

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Martha Lucia Ospina Martínez
Directora General INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Oscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata
en Salud Pública

DOCUMENTO ELABORADO POR

Giomar Sichacá Ávila
Profesional especializado
Instituto Nacional de Salud INS

Víctor Andrés Ardila Palacios
Subdirección de Salud Nutricional AyB
Ministerio de Salud y Protección Social



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	2
1.1.	Comportamiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años	2
1.2.	Estado del arte	4
1.3.	Justificación para la vigilancia.....	5
1.4.	Usos de la vigilancia para el evento.....	5
2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
3.	DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS.....	6
4.	FUENTES DE LOS DATOS	7
4.1.	Definición de las fuentes.....	7
4.2.	Periodicidad de los reportes	7
4.3.	Flujo de información	7
4.4.	Responsabilidades por niveles	8
5.	RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	11
6.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	11
6.1.	Indicadores.....	11
7.	ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN	12
7.1.	Acciones individuales	12
7.2.	Acción colectiva.....	12
7.3.	Acciones de Laboratorio	13
8.	ACCIONES DE IEC Información, Educación y Comunicación.....	13
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
10.	CONTROL DE REVISIONES	14
11.	ANEXOS.....	14

1. INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un fenómeno con un alto poder destructivo que ocasiona en la población sobreviviente, una mayor propensión a contraer enfermedades por el resto de sus vidas y a quedar limitados intelectualmente lo que, en última instancia, pone en peligro la existencia misma de sociedades enteras (1).

La desnutrición aguda es la forma de desnutrición más grave, altera todos los procesos vitales del niño y el riesgo de muerte es nueve veces superior que para un niño en condiciones normales (2).

1.1. Comportamiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años

Situación epidemiológica mundial

Se calcula que 7.600.000 de niños menores de cinco años mueren cada año. Una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición (3).

En el mundo en desarrollo, el 13% de los niños menores de cinco años padece desnutrición aguda, que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente; de este 13% el 5% de tienen desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen un 10% o más de niños menores de cinco años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente (2).

En 2011 había en todo el mundo 52.000.000 de niños y niñas menores de cinco años con emaciación moderada o grave, lo que representa una disminución del 11% desde la cifra estimada para 1990, de 58.000.000. Más de 29.000.000 de niños y niñas menores de cinco años, esto es, aproximadamente un 5%, sufrían emaciación grave. La mayor prevalencia de emaciación se da en Asia meridional, donde aproximadamente uno de cada seis niños y niñas (el 16%) padece emaciación moderada o grave. La India es el país que soporta la mayor carga de emaciación, con más de 25.000.000 de niños y niñas afectados. Esta cifra supera la suma de las cargas de los nueve países siguientes que registran una carga elevada. En África subsahariana, casi uno de cada 10 niños y niñas menores de cinco años (el 9%) padecían emaciación en 2011, una prevalencia que ha disminuido en un 10% desde 1990. No obstante, como consecuencia del crecimiento demográfico, la cifra de niños y niñas de esta región que sufren emaciación ha aumentado en un tercio desde 1990 (4).

La cifra de niños y niñas emaciados de África subsahariana, en proporción a la cifra total en el mundo, se ha incrementado a lo largo del mismo periodo de tiempo. Países como Sudán del Sur, India, Timor-Leste, Sudán, Bangladesh y Chad presentan una prevalencia de emaciación muy elevada, superior al 15%. De los 10 países que presentan la

prevalencia más elevada de emaciación, siete presentan también un índice de emaciación grave superior al 5%. En todo el mundo, de los 80 países para los que existen datos, 23 registran niveles de emaciación superiores al 10%. Si bien una cantidad considerable de los 52.000.000 de niños y niñas emaciados del mundo viven en países donde la inseguridad alimentaria es cíclica y las crisis prolongadas exacerbaban su vulnerabilidad, la mayoría residen en países que no experimentan situaciones de emergencia. En estos países, los tres aspectos fundamentales que es preciso abordar para combatir la emaciación son la incidencia frecuente de enfermedades infecciosas, la incapacidad de prestar unos servicios de atención adecuados y determinadas prácticas sociales y culturales (4).

