

**Guía para el abordaje ambulatorio  
de la desnutrición materno-infantil  
en las policlínicas  
de la Intendencia de Montevideo**



**Intendencia  
Montevideo**

Guía para el abordaje ambulatorio de la desnutrición materno-infantil  
en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo

ISBN: 978-9915-689-27-2



Descargá la publicación aquí

Cómo citar: Girona A., Fajardo G., Ares G. Guía para el abordaje ambulatorio de la desnutrición materno-infantil en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo. Montevideo: Intendencia de Montevideo y Doble clic · Editoras; 2025.

### Intendente de Montevideo

Ec. Mauricio Zunino

### Directora del Departamento de Desarrollo Social

Lic. Mercedes Clara

### Directora de la División Saludables

Dra. Virginia Cardozo

### Coordinación general

Responsable:

Lic. en Nutrición Viviana Santín

### Autores

Dra. Lic. en Nutrición Prof. Agr. Alejandra Girona<sup>(1, 2)</sup>

Mag. Lic. en Nutrición Prof. Gabriela Fajardo<sup>(1, 2)</sup>

Dr. Ing. en Alimentos Prof. Agr. Gastón Ares<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar, Universidad de la República

<sup>(2)</sup> Observatorio del Derecho a la Alimentación, Escuela de Nutrición,  
Universidad de la República

### Revisor

Prof. Dr. Gustavo Giachetto (director de Clínica Pediátrica "C",  
Facultad de Medicina, Universidad de la República, Hospital Pediátrico,  
Centro Hospitalario Pereira Rossell)

### Producción editorial

Doble clic · Editoras

### Ilustraciones

Anna Rigueti

Intendencia de Montevideo  
Av. 18 de Julio 1360, CP 11200  
+598 1950  
montevideo.gub.uy

Montevideo, febrero de 2025

# Contenido

Prólogo.....	5
Introducción .....	7
1. Desnutrición materno-infantil.....	9
Causas y determinantes de la desnutrición materno-infantil .....	10
Prevención de la desnutrición materno-infantil .....	14
2. La desnutrición durante el embarazo y la infancia.....	17
Diagnóstico antropométrico durante el embarazo.....	19
Diagnóstico antropométrico en la infancia.....	20
Clasificación de la desnutrición infantil .....	22
Mensajes clave .....	26
3. Abordaje de la desnutrición materno-infantil.....	29
Mensajes clave .....	30
4. Recomendaciones específicas para el abordaje en policlínicas de la IM .....	31
Orientaciones para la consulta nutricional infantil .....	32
Orientaciones para la consulta nutricional durante el embarazo.....	36
Controles en salud .....	36
Criterios para el alta .....	38
Seguimiento posterior al alta.....	39
Referencias bibliográficas.....	41
Anexo 1. Medición del perímetro braquial .....	53
Anexo 2. Técnica para evaluar la presencia de edema de origen nutricional .....	57
Anexo 3. Estrategias para incrementar el aporte energético y de nutrientes.....	59



## Prólogo

La Intendencia de Montevideo (IM) ha apostado históricamente a fortalecer las políticas vinculadas al derecho a la alimentación adecuada. Este compromiso se ha traducido en el desarrollo de múltiples programas y políticas que fomentan entornos alimentarios saludables e inocuos, la mejora en el acceso a los alimentos y la atención de la salud de las personas en Montevideo.

El período de gobierno que inició en 2020 se vio fuertemente marcado por la pandemia de COVID-19 y la emergencia de la inseguridad alimentaria, que se colocó en la agenda pública gracias al trabajo de muchos actores, en especial vecinos, vecinas y organizaciones sociales que desplegaron ollas populares y merenderos a lo largo de todo el territorio departamental.

En este contexto, la IM implementó el Plan ABC, que, en su componente de salud, incorporó diferentes líneas de trabajo prioritarias: la ampliación del horario de atención de las policlínicas de la Intendencia, la creación de nuevos policlínicos móviles que llevan atención en salud a las zonas de mayor vulneración social, el desarrollo de una estrategia de atención a la violencia hacia niños, niñas y adolescentes desde las policlínicas de la IM, la creación de un fondo de medicamentos que se usó durante el primer año de esta gestión y el abordaje de la malnutrición materno-infantil. Para cumplir con esta última línea programática se creó el Programa de Apoyo Alimentario ABC, que atiende hasta el momento a niños y niñas de entre 6 meses y 3 años y a personas gestantes con malnutrición por déficit diagnosticadas por los equipos técnicos de las policlínicas de la IM en las consultas.

A lo largo de estos años, 715 niños y niñas y personas gestantes ingresaron a este programa, que les brindó una transferencia monetaria destinada a la compra de alimentos, educación alimentario-nutricional, controles de salud integrales y orientación social. El acompañamiento y las evaluaciones externas realizadas por la Universidad de la República (Udelar) nos muestran que este recorrido tuvo fortalezas que llevaron a una mejora de la seguridad alimentaria de los hogares, del crecimiento infantil, reflejado a través de diferentes indicadores antropométricos, y de la vinculación en proyectos socioeducativos como los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF). Este recorrido mostró, una vez más, el alto nivel técnico de los equipos de salud, así como la necesidad

de potenciar este programa con herramientas que apunten al acompañamiento, la capacitación continua y en el abordaje basado en la evidencia de la malnutrición materno-infantil.

Nuestro país enfrenta grandes desafíos para garantizar el derecho a la alimentación adecuada; el sobrepeso y la obesidad están presentes en un porcentaje alarmante de niños, niñas y adolescentes, y, al mismo tiempo, persiste la desnutrición materno-infantil, con impactos negativos sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo. Esta situación se vincula con las enormes desigualdades e injusticia social en la que viven estos niños y niñas. Hacer visible este panorama nutricional y de salud no es una cuestión solamente cuantitativa, sino también una apuesta a dar visibilidad y prioridad a aquellos que están siendo más vulnerados en sus derechos y donde el diagnóstico clínico de la desnutrición infantil es un síntoma de una compleja trama de vulneraciones.

El aporte del trabajo conjunto con la Udelar nos permite brindar a las policlínicas de la IM esta guía como herramienta técnica, elaborada por un gran equipo académico, que busca seguir aportando a garantizar una atención de salud de calidad para todos y todas. Ese es nuestro compromiso de cada día, que el derecho a la salud, que implica la atención de calidad en servicios de salud, así como las condiciones materiales para una vida digna, sea una realidad para todos y todas sin que nadie quede atrás.

*Mag. Dra. Virginia Cardozo*  
Directora de División Salud  
Intendencia de Montevideo

## Introducción

El derecho a la alimentación es reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25.1) de manera específica, cuando incorpora el derecho a un nivel de vida adecuado incluyendo, entre otros componentes, a la alimentación (1). En particular, el derecho a la alimentación en la niñez ha sido reconocido en la Convención sobre los Derechos del Niño (2). Para garantizar su aplicación, los Estados partes deberían tender a combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud. Es fundamental que promuevan que todos los sectores de la sociedad, en particular las personas adultas referentes de niños y niñas, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición, y reciban la educación y el apoyo necesarios para la aplicación de esos conocimientos, entre otras acciones asociadas a la mejora del bienestar individual y colectivo (3).

Una alimentación y una nutrición apropiadas, especialmente durante el embarazo, contribuyen a la salud de las personas gestantes y aseguran el crecimiento y desarrollo del feto, mientras que la desnutrición está relacionada con el retraso del crecimiento, la obesidad y las enfermedades no transmisibles en la vida adulta, amenazando la supervivencia y el bienestar, y coartando el presente y el futuro (4). La desnutrición es una condición médica, nutricional y social que se encuentra íntimamente vinculada con las condiciones de vida individuales y colectivas, así como con los contextos económicos y políticos de los países (5). En términos nutricionales, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desde 2020 se han agravado en el mundo los problemas que afrontan madres, padres y familias para alimentar a los niños y las niñas, como resultado de las consecuencias económicas de la pandemia de COVID-19, los conflictos bélicos y las perturbaciones climáticas (6). Permitir que niños y niñas alcancen su pleno potencial de desarrollo individual es esencial para el desarrollo sostenible y es, también, una meta propuesta por la Asamblea Mundial de la Salud para 2025 (7). La carga de la malnutrición en las mujeres y en los niños y niñas de la región representa una barrera significativa para que los países puedan cumplir con al menos ocho de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (8-10).

La presente guía pretende dar continuidad al trabajo desarrollado en el contexto del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Emergencia

Apoyo Básico a la Ciudadanía (ABC) de la Intendencia de Montevideo (IM) (11). Este programa está dirigido a niños y niñas de 6 meses hasta 3 años y a embarazadas que presenten algún grado de malnutrición por déficit, así como puérperas hasta los 6 meses posparto, que reciben atención en la red de policlínicas de la IM (12). Su propósito es mejorar el estado nutricional de embarazadas, niños y niñas mediante el acompañamiento profesional a las familias beneficiarias. Esto se logra a través de una transferencia monetaria en una cuenta corriente para la compra de alimentos en comercios adheridos al Centro de Almaceneros Minoristas, Baristas, Autoservicistas y Afines del Uruguay (CAMBADU). Además, se realizan actividades de educación alimentario-nutricional y se fortalece la red de apoyo, así como el acompañamiento familiar (12).

El objetivo de esta publicación es aportar al abordaje ambulatorio de la desnutrición materno-infantil a través de la definición de estrategias útiles, basadas en evidencia científica, para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, con una mirada integral. Representa un insumo para la mejora continua de la calidad de las prácticas asistenciales de los equipos de salud de las policlínicas de la IM.



# 1. Desnutrición materno-infantil

La malnutrición comprende las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica o de nutrientes de un individuo (13, 14). Este concepto aborda tres grupos de condiciones: la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes, como vitaminas y minerales esenciales, y el sobrepeso u obesidad (15).

La desnutrición puede ser definida como una condición patológica inespecífica, sistémica, que puede ser reversible o no, provocada por un desequilibrio orgánico derivado de la carencia de nutrientes o de su utilización deficitaria, así como de un gasto excesivo, o de una combinación de las situaciones anteriores, que se puede presentar en cualquier etapa del curso de la vida y que afecta en especial a niños y niñas menores de 5 años (16). Incluye en forma frecuente diversas condiciones fisiológicas a corto plazo (agudas) o a largo plazo (crónicas) (13, 17).

La desnutrición es uno de los problemas nutricionales más serios que afectan a niños y niñas en todo el mundo (19) y se vincula, según UNICEF, con un 45% de las muertes en menores de 5 años (18).

En 2022, la forma más extendida de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años de la región de América Latina y el Caribe (ALC) fue el retraso del crecimiento (desnutrición crónica), que afectó a un 11,5% de ellos (20). En Uruguay, esta problemática nutricional afectaba a un 7,3% de los niños y niñas de 0 a 4 años, según la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018 (21). A su vez, entre niños y niñas beneficiarios del Programa de Apoyo Alimentario afectaba a un 42% entre los años 2021 y 2023 (22). El abordaje del retraso del crecimiento está asociado fuertemente a la prevención y el cuidado continuo de la nutrición infantil mediante el desarrollo de buenas prácticas de alimentación, en especial durante los primeros mil días de vida.

