



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2025

()

Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento.

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en los artículos 173 numeral 2 de la Ley 100 de 1993, artículo 2 numeral 30 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del numeral 14 del art. 41 de la Ley 1098 de 2006 y del artículo 7 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, y

CONSIDERANDO

Que, la Resolución 2350 de 2020 “Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad, y se dictan otras disposiciones”, establece en su artículo 7, que para el egreso del manejo hospitalario y ambulatorio de los niños de 0 a 59 meses, deben cumplirse los criterios descritos en el anexo técnico de la citada resolución, y que una vez cumplidos, el niño deberá continuar en seguimiento de acuerdo con lo señalado en la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Que de acuerdo con la 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”, se define el riesgo de desnutrición aguda cuando se obtiene un puntaje Z para el indicador peso para la talla-longitud (P/T-L) en niños y niñas menores de 5 años de edad entre ≥ -2 a < -1 ; esta clasificación nutricional antecede el evento de desnutrición aguda, condición asociada a la mortalidad infantil.

Que, actualmente el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020 “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”, establece dentro de los criterios de egreso ambulatorio, cuando la puntuación Z de peso para la talla-longitud es igual o superior a -2 DE.

Que, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud, en Colombia la tasa de mortalidad por y asociada a desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años, continúa siendo superior a la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Aunque dicho plan contempla como objetivo una tasa de 5 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, las cifras más recientes del Instituto Nacional de Salud (INS) para el año 2023, reportan una tasa de 7,8, de las cuales el 57,98 % ocurrió en menores de un año. Si bien esto representa una disminución frente al año 2022 —cuando se registró una tasa de 10,78—, evidencia

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

que persiste una brecha significativa en el cumplimiento de dicho objetivo. Asimismo, la prevalencia de desnutrición aguda moderada o severa en esta población presentó un incremento, al pasar de 0,65 a 0,67 casos por cada 100 menores de cinco años entre 2023 y 2024, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las acciones dirigidas a la prevención, atención integral y seguimiento oportuno de esta condición.

Que, con base en datos preliminares del año 2024, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó, a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la notificación de 24.396 casos de niños y niñas menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda, lo que representa un aumento del 42,8 % con respecto al comportamiento registrado en el año 2019.

Que, en el lineamiento de la OMS (2023) sobre la prevención y el manejo de la emaciación y el edema nutricional (desnutrición aguda) en niños menores de 5 años, se recomiendan intervenciones sectoriales y comunitarias preventivas basadas en el riesgo, con especial énfasis en madres/cuidadores y sus bebés menores de 6 meses que están en riesgo de crecimiento y desarrollo deficiente reciban atención y seguimiento regular por parte de profesionales de salud.

Que, en el marco de las consideraciones previamente citadas, resulta importante la continuidad en el tratamiento de las niñas y niños con desnutrición aguda hasta llegar a peso adecuado para la talla/longitud, por lo que se requiere modificar el criterio de egreso que actualmente se encuentra definido en la Resolución 2350 de 2020 “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”.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 1 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

La presente resolución tiene por objeto adoptar el lineamiento técnico para la prevención y el manejo integral de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de esta, y fijar las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del SGSSS, intervinientes en el proceso de atención en salud.

Artículo 2. Inclúyase en el artículo 3 de la Resolución 2350 de, las siguientes definiciones:

Riesgo de desnutrición aguda: clasificación antropométrica entre las líneas de puntuación $Z \geq -2$ y < -1 desviaciones estándar del indicador peso para la longitud/talla.

Recuperación Nutricional: Condición en que los niños y niñas presentan ganancia de peso hasta lograr un valor de puntaje Z para el indicador peso/talla-longitud mayor o igual a -1 DE, resolución de enfermedades asociadas y mejor interacción con el cuidador.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Artículo 3. Modifíquese el artículo 6 de la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

Artículo 6. Tratamiento terapéutico de la desnutrición aguda en niños de cero (0) a 59 meses. Las entidades de aseguramiento deben garantizar la entrega de manera inmediata de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), tanto para la prueba de apetito, como para el manejo hospitalario y ambulatorio, con la cantidad suficiente para cubrir el tratamiento hasta el próximo control. Esta entrega se hará a través de los proveedores de farmacia o directamente en la Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS que la prescribió, es decir, aquella donde es captado por primera vez el caso de desnutrición aguda. Para el caso de la Fórmula Terapéutica - F75 y F100, se debe garantizar como un insumo de estancia hospitalaria, de acuerdo con los criterios establecidos en el anexo técnico que forma parte integral de esta resolución.

Artículo 4. Modifíquese el numeral 10.7 del Artículo 10 la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

10.7 Garantizar en todos los grados de complejidad de los servicios de salud y modalidades de atención en salud de su red prestadora, el suministro, disponibilidad y entrega inmediata de la Fórmula Terapéutica F-75 y F-100, para la fase de estabilización y manejo hospitalario y de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), en el manejo ambulatorio. Para lo anterior, debe definir puntos de entrega en áreas definidas dentro de las mismas IPS. Igualmente debe garantizar los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento técnico, contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución.

Artículo 5. Modifíquese el numeral 11.4 del Artículo 11 de la Resolución 2350 de 2020, en los siguientes términos:

11.4 Garantizar en los grados de complejidad y modalidades de prestación de servicios que brinde, la prescripción de la Fórmula Terapéutica F-75 y F-100, para la fase de estabilización y manejo hospitalario, y de la FTLC, para el manejo ambulatorio. La IPS que realice el diagnóstico inicial deberá llevar a cabo la prueba de apetito y hacer entrega inmediata de los sobres de FTLC que cubran el tratamiento para el manejo ambulatorio hasta el próximo seguimiento. De igual forma, deberá realizar la prescripción de los demás insumos requeridos para dar cumplimiento a las fases de estabilización, transición y rehabilitación, según lo establecido en el lineamiento contenido en el anexo técnico a que refiere esta resolución. La FTLC es un alimento con propósito médico especial que no requiere ser prescrita a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

Artículo 6. Adiciónese al numeral 1.1.4 del “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, la fórmula terapéutica F-100 para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa, en los siguientes términos:

La fórmula terapéutica F-100 en polvo es un alimento nutricionalmente enriquecido destinado exclusivamente para uso intrahospitalario durante la fase de transición en el tratamiento de la desnutrición aguda. Está indicada en niños y niñas mayores de 6 meses con peso corporal inferior a 4 kg o con disfunción motora oral que impida una alimentación adecuada, así como en

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

lactantes menores de 6 meses con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa que, tras cinco días de manejo en fase de estabilización conforme al lineamiento técnico vigente, no presenten una recuperación clínica y nutricional esperada. El uso de esta fórmula busca minimizar el riesgo de complicaciones metabólicas y alteraciones hidroelectrolíticas durante la transición nutricional.

