

**Instructivo de llenado del  
Formato de Control Nutricio para Adolescentes con Mala Nutrición (Bajo Peso, Sobrepeso u Obesidad)**

**(SINBA-SIS-41-P)**

**VERSIÓN 2025**



**Dirección General de Información en Salud**

Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud

# PREFACIO

## Información de contacto

Para mayor información sobre el documento que se muestra a continuación, favor de contactar a la Dirección General de Información en Salud, ubicada en Homero #213 Piso 11, Colonia Chapultepec Morales, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11570, Ciudad de México, Teléfono. +52 (55) 5514 5964, 5208 4929, o bien, por medio de correo electrónico a dgis@salud.gob.mx con el asunto “Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición (Bajo peso, Sobrepeso u Obesidad), (SINBA-SIS-41-P) Versión 2025”.

Tabla de contenido

[1 PREFACIO 1](#_Toc184395835)

[1.1 Información de contacto 1](#_Toc184395836)

[2 PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO 4](#_Toc184395837)

[2.1 Introducción y Marco normativo 4](#_Toc184395838)

[2.2 Objetivos 5](#_Toc184395839)

[2.3 Audiencia 5](#_Toc184395840)

[2.4 Alcance 5](#_Toc184395841)

[2.5 Justificación 8](#_Toc184395842)

[2.6 Términos y Definiciones 10](#_Toc184395843)

[3 Referencias 12](#_Toc184395844)

[3.1 Ligas Web 12](#_Toc184395845)

[3.2 Bibliografía 12](#_Toc184395846)

[3.3 Archivos anexos 12](#_Toc184395847)

[4 FORMATO DE CONTROL NUTRICIO PARA ADOLESCENTES CON MALA NUTRICIÓN (BAJO PESO, SOBREPESO U OBESIDAD) (SINBA-SIS-41-P) 13](#_Toc184395848)

[4.1 Formato 13](#_Toc184395849)

[4.1.1 ANVERSO 13](#_Toc184395850)

[4.1.2 REVERSO 14](#_Toc184395851)

[5 Descripción del FORMATO DE CONTROL NUTRICIO PARA ADOLESCENTES CON MALA NUTRICIÓN (BAJO PESO, SOBREPESO U OBESIDAD) 15](#_Toc184395852)

[5.1 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD 15](#_Toc184395853)

[5.2 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL 16](#_Toc184395854)

[5.3 FECHA DE INGRESO 16](#_Toc184395855)

[5.4 DATOS DE IDENTIFICACIÓN 16](#_Toc184395856)

[5.5 ANTECEDENTES 16](#_Toc184395857)

[5.6 CONTROL DE CITAS 18](#_Toc184395858)

[5.7 EXÁMENES DE LABORATORIO 19](#_Toc184395859)

[5.8 VALORES DE REFERENCIA 19](#_Toc184395860)

[5.9 BAJA DE CONTROL 19](#_Toc184395861)

[6 INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P) 21](#_Toc184395862)

[6.1 INSTRUCCIONES GENERALES 21](#_Toc184395863)

[6.2 ANVERSO 22](#_Toc184395864)

[6.3 INGRESO A CONTROL 22](#_Toc184395865)

[6.4 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD 22](#_Toc184395866)

[6.5 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS 23](#_Toc184395867)

[6.6 DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 23](#_Toc184395868)

[6.7 FICHA DE INGRESO 25](#_Toc184395869)

[6.8 ANTECEDENTES 25](#_Toc184395870)

[6.9 FAMILIARES: 25](#_Toc184395871)

[6.10 PERSONALES: 25](#_Toc184395872)

[6.11 CONTROL DE CITAS 26](#_Toc184395873)

[6.12 VISITA DOMICILIARIA 36](#_Toc184395874)

[6.13 REVERSO 37](#_Toc184395875)

[6.14 EXÁMENES DE LABORATORIO: 37](#_Toc184395876)

[6.15 BAJA MOTIVO Y FECHA 37](#_Toc184395877)

# PRESENTACIÓN DEL INSTRUCTIVO

## Introducción y Marco normativo

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.

En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, la cual tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud y, en el numeral 6.1 prevé que la Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SNIBMS) y, dentro sus atribuciones, tiene la facultad de fungir como el concentrador de toda la información que agrupan y difunden dichos Sistemas.

Por lo anterior, las y los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar la Información en Salud de acuerdo a lo establecido y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, entregar en tiempo y forma la información estadística y documentación base en los formatos y/o procedimientos determinados por la DGIS y por los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales deben alinearse al uso de los catálogos de las clasificaciones nacionales e internacionales.

Contando con la validación y en su caso concentración para los componentes del SINAIS que así lo requieran por parte de los Servicios Estatales de Salud para su envío a la DGIS.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la DGIS y para la información de vigilancia epidemiológica, por conducto de la Dirección General de Epidemiología, de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables, impulsando la coordinación de las y los integrantes del SNS.

Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, tiene por objeto regular los Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud, así como establecer los mecanismos para que las personas Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud registren, intercambien y consoliden información, la cual debe aplicarse de manera obligatoria en todo el territorio nacional para todos los establecimientos que presten servicios de atención médica que formen parte del Sistema Nacional de Salud que adopten un Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES), garantizando la confidencialidad de la identidad de las y los pacientes así como la integridad y confiabilidad de la información clínica, por lo que los prestadores de salud que utilicen SIRES deben tomar las medidas de seguridad (acciones, actividades, controles o mecanismos administrativos, técnicos y físicos) necesarias que garanticen la protección y confidencialidad de los datos personales y datos personales sensibles de las y los pacientes a fin de evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar la esfera jurídica del titular de la información, cumpliendo también con lo establecido en el primer capítulo de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.

## Objetivos

* Mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa para el control nutricio para adolescentes con mala nutrición, con el fin de mejorar la calidad de la información registrada.
* Guiar al personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS para que resuelvan las dudas que surjan durante la jornada laboral.

## Audiencia

Este documento está dirigido al personal prestador de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud en México que intervienen en alguna etapa del proceso de registro, captura y utilización de los datos estadísticos procedentes del SIS, específicamente el personal responsable de realizar y verificar el adecuado llenado del Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición (Bajo peso, Sobrepeso u Obesidad).

## Alcance

Disponer de información sobre la forma en que se presentan y atienden los distintos episodios de atención en el área de consulta externa en los establecimientos de salud, consolidándola para la toma de decisiones en las distintas áreas dentro y fuera de la institución, desde la cobertura geográfica de cada unidad médica hasta el nivel nacional o internacional.

La utilización de este formato se aplicará con base ~~a~~ en los Tipos de Unidad que se encuentran en la siguiente tabla, la cual es enunciativa y no limitativa:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLAVE DE LA INSTITUCION** | **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | **CLAVE DE TIPOLOGIA** | **NOMBRE DE TIPOLOGIA** | **CLAVE DE SUBTIPOLOGIA** | **NOMBRE DE SUBTIPOLOGIA** |
| **CLAVE** | **NOMBRE** |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | A | RURAL DE 01  NUCLEO BASICO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | B | RURAL DE 02  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | C | RURAL DE 03  NUCLEOS BASICOS Y MAS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | CAP | CENTROS AVANZADOS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD (CAAPS) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | CES | CENTROS DE SALUD CON SERVICIOS AMPLIADOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | D | URBANO DE 01  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | E | URBANO DE 02  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | F | URBANO DE 03  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | G | URBANO DE 04  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | H | URBANO DE 05  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | I | URBANO DE 06  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | J | URBANO DE 07  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | K | URBANO DE 08  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | L | URBANO DE 09  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | P | UNIDAD MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | Q | URBANO DE 10  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | R | URBANO DE 11  NUCLEOS BASICOS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | S | URBANO DE 12  NUCLEOS BASICOS Y MAS | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | U | CONSULTORIO DELEGACIONAL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | V | UNIDAD MINISTERIO PUBLICO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | W | CASA DE SALUD | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | X | BRIGADA MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | Z | CENTRO DE SALUD CON HOSPITALIZACION | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T09 | CLINICA DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T10 | CLINICA DE ESPECIALIDADES DE DERMATOLOGIA |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T18 | CLINICA DE VARIAS ESPECIALIDADES |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | T99 | CLINICA DE OTRAS ESPECIALIDADES |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | T | CLINICA DE ESPECIALIDADES | CISAM | CENTRO INTEGRAL DE SALUD MENTAL |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE12 | UNEMES SYGUE (SALUD Y GENERO) |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE14 | UNEMES CASA DE LA MUJER |
| **SSA/IMB** | CE | DE CONSULTA EXTERNA | UNE | UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (UNEMES) | UNE99 | UNEMES OTRAS |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | N | HOSPITAL INTEGRAL (COMUNITARIO) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | M | HOSPITAL GENERAL | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | HO | DE HOSPITALIZACION | O | HOSPITAL ESPECIALIZADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | ANT | ANTIRRABICOS (CONTROL CANINO) | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | 99 |  |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | EST02 | PROMOCION DE LA SALUD, TELEMEDICINA, VIH, ETC. |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OFI | OFICINAS ADMINISTRATIVAS | JUR01 | OFICINAS JURISDICCIONALES |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | OTR | OTROS ESTABLECIMIENTOS DE APOYO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| **SSA/IMB** | EA | DE APOYO | P | UNIDAD MOVIL | 99 | NO ESPECIFICADO |

