

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

GUIA DE ATENCION DE DESNUTRICION

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

GUIA DE ATENCION DE LA DESNUTRICION

VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCIA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| 2 | OBJETIVO | 4 |
| 3 | DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES..... | 4 |
| 3.1 | DESNUTRICIÓN | 4 |
| 3.2 | FACTORES DE RIESGO | 4 |
| 3.3 | FACTORES PROTECTORES..... | 6 |
| 4 | POBLACION OBJETO | 7 |
| 5 | CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN..... | 7 |
| 5.1 | CONSULTA NUTRICIONAL DE PRIMERA VEZ..... | 7 |
| 5.1.1 | Valoración Nutricional | 7 |
| 5.1.2 | Diagnóstico | 9 |
| 5.1.3 | Prescripción del Tratamiento | 10 |
| 5.1.4 | Entrega y explicación de la dieta | 12 |
| 5.2 | CONSULTA DE CONTROL POR NUTRICIONISTA..... | 13 |
| 5.2.1 | Consulta nutricional primer control..... | 13 |
| 5.2.2 | Consulta nutricional segundo control..... | 13 |
| 5.2.3 | Consulta nutricional tercer control..... | 13 |
| 6 | FLUJOGRAMA | 14 |
| 7 | BIBLIOGRAFÍA | 15 |

1 JUSTIFICACIÓN

La desnutrición es un problema de gran magnitud en el mundo, se estima que para 1995 había 150 millones de niños con déficit de peso y que entre ellos 20 millones sufrían desnutrición grave. Estudios nacionales muestran que en la proporción de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global, bajo peso para la edad, ha disminuido la prevalencia, pasando de 21.1% en 1965 al 16.8% en 1980 y a 8.4% en 1995. La proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica pasó del 32% en 1965 al 22.4% en 1980, descendiendo al 16.6% en 1989 y al 15% en 1995. Sin embargo, en el país las diferencias regionales son marcadas; la desnutrición global en la región Pacífica es de 17%, en Guajira/Cesar/Magdalena 15% y en Cauca/Nariño 14%. La desnutrición crónica afecta principalmente a las regiones Pacífica y Bogotá con 17% y Atlántico con 15%. Este tipo de desnutrición es mayor en el área rural donde llega a 19% comparada con 13% en el área urbana. En 1995 las desnutriciones proteico-calóricas y las no especificadas, se encontraron dentro de las 10 primeras causas de mortalidad, para la población menor de 44 años, siendo más significativa en el grupo de edad de 1 a 14 años.

2 OBJETIVO

Lograr una mejoría del estado nutricional, aumentando el aporte calórico proteico del individuo, mediante tratamiento con dieta y educación para disminuir el riesgo de desnutrición y sus complicaciones.

3 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DESNUTRICIÓN

La desnutrición es una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial lactantes y niños.

3.2 FACTORES DE RIESGO

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos,

culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Cuadro 1: Factores de riesgo a tener en cuenta en la atención de la población por desnutrición proteico-calórica

| Factores de riesgo | Características |
|--------------------|---|
| Socio-económicos | Consumo limitado por el bajo nivel de ingresos Limitación en la disponibilidad de los alimentos Escasa escolaridad de los padres Aislamiento social Alto crecimiento demográfico Estructura de edades de la población |
| Ambientales | Falta en el suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos. |
| Biológicos | Prematurez Defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido) Defectos genéticos (síndrome de Down, fenilcetonuria) Enfermedades crónicas. Infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción del apetito, del consumo de alimentos y de la absorción de nutrientes Cirugía gastrointestinal, traumatismo Diálisis renal Problemas dentarios Disminución de la capacidad física para comprar alimentos o preparar una comida |
| Nutricionales | Abandono de la lactancia materna antes de los seis (6) meses de edad Ablactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad Inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos Hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas Trastornos de la alimentación caracterizado por el rechazo a comer, anorexia, bulimia Alergias alimentarias reales o imaginarias Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos |

| | |
|---|--|
| <p>Psicosociales y comportamentales</p> | <p>Las perturbaciones emocionales, donde se observan casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Trastornos mentales Alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas</p> |
| <p>Otros</p> | <p>Medicamentos que afectan la ingestión de alimentos, la absorción, utilización o eliminación de nutrientes (quimioterapia, esteroides catabólicos, estrógenos, etc)</p> |