Asimismo, el bajo peso para la edad, que se caracteriza por su rápida evolución y frecuentes complicaciones, debe ser captado y tratado oportunamente. Este tipo de desnutrición, en su forma moderada incrementa en la niñez tres veces el riesgo de morir, mientras que en su presentación severa incrementa la probabilidad entre nueve y doce veces (14, 23) y puede ser una causa directa de muerte infantil o una causa indirecta, al aumentar la letalidad de otras enfermedades (15) comunes en la infancia (24).

En la región de ALC, en 2022, la prevalencia de emaciación, otro tipo de desnutrición infantil, fue de 1,4% (25). En el ámbito nacional, en 2018 afectaba a un 1,4% de los niños de 0 a 4 años (21) y era el tercer problema más frecuentemente detectado en la población comprendida en el Programa de Apoyo Alimentario de la IM (22).

Los reportes mundiales indican que el deterioro del estado nutricional infantil se produce fundamentalmente entre los 0 y los 24 meses y que luego de este período los niveles de estado nutricional se recuperan ligeramente (26-28). Esta tendencia ha influido en la priorización de las políticas públicas para combatir la desnutrición, las cuales se han focalizado en especial desde la concepción hasta los 24 meses (28). Los primeros mil días de vida se definen como un período crítico, de mayor plasticidad (28, 29), en el que se establecen las bases físicas, cognitivas y socioemocionales para el resto del ciclo de la vida (28, 30). No obstante, si bien es incuestionable la importancia de dicho período para el desarrollo y el crecimiento, la evidencia muestra que la ventana de influencia se extiende mucho más allá de los primeros mil días (28, 31) y pueden producirse recuperaciones hasta en la adolescencia, por lo que también representa una ventana de oportunidad para posibles intervenciones (31). Por lo tanto, las políticas y los programas dirigidos a niños y niñas deberían dejar de centrarse en cuestiones aisladas y adoptar un enfoque más amplio e integral a lo largo de todo el curso de la vida, para promover un mejor desarrollo y bienestar general (28, 32).

Así mismo, la evidencia científica refuerza la importancia del monitoreo y la evaluación del estado nutricional de las personas desde el momento de la concepción, durante el embarazo y el puerperio, así como en la niñez, en especial en los primeros 5 años de vida, como forma de prevención de la desnutrición (18).

## Causas y determinantes de la desnutrición materno-infantil

La desnutrición es un trastorno que se debe a factores sociales, ambientales, económicos y políticos del momento y el lugar, tanto del hogar como de la comunidad (5). Sus causas son complejas y multidimensionales, y se encuentran interrelacionadas (33). En general, varios determinantes alteran el estado nutricional del niño o la niña desde la concepción, por lo que conocerlos e intervenir oportunamente sobre ellos puede evitar enfermedades o el agravamiento de la desnutrición (34).

En el estado nutricional de las personas gestantes y los niños y niñas incide una serie de determinantes inmediatos que son

interdependientes, como las dietas y la atención deficiente provocada por servicios inadecuados para apoyar una buena nutrición (35). La existencia de una inadecuada alimentación incrementa la susceptibilidad a las infecciones, al reducir la inmunidad, mientras que la reducción del apetito asociada con una infección también torna imposible la satisfacción de las mayores necesidades de nutrientes y energía (36, 37). La alimentación con una baja diversidad dietética también es clave para el crecimiento (38), el cual es un proceso complejo con un fuerte control genético, en cuya determinación resultan sustanciales los factores ambientales (39).

Entre los factores ambientales adicionales que limitan la absorción y la utilización de los nutrientes (40), repercutiendo en el desarrollo fetal, es posible mencionar el estrés psicosocial, las enfermedades crónicas y las circunstancias de vida (39). Algunas exposiciones producen cambios estructurales con efectos permanentes en el crecimiento, el comportamiento, la cognición e incluso la personalidad y sus efectos pueden surgir mucho después de la exposición, incluso después de la infancia, en etapas posteriores de la vida (41). A modo de ejemplo, la deficiencia de hierro o zinc ha sido asociada con alteraciones en el desarrollo psicomotor y en el retraso en el crecimiento, pero otros minerales como el selenio, el yodo, el manganeso y el cobre también juegan un papel significativo en la prevención de la desnutrición (42).

Los determinantes subyacentes, que inciden sobre los anteriores, se manifiestan en el hogar e incluyen la existencia de prácticas de lactancia materna inadecuadas; la insuficiente cantidad y calidad de alimentos ricos en nutrientes y apropiados para la edad; la falta de agua potable (43); la presencia de inseguridad alimentaria en el hogar; inadecuadas prácticas de alimentación y estimulación sensible a la edad, así como de almacenamiento, preparación y consumo de alimentos; y, finalmente, la existencia de un ambiente que no comprende entornos alimentarios saludables (19, 43, 44), servicios de salud y saneamiento de calidad, ni un entorno vital saludable (45). Quedan incluidas aquí también las prácticas de los cuidadores que afectan la nutrición y la salud, así como el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño o la niña (14). Cabe destacar que en las acciones de cuidado inciden la salud física y mental del cuidador, así como la autonomía en la toma de decisiones, la carga de trabajo y el apoyo social, pero también el comportamiento y las características del niño o la niña (46). En este sentido, la depresión materna puede afectar la provisión de cuidados y la estimulación de niños y niñas (24, 47, 48).

Finalmente, existe un grupo de determinantes denominados facilitadores o propicios. Estos incluyen la gobernanza, es decir, el compromiso político, financiero y multisectorial para promover el logro del

derecho a la alimentación, así como la existencia de normas y medidas sociales y culturales que lo promuevan y la existencia de suficientes recursos ambientales, financieros, sociales y humanos que permitan su cumplimiento (45, 49). Los factores socioeconómicos, especialmente los ingresos del hogar, son los que más influyen en la incidencia de la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.

En la tabla 1 se presentan ejemplos de cada uno de los determinantes de la desnutrición materna o infantil.

**Tabla 1.**

Causas y determinantes de la desnutrición materna e infantil (24, 50-52)

	Materno-infantil	Infantil	Materna
<b>Determinantes inmediatos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuada nutrición antes de y durante el embarazo y la lactancia.</li> <li>• Infecciones recurrentes.</li> <li>• Alimentación inadecuada durante y después de las enfermedades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridad.</li> <li>• Bajo peso al nacer.</li> <li>• Retraso del crecimiento intrauterino.</li> <li>• Malformaciones congénitas (labio leporino, paladar hendido).</li> <li>• Alteraciones genéticas (síndrome de Down, fenilcetonuria).</li> <li>• Inmunizaciones incompletas.</li> <li>• Enfermedad diarreica, enteropatía ambiental, parasitosis intestinal.</li> <li>• Alimentación no perceptiva.</li> <li>• Alimentación con inadecuada cantidad y calidad de nutrientes, escasa diversidad alimentaria, así como consistencia inadecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>• Baja estatura, bajo peso y anemia materna.</li> <li>• Embarazo adolescente.</li> <li>• Intervalo corto entre partos.</li> <li>• Alteraciones de la salud mental y perturbaciones emocionales (ansiedad, culpa, frustración, depresión y sentimientos de rechazo y vulnerabilidad, entre otros) de los cuidadores.</li> <li>• Enfermedades crónicas como la hipertensión o la insuficiencia renal crónica grave.</li> </ul>

	Materno-infantil	Infantil	Materna
<b>Determinantes subyacentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuado entorno doméstico y de higiene.</li> <li>• Contaminación ambiental.</li> <li>• Falta de suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos.</li> <li>• Prácticas inadecuadas y poco higiénicas de almacenamiento y preparación de alimentos.</li> <li>• Inseguridad alimentaria.</li> <li>• Distribución desigual de los alimentos en el hogar.</li> <li>• Presencia de 2 o más niños menores de 6 años en el hogar.</li> <li>• Violencia o maltrato familiar.</li> <li>• Presencia de conflictos o violencia ambiental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio tardío de la lactancia materna e inadecuada duración tanto de la lactancia materna exclusiva como de la lactancia materna.</li> <li>• Inclusión temprana de sucedáneos de la leche materna, antes de los 36 meses de vida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja receptividad, cuidados y estimulaciones infantiles de quienes cuidan.</li> <li>• Carencia de afecto de quienes cuidan.</li> </ul>

	Materno-infantil	Infantil	Materna
<b>Determinantes propicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempleo o ingresos inestables.</li> <li>• Pobreza.</li> <li>• Elevados precios de los alimentos.</li> <li>• Escasa normativa de comercialización.</li> <li>• Inestabilidad política.</li> <li>• Insuficientes redes de apoyo social.</li> <li>• Catástrofes naturales y de origen humano.</li> <li>• Situaciones de emergencia.</li> <li>• Creencias, costumbres alimentarias y hábitos alimentarios inadecuados.</li> </ul>		

Fuente: Elaboración propia.

## Prevención de la desnutrición materno-infantil

Las características del recién nacido y el crecimiento lineal durante los primeros años de la vida están estrechamente vinculados a diversos resultados, en especial durante los primeros mil días (53, 54). Si bien está demostrado que la altura de las personas gestantes influye en los riesgos de complicaciones del embarazo (55) y en la probabilidad de tener bebés de bajo peso al nacer, la nutrición prenatal y durante el embarazo desempeña un papel crucial en la prevención de la malnutrición en el curso de la vida (56). Por todo esto, la “ventana de mil días” podría ser mucho más larga, incluso considerando las infancias de las personas gestantes (57). También es importante la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la posterior alimentación complementaria hasta los 24 meses. Esta alimentación debe ser oportuna, ofrecer una diversidad alimentaria adecuada y garantizar una calidad nutricional y alimentación apropiada durante los periodos de enfermedad, así

como mantener buenas prácticas de higiene y conservación de los alimentos. Además, se debe asegurar la alimentación perceptiva. La comunicación afectiva, los estilos de vida saludables y las prácticas de crianza adecuadas son factores protectores del estado nutricional (58, 59).





## 2. La desnutrición durante el embarazo y la infancia

La supervivencia, la salud y el bienestar durante el embarazo dependen de una alimentación y nutrición adecuadas. A pesar de los esfuerzos globales para disminuir la mortalidad materna, los países de ingresos bajos y medianos todavía tienen datos elevados de mortalidad materna y la desnutrición aparece como un factor determinante de esta situación (60, 62, 63).

Como se mencionó, la alimentación inadecuada y la presencia de enfermedades están directamente relacionadas con la desnutrición durante el embarazo. Los requerimientos nutricionales durante esta etapa varían en función de las características personales de cada persona y de los cambios fisiológicos que ocurren con la finalidad de mantener la salud de la persona gestante y el desarrollo del feto. En particular, se requiere un aporte suficiente de nutrientes esenciales en cantidad y calidad superiores a las habituales (64). A modo de ejemplo, la carencia de zinc, calcio, folato y hierro suele exacerbarse durante la gestación debido al aumento de las necesidades nutricionales. Se ha reportado que en los países de ingresos bajos y medios con frecuencia aparecen deficiencias combinadas de dos o más micronutrientes (18, 65). Asimismo, a medida que aumenta el número de embarazos y se acortan los períodos intergestacionales, se incrementa la probabilidad de tener un estado deficiente de micronutrientes (66).