Y en algunas unidades con los siguientes Tipos de unidad para Servicios Médicos Municipales y Servicios Médicos Estatales:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CLAVE DE LA INSTITUCION** | | **TIPO DE ESTABLECIMIENTO** | | | **CLAVE DE TIPOLOGIA** | **NOMBRE DE TIPOLOGIA** | **CLAVE DE SUBTIPOLOGIA** | **NOMBRE DE SUBTIPOLOGIA** | |
| **CLAVE** | | **NOMBRE** |
| SMM | CE | | DE CONSULTA EXTERNA | | 99 | NO ESPECIFICADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| SME | HO | | DE HOSPITALIZACION | | 99 | NO ESPECIFICADO | 99 | NO ESPECIFICADO |
| SME | HO | | DE HOSPITALIZACION | | O | HOSPITAL ESPECIALIZADO | 99 | NO ESPECIFICADO |

## Justificación

El presente instructivo es resultado del proceso de reingeniería del Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) que llevó a cabo la Dirección General de Información en Salud, atendiendo la necesidad de contar con un conjunto de elementos que faciliten la generación de información en salud, oportuna, íntegra, válida, veraz, consistente y con amplia cobertura, para coadyuvar en la toma de decisiones de operación, evaluación y planeación de los servicios para la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, en respuesta a las diferentes necesidades y requerimientos de los Programas de Salud de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como de las Direcciones Generales de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Instituto de Salud para el Bienestar, así como otros organismos descentralizados y/o desconcentrados.

En cumplimiento a lo previsto en la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud, donde refiere que el contar con información oportuna y de calidad permite: a) Reorientar los recursos materiales, financieros y humanos hacia políticas públicas en salud, principalmente preventivas y correctivas; b) Coadyuvar para planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y los diferentes sistemas a cargo de la Secretaría de Salud; c) Proveer la adecuada participación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, a fin de promover el cumplimiento del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; d) Impulsar que se proporcionen servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; y, e) Reforzar las acciones de atención a los problemas sanitarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción de acciones preventivas, fines que se encuentran establecidos de igual manera en la NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años, donde se tiene por objeto, establecer los criterios que deben seguirse para brindar la atención integral a la salud, la prevención y el control de las enfermedades prevalentes en las personas del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad y la promoción de la salud, con perspectiva de género, pertinencia cultural y respeto a sus derechos fundamentales.

Considerando que el proceso de registro de actividades del Informe Mensual no difiere entre las unidades, y que todos los prestadores de servicio que están en contacto con el Sistema de Información en Salud, Subsistema de Prestación de Servicios mejor conocido como SIS tienen la responsabilidad de que el registro de la información sea de carácter obligatorio, oportuno, completo, íntegro y veraz, considerando que la actividad de registro del dato es de suma importancia para el Sistema Nacional de Información en Salud.

Tomando en consideración que los datos estadísticos serán utilizados dentro y fuera de las unidades médicas por usuarios directos e indirectos, así como personal responsable de la toma de decisiones; por ello, los datos registrados deben cumplir con la calidad requerida.

El principal objetivo del presente es mostrar las definiciones operativas, así como las instrucciones para el registro de la información de las atenciones que se otorgan en la consulta externa con el fin de implementar una adecuada atención y seguimiento de nutrición en la población adolescente por medio del “Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición.”

Asimismo, constituye una guía de aprendizaje para el personal de nuevo ingreso durante el periodo de familiarización con el SIS, ya que resuelve las dudas que surjan durante la jornada laboral.

La Dirección General de Información en Salud a través del equipo que conforman la Subdirección de Información Institucional, instruyen la implementación del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) versión 2025, exhortando a los Responsables de los Programas de Salud y a las Áreas de Estadística Estatales y Jurisdicciones Sanitarias difundan y promuevan el presente material y sus instructivos al interior de las unidades médicas y establecimientos de salud.

## Términos y Definiciones

Para los fines de este instructivo y el registro del Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición, se entenderán las siguientes definiciones:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÉRMINO** | **ACRÓNIMO** | **DEFINICIÓN** |
| **Antecedentes familiares** |  | Los miembros de una familia comparten sus genes, el medio ambiente, el estilo de vida y sus costumbres. Los riesgos de desarrollar enfermedades como asma, diabetes, cáncer o afecciones cardíacas también se pueden compartir entre los miembros de una familia. Los factores clave en los antecedentes familiares que pueden aumentar el riesgo son:  - Enfermedades que hayan ocurrido a una edad más temprana de lo común (10 a 20 años antes de la edad en que esta enfermedad suele afectar a otras personas).  - Enfermedades que aparecen en más de un familiar cercano.  - Ciertas combinaciones de enfermedades dentro de una familia (por ejemplo, cáncer de mama y de ovarios o afecciones cardíacas y diabetes).  Si en la familia hay una o varias de estas características, es posible que los antecedentes familiares contengan información importante sobre sus riesgos de ciertas enfermedades. Las personas con antecedentes familiares de cierta enfermedad pueden tener beneficios si cambian su estilo de vida y se someten a pruebas de detección sistemática.  El tema central de la detección del riesgo permite que al enfocarse en el cambio de hábitos y fomentar un estilo de vida saludable para reducir la probabilidad de sufrir una enfermedad. |
| **Antecedentes personales** |  | Permiten conocer los hábitos, intoxicaciones, inmunizaciones y enfermedades de salud que presenta el o la adolescente. |
| **Alimentación adecuada** |  | Alimentación que cumpla con las características de ser nutritiva, suficiente, inocua y culturalmente aceptable. |
| **Bajo Peso** |  | Al estado de nutrición identificado por ser menor a -2 Desviaciones Estándar, respecto a la mediana de la población de referencia, de acuerdo a los patrones de crecimiento de la OMS 2007 |
| **Clave Única de Establecimientos en** | ***BP*** | Identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la DGIS de manera obligatoria en términos de las disposiciones jurídicas aplicables a cada establecimiento de salud (unidad médica fija o móvil, laboratorio, farmacia, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas) que exista en el territorio nacional, sea público o privado, y con la cual se identifica todo lo reportado por el establecimiento a cada uno de los subsistemas de información del SINAIS. |
| **Salud** | ***CLUES*** | Se refiere a contar con información actualizada y basada en la evidencia, para el establecimiento de objetivos, la planificación, el seguimiento y la evaluación de las y los adolescentes con mala nutrición. |
| **Control Nutricio** | ***CN*** | Permiten conocer los hábitos, intoxicaciones, inmunizaciones y enfermedades de salud que presenta el o la adolescente. |
| **Detección** |  | Evidenciar mediante un aparato, estudio, exploración física, medición antropométrica, prueba de laboratorio o prueba de tamizaje, una situación de salud para posteriormente emitir un diagnóstico. |
| **Índice de Masa Corporal** | ***IMC*** | Índice sobre la relación entre el peso y la altura, se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m2). |
| **Micronutrimento** |  | Vitaminas y nutrimentos inorgánicos (minerales) que participan en diversas funciones orgánicas, actuando como enzimas y coenzimas de reacciones metabólicas. |
| **Normal** | ***NL*** | Cuando el indicador de IMC se encuentra entre -2 y +1 de Desviación Estándar, de acuerdo con los valores de referencia de los patrones de crecimiento de la OMS 2007 |
| **Obesidad** | ***OB*** | Cuando el indicador de IMC se encuentra a partir de +2 Desviación Estándar, de acuerdo con los valores de referencia de los patrones de crecimiento de la OMS 2007 |
| **Orientación Alimentaria** | ***OA*** | Conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una alimentación adecuada a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales. |
| **SINBA** | ***SINBA*** | Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. |
| **SIS** | ***SIS*** | Subsistema de Prestación de Servicios del Sistema de Información en Salud. |
| **Sobrepeso** | ***SBP*** | Cuando el indicador de IMC se encuentra mayor a +1 y +2 DE Desviación Estándar, de acuerdo con los valores de referencia de los patrones de crecimiento de la OMS 2007 |

# Referencias

## Ligas Web

En la siguiente página web se puede consultar la versión electrónica del presente instructivo de Llenado del Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición (Bajo peso, Sobrepeso u Obesidad) (SINBA-SIS-41-P) versión 2025 y este Instructivo de llenado que se encuentran en Insumos SIS2025-formatos e Instructivos, dentro de la carpeta “01. Unidad Médica”, al que puede entrar con usuario y contraseña en:

<http://sinba.salud.gob.mx>

## Bibliografía

* NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud.
* NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud
* NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
* NORMA OFICIAL MEXICANA 047-SSA-2015, Para la atención al grupo etario de 10 a 19 años de edad.