3.3 FACTORES PROTECTORES

En la atención de la población, es necesario tener en cuenta los factores protectores para evitar o disminuir el riesgo de desnutrición:

- La lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años de edad.
- Alimentación complementaria adecuada.
- El compartir las comidas en familia permite el fortalecimiento del afecto: es recomendable informar a la población de la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día.
- El fácil acceso a los alimentos.
- Ingreso económico estable.
- Buena salud bucal.
- Manejo adecuado de los niveles de estrés.
- Mantener una alimentación balanceada, moderada y a horas regulares.
- Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
- Estilos de vida saludables
- Práctica del ejercicio físico en forma regular y programada.

- No consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

4 POBLACION OBJETO

Población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado con diagnóstico de desnutrición proteico-calórica.

5 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

5.1 CONSULTA NUTRICIONAL DE PRIMERA VEZ

Todos los pacientes que presentan desnutrición proteico-calórica, deben recibir manejo nutricional por Nutricionista-Dietista.

Se realizara una valoración nutricional completa (según cuadro 2), se hará el diagnóstico pertinente, prescripción del tratamiento, entrega y explicación de la dieta, como se describe a continuación y con el tiempo suficiente para desarrollarlo en forma completa e individualizada.

5.1.1 Valoración Nutricional

En la consulta nutricional inicial se realizará la valoración nutricional que incluye: historia clínica, medidas antropométricas, anamnesis alimentaria y pruebas de laboratorio; con el fin de obtener el diagnóstico nutricional y la clasificación de la desnutrición proteico calórica.

Cuadro 2. Valoración nutricional

| Evaluación | Niño | Adulto | Gestante | Adulto Mayor |
|-----------------------|--|--|---|---|
| Historia clínica | Nombre, edad, procedencia, núcleo familiar, ocupación actual, actividad física, presencia de enfermedad, antecedentes personales y familiares, medicamentos prescritos, pesos: usual, deseado, ideal y actual, % cambio de peso. | | | |
| Datos Antropométricos | <ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Análisis de indicadores: P/T, T/E, P/E | <ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E, circunferencias del carpo, muscular y muscular del | <ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Altura uterina •Semana de gestación | <ul style="list-style-type: none"> •Medición de P, T, E •Altura rodilla •Circunferencia del músculo de |

| Evaluación | Niño | Adulto | Gestante | Adulto Mayor |
|-----------------------|--|---|---|---|
| | según Tablas NCHS •Circunferencia cefálica | brazo, pliegues cutáneos. •Identificación del IMC •Determinación de la estructura • Análisis mediante índice de Quetelec | •Peso actual, peso inicial | la parte media del brazo •Longitud de la rodilla •Grosor de los pliegues cutáneos |
| Anamnesis alimentaria | Comidas y alimentos consumidos durante el día, cantidades, alimentos preferidos, alimentos rechazados, sitio donde consume, horario, frecuencia de consumo - hábitos, apetito, ingesta, masticación, digestión, hábito intestinal. | | | |
| | •Iniciación de la lactancia materna •Duración de la lactancia materna •Inicio de la alimentación complementaria •Causa del destete | | •Cambio de hábitos alimentarios •Alimentación complementaria | |
| Pruebas Laboratorio | Cuadro hemático completo, Proteínas en sangre: Proteínas totales y albúmina. | | | |
| | Tiroidea estimulante TSH, tiroxina T4, tiroxina T4 libre, triyodotironina T3 Up Take, transferrina nitrógeno ureico y creatinina, electrolitos en sangre: Sodio, Potasio, Calcio, Fósforo, Magnesio, | Tiroidea estimulante TSH, tiroxina T4, tiroxina T4 libre, triyodotironina T3 Up Take, transferrina nitrógeno ureico y creatinina, electrolitos en sangre: Sodio, Potasio, Calcio, Fósforo, Magnesio, | Test de O'sullivan Transferrina | Glicemia basal, calcio, transferrina |

| Evaluación | Niño | Adulto | Gestante | Adulto Mayor |
|------------|-------------------------------------|-------------|----------|--------------|
| | hormona de crecimiento, Coprologico | Coprologico | | |

