

**INFORME DEL EVENTO DESNUTRICION AGUDA, MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE CINCO AÑOS, HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLOGICO XIII. CALDAS, 2017**

**Realizado por:** Gloria María Cortés Jaramillo  
Profesional Apoyo Vigilancia Epidemiológica  
Subdirección de Salud Pública  
Dirección Territorial de Salud de Caldas  
gloriamariacj@gmail.com

**Reviso informe:** Carlos Alberto Lepineux Alzate

**Consolidación de información:** Mauricio Andrés Arias Hernández

## 1. INTRODUCCION

La desnutrición infantil es un fenómeno con un alto poder destructivo que ocasiona en la población sobreviviente, una mayor susceptibilidad a enfermedades y problemas cognitivos, lo que pone en peligro la existencia misma de la sociedad (1). La desnutrición aguda es la forma de desnutrición más grave; altera todos los procesos vitales del niño y el riesgo de muerte es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales (2).

### 1.1 Comportamiento de los Eventos a Nivel Mundial.

Se calcula que 7,6 millones 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% tienen desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen 10% o más de niños menores de cinco años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento inmediato (2). En 2011, se estimaron 52 millones de niños y niñas menores de cinco años con emaciación moderada o grave, lo que representa una disminución del 11% de acuerdo con lo registrado en el año de 1990, que fue de 58 millones. Para este mismo año, más de 29 millones de niños y niñas menores de cinco años, esto es aproximadamente 5% padecían emaciación grave. La mayor prevalencia se registró en Asia meridional, donde 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 millones 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). Siete de los 10 países en los que se registra la prevalencia más elevada de emaciación, presentan 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%. Aunque gran parte de los 52 millones 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 impactar para combatir la emaciación son la incidencia frecuente de enfermedades infecciosas, la incapacidad de prestar servicios de atención adecuados y determinadas prácticas sociales y culturales (4).

### 1.2 Comportamiento de los Eventos en América.

La prevalencia de la desnutrición aguda no se ha modificado de manera importante. La prevalencia es menor al 9% en casi todos los países, exceptuando Haití (19,2%), Guatemala (18,0%) y Honduras (12,5%). 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%). En el grupo poblacional de menores de cinco años, Haití presenta la mayor prevalencia de desnutrición aguda, 10,3% y Honduras la más baja, 1,4% (5). 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. 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).

### 1.3 Comportamiento del evento en Colombia.

Los niveles de desnutrición han disminuido notablemente durante las últimas décadas, encontrándose en un lugar intermedio comparado con otros países de la región. Desde 1995, la prevalencia de emaciación o desnutrición aguda en niños menores de cinco 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 el 0,9% a nivel nacional, sin diferencia importante por edad, condición étnica o nivel de clasificación del SISBEN. En el 2005 se observó una diferencia significativa según la escolaridad de la madre (sin educación 2,7%; superior 0,6%); en el grupo de mujeres sin educación, la prevalencia está dentro del rango que se observa en una población sana de referencia (6). La prevalencia de desnutrición aguda es mayor en los niños menores de seis meses (2%), en los niños cuyo orden de nacimiento es el sexto o más, en niños con intervalo intergenésico menor de 24 meses y en aquellos cuyas madres están



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 2 de 11

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 por lo que se requiere que este tipo de desnutrición sea identificada y tratada oportunamente y de forma individual (6).

## 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el cumplimiento de la vigilancia de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, hasta el treceavo periodo epidemiológico de 2017.
- Establecer la frecuencia y distribución de la desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, hasta el treceavo periodo epidemiológico de 2017.

## 3. MATERIALES Y METODOS

Para la elaboración del presente informe se revisó las bases de datos del departamento, para el análisis de la información de este evento en mención se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, se tomaron los datos del sistema de notificación vigentes hasta la semana epidemiológica 52 del 2017 con el fin de detallar, según las variables persona y lugar, los eventos bajo vigilancia; los datos obtenidos fueron organizados y se presentan en tablas y gráficas.

Con el fin de dar claridad a los datos presentados se anexan las definiciones de caso:

Se define un caso de desnutrición aguda en menor de cinco años cuando el puntaje Z del indicador Peso/Talla está por debajo de -2DE y/o presente edema nutricional.

Categorías:

- 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.
- Desnutrición aguda severa: se determina cuando el puntaje Z del indicador está por debajo de -3DE, puede acompañarse de emaciación, hiporexia e irritabilidad.
- 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.”