A diferencia de la F75, esta fórmula tiene una composición con mayor aporte calórico, así como de proteínas y grasas, las cuales son detalladas en la **Tabla 4.1**. Comparación entre la fórmula F-75 Y F-100 en el manejo de los niñas y niños con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa.

Tabla 4.1 Comparación entre la fórmula terapéutica F-75 y la F-100.

Característica	Fórmula F-75	Fórmula F-100
Objetivo principal	Fase de estabilización	Fase de Transición.
Contenido calórico	75 kcal/100 ml	100 kcal/100 ml
Contenido proteico	5 % de la energía total	11 % de la energía total
Contenido lipídico	31 % de la energía total	51 % de la energía total
Contenido de carbohidratos.	64 % de la energía total	38 % de la energía total
Osmolaridad	330 mOsm/L aprox.	419 mOsm/L aprox.
Ingredientes principales	Maltodextrina, aceites vegetales (palma, soya, coco), azúcar, leche descremada.	Aceites vegetales (palma, coco, soya), maltodextrina, leche descremada, proteínas de suero de leche desmineralizado, concentrado de proteínas de suero de leche, lactosa.
Hierro	No contiene	Contiene <0,07 mg
Duración recomendada de uso	2-7 días (hasta estabilización clínica)	Hasta lograr la ganancia ponderal esperada
Riesgo de síndrome de realimentación	Bajo	Mayor si se inicia sin estabilización previa

A continuación, en la Tabla 4.2 se presenta la composición nutricional de la fórmula F100.

Tabla 4.2. Composición de la fórmula terapéutica F-100

Energía/Nutrientes	Contenido en 100mL
Energía total	100 kcal
Proteínas	2,9 g
Lípidos	5,4 g

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Carbohidratos	9,5 g
Calcio	78 mg
Fósforo	76 mg
Potasio	237 mg
Magnesio	19 mg
Zinc	2,4 mg
Cobre	0,3 mg
Hierro	<0,07 mg
Yodo	19 µg
Selenio	5,7 µg
Sodio	<56 mg
Vitamina A	0,15-0,3 mg
Vitamina D	2,9-5,7 µg
Vitamina E	3,8-7,6 mg
Vitamina C	> 9,5 mg
Vitamina B1	> 95 µg
Vitamina B2	> 0,3 mg
Vitamina B6	> 0,1 mg
Vitamina B12	> 0,3 µg
Vitamina K	2,8-9,5 µg
Biotina	> 11 µg
Ácido fólico	> 38 µg
Ácido pantoténico	> 0,57 mg
Niacina	> 0,95 mg

Las fórmulas F75 y F100, una vez preparadas, tienen una vida útil limitada debido a su alta concentración de nutrientes, lo que favorece su descomposición rápida. Por esta razón, deben conservarse en recipientes bien tapados y no mantenerse a temperatura ambiente por más de dos horas, especialmente en zonas cálidas, ni más de ocho horas bajo refrigeración. Es fundamental que la refrigeración se realice en un espacio destinado exclusivamente para estas fórmulas, sin contacto con alimentos, muestras biológicas u otros posibles contaminantes.

Artículo 7. Modifíquese el numeral 4.2.1. del “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, del siguiente modo:

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

Día de tratamiento	Frecuencia	F-75		
		ml/Kg Toma	ml/Kg día	Kcal/Kg día
1	Cada 3 horas	10	80	60
2		13	104	78
3		16	128	96
4		19	152	114
5		22	176	132

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

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

Día de tratamiento	Frecuencia	Sin edema			Con edema		
		mL/Kg/Toma	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	mL/Kg/Toma	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
1	Cada 3 horas	7	56	42	4	32	24
2		10	80	60	7	56	42
3		13	104	78	10	80	60
4		16	128	96	13	104	78
5		19	152	114	16	128	96

Artículo 8. Modifíquese el numeral 4.2.2 del “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020 de la siguiente manera:

Se realiza la transición entre F-75 y la alimentación definitiva una vez se resuelvan los problemas agudos, de acuerdo con el esquema ABCDARIO propuesto, lo que incluye evaluar: valoración antropométrica, alimentación del niño, salud mental de la madre y condiciones familiares. La duración de esta fase puede ser entre 2 a 5 días. Haga seguimiento al peso diario del niño, incluida la valoración de los edemas y determine:

- Si se observa ganancia de peso por dos días consecutivos:
 - » En niños menores de 3 meses de 25 a 30 gr/día.
 - » En niños mayores de 3 meses de 12 a 16 gr/día.Informe a la madre sobre la evolución de peso y disminuya progresivamente la F-75 a la mitad de lo aportado, no aumente el volumen.
- Una vez reducida la cantidad de F-75, si la ganancia de peso se mantiene en 10 gr por día, por dos días consecutivos, suspenda la fórmula terapéutica y continúe con lactancia materna exclusiva. Si por el contrario permanece estático en el peso o disminuye, proceda a hacer la transición a F-100 conforme a lo indicado en la Tabla 21.1 y 21.2.
- Se suspende el apoyo con TSS cuando el edema haya desaparecido, el niño aumenta el apetito, muestra mejor interés por alimentarse, hay evidencia de mayor producción de leche materna, simultáneamente las condiciones de los niños mejoran, se observa mayor velocidad en tomar la F- 75 suplementaria y más fuerza en la succión.
- Se debe lactar entre 30 hasta 60 minutos, antes de dar la F-75, cuando hay mayor probabilidad de que tenga hambre y por tanto, succione.
- Si ya se alimenta exclusivamente con lactancia materna, continúe la observación intrahospitalaria por 2 a 3 días para asegurar que el niño continúa ganando peso o se observa mejoría en los edemas.
- Se hace necesario hacer transición a F-100 en cualquiera de los siguientes casos:
 1. Cuando el niño o la niña con desnutrición aguda moderada o severa sin edema toma todo el volumen de F-75 establecido en las **Tabla 15 y 16** y no gana el peso esperado durante los primeros 5 días.
 2. Niños y niñas con desnutrición aguda severa que continúan con edema tras 5 días de tratamiento en la fase de estabilización.