Las deficiencias nutricionales durante la gestación ocasionan una amplia gama de resultados adversos, tanto para la salud de la gestante como para la del niño. El estado nutricional materno, antes de y durante el embarazo, es un determinante de los resultados del parto (67, 68) y debe ser reconocido como un elemento clave para reducir la malnutrición materno-infantil por déficit (18). El índice de masa corporal (IMC) materno pregestacional menor o igual a  $18,5 \text{ kg/m}^2$ , la edad en el primer embarazo y los intervalos entre embarazos tienen una asociación positiva con el peso al nacer y otros resultados adversos (69-71). El estado nutricional deficitario, sumado a una ganancia de peso inadecuada durante la gestación, se asocia con parto prematuro (PTB), déficit en el peso de los lactantes y niños y niñas pequeños para la edad gestacional (PEG), así como con mayor riesgo y retraso del crecimiento lineal posnatal en los primeros mil días de vida (69, 72, 73). Hemalatha *et al.* (2018) (72) argumentan que la mayoría de los casos de emaciación en niños

menores de 5 años en la India ya se presentaban al nacer, lo que indica que su disminución debería involucrar acciones durante la etapa gestacional (72, 72).

La anemia asociada a deficiencia de hierro se asocia con mayores riesgos de mortalidad materna y perinatal y bajo peso al nacer (75). Además, la deficiencia de folatos durante el embarazo tiene consecuencias negativas en el desarrollo fetal, lo que lleva a defectos del tubo neural (DTN) (69).

La evidencia también sostiene la relevancia de la desnutrición materna en la programación genética y en el desarrollo de patologías vasculares, ya que propicia alteraciones epigenéticas que pueden tener un impacto en la salud a largo plazo para la descendencia (76, 77).

Cabe señalar que, aunque la ingesta deficitaria de energía o de nutrientes durante el embarazo afecta el crecimiento fetal, la dieta materna es un factor de riesgo modificable para controlar situaciones sanitarias desfavorables para la diada, especialmente en situaciones que podrían mitigarse mediante intervenciones nutricionales integrales (78-80).

No se puede subestimar la importancia de abordar esta situación de déficit nutricional, especialmente en entornos de pobreza y acceso limitado a alimentos saludables. No obstante, la evidencia generada sobre las intervenciones con el propósito de combatir la desnutrición materna es insuficiente. A esta cuestión se añade que, a diferencia de lo que ocurre con niños y niñas, no existe un patrón oro o estándar universal que permita la evaluación nutricional de la mujer durante la gestación (56, 60, 81).

La desnutrición infantil continúa siendo un problema de salud persistente, el cual se encuentra agravado por las desigualdades socioeconómicas de los países (82).

La presencia de una dieta insuficiente y no nutritiva está asociada con más de la mitad de las muertes de niñas y niños en todo el mundo, mientras que 148 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren retraso del crecimiento, 45 millones padecen desnutrición aguda grave y 340 millones tienen carencias de micronutrientes (83).

Uno de los factores que impulsan la desnutrición infantil es la pobreza alimentaria infantil grave. En este sentido, según UNICEF (2024) (6), “el porcentaje de niños y niñas que viven en situación de pobreza alimentaria infantil grave es tres veces mayor en países con una alta prevalencia de retraso en el crecimiento”.

Cabe destacar que en ALC cinco millones de niños y niñas menores de 5 años se encuentran en pobreza alimentaria infantil grave (se los alimenta con  $\leq 2$  grupos básicos de alimentos) (6). Esta situación lleva a una ingesta deficitaria calórica o de nutrientes esenciales (proteínas,

vitaminas y minerales), con repercusiones sobre el crecimiento y el desarrollo infantil.

La prevalencia de la desnutrición en los menores de 3 años es uno de los principales problemas de la salud infantil, ya que ocasiona, de forma directa o indirecta, morbilidad (84).

Además, la desnutrición repercute en el progreso económico e impone costos adicionales a la sociedad, añadiendo repercusiones negativas sobre los sistemas de educación (85).

## Diagnóstico antropométrico durante el embarazo

En el embarazo es crucial evaluar el estado nutricional para identificar riesgos adversos asociados a la gestación (86). En las personas gestantes, la valoración nutricional se basa en índices antropométricos que incluyen peso, talla, edad gestacional por semanas de amenorrea e IMC, así como el incremento de peso durante el embarazo (86). El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y, posteriormente, el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay adoptaron a principios del año 2000 el estándar de Atalah *et al.* (2005) (87) como referencia para evaluar el estado nutricional durante el embarazo (87, 88). Este estándar utiliza los puntos de corte propuestos por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 y clasifica el estado nutricional en bajo peso (IMC  $<20 \text{ kg/m}^2$ ), peso normal (IMC  $20\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ ), sobrepeso (IMC  $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ ) y obesidad (IMC  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

Posteriormente, en el año 2009, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) emitió recomendaciones de incremento de peso gestacional para cada estado nutricional previo al embarazo, lo que permite evaluar el incremento de peso en función del IMC pregestacional (89).

En la actualidad, el MINSAL de Chile (2019) ha adoptado nuevos criterios de clasificación nutricional en concordancia con las recomendaciones de la OMS. De esta manera, se categoriza a la embarazada a partir de la semana 6 de gestación en bajo peso o enflaquecida si su IMC es  $<18,5 \text{ kg/m}^2$ , normal con un IMC entre  $18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ , en sobrepeso con un IMC entre  $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$  y en obesidad cuando el IMC es  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (88).

El Programa de Apoyo Alimentario del Plan ABC de la IM reconoce que una de las herramientas más valiosas para la detección y la evaluación del bienestar general de las personas, de las comunidades en las que viven y de los logros sanitarios nacionales son las referencias

antropométricas y los patrones del crecimiento (90), los cuales permiten diagnosticar la malnutrición. En la gestación utiliza las referencias del MINSAL 2019, debido a la importancia de conocer el estado nutricional según el IMC previo al embarazo y de la vigilancia de la ganancia de peso durante esta etapa, lo que concuerda con las recientes pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia del Ministerio de Salud Pública (91).

## Diagnóstico antropométrico en la infancia

Una de las metodologías más efectivas y habituales para el diagnóstico de la desnutrición infantil es la antropometría, que consiste en la obtención de medidas del peso, la longitud o talla, la circunferencia craneana y la circunferencia de la parte media del brazo. En la evaluación antropométrica, las mediciones corporales antes mencionadas se combinan para construir índices que son comparados con las referencias vigentes, lo que permite clasificar y realizar un diagnóstico nutricional (92).

A continuación, se presentan las medidas antropométricas y de signo clínico más utilizadas para el diagnóstico de la desnutrición:

- Longitud (L) y talla (T):<sup>1</sup> reflejan el crecimiento lineal alcanzado, así como sus deficiencias acumulativas a largo plazo (ya que se trata de una medida estable) (92).
- Peso (P): refleja la masa corporal total del individuo. Es un indicador muy sensible a los cambios agudos (92).

Las técnicas de medición, tanto del peso como de la longitud y la talla en niños y niñas, pueden ser consultadas en la guía *Evaluación del crecimiento del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 5 años de edad*, publicada en 2007 por el Ministerio de Salud Pública (93).

- Circunferencia media del brazo: el perímetro braquial medio (PB) o circunferencia media del brazo (CMB) refleja la masa muscular y la grasa subcutánea y es sensible a la pérdida aguda de peso, al dar cuenta de la pérdida periférica de músculo y tejido adiposo subcutáneo. Por convención, su medición se realiza en el brazo izquierdo. La técnica es detallada en el anexo 1. Si bien en nuestro país no suele realizarse de rutina, se recomienda su incorporación para el diagnóstico y el seguimiento de la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años (33).

---

1 La longitud se refiere a la medición en posición supina que se realiza hasta los 2 años de edad y la talla a la medición de pie.

- Detección de edema nutricional: el edema se evidencia por la hinchazón que se produce ante el exceso de líquido en los tejidos. El procedimiento para su determinación se detalla en el anexo 2.

Una vez obtenidas las mediciones corporales, se realiza el diagnóstico nutricional teniendo en cuenta la clasificación antropométrica del niño o la niña, lo que incluye el uso de tres indicadores (peso para la edad (P/E), peso para la talla (P/T) o peso para longitud (P/L), talla para la edad (T/E) o longitud para la edad (L/E), la CMB, así como el análisis de datos físicos y alimentarios obtenidos a través de una anamnesis. No obstante, dependiendo de la edad, existen índices que cobran mayor relevancia. En el caso de los menores de 1 año el índice más importante es el peso para la edad (P/E) y entre el año y los 5 años y 11 meses, el peso para la talla (P/T).

- El P/E es un indicador que refleja el estado nutricional actual, en especial en menores de 24 meses, pero no permite diferenciar aquellos niños y niñas constitucionalmente pequeños. Por este motivo, no se recomienda su uso en solitario (93).
- El indicador L/E o T/E está estrechamente relacionado con la calidad de la dieta, especialmente de nutrientes esenciales, y refleja la historia o estado nutricional a largo plazo. Es importante tener en cuenta la altura o talla de los progenitores al momento de su análisis como predictor de la talla diana. Este indicador es el resultado de factores tanto genéticos como nutricionales y su afectación da cuenta de la cronicidad del déficit. Se espera que un niño o niña crezca siguiendo una línea paralela a la media de la población del patrón oro de referencia, por lo que cualquier cambio brusco o estancamiento requiere de un análisis profundo (93).
- El indicador P/T o P/L permite analizar el estado nutricional actual del niño o la niña, independientemente de su edad, permitiendo el diagnóstico de desnutrición, pero también el de sobrepeso y obesidad (93).

El diagnóstico antropométrico requiere que los índices antes descritos sean comparados con una población normal de referencia. En el caso de niños y niñas, se utiliza la puntuación Z o puntuación de desviación estándar, que permite identificar diferencias respecto a los estándares de crecimiento infantil de la OMS (2006) (33). El puntaje Z indica en qué medida un valor determinado se aparta de la mediana, ya que corresponde a la diferencia observada del valor de la talla o peso con respecto a la mediana de la población de referencia, dividida por la

desviación estándar correspondiente a esta población. Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Puntaje } Z = (\text{valor observado} - \text{valor de la mediana de referencia}) / \text{desviación estándar de la población de referencia (15)}$$

## Clasificación de la desnutrición infantil

La desnutrición en niños y niñas de 6 a 59 meses puede adoptar diversas formas, entre las cuales las más comunes son:

- Emaciación<sup>2</sup> (bajo peso para la altura) y desnutrición aguda
- Insuficiencia ponderal (bajo peso o peso insuficiente para la edad)
- Retraso del crecimiento (baja altura para la edad)
- Deficiencia de micronutrientes (carencia de vitaminas y minerales esenciales)

### a. Emaciación

La emaciación en infantes de 6 a 59 meses se define como una puntuación Z de P/T o P/L superior a -2 desviaciones estándar (DE). Se puede utilizar como medida alternativa el PB inferior a 125 mm (15), el cual ha dado grandes beneficios en términos de cobertura y eficiencia de programas internacionales nutricionales y de salud (94). Todo niño o niña que presenta valores inadecuados de PB debería considerarse una prioridad para la salud pública, independientemente de su peso para la talla o longitud (95).