## Archivos anexos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Id. | Descripción | Nombre del archivo | Formato / Aplicación para su visualización |
| 019 | Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición (Bajo peso, Sobrepeso u Obesidad)  (SINBA-SIS-41-P) | SINBA-SIS-41-P 2025 | Excel |

# FORMATO DE CONTROL NUTRICIO PARA ADOLESCENTES CON MALA NUTRICIÓN (BAJO PESO, SOBREPESO U OBESIDAD) (SINBA-SIS-41-P)

## Formato

### ANVERSO



### REVERSO



# Descripción del FORMATO DE CONTROL NUTRICIO PARA ADOLESCENTES CON MALA NUTRICIÓN (BAJO PESO, SOBREPESO U OBESIDAD)

El Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición, tiene como objetivo llevar a cabo la atención en nutrición de las y los adolescentes de 10 a 19 años detectados con bajo peso, sobrepeso, obesidad o deficiencia de micronutrimentos como anemia.

Dicho formato está divido en los siguientes apartados:

* Identificación de la unidad
* Datos de Identificación
* Antecedentes familiares y personales
* Control de citas
  + Datos de la consulta
  + Control nutricio
  + Detecciones de riesgo
  + Detección de riesgos cardiovascular
  + Estilo de vida saludable
  + Plan de alimentación estructurado
  + Referido
  + Visita domiciliaria
  + Observaciones
* Exámenes de Laboratorio
* Valores de referencia
* Baja de control

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Este apartado tiene como objetivo recabar los datos correspondientes a la unidad donde el adolescente lleva el control nutricio, las variables a registrar son:

* CLUES
* Nombre de la Unidad
* Localidad
* Municipio
* Jurisdicción
* Entidad

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL

Este apartado tiene como objetivo recabar la información del personal que otorga la atención y está compuesto por las siguientes variables:

* Nombre del prestador de servicios
* Tipo de personal
* Servicio

## FECHA DE INGRESO

En este apartado se capta la fecha en la que se ingresa al paciente a control nutricio.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Este apartado tiene como objetivo obtener los datos más relevantes para la identificación del paciente, las variables a registrar son:

* Expediente
* CURP
* Fecha de nacimiento
* Entidad de residencia
* Sexo biológico
* Nombre
* Primer apellido
* Segundo apellido
* La familia declara pertenecer a un pueblo indígena
* Derechohabiencia
* Población afrodescendiente o afromexicana
* Nombre del acompañante o tutor
* Domicilio
* Teléfono fijo
* Celular del adolescente
* Correo electrónico
* Celular del padre, madre o tutor
* Nombre y firma del personal de salud que ingresa a control nutricio

## ANTECEDENTES

Este apartado tiene como objetivo identificar los antecedentes familiares y personales del adolescente y principalmente los que tienen relación con la mala nutrición.

Familiares

En este apartado identificar los familiares directos (abuelos, padres, tíos, hermanos, ninguno) que han padecido las siguientes enfermedades:

* Enfermedad cardiovascular
* Hipertensión arterial
* Diabetes tipo 2
* Dislipidemias
* Obesidad
* Enfermedad cardiovascular
* Enfermedad renal
* Enfermedad hepática
* Cáncer
* Hipotiroidismo

Personales

En este apartado identificar los antecedentes de la o el adolescente:

* Alimentación materna
* Producto macrosómico
* Crecimiento normal
* Desarrollo normal
* Sedentarismo
* Alcoholismo
* Tabaquismo
* Consumo de otras sustancias
* Anemia
* Esquema de vacunación completo ~~Vacunas completas~~
* Sobrepeso/Obesidad
* Alergias
* Intoxicaciones
* Cirugías
* Discapacidad
* Desnutrición
* Deportista
* Cáncer
* Hipertensión arterial
* Diabetes Mellitus Tipo 1
* Diabetes Mellitus tipo 2
* Dislipidemias
* Enfermedad renal
* Enfermedad hepática
* Hipertiroidismo
* Hipotiroidismo
* Síndrome de Ovario Poliquístico
* Otro

## CONTROL DE CITAS

El objetivo de este apartado es dar el seguimiento y control de la o el adolescente en cada cita, así como registrar las acciones que se realizan en cada una de ellas.

* Fecha
* Edad con años y meses
* Peso en kg
* Talla en metros
* IMC
* Control nutricio
  + Primera consulta
    - Ingreso a control nutricio (Estado de Nutrición)
    - Peso meta a lograr en 6 meses (sólo a partir de 15 años)
  + Consultas subsecuentes
    - Seguimiento (Estado de Nutrición)
    - Recuperación (Estado de Nutrición)
* Detecciones de riesgo
  + Anemia
    - Detección
    - Tratamiento
  + Crecimiento y desarrollo. Estadíos de Tanner
  + Comportamiento alimentario de riesgo
  + Glucosa alterada
* Detección de riesgo cardiovascular
  + Perímetro de cintura en cm
  + Talla en cm
  + Índice cintura-talla
  + Presión arterial (mm/Hg)
  + Perfil de lípidos
    - CT (Colesterol Total)
    - TG (Triglicéridos)
    - HDL
    - LDL
  + Interpretación del riesgo
* Estilo de vida saludable
  + Alimentación
    - Consumo de frutas y verduras
    - Consumo de bebidas azucaradas
    - Comidas fuera de casa
    - Consumo de leguminosas
    - Desayunar
  + Actividad física
    - Actividad física
    - Horas frente a pantalla
  + Integración a un grupo
* Plan de alimentación estructurado
* Referido
* Visita domiciliaria
  + 1a visita domiciliaria
  + 2a visita domiciliaria
  + 3a visita domiciliaria
* Observaciones

## EXÁMENES DE LABORATORIO

El objetivo es realizar estudios cada trimestre, por lo que se han separado en cuatro líneas para cada año, para registrar el resultado de cada determinación o estudio:

* + Fecha
  + Glucosa capilar
* Hemoglobina capilar
* Biometría hemática
  + Hemoglobina
  + Hematocrito
  + Volumen Corpuscular Medio (VCM)
  + Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)
* Química sanguínea
  + Glucosa
  + Creatinina
  + Albúmina
  + Bilirrubina
  + Ácido úrico
* General de orina
  + Glucosa
  + Cuerpos cetónicos
  + Proteínas
  + Hemoglobina
* Hemoglobina glicosilada
* Perfil de lípidos
  + Colesterol Total
  + Triglicéridos
  + C - HDL
  + C - LDL

## VALORES DE REFERENCIA

En esta sección se muestran los valores de referencia para cada estudio o indicador obtenido.

## BAJA DE CONTROL

El objetivo es conocer la razón por la que el paciente no continuará en control nutricio:

* + Motivo
  + Fecha
  + Nombre y firma del médico

# INSTRUCCIONES DE LLENADO DE LA TARJETA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL EMBARAZO, PUERPERIO Y PERIODO DE LACTANCIA (SINBA-SIS-38-P)

## INSTRUCCIONES GENERALES

* El Formato de control nutricio para las y los adolescentes con mala nutrición debe llenarse únicamente si se ingresará al adolescente a un seguimiento o control nutricio, al haber sido detectado previamente con bajo peso, sobrepeso, obesidad o deficiencia de micronutrimentos (específicamente anemia nutricional).
* El ingreso a control nutricio se da a partir de los siguientes pasos:

1. Durante la consulta sin importar el motivo, realizar la evaluación del estado de nutrición por medio del indicador de IMC, si se determina bajo peso (BP), sobrepeso (SOB) u obesidad (OB), iniciar el proceso de sensibilización y concientización sobre el estado nutricio que presenta el o la adolescente.
2. Si el o la adolescente tiene un IMC que corresponde a BP, SOB, OB o durante la consulta el médico tiene sospecha de deficiencia de micronutrimentos, agendar consulta de ingreso a control nutricio en un plazo no mayor a 1 semana.
3. Comprometer y sensibilizar al adolescente y sus madres, padres o tutores a que acudan a la consulta para atender este problema de salud, con la finalidad tratar el estado de mala nutrición en el que se encuentre.
4. De ser posible solicitar estudios de laboratorio que permitan completar el diagnóstico, para que los presente en las consultas de control nutricio (en el reverso del formato, se encuentra el apartado específico para reportar los resultados de los exámenes de laboratorio y en la esquina inferior derecha se encuentran los valores de referencia para población adolescente).
5. La Hoja del “Formato de Control nutricio para Adolescentes con Mala nutrición (Bajo Peso, Sobrepeso u Obesidad)”, deberá encontrarse **integrado en el expediente clínico**, para garantizar su uso cada vez que el adolescente acude a sus consultas de control nutricio, por lo cual no debe colocarse dentro de tarjeteros o similares fuera del expediente, en caso que la unidad de salud cuente con personal de nutrición y se facilite el uso de tarjeteros, se deberá garantizar la correcta organización y actualización del mismo.
6. Al ingreso a control llene todos los datos de identificación de la unidad, del prestador de servicios, el servicio, los datos de identificación del paciente.
7. El formato está diseñado para que se respeten los renglones que representan el control nutricio durante un bloque de 6 meses y corresponde a las citas que el o la adolescente debe acudir.
8. El primer renglón de cita corresponde al ingreso a control nutricio. En el siguiente renglón se registrará la cita de la consulta subsecuente en un plazo no mayor a un mes, es importante sensibilizar sobre el apego al tratamiento y la asistencia a las consultas cada mes para un adecuado control nutricio.
9. En cada consulta se deberá llenar de forma horizontal cada una de las acciones y detecciones que se le realizó al adolescente.
10. Escribir con tinta, utilizar únicamente bolígrafo, no usar plumas con tinta de gel, pluma fuente, plumón o similares, debido a que los trazos pierden claridad y este tipo de tintas tienden a desaparecer con el tiempo. Esta instrucción no aplica para la fecha de siguiente cita o de programación, ya que deberá ser con lápiz, al cumplir el paciente con la cita se reemplaza con tinta.
11. En las celdas abiertas se debe escribir sin abreviaturas, con letra de molde, clara y legible.
12. Para las respuestas en que se requiera anotar números (fechas, peso, edad, etc.) deben usarse números arábigos (0, 1, 2, …, 9).
13. La persona que llene Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición es la responsable de su contenido, por lo que se recomienda llenarlo cuidadosamente, plasmando información completa y veraz, poner atención especial en los campos que son de reporte obligatorio.
14. El Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición, sólo saldrá de la unidad en aquellos casos en que las autoridades jurisdiccionales o estatales así lo soliciten, como mecanismo para captura o de comprobación al momento de la entrega del informe mensual. Posteriormente, el informe deberá quedar a resguardo en la unidad. Proporcione información completa a las visitas de supervisión del SIS.

## ANVERSO

## INGRESO A CONTROL

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

**CLUES*:***

Registre la CLUES de la unidad, con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud, este dato es de carácter **obligatorio,** con el objeto de que pueda ser capturado en el Sistema automatizado; en caso de no contar con dicha clave solicitarla al área de estadística de la Jurisdicción Sanitaria de la cual depende la unidad médica, la CLUES está constituida inicialmente por dos caracteres alfanuméricos que identifican la Entidad Federativa, posteriormente tres caracteres que corresponden a la Institución, después cinco números que identifican al establecimiento y finalmente un número que es un dígito verificador; por lo que cada CLUES debe contener once caracteres en total.

**NOMBRE DE LA UNIDAD:**

Anote el tipo y nombre de la unidad médica con base al Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud.

**LOCALIDAD:**

Anote el nombre de la localidad en donde se encuentra localizada la unidad médica con base al Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**MUNICIPIO:**

Anote el nombre completo del municipio en donde se encuentra localizada la unidad médica con base al Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

**JURISDICCIÓN:**

Registre el nombre de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad médica.

**ENTIDAD:**

Anote el nombre completo de la entidad donde se encuentra la unidad médica con base al Catálogo de entidades federativas, municipios y localidades de INEGI.

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

**NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:**

Registre del nombre completodel personal responsable que llevará a cabo el ingreso al control nutricio.

**TIPO DE PERSONAL:**

Seleccione el tipo de personal que presta el servicio colocando el número según corresponda: **1**.Médica(o) Pasante, **2**.Médica(o) General, **3**.Médica(o) Residente, **4**.Médica(o) Especialista, **5**.Pasante de Enfermería, **6.**Enfermera(o), **7**.Pasante de Nutrición, **8**.Nutrióloga(o), **20**.Licenciada(o) en Enfermería y Obstetricia, **22**. Promotor(a) de Salud.

**SERVICIO*:***

Registre el servicio al que se encuentra asignado el personal que realiza el control nutricio. Registre el número que corresponda: **4**.Consulta Externa General, **7**.Medicina Interna, **8**.Medicina Preventiva, **16**.Pediatría, **22**.Servicio Amigable, **35**.Endocrinología, **43**.Medicina Integrada, **50**.Nutrición, **69**.Medicina familiar, **88**.Otros.

## DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**EXPEDIENTE*:***

Anote el número de expediente del paciente.

**CURP\*:**

Anote el código alfanumérico con los 18 elementos de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del adolescente.

**FECHA DE NACIMIENTO\*:**

Anote la fecha de nacimiento del adolescente día/mes/año, si se desconoce la fecha precisa de nacimiento, escriba 30/06/ y año aproximado de nacimiento.

**ENTIDAD DE RESIDENCIA\*:**

Anote el código de la Entidad Federativa donde reside la o el paciente con base a: **01** Aguascalientes, **02** Baja California, **03** Baja California Sur, **04** Campeche, **05** Coahuila de Zaragoza, **06** Colima, **07** Chiapas, **08** Chihuahua, **09** CDMX, **10** Durango, **11** Guanajuato, **12** Guerrero, **13** Hidalgo, **14** Jalisco, **15** México, **16** Michoacán de Ocampo, **17** Morelos, **18** Nayarit, **19** Nuevo León, **20** Oaxaca, **21** Puebla, **22** Querétaro, **23** Quintana Roo, **24** San Luis Potosí, **25** Sinaloa, **26** Sonora, **27** Tabasco, **28** Tamaulipas, **29** Tlaxcala, **30** Veracruz de Ignacio de la Llave, **31** Yucatán, **32** Zacatecas.

**SEXO BIOLÓGICO:**

Cruce con una "X" la casilla del sexo según condición biológica de nacimiento de la persona según fenotipo sexual del adolescente: Mujer/Hombre/Intersexual.

**NOMBRE(S)\*:**

Anote el(los) nombre(s) del adolescente, debe contener al menos dos letras, este dato es de carácter **obligatorio** para ser capturado en el Sistema Automatizado.

**PRIMERO Y SEGUNDO APELLIDO\*:**

Anote el Primer apellido y/o Segundo apellido; si no cuenta con algún apellido anote “XX” según corresponda, cada uno de sus componentes debe contener al menos dos letras, estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

**LA FAMILIA DECLARA PERTENECER A UN PUEBLO INDÍGENA:**

Pregunte a la madre, padre, tutor o acompañante del adolescente, si la familia considera pertenecer a un pueblo indígena; independientemente de que sea hablante o no de la lengua del pueblo indígena al que pertenece. Marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta.

**DERECHOHABIENCIA:**

Registre el tipo de derechohabiencia y coloque el número según corresponda: **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11**.ISSFAM, **14**.Servicios de Salud IMSS BIENESTAR, **8**.Otra, **99**.Se Ignora

**SE AUTODENOMINA AFROMEXICANO:**

Pregunte a la madre, padre, tutor o acompañante del adolescente, si la familia o la persona se autodenomina Afromexicano. Marque con una “X” en el recuadro correspondiente según la respuesta.

**NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE O TUTOR:**

Anote el nombre completo (nombre(s), primer apellido y segundo apellido) de la madre, padre, tutor o acompañante del adolescente estos datos son de carácter **obligatorio** para ser capturados en el Sistema Automatizado.

**DOMICILIO:**

Solicite el domicilio completo que permita la ubicación de la vivienda donde el adolescente reside actualmente con el propósito de establecerse en ella (se presume el propósito de establecerse en un lugar, cuando se reside por más de seis meses en él); a falta de éste, anotar el domicilio de la vivienda donde puede ser localizado.

* En caso de desconocer la información correspondiente a cualquier variable de este apartado, escribir la leyenda “Se ignora”.
* Anote la calle, número exterior, número interior, lote, manzana, colonia, código postal, municipio, estado y referencias de localización.

