](http://www.espopayan.gov.co)



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 44 de 52

**CANCER DE MAMA**



11

**CANCER DE MAMA**

**Mamografía a partir de los 50 - 69 cada 2 años**

**REALIZAR VALORACION CLINICA DE LA MAMA A TODA USUARIA PARTIR DE LOS 40 años 1 vez al año**

Examen físico: **HALLAZGOS** "Mamas simétricas, no nódulos, ni masas, piel íntegra pezones no invertidos, sin secreción no adenopatías Normoconfigurados"

(No simplemente NORMAL)

Sangre oculta en materia fecal inmuoquímica cada dos años

**IMPORTANTE: DEJAR EN LA HISTORIA CLÍNICA BIEN ESPECIFICADO LA EDUCACIÓN QUE SE LE BRINDO** (autoexamen mensual de mama (6 a 10 días después de la menstruación, si la mujer no menstrua elegir un día al mes y realizarlo siempre el mismo día etc ...

12

**CANCER DE PROSTATATA**



13

**CANCER DE PROSTATATA**

**Hombres entre 50 y 75**

Realizar y/o ordenar examen clínico de la próstata (tacto rectal) cada cinco (5) años; o en mayores de 40 años con factores de riesgo (antecedentes familiares o que sean de raza negra)

Solicita Antígeno prostático en sangre cada cinco (5) años y sangre oculta en materia fecal inmuoquímica cada dos años

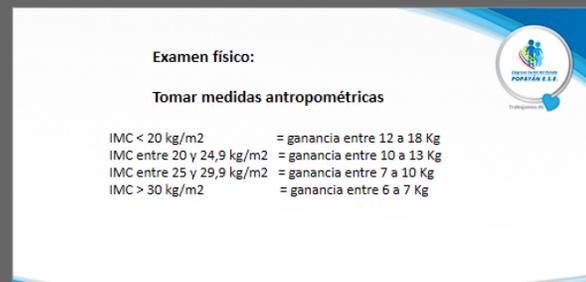
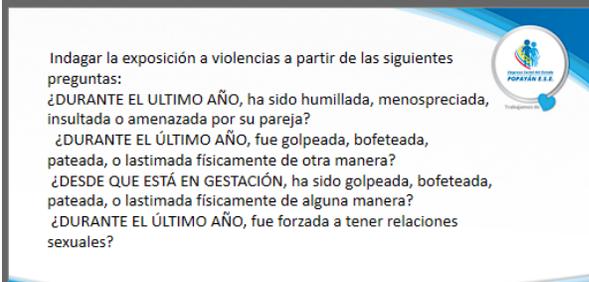
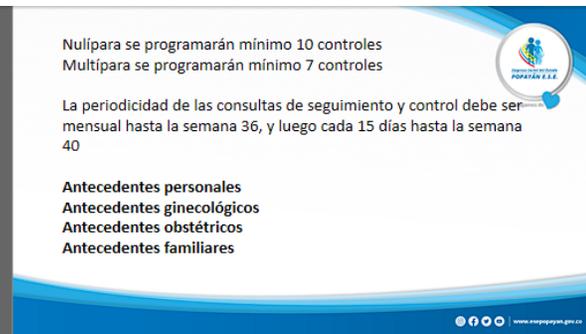
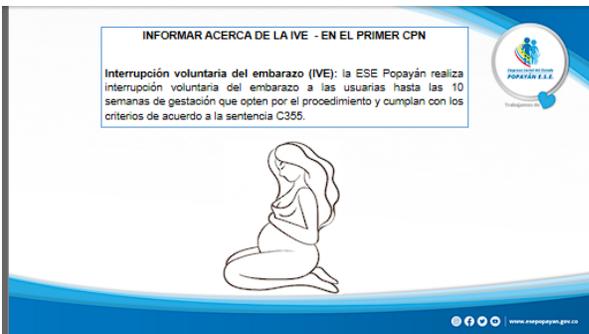
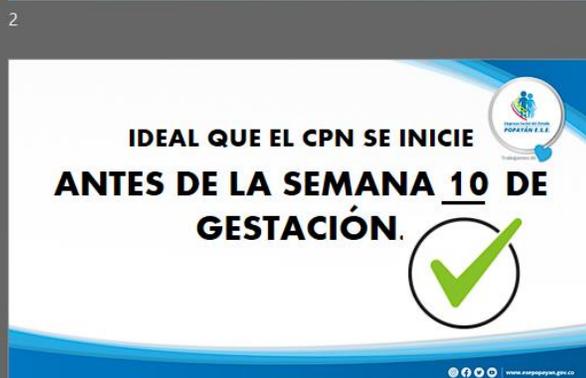
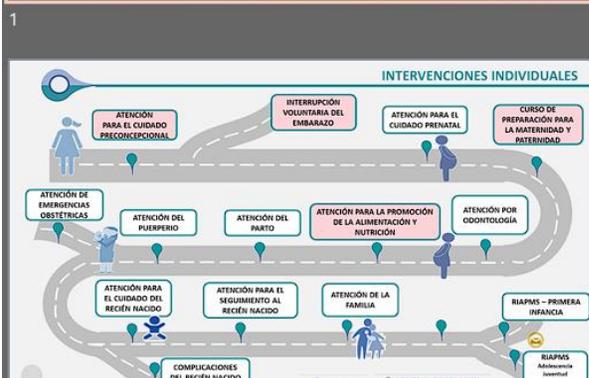
Examen físico: **HALLAZGOS** "hipertensión del esfínter anal; testículos anormales, abscesos, varicocele bien delimitados, hemorroides ETC"