La emaciación se puede clasificar en:

- Emaciación severa: P/T o P/L puntuación Z < -3 DE, o PB inferior a 115 mm
- Emaciación moderada: P/T o P/L puntuación Z ≥ -3 DE a < -2 DE, o PB ≥ 115 mm a < 125 mm (15)

La emaciación incrementa el riesgo de muerte en la infancia por enfermedades infecciosas asociadas como diarrea o neumonía, afecta el crecimiento lineal y el desarrollo infantil (19). Los niños y las niñas que sufren emaciación tienen hasta doce veces más probabilidades de morir a causa de enfermedades comunes que los que no están emaciados (35).

---

2 En ocasiones los términos *emaciación* y *desnutrición aguda* han sido utilizados en forma indistinta, no obstante, presentan una ligera diferencia, ya que la desnutrición aguda comprende tanto a la emaciación como al edema nutricional (15).

## b. Desnutrición aguda

La desnutrición aguda (DA) en niños y niñas menores de 5 años se define como una puntuación Z de P/T o P/L inferior a -2 DE de la mediana de los estándares de crecimiento infantil de la OMS o por la presencia de edema nutricional. Un PB < 125 mm se puede utilizar como medida alternativa para definir la desnutrición aguda, junto con el P/T o P/L y el edema nutricional (15).

La desnutrición aguda se puede clasificar en:

- Desnutrición aguda severa (DAS): edema nutricional y/o P/T o P/L puntuación  $Z < -3$  DE y/o PB < 115 mm
- Desnutrición aguda moderada (DAM): P/T o P/L puntuación  $Z \geq -3$  DE a  $< -2$  DE y/o PB  $\geq 115$  mm a  $< 125$  mm y sin edema nutricional (15)

Cada indicador se considera un criterio independiente. Con sólo presentar uno de ellos (P/T, PB o edema nutricional) es suficiente para considerar DAS o DAM (33). Sin embargo, es importante utilizar todos los indicadores de forma combinada para realizar un diagnóstico nutricional completo e integral.

El edema ocasionado por la DA por lo general comienza en los pies, extendiéndose en forma ascendente hacia los brazos, la cara y el tronco. Presenta fóvea, es decir, una fosa o impresión en el pie o cara anterior de la tibia cuando se levanta el pulgar luego de realizar presión sostenida. La fóvea no cambia con el momento del día o la postura y es bilateral. La determinación de la severidad y el modo de atención se debe a la extensión del edema nutricional, y se establece de acuerdo con el número de regiones corporales comprometidas (33).

**Tabla 2.**

Grado de desnutrición según circunferencia del brazo

Grado de desnutrición	Perímetro braquial medio (mm)
Desnutrición aguda severa	<115
Desnutrición aguda moderada	115 a 124,9

Fuente: Adaptado UNICEF (2020) (33).

**Tabla 3.**  
Clasificación del edema según grado de compromiso

Observación	Clasificación
Sin edema	- (grado 0)
Edema bilateral en ambos pies (debajo de los tobillos)	+ (grado 1 o leve)
Edema bilateral en ambos pies y piernas (debajo de las rodillas), las manos o la parte inferior de los brazos	++ (grado 2 o moderado)
Edema generalizado que incluye ambos pies, piernas, manos, brazos y cara	+++ (grado 3 o severo)

Fuente: UNICEF (2020) (33).

### c. Insuficiencia ponderal

En niños y niñas de hasta 5 años de edad se identifica el riesgo de crecimiento y desarrollo deficiente cuando el puntaje Z de P/E es  $< -2$  DE. Cabe destacar que los niños y las niñas con insuficiencia ponderal o bajo peso pueden presentar a la vez retraso del crecimiento y emaciación. Esta situación nutricional es provocada por una pérdida de peso asociada con períodos recientes de falta de alimentos o enfermedad, que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo (96).

### d. Retraso del crecimiento

El retraso del crecimiento en niños y niñas menores de 5 años se define como un puntaje Z de T/E o L/E menor a  $-2$  DE de la mediana de los estándares de crecimiento infantil de la OMS. Refiere a una incapacidad de alcanzar la altura potencial para una edad (94), la cual se relaciona con la desnutrición crónica o recurrente como fenómeno multicausal ligado a la existencia de una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales (94). Este tipo de desnutrición se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. A modo de ejemplo, aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas y puede afectar al desarrollo físico y mental (91). Su presencia antes de los 2 años de edad es un factor predictivo de peores resultados cognitivos y educativos, tanto en la infancia como en la adolescencia, lo cual tiene consecuencias económicas y educativas negativas en los individuos, los hogares y las comunidades (97) y afecta el bienestar y el desarrollo económico de los países. Luego de los 2 años



de edad, puede incrementar el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles cuando se asocia a una ganancia rápida de peso (97).

### e. Riesgo de desnutrición

Los niños y las niñas que presenten un P/T  $\geq -2$  DE pero  $< -1$  DE son considerados en “riesgo de desnutrición”. En ellos el control debe ser más frecuente debido a que la presencia de enfermedades o aspectos de su contexto podrían llevarlos en forma rápida a la DA (33).

En esta categoría deberán ser incluidos aquellos que presenten (52):

- Una pérdida de peso mayor a 5% en mayores de 2 años
- Una escasa o ausente ganancia de peso en menores de 2 años de acuerdo con el siguiente detalle:
  - 0-3 meses: 400 g/mes
  - 3-6 meses: sin incremento por un mes
  - 6-12 meses: sin incremento por 3 meses
  - 1 año: sin incremento por 5 meses
- Talla para la edad  $\geq -2$  DE pero  $< -1$  DE
- Perímetro braquial medio de entre 125 y 135 mm

### f. Desnutrición relacionada con los micronutrientes

Las deficiencias de micronutrientes se definen como cantidades insuficientes de vitaminas y minerales esenciales, que deben obtenerse (66) de la alimentación para satisfacer las necesidades diarias recomendadas (98). Su presencia pone en riesgo la salud y el desarrollo de la población, en especial de niños, niñas y embarazadas de los países de ingresos bajos y medios (18). Este tipo de desnutrición es considerado uno de los tres componentes de la triple carga de la malnutrición, también conocida como hambre oculta, que afectaba antes de la pandemia de COVID-19 a aproximadamente 2.000 millones de personas en todo el mundo (99, 100).

Además de generar consecuencias inmediatas en la salud y el crecimiento, este tipo de desnutrición puede poner en riesgo a las generaciones futuras de niños debido a su transmisión intergeneracional (100, 101).

Las deficiencias relacionadas con el yodo, la vitamina A, el hierro, el zinc, el calcio o el folato son las más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial. A modo de ejemplo, la deficiencia de vitamina A desencadena trastornos de visión o de la piel y deterioro del sistema inmunitario (18, 102), el déficit de hierro (anemia ferropénica) se vincula con la disminución del rendimiento académico y deficiencias

en el aprendizaje y una mayor propensión a infecciones (déficit de hierro), la deficiencia de folato (103) se relaciona con alteraciones en la síntesis de ADN y ARN o el retraso en el crecimiento y la maduración sexual, las alteraciones del sistema inmunitario se asocia a la deficiencia de zinc (104, 105) y las ingestas bajas de calcio pueden aumentar el riesgo de morbilidad y mortalidad por preeclampsia y eclampsia, lo cual es una de las principales causas de restricción del crecimiento fetal y parto prematuro (106).

El período que va desde la concepción hasta los 2 años de vida es una etapa crítica, durante la que se deben garantizar las necesidades nutricionales, en especial de nutrientes esenciales (107). Existe evidencia suficiente para promover la suplementación con múltiples micronutrientes durante el embarazo con el objetivo de reducir la restricción del crecimiento fetal y el bajo peso al nacer (108). Al mismo tiempo, la administración de determinados micronutrientes, junto con buenas prácticas de alimentación, tiene efectos beneficiosos para la reducción de la mortalidad infantil y su supervivencia (101).

## Mensajes clave

- Realizar el correcto diagnóstico de la desnutrición en niños y niñas es de gran importancia porque de ello depende su evolución, su recuperación y la supervivencia ante otras patologías.
- Las definiciones y estimaciones actuales de la desnutrición se basan en los patrones de crecimiento infantil entre los 0 y los 5 años publicados por la OMS en 2006.
- En función de los parámetros antropométricos se clasifica la desnutrición en emaciación o desnutrición aguda, insuficiencia ponderal y retraso del crecimiento.
- El hambre oculta es una forma de desnutrición que refiere a las carencias de micronutrientes (33).
- El retraso del crecimiento o desnutrición crónica se produce cuando, en especial en los primeros mil días de vida, hay un consumo crónico e insuficiente de nutrientes esenciales, o existen infecciones y enfermedades que impiden asimilar esos nutrientes.
- La desnutrición aguda o emaciación se identifica por un bajo peso para la longitud o la altura, y se produce cuando niños y niñas pierden demasiado peso o no ganan suficiente, debido a un consumo insuficiente de alimentos en un período de tiempo reciente o como consecuencia de alguna enfermedad. Este tipo de desnutrición suele asociarse a situaciones de emergencia

(por ejemplo, la pandemia de COVID-19), crisis alimentarias y conflictos.

- Los niños y las niñas que pesan menos de lo que corresponde para su edad tienen insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y emaciación (122).

**Tabla 4.**  
Formas o tipos de desnutrición infantil

Emaciación o desnutrición aguda	Insuficiencia ponderal	Retraso de crecimiento o desnutrición crónica	Desnutrición relacionada con deficiencia de micronutrientes
Niño o niña cuyo peso es muy bajo para su talla o presenta una circunferencia de brazo muy baja o edema nutricional	Niño o niña cuyo peso es menor al esperado para su edad	Niño o niña con una talla baja para la edad	Niño o niña que presenta deficiencias de vitaminas y/o minerales

Fuente: Elaboración propia.



### 3. Abordaje de la desnutrición materno-infantil

De acuerdo con la OMS, existen diversas intervenciones sanitarias específicas que pueden mejorar el estado nutricional de la gestante, tales como el tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la promoción de una alimentación adecuada y el abordaje de la salud mental, así como también intervenciones en el ámbito social y económico (109).

Entre estas últimas se destacan el trato focalizado de los grupos minoritarios, la redistribución de recursos mediante sistemas de bienestar social o transferencias de efectivo y el acceso a empleo de calidad durante este período. Otras intervenciones, como el abastecimiento de servicios de saneamiento y agua potable, la eliminación de vectores y la mejora de las viviendas para evitar el hacinamiento y la contaminación, inciden en la mejora del estado nutricional.

En lo que respecta a la alimentación, resulta imperativo maximizar las oportunidades de interacción de la población con los servicios de salud, a fin de administrar suplementos nutricionales, mientras que el personal de salud lleva a cabo otras medidas, como la administración de vacunas, la educación alimentaria nutricional, la gestión para el acceso a transferencias sociales destinadas a mejorar la alimentación y proporcionar asesoramiento nutricional o generar derivaciones a otros organismos del Estado (109).

En función del diagnóstico y las características fisiológicas y patológicas de la persona gestante, se deberá determinar las necesidades y los requerimientos nutricionales, y, posteriormente, elaborar directrices que se adapten a cada situación en contexto. En este sentido, el foco estará en alcanzar dietas adecuadas en densidad nutricional con nutrientes esenciales como proteínas, yodo, hierro, folato, calcio y zinc.