**TELÉFONO FIJO:**

Anote el número de telefonía fija con el que cuenta la paciente en su domicilio o donde se pueda localizar al adolescente. El número telefónico debe ser anotado a 10 dígitos, uno en cada espacio.

**CELULAR DEL ADOLESCENTE:**

Anote el número de telefonía celular del adolescente, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

**CELULAR DEL PADRE, MADRE O TUTOR:**

Anote el número de telefonía celular de madre, padre, tutor o acompañante, con los 10 dígitos, si cuenta con él.

**CORREO ELECTRÓNICO:**

Anote la dirección de correo electrónico de la madre, padre, tutor, acompañante o adolescente, si cuenta con ella.

## FICHA DE INGRESO

En la parte superior derecha anote la fecha en que se da inicio al control nutricio a la o el adolescente con mala nutrición por bajo peso, sobrepeso, obesidad o deficiencia de micronutrimentos (anemia).

## ANTECEDENTES

Este apartado tiene como objetivo identificar los antecedentes familiares y personales del adolescente y principalmente los que tienen relación con la mala nutrición.

## FAMILIARES:

Pregunte a la o el adolescente si sus familiares directos como abuelos, tíos, padres o hermanos, han padecido las siguientes enfermedades:

* Enfermedad cardiovascular
* Hipertensión arterial
* Diabetes tipo 2
* Dislipidemias
* Obesidad
* Enfermedad cardiovascular
* Enfermedad renal
* Enfermedad hepática
* Cáncer
* Hipotiroidismo

En caso de respuesta afirmativa marque con una “X” la celda que corresponda al padecimiento y parentesco, haga hincapié sobre la importancia del cambio y de hábitos y fomentar conductas saludables que mejoren su estado de salud y permitan evitar el desarrollo de las enfermedades mencionadas en la o el adolescente.

En caso de no contar con antecedentes patológicos deberá marcar la casilla de Ninguno para cada renglón.

## PERSONALES:

En este apartado identifique los antecedentes de la o el adolescente, registre con una “X” en la celda en caso de respuesta afirmativa:

* Alimentación materna
* Producto macrosómico
* Crecimiento normal
* Desarrollo normal
* Sedentarismo
* Alcoholismo
* Tabaquismo
* Consumo de otras sustancias
* Anemia
* Esquema de Vacunación completo
* Sobrepeso/Obesidad
* Alergias
* Intoxicaciones
* Cirugías
* Discapacidad
* Desnutrición
* Deportista
* Cáncer
* Hipertensión arterial
* Diabetes mellitus tipo 1
* Diabetes mellitus tipo 2
* Dislipidemias
* Enfermedad renal
* Enfermedad hepática
* Hipertiroidismo
* Hipotiroidismo
* Síndrome de ovario poliquístico
* Otro

Al momento de indicar sus antecedentes personales, es importante poner atención en los que se pueden modificarse y brinde la información y/o referencia a algún grupo o servicio en el que puedan brindarle la atención necesaria para evitar complicaciones de salud.

* Registre “SI”, en caso de que el esquema esté completo o registre "NO" cuando el esquema no esté completo y referir al módulo de vacunación. El esquema completo para adolescentes considera las siguientes vacunas:
  + VPH: Infección por virus del papiloma humano (Mujeres adolescentes de 5° de primaria o 9 a 11 años si NO van a la escuela rezagadas de 1° y 2° de secundaria o de 12 a 16 años, mujeres cis y trans que viven con VIH de 11 a 49 años)
  + Td (tétanos y difteria)
  + SR: Sarampión y rubeola
  + HB: Hepatitis B.
* En caso de detectar alguna adicción, brindar atención y referencia para tratar la problemática.
* En caso de detectar problemas en el crecimiento, en el desarrollo o de sobrepeso u obesidad, se debe otorgar la atención específica y hacer hincapié en el seguimiento y el apego al tratamiento.

## CONTROL DE CITAS

En cada consulta se deberán registrar los siguientes datos:

**FECHA*:***

* En el primer renglón anote la fecha de la primera consulta, misma que se **considerará el ingreso al control nutricio**.
* A partir de la segunda fila se registrarán las consultas subsecuentes del control nutricio hasta la baja de este control.
* Las consultas se deberán agendar al menos cada mes y estas deberán llevarse a cabo por meses consecutivos y cumplir un bloque de 6 meses consecutivos en control nutricio.

Ejemplo:

* + Si el paciente fue detectado el 16 de enero del 2025 con SOB, se le dará cita en ocho días, para que el 23 acuda a su primera consulta de control nutricio y sea ingresado. Ese día se lleva a cabo la primera consulta y se le da fecha para que acuda a su consulta de seguimiento un mes después, es decir, el 23 de febrero del 2025.
* Una vez que el adolescente acuda, anote la fecha definitiva con tinta, iniciando el día, mes y las dos últimas cifras del año; la fecha de próxima cita se anotará con lápiz en el renglón inmediato inferior.

**EDAD:**

Registre la edad del adolescente en años/meses

**PESO*:***

Anote el peso corporal en kilogramos del adolescente, obtenido en la consulta, separando con punto decimal los gramos.

La primera consulta de control nutricio, se considerará como el **peso inicial** y en las consultas de seguimiento que se realizarán máximo cada mes, se registrará el peso subsecuente.

**TALLA*:***

Anote en metros la talla del adolescente, obtenida en el momento de la consulta, separe después del punto los centímetros.

**IMC:**

Realice el cálculo de IMC a partir de la siguiente fórmula y registre el valor obtenido:

**CONTROL NUTRICIO**

El control nutricio deberá realizarse a todo adolescente de 10 a 19 años de edad, que independientemente del motivo de consulta, se detecte con Bajo Peso, Sobrepeso, Obesidad o signos de deficiencia de micronutrimentos (específicamente anemia nutricional).

Una vez detectado, se le dará cita en un plazo no mayor a una semana, para que asista a la consulta de ingreso al control nutricio e iniciar el registro en el “Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición.” Es importante señalar que en el momento en el que el adolescente ingresa a control nutricio, si es posible se deberán solicitar estudios de laboratorio que permitan completar el seguimiento y tratamiento.

Si se cuenta con servicio de nutrición, en los casos de detectar bajo peso, sobrepeso, obesidad o anemia (formas de mala nutrición), se deberá derivar a este servicio. Si no se cuenta con servicio de nutrición, el personal médico deberá realizar el seguimiento y control nutricio.

Es importante señalar que, en la Historia Clínica, se debe especificar si el adolescente es ingresado a control nutricio, con la finalidad de siempre garantizar una atención integral e integrada.

Sin importar el motivo de consulta y el estado de nutrición del adolescente, se buscará optimizar su ~~la~~ presencia para brindarle consejería en salud y nutrición e incentivar la práctica de un estilo de vida saludable, donde se le hable de alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica de actividad física, para generar una conciencia de autoresponsabilidad de su salud. En caso de que la unidad o la localidad cuente con programas o grupos de activación física siempre invitar a la o el adolescente a que se incorpore a estos programas.

**PRIMERA CONSULTA**

Este apartado se registrará únicamente en la primera consulta de control nutricio, llenando los siguientes espacios:

* **INGRESO A CONTROL NUTRICIO:**
* Este espacio sólo se registra sólo una vez, al inicio del control nutricio.
* En esta columna se registrará el diagnóstico del estado de nutrición con base en el IMC, de acuerdo a las gráficas de OMS de IMC para la edad, anotando BP (Bajo Peso), SBP (Sobrepeso) u OB (Obesidad), de acuerdo con la clasificación general de los puntajes Z del IMC para la edad según la OMS:
  + Puntaje Z IMC menos de 2: Bajo peso (citar a consulta cada mes)
  + Puntaje Z IMC entre -2 y 1: Rango normal de IMC para la edad (citar cada 6 meses)
  + Puntaje Z IMC entre 1 y 2: Sobrepeso (citar cada mes)
  + Puntaje Z IMC mayor a 2: Obesidad (citar cada mes)
* Este diagnóstico deberá ser establecido y confirmado por el médico y/o el Nutriólogo (a) de la unidad de Salud, derivado de la consulta previa al ingreso al control nutricio, también se precisará en la Historia Clínica, en el Expediente Clínico y en la Cartilla Nacional de Salud.
* Explicar al adolescente y su familiar o acompañante su estado de nutrición y las causas por la que este se pudo haber desarrollado para concientizarlos sobre la problemática y fomentar un adecuado apego al tratamiento.
* Es importante el establecimiento de metas factibles en cambios de conducta relacionadas con la alimentación y actividad física, para que las y los adolescentes puedan tener una perspectiva realista del acompañamiento de atención de la mala nutrición (Ver Anexo 2).
* ***ESTABLECIMIENTO DEL* PESO META ~~/~~ A LOGRAR EN 6 MESES:**
* Registre en la consulta inicial el peso objetivo o meta que sea alcanzable para la o el adolescente en un periodo de 6 meses.
* Únicamente podrá establecerse en caso de que la o el adolescente:
  + Tenga más de 14 años
  + El IMC para la edad marca un sobrepeso u obesidad
  + Tenga un estado de motivación para el cambio
  + Pasado 6 meses de incentivar hábitos alimentarios y de actividad física relacionados a un “Estilo de vida saludable”, esté teniendo dificultades para establecerlos
  + Ausencia de comportamiento alimentario de riesgo
  + Detenimiento del crecimiento lineal/estadio de Tanner M5 (mujeres) y P5 (Ver Anexo 1)
  + La pérdida de peso podrá máximo de 1 kg al mes. Los resultados pueden ser variables y modestos en particular cuando el abordaje consiste en orientación alimentaria y ejercicio.
* La atención del sobrepeso y obesidad no sólo debe tener como premisa la reducción de peso o ajuste en el IMC, sino mejorar la salud mental, calidad de vida, y composición corporal.