Situación epidemiológica regional

En muchos países de América Latina y el Caribe, la prevalencia de la desnutrición aguda no se ha modificado de manera importante y permanece, aproximadamente entre el 1 y el 4%, durante las dos últimas décadas. Haití es una notable excepción debido por una parte, a la elevada prevalencia de la desnutrición aguda y, por otra, al incremento observado entre el año 2000 (6%) y el 2005 (10%). Otros países han experimentado leves incrementos de la prevalencia de la desnutrición aguda, como se puede apreciar en encuestas recientes de Bolivia, Colombia, Honduras y la República Dominicana. Perú no ha mostrado declinación de la prevalencia de desnutrición aguda en el período de tiempo más reciente. De manera general, la tasa anual de disminución de la desnutrición aguda entre 1986 y 2005 (para todos los países combinados) fue de 0.01 puntos porcentuales por año (5).

De manera general, la prevalencia de la desnutrición aguda con algunas excepciones, permanece sin modificaciones. La prevalencia es menor al 9% en casi todos los países, exceptuando Haití (19.2%), Guatemala (18.0%) y Honduras (12.5%). De igual manera, en casi la mitad de los países, la prevalencia de la desnutrición aguda es menor de lo que podría esperarse en una distribución normal de la población (2.14%). Haití tiene la mayor prevalencia de desnutrición aguda, 10.3% del total de menores de 5 años y Honduras la más baja, 1.4% del total de menores de 5 años (5).

El número de niños con peso bajo tiene un valor desde 42.657 niños en El Salvador a 784.087 en Brasil (datos de 1996). Nuevamente, el gran número de niños con peso bajo en Brasil, se debe a la enorme población más que a una elevada prevalencia de peso bajo. Otros países, que tienen más de 100.000 niños con peso bajo son Haití, Guatemala, Honduras, Colombia, México y Perú. Todos los países han experimentado una disminución del número total de niños con peso bajo durante los años en los que se realizaron las encuestas (5).

Respecto a la tendencia en la reducción de la prevalencia del peso bajo, Haití y Perú muestran un incremento de la prevalencia entre las dos últimas encuestas analizadas: en Haití, la prevalencia de peso bajo se ha incrementado del 14% en el 2000 a 19% en el 2005. En el Perú, la prevalencia de peso bajo se ha incrementado más o menos en un

medio punto, de 5.2% en el 2000 a 5.6% en 2004-08. Colombia y Bolivia no han mostrado reducciones en la prevalencia de peso bajo después de los finales de los años 90; la prevalencia de peso bajo continúa en el 6% en Bolivia y en el 5% en Colombia entre los años 2000-05 y 1998-2003, respectivamente. La reducción del promedio anual del peso bajo, en puntos porcentuales, entre las encuestas más antiguas y las recientes tuvo un intervalo desde 2,9 puntos porcentuales en Nicaragua a 0,2 puntos porcentuales en El Salvador y Colombia. El promedio general de reducción anual del peso bajo entre 1986 y 2006 (para todos los países combinados) fue de 0,4 puntos porcentuales, un poco más de la mitad de la tasa de reducción de la desnutrición crónica (5).

Situación epidemiológica nacional

Los niveles de desnutrición han disminuido de manera notable en Colombia durante las últimas décadas, encontrándose en un lugar intermedio en comparación con otros países de la región. Desde 1995 la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en niños menores de 5 años de edad en Colombia ha sido más baja de lo que se espera dentro de una población sana (2,5%). En 2010, la prevalencia continúa baja, siendo 0,9% a nivel nacional, sin diferencia importante por edad, grupo étnico, o nivel del SISBEN. A diferencia de 2005, se observa una diferencia significativa según la escolaridad de la madre (sin educación 2,7%; superior 0,6%). Cabe resaltar que aun dentro del grupo de mujeres sin educación, la prevalencia está dentro del intervalo que se observa en una población sana de referencia (6).

La prevalencia de desnutrición aguda o bajo peso para la estatura es mayor en los niños menores de 6 meses (2%), en los niños cuyo orden de nacimiento es 6 o más, en niños con intervalo al nacimiento menor de 24 meses y en aquellos cuyas madres están entre 30 y 34 años. A nivel de regiones, la desnutrición aguda en Bogotá es la mitad del nivel observado en el resto de regiones el cual es de alrededor del 1%. Las subregiones menos afectadas son Valle sin Cali ni Litoral, Medellín A.M. y Bogotá (7).