En el caso de niños y niñas, la 55.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo de 2002, aprobó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde se recomienda identificar activamente a los lactantes y niños pequeños desnutridos para poder brindarles una atención adecuada (110). El desarrollo de un enfoque de gestión comunitaria de la desnutrición representa un impulso para poner en práctica esta recomendación, proporcionando una identificación temprana de niños y niñas con esta problemática

mediante exámenes periódicos en el primer nivel de atención, así como su derivación y tratamiento (111).

La mayoría de los niños y las niñas sobreviven y prosperan con acceso a una alimentación nutritiva y permanente, con atención primaria de salud de calidad, fomento de adecuadas prácticas de crianza y suministros esenciales (87). Para el manejo de la desnutrición ambulatoria en la primera infancia se requiere desarrollar acciones tendientes a:

- Proteger, promover y apoyar las prácticas recomendadas de lactancia materna desde el nacimiento.
- Promover buenas prácticas de alimentación complementaria y mejorar el acceso a alimentos complementarios apropiados en los dos primeros años de vida.
- Promover una alimentación saludable y prácticas de alimentación adecuadas para niños y niñas de 3 a 5 años.
- Apoyar el uso de suplementos nutricionales cuando son detectadas dietas pobres en nutrientes esenciales y hay deficiencias de micronutrientes.

## Mensajes clave

- El manejo exitoso de la desnutrición implica, además, reconocer y corregir problemas de salud, sociales y ambientales.
- Un adecuado tratamiento nutricional es necesario pero no suficiente, ya que el entorno puede incidir en una recaída o en el desarrollo del mismo problema por parte de otros miembros de la familia (5, 33).
- Es necesario un manejo interdisciplinario y transversal, con una vinculación efectiva del abordaje comunitario médico-nutricional y de los programas destinados a las problemáticas estructurales de las familias o comunidades, como los programas de desarrollo social, asistencia alimentaria y asignaciones familiares (14).

## 4. Recomendaciones específicas para el abordaje en policlínicas de la IM

La presente propuesta de abordaje se fundamenta en la necesidad de proporcionar una respuesta integral a la desnutrición materno-infantil a través de tres ejes de acción desarrollados por UNICEF para la población de niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Si bien el tratamiento de la desnutrición varía de acuerdo al grado y tipo, en el caso de la desnutrición ambulatoria toda acción debe fomentar y proporcionar una alimentación saludable, buenas prácticas de salud y servicios adecuados, además de tratamiento específico para cada situación particular (66).

**Figura 1.**  
Estrategia de nutrición de UNICEF



Fuente: Adaptado de UNICEF (2020) (49).

Para reducir la desnutrición y la pobreza alimentaria es necesario, concomitantemente, mejorar el acceso a alimentos nutritivos y reforzar los entornos alimentarios, ampliando la cobertura y la calidad de los servicios de nutrición para niños y niñas pequeños, incluyendo el asesoramiento sobre alimentación infantil a escala comunitaria, con personal técnico suficiente y formado en nutrición humana, acompañado de un sistema de protección social robusto dirigido a los hogares pobres.

Además, UNICEF sugiere “la elaboración de planes multisectoriales, la coordinación multisectorial, la preparación de presupuestos basados en resultados y un sólido seguimiento de los progresos” (6).

## Orientaciones para la consulta nutricional infantil

Los niños y niñas que presenten desnutrición atendidos en el primer nivel de atención requieren de una consulta integral que incluya el asesoramiento de un licenciado en Nutrición, con la finalidad de realizar un diagnóstico médico-nutricional integral en el que resulta importante:

- Indagar sobre aspectos que pueden incidir en la presencia de desnutrición, como malnutrición prenatal, edad materna, talla materna, paridad, número de controles prenatales, presencia de patologías, tabaquismo, consumo de fármacos y otras sustancias, salud mental, existencia de deficiencias nutricionales (por ejemplo, anemia), ganancia de peso insuficiente durante la gestación, estrés, violencia. En los niños y las niñas también deben considerarse la valoración antropométrica al nacimiento (peso, talla, PC), la edad gestacional y sus relaciones con el peso (peso adecuado para la edad gestacional, bajo peso para la edad gestacional, retraso de crecimiento intrauterino), así como indagar sobre la talla de los padres, para analizar la posible existencia de talla baja en el niño o la niña (30), y acerca de la existencia de complicaciones perinatales, entre otros aspectos.
- Analizar causas y determinantes de la desnutrición de tipo biológico, familiar, ambiental y social, entre otros. A modo de ejemplo:
  - La composición familiar, el nivel de escolaridad de la mujer gestante o de los padres del niño o la niña, la estabilidad de los ingresos económicos del hogar, las características de la vivienda, el acceso al agua potable, la disponibilidad de elementos para la preparación y la conservación de alimentos, la participación en programas o asistencias sociales o alimentarias y la red de contención social que poseen (33, 52).
  - La existencia de situaciones clínicas que podrían influir en el estado nutricional de la gestante y en el crecimiento del niño o la niña, como la presencia de antecedentes o patologías actuales (33, 52, 112, 113, 114).
  - El funcionamiento del tracto gastrointestinal, ya que la afectación de la ingestión o la absorción de nutrientes



pueden ser la causa de una desnutrición secundaria a enfermedades del aparato digestivo. Es necesario consultar sobre la presencia de disfagia, vómitos, diarrea, pérdida de apetito y dolor abdominal (52, 115).

- Conocer los hábitos y el comportamiento alimentario, lo que incluye:
  - Horarios habituales de la vida cotidiana.
  - En niños y niñas, las características de la lactancia materna, el tiempo de lactancia exclusiva y la edad del destete. En el caso de menores de seis meses de edad y bajo la premisa de que deben ser alimentados con leche materna exclusiva, deben ser evaluadas las prácticas de lactancia, incluyendo la técnica, problemas asociados con ella y las características del entorno cercano de la díaada.
  - En niños y niñas, el uso de preparados para lactantes (PPL), la forma de preparación y administración, y la edad de inicio de la alimentación complementaria.
  - Prácticas alimentarias y diversidad alimentaria: en el caso de niños y niñas se utiliza la puntuación de la diversidad alimentaria de UNICEF y la OMS. A fin de alcanzar la diversidad alimentaria mínima y adecuada, niños y niñas deben consumir el día anterior a la consulta al menos cinco de los ocho grupos básicos de alimentos (que incluyen leche materna, cereales, raíces, tubérculos y bananas, legumbres, frutos secos y semillas, productos lácteos, alimentos cárnicos y pescados, huevos, frutas y verduras ricas en vitamina A, otras frutas y verduras) (116).
  - Desarrollo el acto de comer: lugar, técnicas, estímulos positivos, distractores, aspectos culturales y conducta alimentaria.
  - Uso y administración de suplementos de vitaminas y minerales.
  - Presencia de factores que modifican la ingesta: dolor, disfagia, disnea, reflujo gastroesofágico, lesiones en las mucosas, estrés psicológico, aversión a alimentarse, trastornos de la conducta alimentaria, lentitud para alimentarse, procedimientos médicos o quirúrgicos.
  - Abordaje de las señales de hambre/saciedad en niños y niñas, así como la existencia de prácticas de alimentación forzada, negligencia y características asociadas a la comensalidad (33, 52).

- Realizar una valoración antropométrica periódica y analizar su evolución en el tiempo mediante el uso de indicadores apropiados, tanto en la persona gestante como en niños y niñas de acuerdo a su edad. Se debe considerar el análisis de la velocidad de crecimiento,<sup>3</sup> de acuerdo con lo establecido en la guía Evaluación del crecimiento del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 5 años de edad (93).
- La promoción, el fomento y la optimización de las prácticas de alimentación incluyendo la lactancia materna. Su instalación temprana y exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña protegen frente a infecciones gastrointestinales que pueden provocar graves deficiencias de nutrientes y aporta nutrientes esenciales, motivos por los cuales se aconseja su mantenimiento hasta los 2 años (97). Aquí resulta fundamental el acompañamiento a las gestantes y madres mediante consejería en lactancia, promoviendo el desarrollo de habilidades en lactancia materna. En ciertos casos puede ser necesario evaluar la posibilidad de instalar lactancia mixta o alimentación con PPL, teniendo en cuenta los lineamientos o guías del MSP.
- El sugerir, cuando corresponda, modificaciones en el consumo de alimentos con base en la anamnesis alimentaria, el estado nutricional, la edad y otras características de la mujer o el niño o niña, de forma de lograr, en la medida de las posibilidades, una alimentación variada que contemple los grupos recomendados por la Guía alimentaria para la población uruguaya (117) (verduras y legumbres; frutas; panes, harinas, pastas, arroz y papas; leches y quesos; carnes, pescados y huevos; semillas y aceites; azúcar y dulces) y la Guía de alimentación complementaria del MSP (118). En el retraso del crecimiento, la alimentación diversificada con densidad nutricional adecuada y el consumo de alimentos de origen animal se relacionan con un incremento positivo del crecimiento lineal (97).

El equipo de salud a cargo implementará un abordaje integral de la desnutrición infantil, lo que requiere:

- El control pediátrico, así como la derivación a otras consultas interdisciplinarias.
- Tener en cuenta la necesidad de estimulación física y emocional, ya que la desnutrición y la privación psicosocial pueden tener repercusiones en el desarrollo que pueden

3 La velocidad de crecimiento permite conocer el canal de crecimiento del niño o la niña y detectar desviaciones. Se deben considerar intervalos de por lo menos seis meses (52).

prolongarse durante el resto de la vida si no se acciona sobre sus determinantes.

- La recomendación de un cuidado atento y cariñoso, un entorno estimulante, la promoción del movimiento, el juego y la actividad física cuando el niño o niña pueda realizarlo, la inclusión de los cuidadores en el cuidado (por ejemplo, en la alimentación, el baño, el juego y la contención, entre otros) (94).

El tratamiento médico nutricional incluye, entre otros, el asesoramiento y la consejería nutricional, que comprenden:

- En la emaciación, la desnutrición aguda y el bajo peso, la administración de energía y nutrientes según la tolerancia, cuando se recomienda el consumo de una dieta hipercalórica, incrementándose de acuerdo con la evolución. Para ello, se sugiere suministrar alimentos que posean una mayor densidad calórica y nutricional, es decir, que tengan una mayor cantidad de calorías por gramo y de nutrientes esenciales (proteínas, hierro, zinc), así como aumentar el número de comidas ofrecidas durante el día evitando el “picoteo” entre ellas (anexo 3). También es necesario evitar la ingesta de cantidades excesivas de líquidos antes de las comidas, por la saciedad que pueden ocasionar. Para contribuir con una ingesta suficiente también se recomienda estimular el interés por la comida, que, además de ser variada, debe incluir presentaciones que atraigan a su consumo (119). En niños y niñas con apetito conservado y sin complicaciones médicas, se aportan entre 150 y 200 Kcal/kg/día (33). La indicación de consumo de suplementos nutricionales que aporten a la recuperación nutricional será realizada por el licenciado en Nutrición, el pediatra o el médico a cargo en los casos en que la alimentación que se ofrece no es capaz de cubrir las necesidades nutricionales.
- Desde el año 2007, la OMS y UNICEF (123) recomiendan la utilización en niños y niñas con desnutrición aguda (moderada y severa) y sin complicaciones el consumo de un alimento terapéutico listo para usar (ATLU), debido a las dificultades que se pueden presentar para alcanzar los requerimientos energéticos y de nutrientes combinando sólo alimentos.
- El incremento del conocimiento y la comprensión de la persona gestante, cuidadoras y familias sobre la importancia de una alimentación saludable mediante consejería nutricional válida y pertinente a las posibilidades reales de cada hogar y que considere también soluciones a largo plazo para lograr una alimentación saludable pero adecuada al contexto. En este sentido,

es importante integrar y aplicar intervenciones sensibles a la nutrición que permitan actuar sobre los factores domésticos, ambientales, socioeconómicos y culturales determinantes de la desnutrición. A modo de ejemplo, se deben brindar herramientas para la aplicación de prácticas domésticas adecuadas para la prevención de infecciones transmitidas por los alimentos, como el correcto lavado de manos o la preparación y la conservación adecuadas de los alimentos.