En estos escenarios, se debe continuar con la Técnica de Suplementación por Succión (TSS) e iniciar la transición a la fórmula F-100, conforme con lo establecido en las **Tablas 21.1 y 21.2**, según corresponda. Esta transición deberá mantenerse hasta evidenciar, durante tres (3) días consecutivos, un incremento progresivo del peso corporal. Una vez alcanzado este criterio, se deberá informar a la madre o cuidador principal sobre la evolución del niño o niña, reducir la cantidad de F-100 a la mitad

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

durante el primer día, y suspenderla completamente al día siguiente, continuando posteriormente con lactancia materna exclusiva.

- Si aún después de haber transitado a la fórmula terapéutica F100 con la TTS, el niño o la niña no tiene una ganancia de peso esperado, se considerará como un caso sin posibilidad de amamantamiento por fracaso en la técnica, por tal razón, debe transitar a la fórmula láctea de iniciación conforme a la **Tabla 21.3**.
- Se reitera la necesidad de que cada prestador donde sea atendido el niño o niña, cuente con equipo de atención en salud con experiencia y conocimiento de consejería en lactancia materna. Si existe la posibilidad de leche humana pasteurizada en un Banco de Leche Humana (BLH), se evaluará la disponibilidad de esta, mientras aumenta la producción de leche de la propia madre, adicionalmente, se fortalecerá la promoción de la lactancia desde esta estrategia.

Niños amamantados

Para los niños en quienes se ha logrado establecer, restablecer y promover la lactancia materna a través de la TSS, lo cual puede ocurrir entre 2 a 7 días después de iniciada la relactancia, se continuará con el apoyo a la madre mediante técnicas y habilidades de consejería en lactancia materna y alimentación del niño pequeño (Tabla 14), hasta asegurar mantenimiento y ganancia de peso del niño con lactancia materna exclusiva, cumpliendo así con el objetivo de la hospitalización propuesto en este lineamiento.

Niños sin posibilidad de ser amamantados

La confirmación de la no posibilidad de lactancia materna en el niño menor de 6 meses se da por cumplimiento de las siguientes condiciones:

- Ausencia permanente de la madre (por muerte o abandono).
- Condiciones médicas de la madre que contraindiquen la lactancia.
- Fracaso de la TSS, a pesar de su juiciosa implementación durante la hospitalización.
- La madre toma la decisión de no aceptar que se realicen los procedimientos para restablecer la lactancia, aun cuando se haya efectuado la consejería en lactancia materna y sea seguro que ella cuenta con adecuada y suficiente información sobre beneficios y necesidad de recuperación del niño con leche materna.

En este momento se decide la continuación del tratamiento con fórmula láctea de inicio, definida como un producto de origen animal o vegetal que sea materia de cualquier procesamiento, transformación o adición, incluso la pasteurización, de conformidad con el Codex Alimentarius, que por su composición tenga por objeto suplir parcial o totalmente la función de la leche materna en niños menores de dos (2) años.

Tabla 18. Composición genérica recomendada de fórmula láctea de inicio

Nutrientes (100mL)	Mínimo	Máximo	NSR
Kilocalorías	60	70	-
Proteínas g/100Kcal	1.8	3.0	-
Carbohidratos g/100Kcal	9	14	-

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Nutrientes (100mL)	Mínimo	Máximo	NSR
Ácido linoleico mg/100 kcal	300	0	1400
Ácido α-linolénico mg/100 kcal	50	N.E	-
Hierro mg /100 kcal	0.45	-	-
Calcio mg /100 kcal	55	-	-
Fósforo mg /100 kcal	25	-	100
Magnesio mg /100 kcal	5	-	15
Sodio mg /100 kcal	20	60	-
Cloro mg /100 kcal	50	160	-
Potasio mg /100 kcal	60	180	-
Zinc mg /100 kcal	0.5	-	1.5

La composición genérica de la fórmula láctea de inicio (para niños menores de 6 meses), se describe en la Tabla 18, de acuerdo con las fichas técnicas nacionales y la normatividad vigente. Si el niño presenta desnutrición aguda moderada se procede a calcular el volumen indicado en la **Tabla 19**.

Tabla 19. Progresión fase de transición en niños de 0 a 6 meses no amamantados con desnutrición aguda moderada

Día	Kcal/Kg día	F75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma	%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma
3	100	100	100	133	17	0	0	0	0
4	115	100	115	153	19	0	0	0	0
5	125	75	94	125	16	25	31	47	6
6	150	50	75	100	13	50	75	112	14
7	175	25	44	58	7	75	131	196	24
8	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Si el niño presenta desnutrición aguda severa sin edema, siga el esquema de progresión de F-75 a fórmula láctea de inicio, descrito en la Tabla 20.

Tabla 20. Progresión manejo nutricional de los niños menores de 6 meses no amamantados con desnutrición aguda severa sin edema.

DÍA	Kcal/Kg día	F75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma	%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma
3	80	100	80	107	13	0	0	0	0
4	100	100	100	133	17	0	0	0	0
5	115	85	98	153	19	15	17	26	3
6	125	70	88	117	15	30	38	56	7
7	135	55	74	99	12	45	61	91	11
8	160	40	64	85	11	60	96	143	18
9	180	25	45	60	8	75	135	201	25
10	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Si el niño presenta desnutrición aguda severa CON edema, siga el esquema de progresión de F-75 a fórmula de inicio, descrito en la **Tabla 21**.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Tabla 21. Progresión manejo nutricional de los niños menores de 6 meses no amamantados con desnutrición aguda severa con edema.