P: peso, T: talla, E: edad, IMC: índice de masa corporal (peso Kg/ estatura ² mt)

5.1.2 Diagnóstico

Con base en la información de la valoración nutricional se hará el diagnóstico, con el fin de hacer el análisis respectivo en cuanto a los aspectos relevantes que pueden influir en la prescripción del plan de atención nutricional que se le dará al paciente. La clasificación de la desnutrición proteico-calórica es importante para el diagnóstico y el tratamiento, así como para la aplicación y evaluación. Para la cual se tendrá en cuenta el cuadro 3.

Cuadro 3: Clasificación de la desnutrición proteico-calórica

| Clasificación | Menores de 18 años | Mayores de 18 años | Características |
|---------------|---------------------|-------------------------|---|
| | Desviación Estandar | Índice de masa corporal | |
| Grado 1 | -2,-3 DS | ≤ 18.5 - >17 | <ul style="list-style-type: none"> •Pérdida de peso •En adultos se manifiesta como adelgazamiento con reducción del tejido adiposo subcutáneo se presenta clínicamente como Marasmo y Kwashiorkor |
| Grado 2 | -3,-4 DS | ≤17 - >16 | |
| Grado 3 | < -4 DS | ≤ 16 | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> •Kwashiorkor: Forma de desnutrición de proteínas y energías relacionada con: Una deficiencia extrema de proteínas de la dieta, caracterizada por: hipoalbuminemia, edema, hígado adiposo crecido, suele conservarse la grasa subcutánea y puede ocultarse el desgaste muscular por el edema. |

| Clasificación | Menores de 18 años | Mayores de 18 años | Características |
|---------------|--|--------------------|---|
| | | | <p>Marasmo: Forma crónica de desnutrición de proteínas y energía en la que la deficiencia principal es de energía, en etapas avanzadas, se caracteriza por: desgaste muscular y ausencia de grasa subcutánea, se presenta retraso del crecimiento, pérdida de peso, atrofia muscular.</p> <p>Kwashiorkor marasmático: tiene una combinación de las características de las dos anteriores.</p> |
| Índice | | | |
| Aguda (P/T) | <ul style="list-style-type: none"> ● Indicador del estado nutricional actual ● Se le conoce como emaciación ● Es el adelgazamiento exagerado para la estatura ● Se calcula por el peso en función de lo esperado para la talla y género, sin tener en cuenta la edad | | |
| Crónica (T/E) | <ul style="list-style-type: none"> ● Indicador de la historia nutricional pasada ● Se determina al comparar la talla del niñ@, con la talla esperada para su edad ● Los niñ@s muestran cierto grado de retraso en su crecimiento | | |
| Global (P/E) | <ul style="list-style-type: none"> ● Da una visión general del problema alimentario nutricional de la persona ● Esta representada en bajo peso respecto al peso esperado para la edad y el género. | | |

5.1.3 Prescripción del Tratamiento

Con base en el diagnóstico y de acuerdo a las características fisiológicas y patológicas del paciente, se determinarán las necesidades nutricionales y se elaborará la dieta a nivel individual, la cual será consignada en la historia clínica.

Teniendo un diagnóstico nutricional se presentan dos alternativas:

Si el paciente no tiene patología agregada será manejado por el Nutricionista mediante un tratamiento nutricional con dieta y educación alimentaria. Según criterio del Nutricionista y si el paciente lo amerita se remitirá a tratamiento médico, psicológico o trabajo social.- Si el paciente además de la desnutrición proteico calórica, presenta patología agregada como alteraciones hormonales, anemias, avitaminosis, desequilibrio hidroelectrolítico, intolerancia a los carbohidratos, alteraciones psicológicas u otras, deberá ser manejado por un grupo multidisciplinario.