- El abordaje de ciertos factores sociales y emocionales asociados a la relación de niños y niñas con la comida, tales como el valor de un entorno agradable al momento de consumir, que no presente agentes distractores como las pantallas y donde se permita que coman por sí mismos, explorando los alimentos y dedicando el tiempo necesario. Asimismo, se desaconseja mostrar ansiedad cuando existen dificultades para consumir la totalidad de la comida ofrecida o el permanecer períodos excesivos de tiempo intentando que el niño o la niña coma. Los residuos se deben retirar sin demostrar signos de frustración, reforzando positivamente los progresos que vaya experimentando (119). La alimentación debe ser proporcionada a demanda, varias veces al día, considerando el apetito del niño o niña, que es un reflejo de su estado general y se utiliza como guía y signo clínico (33).

## Orientaciones para la consulta nutricional durante el embarazo

En las personas gestantes que presentan malnutrición por déficit es necesario planificar la intervención nutricional de acuerdo al diagnóstico nutricional. Según el Ministerio de Salud Pública, las mujeres con un IMC menor a 18,5 kg/m<sup>2</sup> deben aumentar el consumo energético para lograr una adecuada ganancia de peso. Existen diferentes métodos para la determinación del requerimiento energético, que pueden ser consultados en las pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia (91). En caso de uso de suplementos nutricionales en mujeres con desnutrición, la reciente guía ministerial recomienda el uso de suplementos energéticos y proteicos.

## Controles en salud

Las personas gestantes y los niños y niñas con desnutrición deberán tener un seguimiento cercano de su evolución mediante un vínculo efectivo con el centro de salud, lo que incluye:

- Control médico y nutricional mensual de la persona gestante con desnutrición. De acuerdo al grado de la desnutrición, el equipo de salud establecerá otra frecuencia de consulta.
- Control médico y nutricional semanal o quincenal de los niños y las niñas, dependiendo de la gravedad de la desnutrición y las morbilidades asociadas. Los controles deben continuar a intervalos periódicos para reevaluar el estado clínico y el progreso hasta que se cumplan los criterios de recuperación antropométrica y clínica.

**Los niños y las niñas que no presenten un progreso esperado en dos o tres semanas, con un descenso o estancamiento en su crecimiento o que no logren sus objetivos antropométricos en ocho semanas, deben ser reevaluados para determinar la causa y un nuevo tratamiento o derivación a otro nivel de atención en salud (33).**

- Visitas domiciliarias mensuales con seguimiento nutricional.
- Notificación al equipo multidisciplinario de la policlínica en el caso de identificar niños, niñas o mujeres embarazadas que se ausenten a dos controles nutricionales consecutivos.
- Promoción de la vinculación con otros programas de apoyo social y seguimiento de la efectivización de los vínculos.

**Tabla 6.**  
Monitoreo de los niños y las niñas en manejo ambulatorio

Parámetro	Admisión	Seguimiento	
		Etapa inicial*	Etapa de continuación
<b>Frecuencia de las consultas</b>	Primera vez	Semanal	Quincenal como mínimo; se ajustará de acuerdo al contexto
<b>Peso</b>	x	x	x
<b>Edema</b>	x	x	x
<b>Talla y PC</b>	Admisión	Al mes	Mensual
<b>PB</b>	x	x	x
<b>Examen físico completo</b>	x	x	x

Parámetro	Admisión	Seguimiento	
		Etapa inicial*	Etapa de continuación
Complicaciones médicas	X	X	X
Evaluar y asesorar alimentación/lactancia	X	X	X
Planificar visitas domiciliarias	X	X	X

\*Comprende las cuatro primeras semanas de tratamiento nutricional en caso de una respuesta deseada. Fuente: Adaptado de UNICEF (2020) (33).

## Criterios para el alta

El alta en la persona gestante o el niño o niña requiere de una evaluación integral que incluya parámetros clínicos, antropométricos, alimentarios y bioquímicos (definidos por el pediatra o médico tratante).<sup>4</sup>

Es importante tener en cuenta que el alta de la desnutrición no está definida únicamente por criterios antropométricos (es decir, por alcanzar los parámetros ideales), sino que su abordaje integral necesita de la evaluación de aspectos sociofamiliares, del estado de salud y de la posibilidad real de cuidado y seguimiento posteriores al alta.

A modo orientativo, UNICEF marca la necesidad de tener en cuenta: la calidad de la atención médica y nutricional, la gravedad de los casos, el grado de seguridad alimentaria de los hogares, la presencia de enfermedades agudas o complicaciones médicas y otras barreras sociales o familiares que pongan en riesgo la vida del niño o la niña.

4 En los casos de desnutrición, los déficits de micronutrientes habituales están vinculados a alteraciones nutricionales de vitamina A, vitamina C, hierro, zinc, vitamina D, vitaminas del complejo B y folato (33).

**Tabla 7.**  
Criterios de alta durante el embarazo y en la infancia

Criterio	Condiciones
<b>Antropométrico</b>	<p>En personas gestantes: IMC adecuado para la edad gestacional y/o aumento de peso progresivo acorde a la etapa del embarazo.</p> <p>En niños y niñas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la admisión se realizó por P/T: puntaje Z de P/T <math>\geq -1</math> DE de la mediana en 2 visitas consecutivas.</li> <li>• Si admisión por PB: perímetro braquial <math>\geq 125</math> mm en 2 visitas consecutivas y puntaje Z de P/T <math>\geq -1</math> DE de la mediana en 2 visitas consecutivas.</li> <li>• Si admisión se realizó por edema de origen nutricional: sin edema durante 2 visitas consecutivas y P/T <math>\geq -1</math> DE de la mediana.</li> <li>• Si la admisión se realizó por T/E: puntaje Z de T/E <math>\geq -2</math> DE de la mediana en 2 visitas consecutivas.</li> </ul>
<b>Clínico</b>	Ausencia de complicaciones médicas agudas.
<b>Alimentario</b>	Apetito conservado y alimentación adecuada.

Fuente: Adaptado de UNICEF (2020) (33).

## Seguimiento posterior al alta

Las personas gestantes y los niños y niñas dados de alta deben ser seguidos periódicamente para evitar recaídas. Deben ser considerados los siguientes criterios:

- Vigilancia alimentario-nutricional integral de la persona gestante.
- Vigilancia alimentario-nutricional del crecimiento y el desarrollo infantil.
- Generación de vínculo con programas sociales, educativos o alimentarios, en caso de corresponder.





## Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. París: Naciones Unidas; 1948.
2. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra: Naciones Unidas; 1989.
3. Indart Rougier P, Tuñón I. Derecho a una alimentación adecuada en la infancia: niños, niñas y adolescentes entre 2 y 17 años en la Argentina urbana. Boletín del Observatorio de la Deuda Social Argentina. 2015, 1. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8186>
4. Marshall NE, Abrams B, Barbour LA, Catalano P, Christian P, Friedman JE, et al. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. *Am J Obstet Gynecol*. 2022; 226:607-32.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Ginebra: OMS; 1999.
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La pobreza alimentaria infantil: Privación nutricional en la primera infancia. Informe sobre nutrición infantil, 2024. Resumen. Nueva York: UNICEF; 2024.
7. Organización Panamericana de la Salud. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Washington, DC: OPS; 2021.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Proposed global targets for maternal, infant and young child nutrition. WHO Discussion Paper. [Internet]. [Consultado 16 de julio de 2024]. OMS; 2012. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/events/consultation-on-proposed-global-targets-on-maternal-infant-and-young-child-nutrition/2012-proposed-globaltargets-backgroundpaper-en.pdf?sfvrsn=6a1c2738\\_14](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutritionlibrary/events/consultation-on-proposed-global-targets-on-maternal-infant-and-young-child-nutrition/2012-proposed-globaltargets-backgroundpaper-en.pdf?sfvrsn=6a1c2738_14)
9. Naciones Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2023: Edición especial [Internet]. [Consultado 16 de

- julio de 2024]. Naciones Unidas; 2023. Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210024938>
10. UN-Nutrition. Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development Goals. Nueva York: UN-Nutrition; 2014. Disponible en: <https://www.unnutrition.org/library/briefs/nutrition-and-post-2015-sustainable-development-goals>
  11. Intendencia de Montevideo. Plan ABC. [Internet]. [Consultado 16 de julio de 2024]. Intendencia de Montevideo; 2021. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/plan-abc>
  12. Intendencia de Montevideo. ABC Alimentación [Internet]. [Consultado 16 de julio de 2024]. Intendencia de Montevideo; 2021. Disponible en: <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/personas-y-ciudadania/plan-abc/abc-alimentacion>
  13. Comisión Europea. Responder a la desnutrición en situación de emergencia. s. l.: Comisión Europea; 2013.
  14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Malnutrición [Internet]. [Consultado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
  15. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional edema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years. Ginebra: OMS; 2023.
  16. Ramos G. Desnutrición. En: Loredó A. Medicina interna pediátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
  17. Banco Mundial. Repositioning nutrition as central to development : A strategy for large scale action [Internet]. Washington, DC; 2006. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10986/7409>
  18. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013; 382:427-51.
  19. OMS, UNICEF, PMA. Global nutrition targets 2025: wasting policy brief (WHO/NMH/NHD/14.8). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
  20. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables [Internet]. Santiago de Chile; 2023 [consultado 14 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc3859es>

21. Núñez S, Martínez N, Garibotto G. Encuesta de Nutrición, desarrollo infantil y salud cohorte 2018. Montevideo: MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP; 2020.
22. Girona A, Ares G, Brunet G, Fajardo G. Estado nutricional de niños y niñas beneficiarios del programa de apoyo alimentario del plan ABC. Montevideo: Escuela de Nutrición-Universidad de la República; 2023.
23. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, Caulfield LE, Danaei G. Nutrition impact model study (anthropometry cohort pooling). Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies. *PLoS One*. 2013; 8(5):e64636.
24. Iráizoz Domínguez E. Malnutrición crónica: marco de acción para un abordaje preventivo y multisectorial. s. l.: Acción Contra el Hambre; 2023.
25. FAO, FIDA, OPS, PMA, UNICEF. América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y la nutrición 2023: Estadísticas y tendencias. América Latina y el Caribe - Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2023. Santiago: FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF; 2023.
26. Stein AD, Wang M, Martorell R, Norris SA, Adair LS, Bas I, et al. Growth patterns in early childhood and final attained stature: Data from five birth cohorts from low- and middle-income countries. *American Journal of Human Biology*. 2010; 22:353.
27. Prentice AM, Ward KA, Goldberg GR, Jarjou LM, Moore SE, Fulford AJ, et al. Critical windows for nutritional interventions against stunting. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2013; 97:911.
28. Alderman H, Behrman JR, Glewwe P, Fernald L, Walker S. Evidence of impact of interventions on growth and development during early and middle childhood. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 8): Child and Adolescent Health and Development*. 2017; 79-98.
29. Gluckman PD, Hanson MA, Bateson P, Beedle AS, Law CM, Bhutta ZA, et al. Towards a new developmental synthesis: adaptive developmental plasticity and human disease. *Lancet*. 2009; 373:1654-7.
30. Walker SP, Wachs TD, Grantham-Mcgregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011; 378:1325-38.