DÍA	Kcal/Kg día	F75				Fórmula láctea de inicio			
		%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma	%	Kcal/Kg día	ml/Kg día	ml/Kg Toma
3	50	100	50	67	8	0	0	0	0
4	60	90	54	72	9	10	6	9	1
5	70	80	56	75	9	20	14	21	3
6	82	70	57	77	10	30	25	37	5
7	100	60	60	80	10	40	40	60	7
8	125	50	63	83	10	50	63	93	12
9	150	40	60	80	10	60	90	134	17
10	175	30	53	70	9	70	123	183	23
11	200	0	0	0	0	100	200	299	37

Tabla 21.1. Transición de la Fórmula terapéutica F75 a F100 para el manejo en la fase de transición de los niños y niñas menores de 6 meses con desnutrición aguda moderada o severa sin edema y dificultad en el logro de la ganancia de peso para los tiempos establecidos.

Día de tratamiento	Frecuencia	F75			F100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
7		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
8...		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día del tratamiento 10mL/Kg/dís sin superar los 200mL/Kg/día		

Tabla 21.2. Transición de la Fórmula terapéutica F75 a F100 para el manejo en la fase de transición de los niños y niñas menores de 6 meses con desnutrición aguda severa con edema.

Día de tratamiento	Frecuencia	F75			F100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	6 tomas	133	100	2 tomas	30	30
7		5 tomas	100	75	3 tomas	60	60
8		4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
9		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
10...		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día del tratamiento 10mL/Kg/dís sin superar los 200mL/Kg/día		

Tabla 21.3. Transición de la Fórmula terapéutica F100 a la fórmula de iniciación para los niños y niñas menores de 6 meses con fracaso en la TSS.

Frecuencia	F-100				Fórmula láctea de inicio			
	%	mL/Kg día	Kcal/Kg día	ml/Kg toma,	%	mL/Kg día	Kcal/Kg día	ml/Kg toma,
Cada 3 horas	75	150	150	20	25	75	50	10
	50	100	100	13	50	150	100	18
	25	50	50	7	75	225	150	29
	0	0	0	0	100	299	200	37

Verifique siempre la forma de preparación y suministro de la fórmula láctea, lo cual, disminuirá la posibilidad de presentar enfermedades infecciosas gastrointestinales y la seguridad de la adecuada recuperación nutricional. No olvide cumplir con los siguientes pasos:

- Defina en conjunto con la familia quien es la persona a cargo del niño.
- Tome la decisión e informe a madre y cuidador sobre la transición de F-75, a fórmula láctea de inicio.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

3. Mantenga comunicación e información permanente con la madre y cuidador sobre preparación de fórmula láctea de inicio, como se indica en la Tabla 22.
4. Suministre la fórmula láctea de inicio con taza, pocillo o cuchara y valore su aceptación, tolerancia, ganancia de peso.
5. Oriente y entrene a la madre y cuidador en la alimentación con taza y cuchara.

Tabla 22. Consejería sobre preparación de fórmula láctea de inicio en niños no amamantados.

a.	Adecuado lavado de manos con agua y jabón a realizar antes de preparar y suministrar la fórmula láctea de inicio.
b.	Lavado de los utensilios con agua y jabón, para sumergirlos después en agua hirviendo.
c.	Conversación sobre el costo y la disponibilidad de la fórmula láctea de inicio durante al menos los primeros seis meses de edad de forma permanente.
d.	Siempre realice lectura atenta de las instrucciones impresas en la lata y verificación de la comprensión de estas por parte de la madre o persona a cargo del cuidado del niño.
e.	Uso de agua segura para la mezcla de la fórmula láctea de inicio, la cual, se debe preparar a diario. Recomiende la práctica de calentar el agua hasta ebullición, mínimo por dos minutos, luego bajarla del fuego verterla en un recipiente limpio con tapa, exclusivo para el consumo humano.
f.	Se debe comprender y valorar la importancia de esta práctica en la prevención de las infecciones del tracto digestivo del lactante.
g.	Recomiende preparar cada toma de fórmula láctea de inicio por separado. Puede ofrecerse con seguridad en la primera hora. Si el niño no consume toda la cantidad preparada, la cantidad sobrante se debe desechar.
h.	Use siempre taza, pocillo, vaso o cuchara para administración de la fórmula láctea de inicio durante la hospitalización, la madre y cuidador debe participar en esta actividad para lograr así la continuidad de esta práctica en la casa.
i.	No usar biberones ni chupos porque aumentan el riesgo de infecciones.
j.	Enseñe los signos de alarma de acuerdo con la estrategia AIEPI.
k.	Asegurar la consulta del niño nuevamente al hospital, en caso de diarrea, pérdida de apetito u otras señales de alarma y también en caso de dificultad para acceder a suficiente fórmula láctea de inicio.

Complicaciones en la fase de transición

Los principales riesgos secundarios a la introducción demasiado rápida de alimentos ricos en proteínas y calorías en la alimentación de los niños con desnutrición aguda moderada o severa, son:

- Aumento en número y volumen de las deposiciones por sobrecarga de solutos que supera la capacidad digestiva y absortiva del intestino, ocasionando cambios en las características de las deposiciones (62), para

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

lo cual, es importante indagar con la familia sobre este hallazgo, sin realizar cambios en el tratamiento y asegurando adecuado estado de hidratación.

- Por otra parte, se puede presentar el síndrome de realimentación (134), el cual se describe a continuación.

R. Síndrome de realimentación

De acuerdo con la fisiopatología descrita en el capítulo correspondiente del síndrome de realimentación, el tratamiento requiere manejo individualizado, monitorización permanente, cuidadoso manejo de volumen de líquidos administrados y de inicio de terapia nutricional de forma cautelosa. Se debe estar atento a:

- Frecuencia respiratoria: incremento de 5 respiraciones por minuto.
- Frecuencia cardíaca: incremento de 10 latidos por minuto.
- Retracciones intercostales o subcostales.
- Presencia de roncus a la auscultación pulmonar.
- Arritmia.
- Signos de falla cardíaca.
- Hiperglicemia.
- Cambios o alteración del estado de conciencia.