(No simplemente NORMAL)

**Genere ORDEN a todo usuario que correspondat!!!**

14

**IMPORTANTE:**  
**DEJAR EN LA HISTORIA CLÍNICA BIEN ESPECIFICADO LA EDUCACIÓN QUE SE LE BRINDA A LOS USRIOS EN CADA ATENCION**





# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 46 de 52

## EXAMENES DE LABORATORIO

1. Urocultivo y antibiograma
2. Hemograma y hemoclasificación
3. Glicemia.
4. Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
5. Prueba treponémica rápida para sífilis.
6. Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg
7. Pruebas de IgG, para Rubéola en mujeres no vacunadas previamente, de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
8. Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.



9. Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidéz IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
10. Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.
11. Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
12. Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, par documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.



10

13. Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.



14. En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
15. Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada  $\geq 98\%$  para tamizaje en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas.

## Formulación de micronutrientes:

- Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bifida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.
- Calcio: suplementa con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
- Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.



## FECHA DE CONCERTACIÓN PLAN DE PARTO (Soporte HC)

### 4.3.6.2.4 Plan de parto

En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

- Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold).
- Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijos o hijas si los tiene) y remitir.
- En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado.
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados postnatales.

# GRACIAS!

13

14

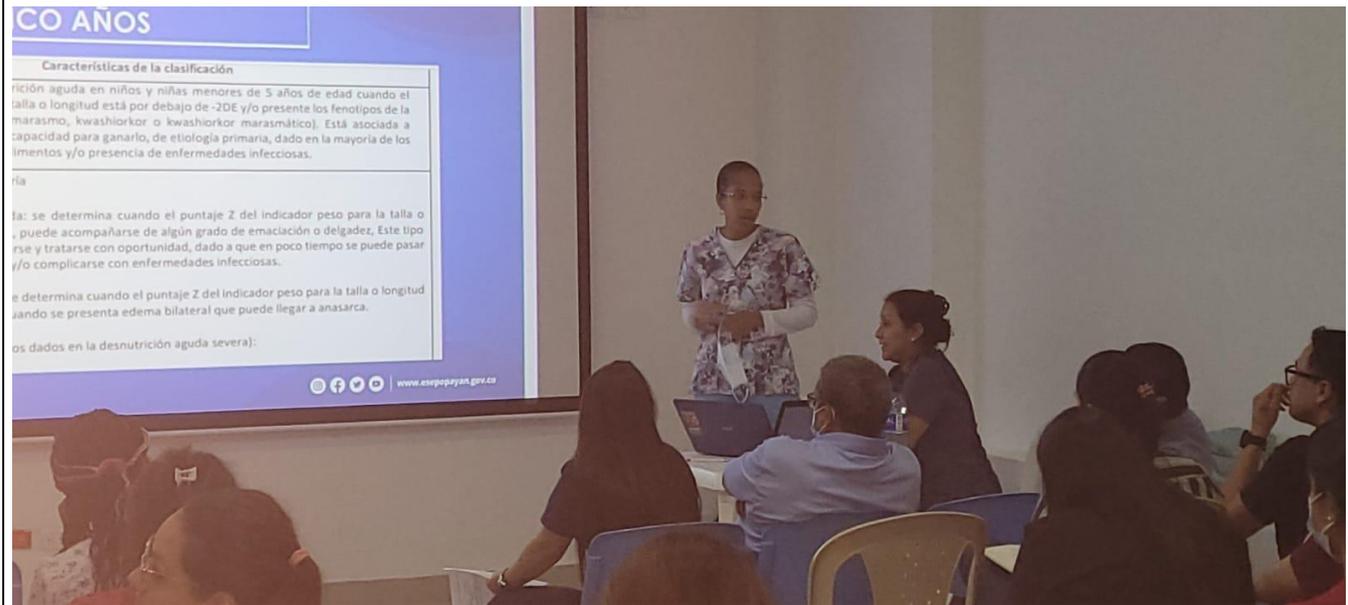
**CONVOCATORIA (CITA PROXIMA REUNIÓN):**  
NA