31. Lipina SJ, Segretin MS. 6000 días más: evidencia neurocientífica acerca del impacto de la pobreza infantil. *Psicología Educativa*. 2015; 21:107-16.
32. Fine A, Services MKUD of H and H, 2010 undefined. Rethinking MCH: The life course model as an organizing framework. s. l.: US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services; 2010.
33. Goyheneix M, Biglieri A, Figueroa G, Guisande S, Mangialavori G, Pérez M, et al. Manual para el manejo comunitario de la desnutrición aguda [Internet]. Ministerio de Salud Argentina, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, UNICEF. Buenos Aires; 2020 [consultado 13 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/manual-para-el-manejo-comunitario-de-la-desnutricion-aguda>
34. Martín-Rodríguez A, Bustamante-Sánchez Á, Martínez-Guardado I, Navarro-Jiménez E, Plata-SanJuan E, Tornero-Aguilera JF, et al. Infancy dietary patterns, development, and health: An extensive narrative review. *Children (Basel)*. 2022; 9:1072.
35. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). UNICEF Conceptual framework on maternal and child nutrition. Nueva York: UNICEF; 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/113291/file/UNICEF%20Conceptual%20Framework.pdf>
36. Renzaho AMN, Chen W, Rijal S, Dahal P, Chikazaza IR, Dhakal T, et al. The impact of unconditional child cash grant on child malnutrition and its immediate and underlying causes in five districts of the Karnali Zone, Nepal – A trend analysis. *Archives of Public Health [Internet]*. 2019 [consultado 29 de marzo de 2024];77. Disponible en: <http://pmc/articles/PMC6540561/>
37. Mate A, Reyes-Goya C, Santana-Garrido Á, Sobrevia L, Vázquez CM. Impact of maternal nutrition in viral infections during pregnancy. *Biochim Biophys Acta Mol Ba-sis Dis*. 2021; 1867:166231.
38. Lifshitz F. Nutrition and growth. *J Clin Res Ped Endo*. 2009; 1:157-63.
39. Jelenkovic A, Ortega-Alonso A, Rose RJ, Kaprio J, Rebato E, Silventoinen K. Genetic and environmental influences on growth from late childhood to adulthood: A longitudinal study of two Finnish twin cohorts. *American Journal of Human Biology*. 2011; 23:764-73.
40. Lifshitz F. Nutrición y crecimiento. En: Paige DM (ed.). *Nutrición clínica Suplemento de nutrición y crecimiento*. St. Louis: CV Mosby; 1985. p. 40-7.

41. Schell LM, Gallo MV, Ravenscroft J. Environmental influences on human growth and development: Historical review and case study of contemporary influences. *Annals of Human Biology*. 2009; 36:459-77.
42. Balasundaram P, Avulakunta ID. Human growth and development. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [consultado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567767/>
43. Danaei G, Andrews KG, Sudfeld CR, Fink G, McCoy DC, Peet E, et al. Risk factors for childhood stunting in 137 developing countries: A comparative risk assessment analysis at global, regional, and country levels. *PLoS Medicine*. 2016 [consultado 30 de marzo de 2024]; 13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802277/>
44. García Cruz LM, González Azpeitia G, Reyes Suárez D, Santana Rodríguez A, Loro Ferrer JF, Serra-Majem L. Factors associated with stunting among children aged 0 to 59 months from the central region of Mozambique. *Nutrients* [Internet]. 2017 [consultado 30 de marzo de 2024]; 9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498315/>
45. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. Nueva York: UNICEF; 2019.
46. Engle PL, Menon P, Haddad L. Care and nutrition: Concepts and measurement. *World Development*. 1999; 27:1309.
47. Anato A, Baye K, Tafese Z, Stoecker BJ. Maternal depression is associated with child undernutrition: A cross-sectional study in Ethiopia. *Maternal & child nutrition* [Internet]. 2020 [consultado 29 de marzo de 2024]; 16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31833231/>
48. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89:607-15.
49. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Para cada infancia, nutrición. Estrategia de nutrición de UNICEF para 2020-2030. Nueva York: UNICEF; 2020.
50. Ramírez VG, Alberto M, García B. Guía de atención a la desnutrición. Bogotá: Ministerio de Salud; s. f.
51. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review. *Nutrition*. 2022; 96:111565.

52. Grabois F, Miari F. Anexo: Desnutrición infantil. Neuquén: Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén; 2021.
53. Merrick J. Child health and human development over the lifespan. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2013 [consultado 31 de marzo de 2024];1. Disponible en: <http://pmc/articles/PMC3854993/>
54. Adair LS, Fall CHD, Osmond C, Stein AD, Martorell R, Ramirez-Zea M, et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet*. 2013; 382:525-34.
55. Toh-Adam R, Srisupundit K, Tongsong T. Short stature as an independent risk factor for cephalopelvic disproportion in a country of relatively small-sized mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 285:1513-6.
56. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013; 382:452-77.
57. Cameron N, Bogin B. Human growth and development. Londres: Academic Press; 2021.
58. Varela Arévalo MT, Tenorio Banguero ÁX, Duarte Alarcón C, Varela Arévalo MT, Tenorio Banguero ÁX, Duarte Alarcón C. Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 2018; 22:183-92.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). Complementary feeding - Infant and young child feeding [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [consultado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/>
60. Shenoy S, Sharma P, Rao A, Aparna N, Adenikinju D, Iloegbu C, et al. Evidence-based interventions to reduce maternal malnutrition in low and middle-income countries: a systematic review. *Front Health Serv*. 2023; 3:115928.
61. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternal mortality [Internet]. [Consultado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
62. Daba G, Beyene F, Fekadu Gemedo H, Berra WG. Assessment of knowledge of pregnant mothers on maternal nutrition and associated factors in Guto Gida Woreda, East Wollega Zone, Ethiopia. *Journal of Nutritional Disorders & Therapy*. 2013; 3:235.

63. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Ginebra; 2019 [consultado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241516488>
64. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *Lancet*. 2018; 391:1842-52.
65. Allen LH, Peerson JM, Maternal micronutrient supplementation study group. Impact of multiple micronutrient versus iron-folic acid supplements on maternal anemia and micronutrient status in pregnancy. *Food Nutr Bull*. 2009; 30:S527-532.
66. Darnton-Hill I, Mkparu UC. Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries. *Nutrients*. 2015; 7:1744-68.
67. Osrin D, de L Costello AM. Maternal nutrition and fetal growth: practical issues in international health. *Semin Neonatol*. 2000; 5:209-19.
68. Mavalankar DV, Trivedi CC, Gray RH. Maternal weight, height and risk of poor pregnancy outcome in Ahmedabad, India. *Indian Pediatr*. 1994; 31:1205-12.
69. De-Regil LM, Harding KB, Roche ML. Preconceptional nutrition interventions for adolescent girls and adult women: Global guidelines and gaps in evidence and policy with emphasis on micronutrients. *J Nutr*. 2016; 146:1461S-70S.
70. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*. 2014; 11 Suppl 3:S3.
71. Neggers Y, Goldenberg RL, Cliver SP, Hoffman HJ, Cutter GR. The relationship between maternal and neonatal anthropometric measurements in term newborns. *Obstet Gynecol*. 1995; 85:192-6.
72. Hemalatha R, Radhakrishna KV, Kumar BN. Undernutrition in children & critical windows of opportunity in Indian context. *Indian J Med Res*. 2018; 148:612-20.
73. Sachdev H. Low Birth Weight in South Asia. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2001; 21:1.
74. Mason JB, Saldanha LS, Ramakrishnan U, Lowe A, Noznesky EA, Girard AW, et al. Opportunities for improving maternal nutrition and birth outcomes: synthesis of country experiences. *Food Nutr Bull*. 2012; 33:S104-137.



75. Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW, et al. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346:f3443-f3443.
76. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*. 1986; 1:1077-81.
77. Barker DJ. The fetal and infant origins of disease. *Eur J Clin Invest*. 1995; 25:457-63.
78. Vickers MH. Early life nutrition, epigenetics and programming of later life disease. *Nutrients*. 2014; 6:2165-78.
79. Li Y, Ley SH, Tobias DK, Chiuve SE, VanderWeele TJ, Rich-Edwards JW, et al. Birth weight and later life adherence to unhealthy lifestyles in predicting type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. 2015; 351:h3672.
80. UNICEF. UNICEF Programming Guidance. Prevention of malnutrition in women before and during pregnancy and while breastfeeding. Nueva York: UNICEF; 2021.
81. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC, et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet Global Health*. 2015; 3:e681-91.
82. Birhanu F, Yitbarek K, Bobo FT, Atlantis E, Woldie M. Undernutrition in children under five associated with wealth-related inequality in 24 low- and middle-income countries from 2017 to 2022. *Sci Rep*. 2024; 14:3326.
83. UNICEF. Informe anual de UNICEF 2022 [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2023 [consultado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/informes/informe-anual-unicef-2022>
84. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, Onis M de, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. 2008; 371:243-60.
85. CEPAL. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2007 [consultado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3583-costo-hambre-impacto-social-economico-la-desnutricion-infantil-centroamerica>
86. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2016 [consultado



- 18 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/250796>
87. Atalah E, Castillo C, Castro R, Aldea A. Proposal of a new standard for the nutritional assessment of pregnant women. *Rev Med Chil.* 1997; 125:1429-36.
  88. Leyton Blanca C. Nutrición y alimentación en la gestante [Internet]. Santiago: Departamento de Nutrición y Alimentos, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Ministerio de Salud; 2019. Disponible en: <https://diprece.min-sal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.05.27-VC-Nutrici%C3%B3n-y-alimentaci%C3%B3n-gestante.pdf>
  89. Scott C, Andersen CT, Valdez N, Mardones F, Nohr EA, Poston L, et al. No global consensus: a cross-sectional survey of maternal weight policies. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014; 14:167.
  90. Atalah SE. Una nueva referencia internacional de crecimiento infantil. *Revista Chilena de Pediatría.* 2007; 78:186-92.
  91. Ministerio de Salud Pública (MSP). Pautas de atención nutricional de la mujer durante el embarazo y la lactancia. Montevideo: MSP; 2024. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP\\_ATENCION\\_NUTRICIONAL\\_MUJER\\_DURANTE\\_EMBARAZO\\_LACTANCIA.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ATENCION_NUTRICIONAL_MUJER_DURANTE_EMBARAZO_LACTANCIA.pdf)
  92. Organización Mundial de la Salud (OMS). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra: OMS; 1995.
  93. Ministerio de Salud Pública. Evaluación del crecimiento del niño y la niña desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Montevideo: MSP; 2007.
  94. ¿Qué es la desnutrición crónica? Causas y tratamiento | Acción contra el Hambre [Internet]. [Consultado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://accioncontraelhambre.org/es/desnutricion-cronica-que-es>
  95. Briend A, Alvarez JL, Avril N, Bahwere P, Bailey J, Berkley JA, et al. Low mid-upper arm circumference identifies children with a high risk of death who should be the priority target for treatment. *BMC Nutrition.* 2016; 2:1-12.
  96. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) Centroamérica, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Conceptos básicos. [Internet]. [Consultado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.fao.org/in-action/pesa-centroamerica/temas/conceptos-basicos/es/>