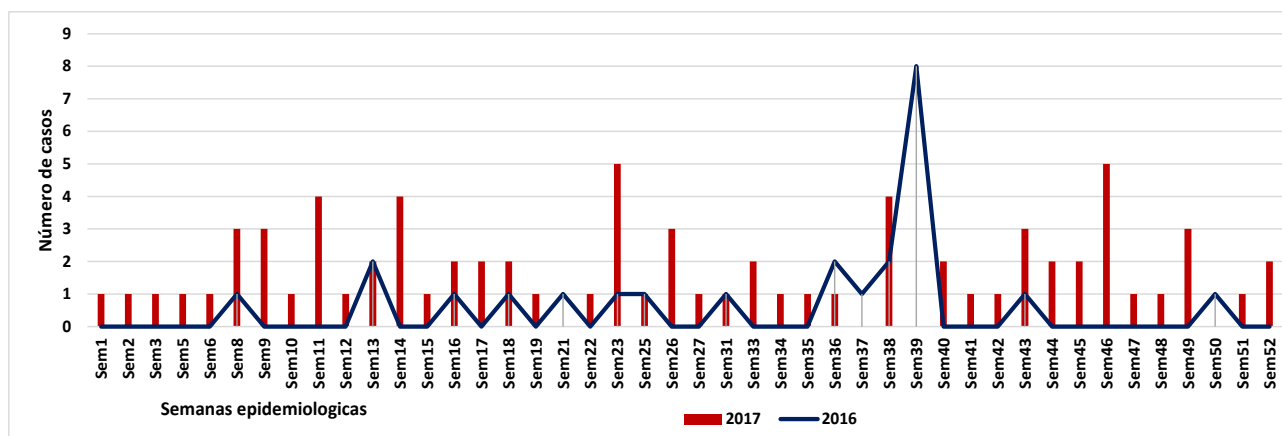
- Kwashiorkor: se caracteriza por la presencia de edema bilateral (suele comenzar en miembros inferiores), el peso corporal se encuentra enmascarado por el edema, puede estar acompañado de erupciones en la piel y cambios en el color de pelo (signo bandera).

#### 4. HALLAZGOS

##### 4.1. Comportamiento de la notificación

La mayor frecuencia de casos con desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años notificados se presentó en la semana 23, 46 5 casos respectivamente para el 2017, seguido de la semana 14, 38 4 casos, en el mismo año. Al comparar el 2016 y 2017 en la semana 13, 25 y 31 se encontró que no hubo variación, mientras que en la semana 21, 37 y 39 presentó disminución en la notificación de casos, (Gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución de casos por semana epidemiológica, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2016-2017**



Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

Con respecto al número de casos reportados de desnutrición aguda, moderada y severa en menores de cinco años en el año 2017 se evidencia:

De los casos reportados en el 2017, la distribución de casos por municipios en el departamento de Caldas muestra el mayor número de casos en Manizales con 38 casos, seguido de Manzanares con 8 casos y La Dorada con 6 casos.



**Tabla 1. Porcentaje de casos por entidad territorial de residencia, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2017.**

Municipio	Casos	Frecuencia
Anserma	2	2,63
Belalcázar	1	1,32
Chinchiná	1	1,32
La Dorada	6	7,89
Manizales	38	50,00
Manzanares	8	10,53
Marulanda	1	1,32
Neira	1	1,32
Norcasia	1	1,32
Pacora	2	2,63
Palestina	1	1,32
Riosucio	1	1,32
Risaralda	3	3,95
Samaná	4	5,26
San José	1	1,32
Villamaría	5	6,58
<b>CALDAS</b>	<b>76</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

De acuerdo con la densidad poblacional, la incidencia de desnutrición aguda para el departamento en el periodo de estudio es de 0,10%. Las entidades territoriales con mayor incidencia son Manizales, La Dorada, Villamaría, Samaná y Risaralda. (Ver tabla 2).

**Tabla 2. Incidencia de casos por regiones, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2017**

Municipio	Casos	Población menor de 5 años	Incidencia
Anserma	2	2680	0,07
Belalcázar	1	955	0,10
Chinchiná	1	4276	0,02
La Dorada	6	6995	0,09
Manizales	38	24948	0,15
Manzanares	8	2122	0,38
Marulanda	1	373	0,27
Neira	1	3179	0,03
Norcasia	1	701	0,14



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 5 de 11

Municipio	Casos	Población menor de 5 años	Incidencia
Pacora	2	1373	0,15
Palestina	1	1632	0,06
Riosucio	1	5228	0,02
Risaralda	3	867	0,35
Samaná	4	2529	0,16
San José	1	708	0,14
Villamaría	5	4507	0,11
<b>CALDAS</b>	<b>76</b>	<b>78005</b>	<b>0,10</b>

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

#### 4.2. Magnitud en lugar y persona

De acuerdo con los resultados sociodemográficos, el mayor porcentaje de casos notificados corresponde a menores de uno a cuatro años con 46 casos correspondiente a una frecuencia relativa del 60,53%; la desnutrición aguda es mayor en el sexo masculino con 44 casos con una frecuencia relativa del 57,89%; el 68,42% residen en la cabecera municipal. La mayor parte de los niños están asegurados al régimen contributivo y registran en su mayoría como pertenencia étnica otros grupos, seguido de la población indígena. El mayor porcentaje de las madres de los niños pertenecen al estrato socioeconómico uno y predomina el nivel educativo de secundaria. (Ver tabla 3).