En caso de que el paciente presente alteraciones metabólicas de difícil manejo ambulatorio, según criterio médico deberá ser hospitalizado (ver flujograma). El tratamiento es básicamente dietético; cuando se aportan de manera correcta los nutrientes necesarios para cubrir las deficiencias, restablecer las funciones normales y regenerar los tejidos de reserva, se favorece la recuperación del crecimiento físico y funcional y la reintegración a la vida productiva. Ver cuadro 4.

Cuadro 4: Distribución del valor calórico total.

| | Menor de 2 años | Mayor de 2 años |
|---------------|-----------------|-----------------|
| Proteínas | 7 - 10 % | 10 - 12% |
| Carbohidratos | 50 - 55 % | 50 - 60% |
| Grasas | 30 - 60 % | 20 - 30 % |

Las características del tratamiento son:

- Implementación de las modificaciones correspondientes, con base en la anamnesis alimentaria, estado nutricional, edad y otras especificaciones encontradas en la historia clínica.
- De acuerdo a la tolerancia, iniciar con la recomendación calórica e incrementar de acuerdo a evolución.
- Dieta hipercalórica, tener presente el valor calórico total recomendado para la población colombiana.
- Control o eliminación de los factores de riesgo.
- Descartar posible presencia de infecciones, parasitismo.
- Comprobar funcionamiento del tracto gastrointestinal

- Identificación de compuestos que no son tolerados por el paciente (lactosa, proteínas de la leche).
- Tener en cuenta los hábitos alimenticios del paciente.
- Para la dieta, tener en cuenta los alimentos en cosecha, el estado socioeconómico del paciente, hacer uso de alimentos de alto valor biológico}
- Tener en cuenta el suministro de micronutrientes y multivitamínicos
- Dependiendo del riesgo debe remitirse a psicólogo, trabajador social o endocrinólogo.

El manejo nutricional de la desnutrición deberá realizarse en un nivel de mayor complejidad, dependiendo de la necesidad de hospitalización para utilización de alimentación enteral forzada o de alimentación parenteral.

5.1.4 Entrega y explicación de la dieta

Todo paciente, a quien se le haya elaborado una dieta, requiere explicación de la misma con el fin de indicarle el por que de los cambios en su alimentación, como manejarla y las demás recomendaciones que se consideren necesarias; la educación alimentaria y nutricional es importante en el tratamiento y debe realizarse dentro de la consulta. Se recomienda hacer énfasis en temas como:

- Selección de alimentos
- Valoración nutricional inicial y controles periódicos
- Manejo adecuado de hábitos alimenticios
- Distribución intrafamiliar de alimentos
- Lactancia materna
- Alimentación complementaria
- Anorexia y bulimia
- Intervención sobre fomento de los estilos de vida saludables, factores protectores y de riesgo
- Nutrición y alimentación a través del ciclo vital.

En caso de presentar patologías agregadas es necesario incluirlas dentro del programa pertinente.

5.2 CONSULTA DE CONTROL POR NUTRICIONISTA

Los controles individuales serán de 15 minutos y los grupales se harán dentro de los programas de promoción y prevención.

5.2.1 Consulta nutricional primer control

Se realizará al mes. Las actividades a realizar en el primer control son:

- Evaluar el tratamiento según dieta prescrita
- Realizar valoración antropométrica (según cuadro 2)
- Realizar ajustes necesarios al tratamiento según la evolución del paciente
- Educación alimentaria y nutricional

5.2.2 Consulta nutricional segundo control

Se realizará a los dos (2) meses. Las actividades a realizar en el segundo control son:

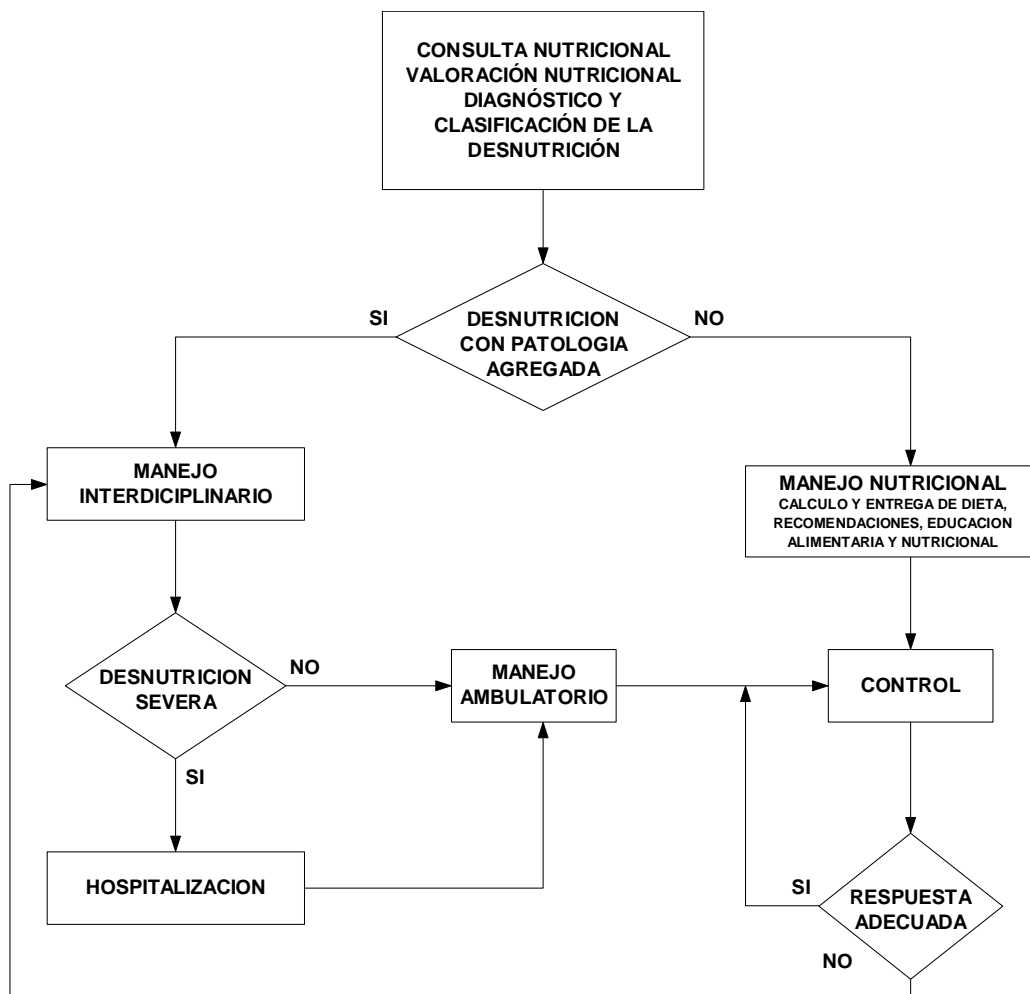
- Evaluación del acoplamiento al tratamiento dietario prescrito
- Evaluación nutricional antropométrica y bioquímica (según cuadro 2)
- Educación alimentaria y nutricional

5.2.3 Consulta nutricional tercer control

Se realizará a los seis (6) meses o dependiendo de la evolución del paciente, incluye:

- Evaluación antropométrica y bioquímica (según cuadro 2)
- Se realizarán modificaciones a la dieta prescrita, dependiendo de la evolución del paciente
- Educación alimentaria y nutricional

6 FLUJOGRAMA



7 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Conocimientos Actuales sobre Nutrición. OPS-ILSI. Washington 1997
- 2 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia 1995
- 3 Evaluación del crecimiento y del estado nutricional en la población escolar urbana. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 1993. Santa Fe de Bogotá.
- 4 Nutrición y Dietoterapia. Mahan, Arlin Krause. Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1995
- 5 Nutriología Médica. Esther Casanueva et al. Editorial Médica Panamericana. Impreso Mejiro 1995
- 6 Sistema de vigilancia epidemiológica alimentaria y nutricional. SISVAN. Grupo Nutrición, Facultad de Salud, Universidad del Valle. 1996