97. Organización Mundial de la Salud (OMS). Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento [Internet]. [Consultado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.3>
98. Organización Mundial de la Salud (OMS). Vitamin and mineral requirements in human nutrition [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [Consultado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42716>
99. Development Initiatives. 2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition. Bristol: Development Initiatives; 2018.
100. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, OMS. The state of food security and nutrition in the world 2019. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. [Internet]. Roma: FAO; 2019 [Consultado 20 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world-2019>
101. Oh C, Keats EC, Bhutta ZA. Vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2020; 12:491.
102. Zinder R, Cooley R, Vlad LG, Molnar JA. Vitamin A and Wound Healing. *Nutr Clin Pract*. 2019; 34:839-49.
103. Shulpekova Y, Nechaev V, Kardasheva S, Sedova A, Kurbatova A, Bueverova E, et al. The concept of folic acid in health and disease. *Molecules*. 2021; 26:3731.
104. Thornton KA, Mora-Plazas M, Marín C, Villamor E. Vitamin A deficiency is associated with gastrointestinal and respiratory morbidity in school-age children. *J Nutr*. 2014; 144:496-503.
105. Chandra J. Iron supplementation in infancy: Which preparation and at what age to begin? *Indian Pediatrics*. 2024; 61:616-8.
106. Ortega RM, Martínez RM, López-Sobaler AM, Andres P, Quintas ME. Influence of calcium intake on gestational hypertension. *Ann Nutr Metab*. 1999; 43:37-46.
107. Christian P, Mullany LC, Hurley KM, Katz J, Black RE. Nutrition and maternal, neonatal, and child health. *Semin Perinatol*. 2015; 39:361-72.
108. Ahmed F. Micronutrients and pregnancy. *Nutrients*. 2022; 14:585.

109. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nutrición de las mujeres en el período pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2012.
110. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003.
111. World Project International. Community-based management of acute malnutrition [Internet]. 2017 [Consultado 26 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.wvi.org/nutrition/publication/community-based-management-acute-malnutrition>
112. Black R, et al. Maternal and child nutrition: building momentum for impact. *The Lancet*. 2013; 382(9890):3372-375.
113. Zugasti Murillo A. Intolerancia alimentaria. *Endocrinol Nutr*. 2009; 56:241-50.
114. Ruíz Sánchez JG. Una visión global de las reacciones adversas a alimentos: alergias e intolerancia alimentaria. *Nutr Hosp* [Internet]. 2018 [consultado 30 de julio de 2024]; 35. Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/2134>
115. Macías Rosales R. Alteraciones nutricias y gastroenterológicas en el niño con desnutrición secundaria. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010; 75:212-3.
116. Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: definiciones y métodos de medición. Ginebra: OMS, UNICEF. 2022.
117. Ministerio de Salud Pública. Guía alimentaria para la población uruguaya. Para una alimentación saludable, compartida y placentera. Montevideo: MSP; 2014.
118. Ministerio de Salud Pública. Guía de alimentación complementaria. Montevideo: MSP; 2016.
119. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Retraso ponderal. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; s. f.
120. Golden MH. Proposed recommended nutrient densities for moderately malnourished children. *Food and nutrition bulletin* [Internet]. 2009 [consultado 12 de mayo de 2024]; 30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19998863/>
121. Zayas G, Chávez H, Roque P. Manual para la atención alimentaria y nutricional a embarazadas en hogares maternos. La Habana: INHEM, MINSAP, UNICEF; 2023.

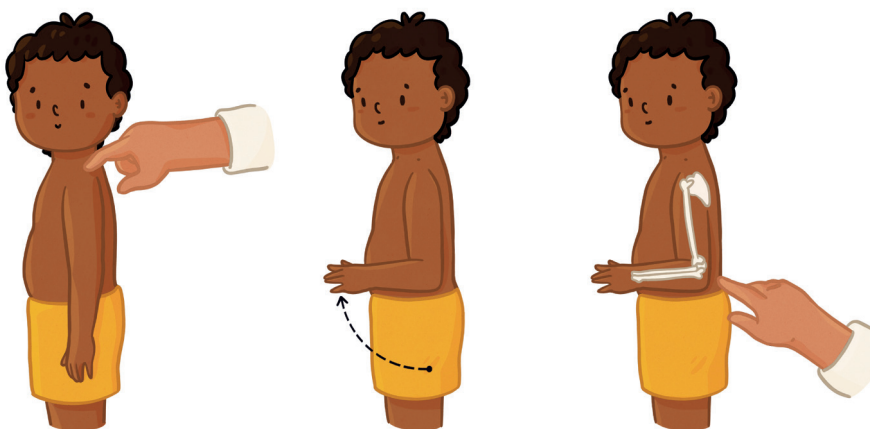
122. FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma; FAO; 2017.
123. Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (CSA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Community-based management of severe acute malnutrition: a joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Childrens Fund. Ginebra: OMS, 2007. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/44295>

## Anexo 1

### Medición del perímetro braquial<sup>5</sup>

La medición del perímetro del brazo o perímetro braquial es rápida y simple, pero es necesario aplicar la técnica apropiada para evitar variaciones en las mediciones. Se utiliza una cinta métrica especialmente diseñada para tal efecto o una cinta métrica inextensible.

#### Paso 1: Determinar el punto medio en el brazo



Para ello es necesario descubrir el brazo izquierdo del niño y posteriormente:

1. Identificar el extremo del hueso del hombro (acromion).
2. Solicitar que el niño o niña doble el brazo en un ángulo de 90 grados.
3. Identificar el extremo saliente del codo (olécranon).
4. Con la cinta, por detrás del brazo, medir la distancia entre el extremo saliente del hombro y del codo.
5. Marcar con un lápiz dermatográfico la mitad de la distancia que midió.

5 Fuente: UNICEF (2020) (33).

## Paso 2: Medir el PB

1. El brazo se debe extender de manera natural y luego la cinta se debe colocar horizontalmente sobre la piel de alrededor del brazo en la marca realizada, con precaución de no estar apretando o dejándola muy suelta.
2. Cuando la cinta esté en la posición correcta, manteniendo el brazo extendido y relajado, se realiza la medición al 0,1 cm más cercano. En el caso de contar con las cintas especialmente diseñadas, se lee el número que aparece en la ventana en el lugar donde se encuentra la flecha.

## Paso 3: Repetición de la medición para validación



1. La medición se debe repetir.
2. Se comparan los resultados y si existe una diferencia de más de 3 mm (0,3 centímetros) la medida debe ser tomada una tercera vez.
3. Se promedian los dos valores que estén dentro de la variabilidad permitida y se registra el dato.





## Anexo 2

# Técnica para evaluar la presencia de edema de origen nutricional<sup>6</sup>

La técnica incluye una serie de pasos que se detallan a continuación.

### Paso 1

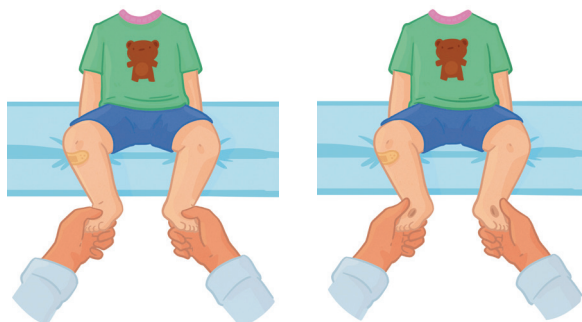
Sostener los pies del niño o niña y presionar con los pulgares, contar hasta 3 segundos y luego levantar los pulgares. Si no se muestra una fóvea (depresión) o si la fóvea sólo queda marcada en un pie, no hay edema nutricional bilateral. Si aparece una fóvea en ambos pies, continuar la evaluación con el paso 2.

### Paso 2

Continuar con la misma prueba en la parte inferior de las piernas, las manos y la parte inferior de los brazos. Si no aparecen fóveas en estas áreas, entonces se dice que el niño o niña tiene un edema bilateral leve o de grado 1 (+): el edema nutricional leve se presenta sólo en los pies. Si aparecen fóveas en estas otras áreas, continuar con el paso 3.

### Paso 3

Evaluar si hay edema en la cara, especialmente alrededor de los ojos. Si no hay edema en la cara, entonces se dice que el niño o niña tiene edema nutricional moderado o de grado 2 (++). Si hay edema en la cara, se dice que tiene edema nutricional severo o grado 3 (+++).



6 Fuente: UNICEF (2020) (33).



## Anexo 3

# Estrategias para incrementar el aporte energético y de nutrientes

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la lactancia materna hasta los 2 años o más.
- Incluir en todas las comidas productos lácteos (leche o queso) o carnes o huevos, para lograr un adecuado aporte de alimentos de origen animal.
- A modo de ejemplo, agregar a las comidas los siguientes alimentos para incrementar el aporte energético o nutricional:
  - Leche en preparaciones como cremas, sopas, salsas, licuados.
  - Aceites a purés, polenta, cremas, sopas, licuados y postres.
  - Queso rallado o en pequeños trozos a purés, sopas, cremas, pasta, sopas, guisos, tortillas y polenta entre otros.
  - Huevo cocido cortado, rallado o triturado en ensaladas, rellenos, con arroz, pastas, papas, sopas y purés, entre otros.
  - Legumbres a sopas, guisos, ensaladas.
  - Rebozados (harina y huevo) y empanados (pan rallado) a verduras, papas, carnes, pescados.
  - Avena a purés, postres u otras preparaciones
  - Procurar acompañar las verduras con huevo o carne.
  - Agregar azúcar, dulce o mermelada en cantidad moderada a licuados y postres.
  - Mezclar alimentos básicos como arroz, maíz o papa con verduras, legumbres o carnes.
  - Añadir aceite o manteca a panes, purés, fideos, guisos, salsas y postres.



Esta guía tiene como objetivo aportar al abordaje ambulatorio de la desnutrición materno-infantil a través de la definición de estrategias útiles, basadas en evidencia científica, para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, con una mirada integral. Representa un insumo para la mejora continua de la calidad de las prácticas asistenciales de los equipos de salud de las policlínicas de la Intendencia de Montevideo.

Busca dar continuidad al trabajo desarrollado en el contexto del Programa de Apoyo Alimentario del Plan de Emergencia Apoyo Básico a la Ciudadanía (ABC) de la Intendencia de Montevideo, cuyo propósito es mejorar el estado nutricional de embarazadas, niños y niñas mediante el acompañamiento profesional a las familias beneficiarias.



ISBN: 978-9915-689-28-9