En caso de instaurarse, proceda de la siguiente manera:

- Reduzca a la mitad la cantidad de F-75, administrada durante las últimas 24 horas y monitoree signos clínicos y paraclínicos.
- Una vez estabilizados, aumente la mitad de la F-75 que se redujo, durante las siguientes 24 horas.
- Si observa mejoría, aumente el volumen restante al completar las 48 horas del descenso. hasta lograr una ingesta efectiva, de acuerdo con los objetivos de tratamiento.
- Haga evolución con revisión clínica, las veces que estime conveniente al día, poniendo especial atención al estado neurológico, cardiovascular y hemodinámico.
- Haga un control y balance estricto de ingesta calórica y de líquidos administrados y eliminados con la frecuencia diaria que sea necesaria.
- Sospeche balances hídricos fuertemente positivos (>20 % día), después de culminar hidratación.
- Tome peso diario bajo las indicaciones de la normatividad vigente. Sospeche ante la presencia de incrementos superiores al 10 % de peso de un día a otro.
- Si a pesar de las anteriores medidas, y si están disponibles, pida niveles de K, P y Mg. y proceda a su reposición por vía venosa si los encuentra en déficit, de acuerdo con la Tabla 23.
- Generalmente la tiamina está en déficit previo, y como cofactor en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, rápidamente desencadenado al instalarse el síndrome, su déficit se acentúa y debe reponerse, igualmente en forma rápida.
- Evitar la vía endovenosa mejorará el pronóstico y evitará complicaciones.
- La prevención del síndrome de realimentación recae en evitar la administración de cargas de glucosa en cortos períodos de tiempo por vía intravenosa. En este lineamiento se hace énfasis en preferir la vía enteral como ruta inicial de administración de líquidos, electrolitos, glucosa y nutrientes, para sustrato luminal, el manejo de la reanimación y estabilización clínica y el inicio de la alimentación.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Artículo 9. Modifíquese el numeral 4.3 del *“lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad”* adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, el cual queda de la siguiente manera:

4.3 Manejo ambulatorio para niños de 1 a 6 meses de edad

En este grupo de edad el seguimiento es fundamental para poder asegurar la adecuada evolución y evidenciar la recuperación, por lo que se requiere que el primer control ambulatorio por el especialista en pediatría se realice entre los 3 a 5 días después del alta hospitalaria, control que debe ser realizado por la institución prestadora de servicios de salud de la que egresó el niño. Posteriormente, requerirá valoración semanal por equipo interdisciplinario de profesionales en enfermería, nutrición y medicina, hasta asegurar que cumple con los criterios de egreso del manejo ambulatorio.

Los niños deben continuar con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad. Se debe garantizar asesoría nutricional a las madres y/o cuidadores de niños y niñas entre 4 y 6 meses de edad, con el fin de iniciar la alimentación complementaria en forma adecuada a partir del sexto mes de edad. Si al momento del egreso tiene más de 6 meses, debe orientarse a la madre durante la hospitalización sobre la introducción de la alimentación complementaria, haciendo énfasis en la importancia de continuar con la lactancia materna hasta los dos años o más. Siempre utilizar habilidades y técnicas en consejería, incluso, realizar demostraciones relacionadas con este proceso.

Durante el manejo ambulatorio se requiere continuar la asesoría y apoyo para la óptima alimentación del lactante o niño pequeño, sea mediante visita domiciliaria o consulta ambulatoria. Así mismo, se promoverá la evaluación de la salud física y mental de madre y cuidador, haciendo seguimiento a los planes de cuidado planteados al egreso de la hospitalización (134).

4.3.1 Criterios para la consulta de seguimiento

En cada una de las consultas de seguimiento se debe realizar:

- Valoración clínica y antropométrica del niño.
- Evaluación de la salud de la madre o cuidador, tanto en aspectos físicos, como emocionales, identificando factores favorecedores o de riesgo para la continuación de la lactancia materna.
- Evaluación de la relación entre el niño y la madre o cuidador.
- Valoración de la técnica de lactancia materna y observación de la alimentación.
- En los niños no amamantados, observación de la técnica de alimentación y verificación de la preparación de la fórmula láctea de inicio.
- Incremento progresivo del peso y longitud, de acuerdo con ganancia esperada para su edad.
- Evaluación de plan de cuidado elaborado al egreso de la hospitalización.
- Suministro de micronutrientes de acuerdo con el lineamiento vigente.

4.3.2 Criterios de egreso de manejo ambulatorio

- La alimentación mediante lactancia materna es eficaz y satisfactoria.
- En caso de no poder ser amamantado, se alimenta con fórmula láctea de inicio, sin dificultades y de acuerdo con las indicaciones de los profesionales tratantes.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

- El aumento de peso es progresivo y de acuerdo con la ganancia esperada para su edad.
- La puntuación Z del indicador Peso/Longitud es igual o superior a -1 DE, peso adecuado para la longitud.

4.3.3 Criterios de hospitalización del niño en seguimiento ambulatorio

Requerirá remitirse de nuevo a institución hospitalaria si se presenta:

- Alteración del estado de conciencia o convulsiones.
- Vomita todo o rechaza la vía oral.
- Diarrea.
- Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o se le hunde el pecho al respirar o tiene ruidos raros al respirar.
- Lesiones en la piel.
- Edema.
- Condición médica o social de la familia que ponga en riesgo el cuidado del niño.
- Si durante las valoraciones el niño no gana peso o lo pierde.

Artículo 10. Modifíquese el numeral 5.1.7 *del* “lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” *adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020*, en los siguientes términos:

5.1.7. Criterios de egreso de manejo ambulatorio en niños de 6 a 59 meses de edad.

La decisión de definir la recuperación de la desnutrición aguda se debe tomar en la consulta realizada en el correspondiente servicio ambulatorio o extramural, verificando el cumplimiento de TODOS los criterios que se señalan a continuación:

- Puntaje Z de P/T-L es igual o superior a -1 DE.
- Sin edema por dos seguimientos consecutivos (si fue ingresado con edema).
- Clínicamente bien y estable.