Si bien las tasas de desnutrición aguda no revelan un problema de salud pública, se sabe que las consecuencias de esta desnutrición en los menores de cinco años incluyen el elevado riesgo de muerte y se requiere que esta desnutrición sea identificada y tratada oportunamente y de forma individual (6).

1.2. Estado del arte

Descripción del evento

La desnutrición aguda infantil se define como el peso bajo para la estatura (P/T), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta se presenta cuando el peso del niño está dos desviaciones estándar (DE) por debajo de la mediana del peso esperado para la estatura ($P/T < -2DE$) (8). De acuerdo con la intensidad se clasifica en moderada cuando el

P/T esté entre -2 y -3 DE en relación con el patrón de referencia y en grave o severa cuando el P/T se encuentra $<-3DE$ (2). Sin embargo, es importante aclarar que desde el punto de vista clínico la desnutrición grave se clasifica en tres categorías: 1) marasmo con la presencia de emaciación severa y P/T $<-3DE$, 2) kwashiorkor caracterizado por la presencia de edema de tipo nutricional y 3) mixta, en la que coexiste la emaciación severa con el edema de tipo nutricional (9).

1.3. Justificación para la vigilancia

La Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de todos los niños a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. En su Artículo 6, refiere que los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. A pesar de ello, la desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países. La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir (2).

Son muchos los factores que provocan que la desnutrición siga siendo una amenaza para la supervivencia y el desarrollo de cientos de millones de personas: la falta de una atención suficiente, el hecho de que con frecuencia resulte invisible, el alza en el precio de los alimentos básicos, los conflictos que originan desplazamientos masivos de población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad y el círculo de la pobreza, entre otros (2).

La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19.000.000 de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos) (2).

La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad (2).

1.4. Usos de la vigilancia para el evento

Detectar de forma oportuna a los menores de cinco años con desnutrición aguda para que se realicen las acciones tendientes a disminuir la morbilidad y el riesgo de morir por esta condición.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir el comportamiento de la desnutrición aguda en menores de cinco años, estableciendo una línea de base que oriente las acciones de prevención y control de este evento.
- Identificar niños menores de cinco años a riesgo de muerte por desnutrición y generar la canalización a los servicios de salud.
- Promover la articulación intersectorial en acciones de seguridad alimentaria y nutricional

3. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS

Tipo de Caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	Se define un caso de desnutrición aguda al menor de cinco años que en su indicador peso para la talla tiene un puntaje Z por debajo de -2DE.
	<p>Categorías:</p> <p>Desnutrición aguda moderada: se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de delgadez o emaciación moderada.</p> <p>Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador está por debajo de -3DE, puede acompañarse de emaciación, hiporexia e irritabilidad</p> <p>Marasmo: se caracteriza por la atrofia severa de la masa muscular y grasa, los cuales el cuerpo ha utilizado como fuente de energía dejando “los huesos forrados”</p> <p>Kwashiorkor: se caracteriza por la presencia de edema bilateral (suele comenzar en miembros inferiores), el peso corporal se encuentra enmascarado por el edema, puede estar acompañado de erupciones en la piel y cambios en el color del pelo (signo bandera).</p>

4. FUENTES DE LOS DATOS

4.1. Definición de las fuentes

Vigilancia regular:

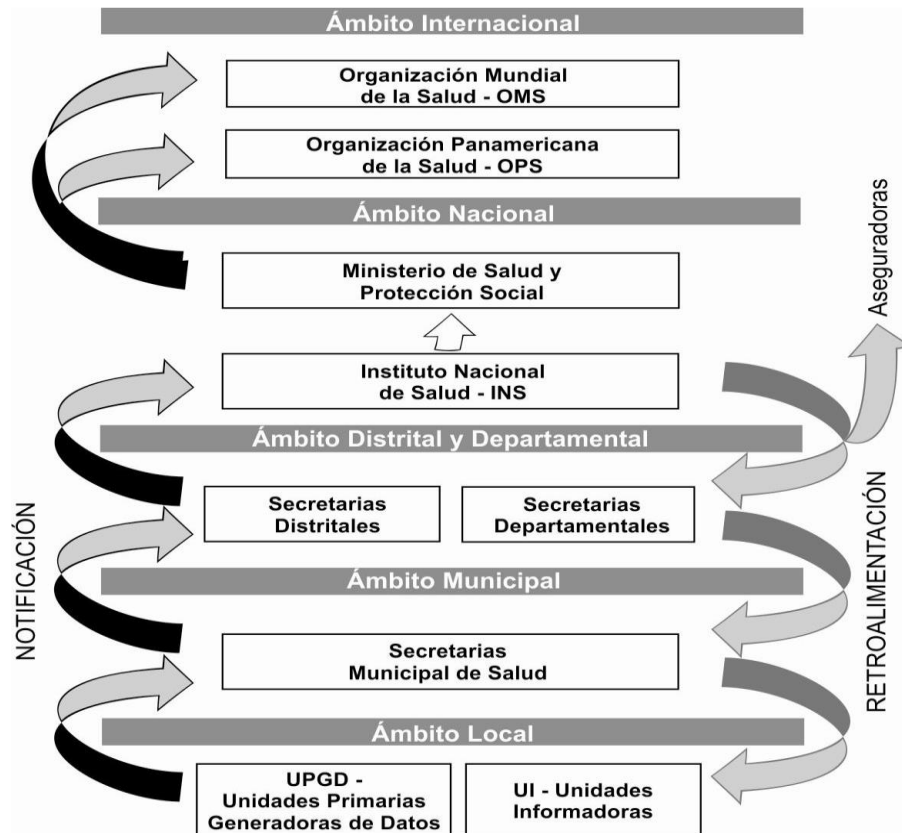
- Notificación individual semanal de casos confirmados en las UPGD a través de la ficha de notificación con datos complementarios con el código 113 (FOR-R02.0000-045 V:00 AÑO 2016)

4.2. Periodicidad de los reportes

Notificación	Responsable
Notificación semanal	Unidad primaria generadora de datos al municipio UPGD (Dirección local de salud u hospital local): Notificación semanal de casos desnutrición aguda en menores de 5 años de edad en ficha de datos básicos y complementarios a través del SIVIGILA a la unidad notificadora local.
	Del municipio al departamento o al distrito: Notificación semanal de casos a través de archivos planos. Revisión, recolección y complementación de la ficha de notificación
	Del departamento/distrito a la nación Notificación semanal casos. Recepción y revisión de la información enviada por los municipios de los casos notificados a través de archivos planos a la nación.
Ajustes por períodos Epidemiológicos	Los ajustes a la información se generan en dos sentidos: Casos que no fueron notificados por el departamento durante las semanas del periodo anterior se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior, de conformidad a los mecanismos definidos por el sistema.

4.3. Flujo de información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio y del municipio hasta el nivel nacional e internacional; desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.



4.4. Responsabilidades por niveles

Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social a través del Instituto Nacional de Salud, específicamente la subdirección de prevención, vigilancia y control en salud pública, emitir los parámetros para realizar la vigilancia a través de este documento y de los actores del sistema, según la normatividad vigente. Los actores son:

- Ministerio de Salud y la Protección Social
- Instituto Nacional de Salud-Subdirección de prevención vigilancia y control en salud pública.
- Unidades notificadoras: Entidades territoriales de carácter nacional, departamental, distrital y municipal.
- Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios (Aseguradoras)
- Unidades Primarias Generadoras de Datos: Entidades de carácter público y privado que captan los eventos de interés en salud pública a través de los profesionales en salud que garantizan la atención en menores de cinco años.

El cumplimiento de este protocolo se aplicará en el ámbito de las competencias y obligaciones por parte de la nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivos y

subsidiado, las entidades administradoras de planes de beneficios, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

Nivel Nacional Instituto Nacional de Salud (INS)

Es responsabilidad del Instituto Nacional de Salud, por intermedio de la subdirección de promoción, vigilancia y control en Salud, según parágrafo 4° artículo 33 de la ley 1122 del 2007: “Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, por lo tanto, entre sus funciones se destaca emitir los parámetros para realizar la vigilancia de los diferentes eventos de interés en salud pública, que para el caso concreto de la desnutrición aguda en menores de cinco años quedarán plasmados en este documento a través de las siguientes actividades:

- El Instituto Nacional de Salud deberá desarrollar las acciones que garanticen la operación del sistema de vigilancia en salud pública en las áreas de su competencia.
- Recibe la notificación de los departamentos y distritos semanalmente y la información de los casos según su ocurrencia.
- Integrará los datos resultantes del proceso de notificación, con los datos recaudados en otras fuentes o sectores, para complementar la información disponible en el país y retornar la información “completa” a las Entidades Territoriales.
- Analiza y divulga periódicamente la información generada del evento.
- Asesora y apoya a los departamentos en la vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años.