**Tabla 3. Desnutrición aguda según datos demográficos, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2017**

Características		Casos	Frecuencia
Grupo de edad	menor de 1 año	30	39,47
	1 a 4 años	46	60,53
Sexo	Femenino	32	42,11
	Masculino	44	57,89
Área de residencia	Cabecera Municipal	52	68,42
	Centro Poblado	6	7,89
	Rural Disperso	18	23,68
Tipo de régimen en salud	Contributivo	42	55,26
	Especial	2	2,63
	Subsidiado	32	42,11
Pertenencia étnica	Indígena	3	3,95
	ROM Gitano	1	1,32
	Otro	72	94,74



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 6 de 11



Características		Casos	Frecuencia
Nivel educativo	Primaria	31	40,79
	Secundaria	35	46,05
	Técnica	5	6,58
	Universitaria	1	1,32
	Ninguno	4	5,26
Estrato	1	36	47,37
	2	24	31,58
	3	16	21,05

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

En la distribución de casos por empresas administradoras de beneficio, en primer lugar se encuentran los casos de Salud total SA. EPS, seguido de la Asociación Mutua la esperanza ASMET Salud ESS (ver tabla 4).

**Tabla 4. Distribución de casos por EAPB, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2017**

EAPB	Casos	Frecuencia
COMPANIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A SUSALUD MEDICINA PREPAGADA	1	1,32
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	33	43,42
SURA E.P.S	4	5,26
NUEVA EPS	4	5,26
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A. - CONTRIBUTIVO	1	1,32
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	1	1,32
SALUD VIDA EPS	1	1,32
AIC EPSI -ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	1	1,32
SALUD VIDA S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	1,32
CAFESALUD SUBSIDIADO	2	2,63
SALUDVIDA	1	1,32
MEDIMAS EPS SUBSIDIADO	3	3,95
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	21	27,63

EAPB	Casos	Frecuencia
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS	1	1,32
FUERZAS MILITARES	1	1,32
Total general	76	100,00

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

### 4.3. Comportamiento de otras variables de interés

Del total de casos notificados, la mediana de peso al nacer es de 2.809 g., una talla de 47 cm., y una edad gestacional de 36.78 semanas. El 19,73% de los niños han estado hospitalizados, el 80,26% de los niños tienen su esquema de vacunas para la edad y el 92,1% están inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo. Del total de casos, el 23,68% presenta un perímetro braquial. (Ver tabla 5).

**Tabla 5. Factores de riesgo de la desnutrición aguda, XIII periodo epidemiológico, Caldas 2017**

Factores de Riesgo	
Mediana de peso al nacer (gr)	2809
Mediana talla al nacer (cm)	47
Edad gestacional promedio al nacimiento (semanas)	36,78
Porcentaje niños hospitalizados	19,73
Crecimiento y desarrollo	92,1
Vacunación	80,26
Perímetro braquial <11,5 cm	23,68

Fuente: Sivigila, Dirección Territorial de Salud. Caldas, 2017

## 5. DISCUSION

Por directriz del Ministerio de Salud y Protección Social se incorporó al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, la desnutrición aguda moderada y severa como evento objeto de vigilancia y de obligatorio registro y notificación a partir del año 2016.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas, del departamento de Caldas del total de casos notificados al corte de este periodo epidemiológico, se encuentra que los casos se ubican principalmente en el área de residencia urbana, tienen como pertenencia étnica otros y afectan especialmente a los menores de uno a cuatro años; se sabe que el país cuenta con políticas dirigidas a mejorar la situación nutricional de las poblaciones como lo establece





entre otros, el Conpes 113 en el concepto de Seguridad alimentaria y nutricional como “la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa” (8), en este sentido se reconoce que las causas fundamentales de la malnutrición y de la mortalidad se encuentran más allá del sector salud, ya que la causalidad está relacionada más con los niveles de recursos potenciales de un país, así como de factores que condicionan su utilización, tales como la densidad demográfica, recursos disponibles, pobreza, desigualdades sociales y efectos secundarios de las políticas macroeconómicas de crecimiento de ajuste estructural y las migraciones hacia las ciudades (9).