También se deben verificar la TOTALIDAD de las siguientes condiciones:

- Garantizar cita de control durante los 15 días siguientes al egreso, una vez se comprueba que el indicador P/T-L sea igual o superior a -1 DE para la consulta de valoración integral para la primera infancia en un servicio ambulatorio o extramural.
- Esquema de vacunación actualizado para la edad.
- En caso de diagnosticar anemia ferropénica, se debe continuar con el tratamiento prescrito por el profesional de la salud de acuerdo con el lineamiento vigente.
- Gestión para la vinculación a un programa de complementación alimentaria familiar o individual, en el caso de cumplir con condiciones de ingreso.

RECUERDE

El reto de la atención integral en salud de TODOS los niños entre 1 y 59 meses de edad, lo constituyen cinco elementos fundamentales, a saber:

1. Diagnosticar la existencia y severidad de la desnutrición.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

- 2. Establecer la presencia concomitante de complicaciones o comorbilidades agudas.
- 3. Definir y planear las prioridades en la atención clínica y nutricional inicial.
- 4. Establecer pronóstico.
- 5. Seleccionar el escenario adecuado para continuar y consolidar el manejo que se ha instaurado.”

Tenga en cuenta:

Si el niño o la niña entre 6 y 59 meses viene en recuperación de desnutrición aguda moderada y se identifican dificultades o factores de riesgo para su recuperación ponderal, o persiste con signos clínicos de desnutrición, se debe continuar con el suministro de la FTLC en dosis equivalentes al tratamiento de desnutrición aguda moderada según el caso hasta lograr un puntaje Z en el indicador el Peso/Talla-Longitud ≥ -1.7 DE.

Posteriormente, suministrar FTLC en dosis equivalentes a 240-270 Kcal/día, hasta lograr un puntaje Z para el indicador Peso/Talla-Longitud ≥ -1 DE. Si no hay recuperación de su estado nutricional entre el tercer y cuarto seguimiento, se debe manejar por pediatría.

Artículo 11. Adiciónese al numeral 5.2.1 del Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, así:

Niños mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg

Un niño en esta condición tiene mayor riesgo de mortalidad y requiere hospitalización en todos los casos. Los objetivos del manejo de este grupo de niños es identificar y tratar las patologías asociadas, lograr la lactancia materna efectiva y la rehabilitación nutricional.

Es necesario que la madre reciba consejería en lactancia materna, como se describió en el apartado correspondiente al inicio de la alimentación en niños menores de 6 meses de edad y se inicie la administración de F-75, utilizando la TSS. Para este grupo de niños se han definido los siguientes pasos en el manejo nutricional:

Manejo inicial hasta alcanzar el peso de 4 kg: cumple los mismos principios de cautela y gradualidad, descritos en la **Tabla 39**.

Tabla 39. Cantidad diaria de F-75 indicada en el manejo inicial de los niños mayores de 6 meses y peso inferior a 4kg

Frecuencia	Sin edema		Con edema	
	mL/Kg/ Toma	Kcal/ Kg	mL/Kg/ Toma	Kcal/ Kg/día
Cada 3 horas	7	42	4	24
	10	60	7	42
	13	78	10	60
	16	96	13	78
	19	114	17	100

Si pasados 5 días con el manejo, se logra llegar al peso de 4.2-.4.4Kg, se debe realizar la transición a **FTLC** siguiendo lo planteado en la Fase de transición

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

para los niños de 6 a 59 meses de edad, opción 1 o 2, para desnutrición aguda severa.

Si, por el contrario, en este periodo de tiempo no se logra llegar al peso de 4.2-4.4Kg, se debe realizar la transición a F-100 como se indica en la **Tabla 39.1** para niños/as sin edema y **39.2** para niños/as con edema, incrementando en cada día del tratamiento 10ml/Kg/día sin superar los 200mL/Kg/día. Después de haber logrado la ganancia ponderal referida previamente, se inicia la transición a FTLC siguiendo lo planteado en la Fase de transición para los niños de 6 a 59 meses de edad, opción 1 o 2, para desnutrición aguda severa.

Tabla 39.1. Transición a fórmula terapéutica F-100 para niños mayores de 6 meses y menores de 4 Kg sin edema y con ganancia insuficiente de peso en la fase de estabilización.

Día de tratamiento	Frecuencia	F75			F100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
7		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
8...		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día del tratamiento 10mL/Kg/dís sin superar los 200mL/Kg/día		

Tabla 39.2. Transición a fórmula terapéutica F-100 para niños mayores de 6 meses y menores de 4 Kg con edema

Día de tratamiento	Frecuencia	F75			F100		
		Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día	Número de tomas al día	mL/Kg/día	Kcal/Kg/día
6	Cada 3 horas	6 tomas	133	100	2 tomas	30	30
7		5 tomas	100	75	3 tomas	60	60
8		4 tomas	100	75	4 tomas	75	75
9		0 tomas	0	0	6 tomas	150	150
10...		0 tomas	0	0	Incrementar en cada día del tratamiento 10mL/Kg/dís sin superar los 200mL/Kg/día		

NOTA: En los niños y niñas mayores de 6 meses que presenten disfunción motora oral se debe realizar la transición a F-100 como se mostró en las tablas 39.1 a 39.4 según corresponda y una vez se logre la rehabilitación de mecanismo de deglución se realizará transición a FTLC de acuerdo con el Lineamiento vigente.

Artículo 12. Adiciónese el numeral 5.3 en el numeral 5 del “Lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, así:

5.3 Manejo de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda de etiología secundaria

Para las niñas y niños de 6 a 59 meses de edad que cursan con desnutrición aguda de etiología secundaria, el equipo interdisciplinario de salud deberá evaluar cada caso en particular para determinar el producto de soporte nutricional adecuado acorde con sus necesidades y condiciones de base.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Artículo 13. Incorpórese un nuevo capítulo en el “*lineamiento técnico para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses de edad*” adoptado mediante la Resolución 2350 de 2020, el cual quedará así:

8.1 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda.