**CONSULTAS SUBSECUENTES:**

A partir de la segunda cita, serán consideradas como consultas subsecuentes, las cuales **no deberán tener un espacio mayor a 1 mes entre una y otra**. La frecuencia puede verse afectada por el número de personal de salud con el que se cuente y/o de la saturación de la agenda en las consultas y/o en el servicio de nutrición.

**SEGUIMIENTO:**

Indicar el estado de nutrición que tiene el adolescente al momento de la consulta subsecuente (a partir de la 2ª consulta), por lo que se deberá establecer BP (Bajo Peso), SBP (Sobrepeso) u OB (Obesidad) de acuerdo al IMC calculado e interpretado con gráficas de OMS.

Registrar el estado de nutrición con base en el IMC para la edad durante los 6 meses de tratamiento, de acuerdo con la forma de mala nutrición.

**RECUPERACIÓN:**

En caso de que a los seis meses haya alcanzado un IMC normal para la edad, se registrará como recuperado del diagnóstico con el que ingresó, con base en la evaluación del IMC para la edad, como: ROB (Recuperado por Obesidad), RSBP (recuperado por sobrepeso), RBP (recuperado por bajo peso).

* Especificaciones:
  + En caso de que el o la adolescente ingresara por la presencia de obesidad (OB) y al cabo de 6 meses su IMC para la edad indicara Sobrepeso (SBP), se reportará como: ROB y continuará con un ciclo de 6 meses en Control Nutricional
  + En caso de que el o la adolescente ingresara por la presencia de sobrepeso (SBP) y al cabo de 6 meses su IMC para la edad indicara Normalidad (NL), se reportará como: RSBP, se le citará para seguimiento durante 3 meses consecutivos para seguimiento de: IMC, factores de riesgo, hábitos de estilos de vida saludable, indicadores bioquímicos.
  + En caso de que el o la adolescente ingresara por bajo peso (BP) y al cabo de 6 meses el IMC para la edad se encuentre dentro de la normalidad, se reportará como: RBP. Se citará durante 3 meses consecutivos.
* En caso de que el IMC para la edad, vuelva a demostrar una forma de mala nutrición en los meses consecutivos a partir de haber indicado normalidad, volverá a iniciar un ciclo de 6 meses en control nutricional.
* En caso de que el IMC para la edad, se mantenga dentro de la normalidad, por más de los 3 meses consecutivos, pero continúe la presencia de factores de riesgo, hábitos de estilo de vida saludable pendientes por reforzar, indicadores bioquímicos no normales para la edad, deberá continuar en control nutricional. Valorar si es necesario la referencia a un servicio más especializado.
* Posterior a los 3 meses continuos, se espaciará la consulta cada 3 meses durante 2 ocasiones y después cada 6 meses en dos ocasiones más. Si el adolescente cumplió con todas sus consultas y logra mantenerse con un IMC Normal para la edad (NL), los indicadores bioquímicos se mantuvieron en parámetros normales, no se detectaron factores de riesgo y los hábitos relacionados a un estilo de vida saludable, se mantuvieron. Se dará de alta del control nutricio y se habrá cumplido el objetivo.

La finalidad de que las consultas de seguimiento se evalúen por bloques de 6 meses, es porque permite tener un seguimiento y reevaluación del plan de alimentación, las actividades y estrategias implementadas y el avance en el cambio de hábitos. Si en 6 meses no se nota evolución y se nota una fluctuación en el peso no estable, se tendrán que revalorar las estrategias implementadas y averiguar las causas de la falta de apego al tratamiento. Esto con la intención de evitar ciclos continuos de registro, pero con poca efectividad.

Es importante establecer objetivos y metas tangibles de cambios de hábitos y estilos de vida en las y los adolescentes, así como en su núcleo cercano de acuerdo con el abordaje utilizado para el tratamiento; para ello es indispensable echar mano de técnicas educativas y de consejería para enseñar a las y los adolescentes a medir porciones, leer etiquetas, interpretar los sellos de advertencia, seleccionar, combinar alimentos y tener estilos de vida más activos para eliminar el sedentarismo.

**DETECCIONES DE RIESGO:**

Para este apartado en la parte lateral derecha del formato se cuenta con un cuadro con los valores de referencia que se deberán tomar en cuenta para población adolescente y así establecer si las determinaciones se encuentran dentro o fuera de rango.

La finalidad de este apartado es que, en un ideal, las y los adolescentes que hayan sido ingresados al Control Nutricio, se le realice la detección de riesgo y al identificar anemia nutricional llevar el tratamiento indicado.

Dentro de las detecciones de riesgo, se deben valorar los siguientes factores:

**ANEMIA:**

* En caso de que la detección de anemia sea positiva, marque en “Detección”:
  + 1. Si es la primera evaluación en el año, a partir de la fecha en que ingreso a Control Nutricio.
  + 2. Si es de seguimiento
* En el siguiente recuadro deberá registrar una “X” para indicar que entregó ese mes un frasco del suplemento otorgado. Marcar cada mes si las dosis fueron otorgadas hasta completar el tratamiento de 6 meses consecutivos.
* Existen tres tipos de anemia nutricias: por deficiencia de hierro, vitamina B12 y ácido fólico. En las tres los niveles de hemoglobina y hematocrito resultarán bajos. Si bien, la anemia por deficiencia de hierro es la más común y representa un problema de salud pública, en caso de duda, será apropiado complementar con estudios de laboratorio para poder ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, en función a los siguientes resultados y combinaciones de las siguientes pruebas:

| **Elemento** | **Anemia por deficiencia de hierro** | **Anemia por deficiencia de vitamina B12** | **Anemia por deficiencia de ácido fólico** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hemoglobina** | Baja | Baja | Baja |
| **Hematocrito** | Bajo | Bajo | Bajo |
| **Volumen corpuscular medio (VCM)** | Baja | Alta | Alta |
| **Concentración media de hemoglobina corpuscular (HCM)** | Baja | Normal | Normal |
| **Pruebas complementarias\*** | | | |
| Cobalamina sérica | Normal | Bajo | Normal |
| Folato sérico | Normal | Normal | Bajo |
| Ferritina sérica\*\* | Baja | Normal | Normal |
| Hierro sérico\*\* | Baja | Alto | Normal |
| Capacidad fijadora de hierro\*\* | Alta | Normal | Normal |
| Saturación transferrina\*\* | Baja | Normal | Normal |

*Las pruebas en negritas, estarán solicitadas como parte de la biometría hemática.*

*\* Pruebas a solicitar en caso de sospechar de anemia por deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico*

*\*\*Pruebas que resultan sensibles a deficiencia de hierro, antes del desarrollo de anemia*

*Adaptación de: Suverza Fernández, Araceli y Haua Navarro Karima. (2023). Pruebas bioquímicas (biomarcadores nutricios) para la evaluación del Estado Nutricio. El ABCD de la Evaluación del Estado de Nutrición. McGraw-Hill*

* Registrar en el apartado correspondiente el resultado de prueba realizada en la biometría hemática: Hemoglobina, Hematocrito, VCM, HCM.
* La anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de anemia y en nuestro país la prevalencia de anemia principalmente en mujeres adolescentes ha aumentado. La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro por un período de tiempo prolongado. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos, sin hierro la sangre no puede transportar oxígeno eficazmente. La anemia por deficiencia de hierro se presenta cuando las reservas corporales bajan y se presentan síntomas como:
* Debilidad o cansancio con más frecuencia de lo normal
* Dolor de cabeza
* Mareo
* Palpitaciones
* Problemas para concentrarse o pensar