El nivel educativo de las madres o cuidadores es un elemento determinante de la seguridad alimentaria en el hogar y en el acceso a un trabajo que promueva buenos niveles de vida (10). Es oportuno mencionar que si bien la educación de la mujer es muy importante a la hora de mejorar la nutrición y el cuidado de los niños de corta edad, es necesario corregir algunas asimetrías de información, dado que las madres tienen poco tiempo para cuidarse a sí mismas y a sus hijos. (11).

Se sabe que los efectos más nocivos de la desnutrición se producen durante el embarazo y los dos primeros años de vida y las consecuencias de esos daños tempranos para la salud afectan principalmente el desarrollo cerebral, la inteligencia, las posibilidades de beneficiarse de la educación, afectan la productividad y son en gran medida irreversibles. La evidencia inicial parece indicar que la obesidad y enfermedades no transmisibles como la enfermedad cardiovascular y la diabetes también pueden tener origen en la primera infancia (11).

El 47,37% de los hogares de los menores con desnutrición aguda pertenecen al estrato socioeconómico uno; y de acuerdo con los análisis del impacto en la situación social y la pobreza, esta situación debería utilizarse más para evaluar los efectos intencionales y no intencionales de las políticas de desarrollo en los resultados en materia de nutrición. Asimismo, debe desarrollarse la capacidad de asesorar a las autoridades sobre las consecuencias que las distintas políticas traen aparejadas para la nutrición (11).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el siglo XXI, cerca de la mitad de la población de América Latina y del Caribe viven en la pobreza; prácticamente la mayoría de los niños de la región son pobres y la mayoría de los pobres son niños. La desnutrición primaria en América Latina, es el resultado de una situación pluricarencial en la que se incluyen la inseguridad alimentaria, las condiciones insalubres de vida, la falta de acceso al agua potable, las carencias afectivas y educativas, la violencia familiar, las estrategias de supervivencia personal y familiar riesgosas, el alcoholismo, las adicciones, que entrecruzadas con la pobreza y la marginalidad dan un marco propicio para el inadecuado crecimiento y desarrollo del niño (12).



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 9 de 11

Otro factor para este evento es la asistencia de los niños al programa de crecimiento y desarrollo, aproximadamente el 7.9% de los niños no asisten a este programa, máxime cuando la mayoría se ubican en el área urbana con un 68,42%, esto sería importante de estudiar frente a las prácticas de cuidado y de prevención de los padres para mantener sanos a los niños, además de reconocer que el crecimiento es un buen indicador y debe emplearse como una de las bases en la práctica de la medicina preventiva infantil.

Las entidades municipales con mayor incidencia son principalmente Manizales, Villamaría y Samaná.

## 6. CONCLUSIONES

Para el periodo de estudio, el porcentaje de casos de desnutrición aguda notificados corresponden en su mayoría a las entidades territoriales de Manizales, Villamaría y Samaná

Los casos residen principalmente en el área urbana, afecta especialmente a los menores de uno a cuatro años.

## 7. RECOMENDACIONES

- Es necesario que los programas de gobierno contribuyan a la reconstrucción del tejido familiar y social como un espacio fortalecido para el cuidado de los niños, con promoción de procesos comunitarios de soberanía alimentaria que garanticen la supervivencia, la autonomía de las comunidades y el manejo sostenible de recursos.
- Es ineludible la articulación de los programas de promoción y prevención en la atención oportuna a los casos reportados en el seguimiento adecuado desde la vigilancia de casos y el direccionamiento a las acciones conjuntas.
- En virtud a que los casos de desnutrición aguda deben ser atendidos en forma adecuada y oportuna para evitar mayor deterioro, trabajo conjunto con los referentes de Nutrición y de Infancia para optimizar las acciones por cada una de las dependencias, a través de la red de seguridad alimentaria, ICBF, saneamiento básico entre otros.

## 8. 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>



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46  
Manizales, Caldas

e-mail: [informacion@saluddecaldas.gov.co](mailto:informacion@saluddecaldas.gov.co) / [www.saluddecaldas.gov.co](http://www.saluddecaldas.gov.co)

F002-P05-GAF

V04

17/11/2017

Página 10 de 11

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. Documento Conpes Social 113, Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, marzo de 2007.
9. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Indicadores de nutrición para el desarrollo, 2006.
10. Ochoa VL, Betancur GM, González EG, Roldán JP, Caicedo MN, Montoya JM. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años: incidencia, tamización y factores de riesgo. *Saludarte*. 2007 Jul-Oct; 5(3):212-237.
11. Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo, estrategia para un intervención en gran escala, Banco Mundial, 2006
12. Naranjo, M. (2013). Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe, Ecuador, Santiago de Chile: CEPAL.