8.1.1 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre cero (0) y 6 meses de edad

Niños y niñas de cero a 6 meses en riesgo de crecimiento y desarrollo deficiente: Un lactante menor de 6 meses con puntaje Z de peso/longitud (P/L) que se encuentre entre ≥ -2 y < -1 con signos clínicos sugestivos de **anemia** (palidez conjuntival o palmar, taquicardia, fatiga evidente, cefalea o irritabilidad) y confirmación mediante tamizaje de hemoglobina y que, además, cumple con UNO O MÁS de los siguientes criterios

1. Ganancia de peso insuficiente:
 - Menos de 150–200g/semana (de 21 días a 3 meses).
 - Menos de 100–150g/semana (de 3 a 6 meses).
2. Antropometría:

Todo niño o niña menor de 6 meses con puntaje Z del indicador longitud para la edad (L/E) menor a -2 DE
3. Factores clínicos o de cuidado:
 - Antecedentes de desnutrición aguda recuperada a peso adecuado para la longitud, con nueva pérdida de peso y en ausencia de enfermedad.
 - Presencia de IRA o EDA en contextos de vulnerabilidad social.
 - Dificultades de alimentación (técnica de lactancia, rechazo del pecho, introducción precoz e inadecuada de la alimentación complementaria), que afecten la ingesta calórica y proteica total.
 - Problemas de salud física o mental en madre/cuidador (ej. depresión, ansiedad, déficit cognitivo).
4. Factores sociales:
 - Ausencia permanente de madre/cuidador principal por muerte o abandono.
 - Vulnerabilidad socioeconómica, con especial énfasis en población étnica y migrantes
 - Dificultad de acceso a servicios de salud.
 - Madre adolescente.
 - Dos o más niños <5 años en el hogar
 - Residencia en zonas de recuperación nutricional (Resolución 1226 de 2025, MSPS, o la que la modifique o sustituya).
5. Antecedentes del nacimiento:
 - Prematurez (<37 semanas) con aplanamiento o descenso en curva
 - Bajo peso al nacer (<2500 g) con aplanamiento o descenso en curva
 - Pequeño para la edad gestacional (<p10 en curvas de referencia por sexo)

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

NOTA: Todo neonato que haya superado el periodo de pérdida fisiológica de peso, el cual ocurre hasta los 14 días de nacidos y prematuros que cumplen con las 40 semanas de edad corregida y se identifiquen con riesgo de desnutrición aguda, deben acogerse al manejo del riesgo de desnutrición descrito en el numeral 8.2.1 del presente lineamiento, así se encuentre vinculado al programa canguro.

8.1.2 Principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre seis (6) y 59 meses de edad

Niños y niñas de 6 a 59 meses en riesgo nutricional: todo niño o niña entre 6 a 59 meses con puntaje Z del indicador peso/talla-longitud (P/T-L) que se encuentre entre ≥ -2 y < -1 y con signos clínicos sugestivos de **anemia** (palidez conjuntival o palmar, taquicardia, fatiga evidente, cefalea o irritabilidad) o confirmación mediante tamizaje de hemoglobina ($Hb < 11$ g/dl) (**Tabla 31. Valores de hemoglobina de acuerdo con la altitud en metro sobre el nivel del mar-msnm** del Lineamiento técnico Resolución 2350/2020) y que, además, cumple con UNO O MÁS de los siguientes criterios:

1. Factores clínicos:

- Antecedentes de desnutrición aguda recuperada a peso adecuado para la longitud/talla, con nueva pérdida de peso y en ausencia de enfermedad.
- Presencia de IRA o EDA en contextos de vulnerabilidad social.
- Diagnóstico de retraso en talla (indicador longitud-talla/edad).
- Perímetro braquial por debajo 12,5 cm.
- Persistencia de infecciones recurrentes.
- Problemas de salud física o mental en madre/cuidador (ej. depresión, ansiedad, déficit cognitivo).

2. Factores sociales:

- Ausencia permanente de madre/cuidador principal por muerte o abandono.
- Vulnerabilidad socioeconómica, con especial énfasis en población étnica y migrantes Dificultad de acceso a servicios de salud.
- Alimentación no saludable (inadecuada introducción a la alimentación complementaria baja en proteínas, vitaminas y minerales, alta en azúcares y grasas, entre otros).
- Madre adolescente.
- Dos o más niños < 5 años en el hogar.
- Residencia en zonas de recuperación nutricional (Resolución 1226 de 2025, MSPS, o la que la modifique o sustituya).

NOTA: Si el niño presenta algún grado de deshidratación, una vez controlada, se realizará nuevamente la clasificación nutricional y si aun así se encuentra en riesgo de desnutrición aguda, se debe proceder conforme a lo que establece la presente resolución.

8.2. Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda.

Una vez identificado el paciente con riesgo de desnutrición con base a las consideraciones del numeral anterior, se debe realizar la Clasificación internacional de enfermedades 10.^a u 11.^a edición (CIE-10 y CIE-11) con alguno de los códigos que se presentan en la Tabla 48.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Tabla 48. Códigos de CIE-10 y CIE-11 con los cuales se debe clasificar a los niños y niñas identificados con riesgo de desnutrición según lo definido en la presente resolución.

Código CIE	Versión	Descripción
E440	10	DNT calórica moderada
5B51&XS0T	11	Desnutrición aguda moderada
5B52&XS0T	11	Desnutrición aguda moderada en lactantes, niños o adolescentes

Así mismo, las IPS realizarán la valoración clínica y la clasificación nutricional, el tamizaje de anemia y la presencia o no de otras comorbilidades, para definir si requiere hospitalización:

Todo niño o niña con riesgo de desnutrición aguda y que, además, presente signos de alarma que requieran hospitalización, se debe manejar conforme con lo que está descrito en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Una vez controlada la causa de la hospitalización, se debe realizar nuevamente la clasificación nutricional y si aun así se encuentra en riesgo de desnutrición aguda, se debe proceder conforme a lo que establece la presente resolución.