Nivel Departamental, Dirección o Secretaría Departamental o Distrital de Salud

La Unidad notificadora departamental o distrital debe gerenciar el sistema de vigilancia en salud pública de su jurisdicción, consolidando la información proveniente de los municipios o unidades notificadoras para su respectiva verificación y análisis, velando por el adecuado registro de la información, con las siguientes actividades.

- Notifica semanalmente al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud los casos de desnutrición aguda en menores de cinco años de su departamento o distrito.
- Realiza análisis periódicos del comportamiento del evento.
- Divulga en espacios de COVE los hallazgos y resultados del análisis del evento.
- Reportar periódicamente el comportamiento del evento a la dirección de salud pública para que se gestione y coordine, la articulación intersectorial de planes, programas y proyectos orientados a fortalecer y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población, para prevenir y tratar la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años.

Nivel local, Dirección o Secretaría Local de Salud

La unidad notificadora municipal desarrolla los procesos básicos de la vigilancia de su competencia y de acuerdo con su categoría, identificando los casos que se presenten del evento para su respectiva notificación al sistema. Realiza las siguientes actividades:

- Consolida la totalidad de los eventos presentados en las UPGDS que tenga bajo su jurisdicción.
- Notifica a la unidad notificadora departamental – secretaría departamental de salud- semanalmente.
- Realizar análisis periódicos del comportamiento del evento.
- Divulga en espacios municipales como el COVE u otros los hallazgos y resultados de los análisis realizados al evento.
- Reportar periódicamente el comportamiento del evento a la dirección de salud pública para que se gestione y coordine, la articulación intersectorial de planes, programas y proyectos orientados a fortalecer y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de la población, para prevenir y tratar la desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años.

Unidad primaria generadora de datos (UPGD)

Institución prestadora de salud pública o privada que desarrolla las siguientes acciones:

- Capta la ocurrencia de los casos a partir de las atenciones en menores de cinco años que cumplan con la definición de caso.
- Diligencia la ficha única de notificación obligatoria individual de datos básicos y complementarios, para notificación semanal, asegurando que los datos básicos y de ubicación corresponden al paciente para su posterior seguimiento por el programa.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

- Cumple con las directrices y procedimientos en la red de prestadores de servicios de salud para la implementación del presente protocolo, en el marco de los procesos básicos de la vigilancia y de la ruta de atención a la desnutrición de acuerdo con lo establecido en la resolución 5406 de 2015
- Garantiza la realización de acciones individuales tendientes a confirmar el evento, la vigilancia y el análisis del mismo, dentro de la normatividad vigente.
- Estructura y mantiene actualizadas las bases de datos del evento objeto de vigilancia del presente protocolo.
- Realiza la búsqueda activa de niños y niñas que no asisten al programa de crecimiento y desarrollo o control de niño sano.

5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD–, caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de captar y notificar de forma semanal en los formatos y estructura establecidos, de acuerdo con las definiciones de caso argumentadas en el protocolo.

En caso de que por dificultades insuperables, la UPGD no pueda enviar información directamente por notificación en ficha individual, se deben tomar los datos de la ficha en el sitio de origen de la información y será responsabilidad del municipio y del departamento establecer los medios de comunicación (teléfonos, fax, radioteléfonos, etc.) necesarios para llenar los datos de la ficha individual en la unidad notificadora y notificar así todos los casos al SIVIGILA por notificación individual.

Los datos deben estar contenidos en archivos planos delimitados por comas, con la estructura y características definidas y contenidas en los documentos técnicos que hacen parte del subsistema de información para la notificación de eventos de interés en salud pública del Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, ni ningún otro organismo de administración dirección, vigilancia y control podrán modificar, reducir o adicionar los datos ni la estructura en la cual deben ser presentados en medio magnético, en cuanto a longitud de los campos, tipo de dato, valores que puede adoptar el dato y orden de los mismos. Lo anterior sin perjuicio de que en las bases de datos propias las UPGD y los entes territoriales puedan tener información adicional para su propio uso. Se entiende la notificación negativa para un evento como su ausencia en los registros de la notificación semanal individual obligatoria para las UPGD que hacen parte de la Red Nacional de Vigilancia.