**ANEXOS:**

**Se anexa listado de asistencia con asistencia de 7 Enfermeras de los diferentes puntos de atención de ese Popayán, 4 auxiliares de enfermería, 2 representantes de la SSDC y 25 médicos**

**Evidencia Fotográfica:**







# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 49 de 52



**Nombre de quien la elaboro:**  
**Carolina Arias Trujillo**

**Trascriptor.**  
**Carolina Arias Trujillo**



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 50 de 52

Sistema Gestión de Calidad		LISTADO DE ASISTENCIA			FPD-06
					VERSIÓN 2
					Fecha:
					Página 1 de 1
REUNION - MOTIVO: Capacitación en lineamientos de identificación, GRC, MIAECS, Indicadores Antropométricos, Vigilancia, esta de promoción y mantenimiento, PIA MIP, PPI, Ca mamá, cuello uterino, proctatu-HTA		FECHA: 22-03-2023	LUGAR: CS Sur Occidente		
NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	TELÉFONO	ENTIDAD/PUNTO	
10	Blentina	Palmo Pérez	Médica SSO	3007603739	San José
11	MARIA ALEXANDRA	CHILLIO MUÑOZ	MEDICO	326285967	SAN JOSE.
12	Coilas	Bonifanti	Medico	3168037375	Loma verde
13	Mayerly Dayang	Cortes Parreno	Médica	3777337950	Sur Oriente.
14	Rene Velasco P.	Nelasco Palau	COVID-Médico	3106216588	ESE POPAYAN
15	Hadit Artias	Hayas Silva	MEDICO	3005056617	SAN JOSE
16	Alba Rocío	Villaquirán Arias	Enfermera	3164370357	CS Suroriental
17	Moriano Gustavo	Bergo Castillo	Médico	3223065299	(S. Suror. (ordul)
18	David Mario	Serrano Tejeda	Médico	3006956049	Sur Oriente
OBSERVACIONES:					

Sistema Gestión de Calidad		LISTADO DE ASISTENCIA			FPD-06
					VERSIÓN 2
					Fecha:
					Página 1 de 1
REUNION - MOTIVO: Capacitación en lineamientos de GRC, MIAECS, Indicadores Antropométricos, Vigilancia, esta de promoción y mantenimiento, PIA MIP, PPI, Ca mamá, cuello uterino, proctatu-HTA		FECHA: 22-03-2023	LUGAR: CS Sur Occidente		
NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	TELÉFONO	ENTIDAD/PUNTO	
1	Andrea	Martinez	Medico General	3222453318	Sur Occidente
2	Andreo	Guancho	Medico General	3225348334	Sur Occidente
3	Mari Sulay	Quiz Figueroa	medico general	3147591779	Loma de la U.
4	Jesaldy	Cobera Ortiz	Medico general	3103959835	Sur Occidente
5	Carmen	Lafuente Riquelme	Médico G/ral	321-6428565	Hosp. Norte
6	Pablo Janet	Xulesco Casas	Médico	3146208152	Casa Rosal
7	Mauricio	Vidal	Vidal Medico	3113075579	Merio Oriente
8	Claudia M Hdz	Hernandez Gomez	Enfermera	3119855290	Quilua
9	Derly	Pohila Paredo	Enfermera jefe	3163746934	CS 31 de Mayo
OBSERVACIONES:					



# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 51 de 52

Sistema Gestión de Calidad		LISTADO DE ASISTENCIA			FPD-06
					VERSIÓN 2
					Fecha:
					Página 1 de 1
REUNION - MOTIVO: Capacitación en lineamientos de donación, ETC, MIPRES, Indicadores Antropométricos, SIVIGILA, Etc. Promoción y mantenimiento de la salud. RIAPI, ETC. CERVICOCOLOUTERINO, PROSTATA Y HTA.		FECHA: 22/03/23	LUGAR: CS sur occidente.		
NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	TELÉFONO	ENTIDAD/PUNTO	
28	Carolina	mercado			
29	Neyus	Medico	3187728850	CS a 2000	
30	Dora	Enfermera	3186186088	Casa Pasadita	
31	Saidy	AUX ENF.	321931415	CS sur occidente	
32	Sharon G.	Enfermera	3224811613	CS ESE Popayan	
33	Luis Felipe	coordinador	3104603807	ESE Popayan	
34	Yennifer	Referente SDC SAN	3162276957	Secretaría de Salud Popayan	
35	Sandra Leon	Medico	3155530648	ESE Popayan	
	OLGA SANCHEZ	Referente SAN	3104404165	Sec. Salud Popayan	
OBSERVACIONES:					

Sistema Gestión de Calidad		LISTADO DE ASISTENCIA			FPD-06
					VERSIÓN 2
					Fecha:
					Página 1 de 1
REUNION - MOTIVO: Capacitación en lineamientos de donación, GPC, MIPRES, Indicadores Antropométricos, SIVIGILA, Etc. Promoción y mantenimiento de la salud. RIAPI, ETC. CERVICOCOLOUTERINO, PROSTATA Y HTA.		FECHA: 22-03-2023	LUGAR: CS sur occidente.		
NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	TELÉFONO	ENTIDAD/PUNTO	
19	Rafael	Medico Gen	3157337325	CS-Bullo hte	
20	Rita	Enfermera	3153777026	C.S. BH.	
21	Claribel	Medico	3134357136	C.S. BH.	
22	Orlando	Referente 4805	3113264091	C.S.R.	
23	KAREN	Medico	3165320805	SCR.	
24	Nancy	Medico.	322985904	C.S. BH.	
25	Monica	AUX. Enfermeria	3207889679	sur occidente	
26	La Ura	Medico	3137625201	sur occidente	
27	JENNIFER	AUX ENF	3206174270	sur occidente	
OBSERVACIONES:					



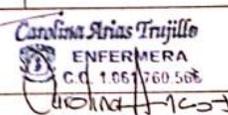
# ACTA

FOR-MAN-GD-03

Versión 0

Fecha: SEP 2021

Página 52 de 52

Sistema Gestión de Calidad		LISTADO DE ASISTENCIA			FPD-06
					VERSIÓN 2
					Fecha:
					Página 1 de 1
REUNION - MOTIVO: Capacitación en lineamientos de ART GRC, riesgos, indicadores epidemiológicos, vigilancia, esta denuncia y notificación, EMMI, PFI, Ca. rama, Coello Chino, brotes y FTA		FECHA: 22-09-2021	LUGAR: CS del occidente.		
NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	TELÉFONO	ENTIDAD/PUNTO	
37	Elkin Javier	Daranga Ochoa	M G.	3154671078 Norte-Tambo	
38	Carolina Arias Trujillo	Referente esta denuncia	3212660115	CS del occidente	
OBSERVACIONES: se da por terminada la capacitación a las 7:00 pm.					
				 Carolina Arias Trujillo ENFERMERA C.C. 1061760508	