A medida que la anemia empeora, los signos y síntomas pueden incluir:

* [Uñas quebradizas](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003247.htm)
* Color azulado en la parte blanca del ojo
* Deseo de consumir cosas que no son comida ([pica](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001538.htm))
* Sentir mareo cuando se pone de pie
* [Color pálido en la piel](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003244.htm)
* [Dificultad respiratoria](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003075.htm)
* Dolor o inflamación en la lengua
* Úlceras bucales
* Pérdida de cabello
* El tratamiento se podrá llevar a cabo con las siguientes dosis:

| **Anemia nutricional** | **Edad** | **Abordaje** | **Dosis de suplementación** | **Duración**  **suplementación** | **Suplementos equivalentes** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Por deficiencia de hierro | 10 a 19 años | -Recomendación de consumo de alimentos ricos en hierro y recomendaciones dietéticas para aumentar la biodisponibilidad (combinación con alimentos con Vitamina C).  -Suplementación vía oral | **Suplementación intermitente:**  Sulfato ferroso con base de hierro elemental, dosis de 60 mg/día dos veces por semana, (administración trimestral).  En lugares donde la prevalencia de anemia en mujeres sea mayor al 20%, incluir 2.8 g de ácido fólico.  **Suplementación diaria**:  Sulfato ferroso con base de hierro elemental, la dosis es de 60 mg/día durante 3 meses.  En lugares donde la prevalencia de anemia en mujeres sea mayor a 40%: , la dosis es de 60mg/día, más 0.4 mg de ácido fólico. | 3 meses | 60mg de hierro elemental, equivalen a:  - 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado. - 180mg de fumarato ferroso.  - 500 mg de gluconato ferroso. |

* Para el tratamiento, la dosis terapéutica se debe administrar de forma oral diariamente, por lo que el personal de salud, deberá otorgar un frasco con 30 tabletas cada mes. Si en 6 meses de tratamiento, los resultados de las pruebas diagnósticas no muestran una mejoría, será necesario referir al segundo nivel de atención y en caso de mejoría, continuar con el monitoreo cada 6 meses.
* Las posibles causas de anemia son enfermedades infecciosas recurrentes, parasitosis, bajo consumo de alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vitamina B12 (en dietas vegetarianas estrictas) y dietas restrictivas, consumo de frutas y verduras demasiado cocidas, hemorragias recurrentes, ciclos menstruales irregulares y con sangrado abundante, consumo excesivo de alcohol (asociado a deficiencia de ácido fólico. Por lo que, durante la consulta, resulta relevante, indagar sobre estos aspectos.
* Para el abordaje de anemia por deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico es en primera instancia el consumo de alimentos ricos en vitamina B12 y/o suplementación con vitaminas del complejo B (1 mg de cianocobalamina o en multivitaminas del complejo B por una o dos semanas de 1 a 2 semanas, dependiendo de la gravedad); o bien, el consumo de alimentos ricos en ácido fólico y suplementación de 5 mg de ácido fólico por 4 meses. Cuando no se tienen todas las herramientas para hacer diagnóstico preciso, es recomendable administrar una terapia combinada de ácido fólico, hierro y vit. B12.
* **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE ACUERDO CON LOS ESTADIOS DE TANNER**
* Registre en la casilla, el estadío en el que se encuentra el adolescente de acuerdo a la asesoría y/o exploración física realizada. En caso de que haya un retraso en el desarrollo de acuerdo a su edad, es importante realizar la referencia al nivel que corresponda (Ver Anexo al final de este instructivo):
* Estadio I
* Estadio II
* Estadio III
* Estadio IV
* Estadio V
* Estadio VI

1. NOTA: En el Anexo, se encuentra la Escala de los Estadios de Tanner.

* En caso de que en los datos de identificación se haya registrado que el adolescente es intersexual, referir al segundo nivel de atención para ratificar la evaluación sexual.
* El crecimiento y desarrollo físico es un proceso continuo, determinado por factores genéticos y modulado por factores ambientales, por lo que la potencialidad genética dependerá del estado de salud y nutrición del individuo. Es importante realizar el análisis clínico entre la **edad, estatura y peso** de la o el adolescente y complementar con la **valoración de los Estadios de Tanner**. Si el adolescente tiene algún estado de mala nutrición es muy probable que existan retrasos y adelantos en las etapas del crecimiento y desarrollo del adolescente.
* En caso de que existan limitaciones para determinar el estadio de crecimiento, debido a que se requiere la clasificación del desarrollo de vello púbico, genitales y mamas, se podría facilitar el diagnóstico, mostrando las escalas visuales, señalando de manera verbal o escrita el número del estadío que corresponda.

**COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DE RIESGO**

Se obtiene de la aplicación del **Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo** (**Anexo 3)**, que se realizará cuando sea la primera vez que el o la adolescente acude en el año.

Registre en la columna el resultado de la aplicación del cuestionario: **0**.Sin comportamiento alimentario de riesgo, **1**.Comportamiento alimentario de riesgo leve, **2**.Comportamiento alimentario de riesgo moderado, **3**.Posible caso de trastorno de la conducta alimentaria.

* Los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia y la adultez joven, asociado a la influencia de factores socioculturales, por lo tanto, detectar los casos de adolescentes en riesgo, es importante para brindarles el apoyo oportuno.
* Si bien el sobrepeso y obesidad no es un trastorno de la conducta alimentaria, se ha identificado que en adolescentes se pueden presentar atracones, (cuyo precursor es la dieta restrictiva), insatisfacción con la imagen corporal, lo que les hacen más susceptibles a alteraciones del estado mental y nutricio.
* En caso de sospechar que la o el adolescente presente una conducta alimentaria de riesgo, puede aplicar el **Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo** (**Anexo 3)**, en alguna de las consultas.
* En caso de detectar un posible caso de trastorno de la conducta alimentaria es importante **referir** al adolescente a los servicios de psicología o a un servicio más especializado, si lo realiza en dicha cita especifique en la columna de REFERIDO.
* **GLUCOSA ALTERADA:**
* Esta detección se podrá realizar con glucosa capilar o con estudios de laboratorio (Biometría Hemática)
* Si durante la consulta se detectaron signos de riesgo, indicar estudios de laboratorio o determinación antes mencionadas, para establecer si la glucosa está alterada observar valores de referencia.
* Registre SI o No, según corresponda. Si el dato de glucosa está alterado o no.
* Complementar con la historia clínica y la exploración física para buscar intencionadamente signos y síntomas de resistencia a la insulina como:
  + Irregularidades menstruales, hirsutismo, acné y alopecia.
  + Aumento de circunferencias de cintura
  + Acantosis nigricans

**DETECCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR:**

* **PERÍMETRO DE CINTURA (CM):**
* Es el perímetro del abdomen en su punto más estrecho, entre el borde costal lateral inferior (10ª costilla) y la parte superior de la cresta iliaca, perpendicular al eje longitudinal del tronco. La medición se expresa en centímetros y se utiliza una cinta antropométrica.
* La medición se realiza de la siguiente forma:
* El sujeto debe estar en posición antropométrica, con los antebrazos cruzados en el tórax.
* La persona que va a realizar la medición se sitúa frente al sujeto y debe rodear el perímetro de la cintura del sujeto con la cinta antropométrica.
* Para obtener la medición, a la altura de la cicatriz umbilical, hacer coincidir la cinta entre el cero y el valor máximo.
* Anote la medición en centímetros.
* **TALLA (CM):**
* Utilice la misma talla o estatura de la consulta actual, solo repórtela en centímetros.
  + Este registro se realiza para facilitar al personal de salud el cálculo del índice cintura-talla.
* **ÍNDICE CINTURA TALLA (ICT):**
* El registro en esta casilla se alimenta de los datos de circunferencia de cintura y la talla expresada en centímetros. La división de ambos datos arroja el dato de índice cintura-talla, el cual es un indicador de riesgo cardiovascular al mostrar una mayor distribución de grasa a nivel intrabdominal y visceral.
* Registe el cociente, es decir el valor numérico resultado de la división, si este es mayor a 0.5 es un indicador que alerta sobre el riesgo cardiovascular.
* **PRESIÓN ARTERIAL:**
* Registre el dato numérico de la presión arterial:
* Sistólica: Anote la cifra de presión arterial sistólica en mmHg (primer ruido escuchado).
* Diastólica: Anote la cifra de presión arterial diastólica mmHg (último ruido escuchado)
* Separe con una diagonal las dos mediciones.
* Verifique si se encuentra o no en los rangos de normalidad de acuerdo a los valores de referencia (en el reverso del formato, en la esquina inferior derecha se encuentran los valores de referencia para población adolescente).
* **PERFIL DE LÍPIDOS**:
* El perfil de lípidos se indicará necesariamente en los casos de las y los adolescentes que en su detección nutricia presenten sobrepeso u obesidad.
* Si durante la consulta se presenta el resultado de Perfil de lípidos, registre una “X” en la columna: Colesterol Total (CT), Triglicéridos (TG), Colesterol HDL y/o Colesterol LDL, donde el valor esté fuera de los rangos de normalidad (en el reverso del formato, se encuentra el apartado específico para reportar los resultados de los exámenes de laboratorio y en la esquina inferior derecha se encuentran los valores de referencia para población adolescente).
* **INTERPRETACIÓN DEL RIESGO:**
* Se indicará riesgo cardiovascular cuando al menos **dos** de los indicadores (índice cintura talla, presión arterial, perfil de lípidos o glucosa en ayuno) se encuentran fuera de los parámetros normales o bien, si el ICT es mayor a 0.5 (En caso de que no existan recursos para la evaluación de presión arterial, perfil de lípidos y glucosa en sangre).
* Registre:
* **SI** tiene riesgo cardiovascular.
* **NO** tiene riesgo cardiovascular.