8.2.1 Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre cero (0) y 6 meses de edad.

Si el niño o niña menor de 6 meses tiene presencia de comorbilidades, se debe garantizar la atención médica y tratamiento específico de la comorbilidad identificada.

Si el niño o la niña se encuentra entre los 4 y 6 meses, se debe garantizar la asesoría para la introducción adecuada de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y se deberá reforzar en todos los seguimientos.

Brindar la atención en salud para la valoración, promoción y apoyo de la lactancia materna a la madre y cuidadores de acuerdo con lo planteado en el capítulo 8 de la Resolución 3280/18.

Se deberá garantizar seguimiento en los primeros 7-10 días posteriores a la atención inicial. Si está teniendo una ganancia de peso adecuada de acuerdo con el numeral 8.1.1 de esta resolución, se realiza seguimiento quincenal hasta lograr recuperación nutricional y corregir deficiencia de micronutrientes de acuerdo con el lineamiento vigente

Si se observa una velocidad de crecimiento insuficiente a pesar de tener adherencia a las indicaciones, se brindará manejo por pediatría y se reforzará la implementación del plan integral de cuidado primario definido por el numeral 8.5.4 de la Resolución 3280/18.

8.2.2 Manejo y seguimiento de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda entre seis (6) y 59 meses de edad.

Para el caso de los niños y niña entre los 6 y 59 meses que se encuentran en riesgo de desnutrición aguda y presentan comorbilidades, se debe garantizar la atención médica y tratamiento acorde con su patología.

Si el niño o niña entre 6 y 59 meses presenta riesgo de desnutrición y anemia sin otra comorbilidad, se debe suministrar: Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo- FTLC en dosis equivalente 240-270 Kcal/día, hasta lograr el peso

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

adecuado para talla/longitud, puntaje $Z \geq -1$ DE. A su vez, las a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) entidades de aseguramiento deben garantizar la entrega de manera inmediata de la Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo – FTLC.

Todo niño o niña entre 6 y 59 meses que presenta riesgo de desnutrición aguda, pero no tenga anemia, se le debe garantizar las intervenciones nutricionales establecidas en la Resolución 3280 del 2018 acorde con la edad, dentro de las que se encuentran: Tamizaje mensual de Hemoglobina (Hb), suministro de micronutrientes y promoción de alimentación saludable.

Posterior a la atención inicial, se realizará seguimiento para verificar su estado de salud y clasificación nutricional cada 15 días hasta lograr recuperación nutricional y corregir déficit de micronutrientes. Si no hay recuperación de su estado nutricional entre el tercer y cuarto seguimiento, se debe manejar por pediatría.

8.3 Criterios para la consulta de seguimiento

En cada una de las consultas de seguimiento se debe realizar:

- Valoración clínica integral del niño (a) que incluya todo lo relacionado en la Resolución 3280/2018.
- Valoración antropométrica del niño (a) que incluya todo lo relacionado en la Resolución 2465 de 2016.
- Valorar el incremento progresivo del peso y longitud/talla, de acuerdo con ganancia esperada.
- En niños y niñas menores de 2 años, valoración de la técnica de lactancia materna y educación para la alimentación complementaria.
- Evaluación de la salud de la madre o cuidador, tanto en aspectos físicos, como emocionales, identificando factores favorecedores o de riesgo para la continuación de la lactancia materna y el inicio o continuidad de la alimentación complementaria.
- Evaluación de las prácticas de cuidado de la salud del niño o niña y de alimentación en el hogar.
- Evaluación de la relación entre el niño y la madre o cuidador.
- En los niños no amamantados, observación de la técnica de alimentación y verificación de la preparación de la fórmula láctea de inicio.

➤ Criterios de egreso de manejo ambulatorio

- En niños y niñas menores de un año, la alimentación mediante lactancia materna y alimentación complementaria es eficaz y satisfactoria.
- En mayores de un año, la alimentación que se ofrece en el hogar es adecuada o se gestiona con instituciones competentes la vinculación efectiva a un programa social que contribuya al acceso y consumo de alimentos en la familia.
- El aumento de peso es progresivo y de acuerdo con la ganancia esperada para su edad.
- La puntuación Z de P/L-T- es igual o superior a -1 DE, peso adecuado para la longitud/talla.
- Se debe garantizar las acciones contempladas en la Resolución 3280 del 2018 acorde con la edad y en la periodicidad establecida.

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2350 de 2020 y se dictan principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como las consideraciones para su manejo y seguimiento”.

Parágrafo 1: Lo establecido en el presente capítulo, relativo a los principios básicos para el diagnóstico de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda, así como a las disposiciones para su manejo y seguimiento, tendrá aplicación exclusiva en los departamentos de La Guajira, Chocó y Vichada.

Artículo 14. Protocolo para la vigilancia del riesgo de desnutrición aguda. A través del Instituto Nacional de Salud, se establecerá el protocolo para la vigilancia del riesgo de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años.

Artículo 15. Vigencia y derogatorias. El presente acto administrativo entrará en vigor a partir de su publicación en el Diario Oficial.

Se modifica el **Artículo 1** y el **Artículo 6** de la **Resolución 2350 de 2020**, así como los numerales **10.7 del Artículo 10** y **11.4 del Artículo 11** de la misma resolución. Además, se adiciona al **Artículo 3** de la misma normativa las definiciones de **Riesgo de desnutrición aguda** y **Recuperación nutricional**.

Asimismo, se modifica el **Lineamiento Técnico para el Manejo Integral de la Desnutrición Aguda** en los numerales **4.2.1, 4.2.2, 4.3,** y **5.1.7,** y se adiciona al numeral **1.1.4** la fórmula terapéutica **F-100** para el tratamiento de la desnutrición aguda moderada y severa. También se incorpora en el numeral **5.2.1** la fase de transición para el manejo nutricional de niños mayores de 6 meses con peso inferior a 4 kg, y en el numeral **5.3** se establece el manejo de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda de etiología secundaria.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C.

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ
Ministro de Salud y Protección Social

V° B°:
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Director (a) de Promoción y Prevención (E)
Director (a) Jurídico (E)