6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

6.1. Indicadores

Nombre del indicador	Incidencia de desnutrición aguda en menores de cinco años
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Se define como el número de casos notificados con desnutrición aguda durante un período de tiempo determinado y en una población determinada.
Periodicidad	Trimestral
Propósito	Evaluar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: Número de casos notificados en el período a evaluar Denominador: Población de menores de cinco años del territorio estimada a mitad de periodo
Coficiente de multiplicación	100

Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Población por grupos de edad, fuente DANE
Interpretación del resultado	La incidencia de desnutrición aguda es del ____ por ciento
Nivel	Nacional, departamental, distrital y municipal
Meta	No aplica

7. ORIENTACIÓN DE LA ACCIÓN

Uso de los resultados

7.1. Acciones individuales

Las acciones de intervención individual para los casos de desnutrición aguda están estipuladas en el documento de “Lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda en niños de 0 a 59 meses, resolución 5406 de 2015 la cual establece el esquema de atención hospitalaria o ambulatoria, de acuerdo con las características particulares de cada caso, mediante la activación de la ruta de atención desde cada institución de salud que capte y notifique el caso (10).

7.2. Acción colectiva

Las acciones colectivas están orientadas a la articulación intersectorial y comunitaria para la identificación y alerta de casos de desnutrición infantil; se pretenden generar acciones conjuntas con el concurso de diferentes sectores, en torno a la gestión territorial de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, a nivel familiar y comunitario.

En este sentido se realizará lo contemplado en el sistema de alertas tempranas en desnutrición aguda en menores de cinco años en el país, en la que se integran las tres estrategias de vigilancia en salud pública y mediante las cuales se pueden realizar identificación precoz de alteraciones en el comportamiento o frecuencia habitualmente observada del evento.

Las Entidades, Instituciones u Organizaciones de otros sectores (Agricultura, Educación, ICBF, Ambiente, otras) que, en el marco de sus acciones detecten de forma presuntiva en las comunidades casos o situaciones de interés en salud pública, estarán facultadas para realizar comunicación inmediata a la Autoridad Sanitaria mediante el medio de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) disponible (Estos reportes se consideran notificaciones de índole comunitario, las cuales estarán sujetas al procedimiento de verificación por parte de la Autoridad Sanitaria.

7.3. Acciones de Laboratorio

No aplica

8. ACCIONES DE IEC Información, Educación y Comunicación.

Las acciones de información, comunicación y educación en alimentación y nutrición deben estar encaminadas en promover la seguridad alimentaria y nutricional y el derecho humano a la alimentación

La educación alimentaria y nutricional debe estar enfocada principalmente en fortalecer la práctica de la lactancia materna y a procesos de formación en alimentación complementaria y hábitos saludables a nivel comunitario e institucional.

Según la red de comunicación y educación alimentaria y nutricional para América Latina y El Caribe, esta estrategia debe facilitar el intercambio de conocimientos, las buenas prácticas y fortalecer la capacitación de recursos humanos para mejorar las acciones de promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.

La información y la comunicación es importante para mejorar la cultura alimentaria y nutricional individual y también para llegar a procesos de decisión colectiva que permitan afrontar adecuadamente este tema. El derecho a una alimentación adecuada sólo puede ser ejercido si se cuenta con el conocimiento para tomar las decisiones adecuadas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estado mundial de la infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 1998 <http://www.gob.gba.gov.ar/cdi/documentos/unicef98/sum01sp.htm>
2. La Desnutrición Infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Unicef 2011
3. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2011. UNICEF, OMS, BM, United Nations DESA.
4. Mejorar La Nutrición Infantil, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2013
5. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe, 2013
6. Nutrición en Colombia: estrategia de país 2011-2014, Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud, 2010
7. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN, Bogotá; 2010.

8. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.
9. Kerac M, Egan R, Mayer S, Walsh A, Seal A. New WHO growth standards: roll-out needs more resources. Lancet. 2009;374:100-2.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 5406 de 2015

10. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2016	03	22	Vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años	Giomar Sichacá Ávila Profesional especializado Instituto Nacional de Salud Víctor Andrés Ardila Palacios Subdirección de salud nutricional AyB. Ministerio de Salud y Protección Social

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Máncel Enrique Martínez Durán
Subdirector Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. ANEXOS

Ficha de notificación: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Fichas%20de%20Notificacin%20SIVIGILA/Desnutrici%C3%B3n%20en%20menores%20113.pdf>