**ESTILO DE VIDA SALUDABLE:**

En este apartado se indicará si durante la atención el adolescente recibió información específica para promover y apoyar cambios conductuales para tener un estilo de vida saludable que involucren alimentación correcta (orientación alimentaria), actividad física y/o señalar si fue integrado a algún grupo de actividad física o de educación alimentaria.

Registre “X” si durante la consulta se compartió alguna de las recomendaciones señaladas en alimentación o actividad física.

* **ALIMENTACIÓN:**
  + **Consumo de frutas y verduras:** 2 porciones de frutas y 3 porciones verduras al día.
  + **Consumo de bebidas azucaras:** limitar o eliminar el consumo de bebidas azucaradas
  + **Comidas fuera de casa**a limitar las comidas fuera de casa
  + **Consumo de leguminosas:** consumir al menos 2 o 3 porciones de leguminosas a la semana
  + **Desayunar:** desayunar todos los días
* **ACTIVIDAD FÍSICA:**

Hablar de los beneficios de la actividad física y de mantenerse activos todos los días, sumando 60 minutos al día a actividades físicas moderadas a intensas, principalmente aeróbicas, a lo largo de la semana; deberían incorporar actividades aeróbicas intensas, así como aquellas que fortalecen los músculos y los huesos, al menos tres días a la semana; deberían limitar el tiempo dedicado a actividades sedentarias, particularmente el tiempo de ocio que pasan frente a una pantalla.

**Actividad física:** realizar 60 minutos de actividad física al día, marque una “X”.

* + **Horas frente a pantalla:** limitar el tiempo frente a una pantalla a 2 horas o menos al día, marque una “X”.
* **INTEGRACIÓN A UN GRUPO:**

Integrar a los adolescentes a grupos entre pares en los que se hablen de temas de la adolescencia, se ejerciten juntos, se les hable de alimentación correcta, preparen recetas saludables juntos; son estrategias eficaces para el apego al tratamiento y que fortalecen la adquisición y el mantenimiento de hábitos saludables. Si el Centro de Salud cuenta con formación de grupos de adolescente o integración de adolescente a grupos de autoayuda, invitar al adolescente a participar y mencionar los beneficios de formar parte de estos grupos. En la columna correspondiente escribir Si, si se brindó orientación alimentaria y No, si no se otorgó.

**PLAN DE ALIMENTACIÓN ESTRUCTURADO:**

Si durante los primeros 3 a 6 meses no se encontró mejorías promoviendo los hábitos de alimentación y de actividad física, se podrá complementar el abordaje con un plan de alimentación estructurado, haciendo énfasis en un bajo consumo de alimentos conto contenido de energía, establecer horarios estructurados de comida.

En caso de que el abordaje ya involucre la prescripción de un plan de alimentación estructurado, registre “SI” en la consulta en la cual se ofreció, de lo contrario registre “NO”.

El plan de alimentación estructurado debe contener un aporte energético adecuado que permita el crecimiento y mantenimiento de la salud. Por lo general se recomienda aporte la cantidad de energía recomendada para la edad y sexo (Anexo 4), con la siguiente distribución de nutrimentos:

* Hidratos de carbono: 55 a 60% de la energía total
* Lípidos: 25 a 30% de la energía total (grasas saturadas <10%)
* Proteínas: 15 a 20% de la energía total

**REFERIDO**

En caso de que la o el adolescente con mala nutrición al ser evaluado de forma integral, se detecten problemas de salud relacionados que no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención, deberá ser referido a un segundo nivel, sin perder el seguimiento de este adolescente y conocer si ha recibido la atención y seguimiento correspondientes.

Marque con "X" cuando el o la adolescente es enviada(o) a una unidad de mayor complejidad para su atención nutricia. Posteriormente anote en las observaciones el motivo de su referencia (obesidad severa o mórbida, síndrome metabólico, desnutrición, anemia grave, etc.).

## VISITA DOMICILIARIA

* Para el control nutricio, se espera que el adolescente acuda de forma consecutiva, cada mes, a sus consultas.
* En caso de ausencia a una consulta, esta se tomará como tolerancia.
* En el caso de que la o el adolescente por segunda vez consecutiva no asista a la consulta de control nutricio, en un lapso no mayor a una semana, realizar una llamada telefónica o visita domiciliaria para averiguar la causa, dar seguimiento e invitar a que continúe con el tratamiento y agendar con lápiz en el formato la fecha de la nueva consulta.
* Si por 3ª vez consecutiva el o la adolescente no asiste a la consulta de control nutricio, realizar en un lapso no mayor a una semana, preferentemente realizar una visita domiciliaria en caso de no ser posible por la distancia, realizar otra llamada telefónica para averiguar la causa, dar seguimiento e invitar a que continúe con el tratamiento, si en esta ocasión no asiste, dar de baja a este adolescente.

Registre en la Fecha al inicio del renglón y anote en la columna según corresponda al número de visita, el código del resultado de la visita: **1**.Nueva cita, **2**.No se encontró se deja mensaje, **3**.Cambio de domicilio, **4**.Rechazo al tratamiento, **5**.Perdido, **6**.Defunción.

En caso de que el resultado sea Nueva cita, colocar con lápiz en el siguiente renglón, la fecha de la nueva cita agendada.

Si el código del resultado de la visita es: 3, 4, 5 o 6; registre en el reverso del formato los datos de la Baja.

**OBSERVACIONES**

Podrá hacer referencia a cualquiera de los apartados que requieran de aclarar o complementar alguna anotación.

## REVERSO

En la parte superior del formato se replican los datos subsecuentes del Control nutricio.

## EXÁMENES DE LABORATORIO:

En el formato se establecen los estudios básicos e indispensables a solicitar para poder completar el diagnóstico nutricio, así como poder establecer el seguimiento de sus datos bioquímicos para evaluar la evolución del adolescente y los efectos de los cambios alimentarios y en el estilo de vida.

Se encuentra preparado para indicar desde el inicio de control (10 años de edad) hasta el fin (19 años de edad) y registrar en cada renglón según corresponda al trimestre en el año calendario y de manera visual distinguir los estudios solicitados durante el año.

En este apartado se espera, que en caso de ser posible solicitar los estudios, el médico y /o nutriólogo (a) puedan dar un seguimiento adecuados e ir monitoreando la evolución del adolescente, así como prevenir y tratar enfermedades crónico degenerativas asociadas al sobrepeso y la obesidad.

## BAJA MOTIVO Y FECHA

Anote el motivo y la fecha en que el o la adolescente cause baja del control nutricio.

Los causales de baja son: **1**.Cumplir 20 años de edad, **2**.Inasistencia de 2 citas consecutivas resultado de la llamada telefónica o la visita domiciliaria, **3**. Cambio de domicilio; **4**.Rechazo al tratamiento; **5**.Defunción; **6**.Perdido; **8**.Otro.

Para todos los casos deberá notificarse la baja, mediante la firma del médico responsable.

**Nombre y firma del médico:** Anote el nombre completo y firma del médico, en su ausencia, enfermera o TAPS que autorizó la baja.



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Dirección General de Información en Salud**

**Instructivo de llenado del**

**Formato de control nutricio para adolescentes con mala nutrición (Bajo peso, Sobrepeso u Obesidad)**

(SINBA-SIS-41-P)

VERSIÓN 2025

Sistema Nacional de Información

Básica en Materia de Salud

Av. Homero No. 213, Col. Chapultepec Morales,

Alcaldía Miguel Hidalgo, CP. 11570. Ciudad de México