

Retraso del crecimiento: un problema por resolver

Mariana Y. Mariño-Elizondo¹ 

Resumen: El retraso del crecimiento continúa siendo un problema de salud relevante con impacto en la mortalidad de niños menores de 5 años en países de bajos y medianos ingresos. A nivel mundial, en 2024 su prevalencia fue de 23,2 % y en Venezuela de 11,7 %. Es un fenómeno multicausal donde prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, infecciones recurrentes y deficiencias de micronutrientes son determinantes proximales, siendo la inseguridad alimentaria uno de los factores contribuyentes. También el consumo de ultraprocesados, durante los primeros 1.000 días, es un elemento emergente que contribuye con el retraso del crecimiento y la doble carga nutricional. La talla se ha propuesto como predictor de capital humano por su vinculación con una mayor morbimortalidad; reducida capacidad física, económica; escaso desarrollo cognitivo. Entre 2014 y 2025, el 28,8 % de los menores de 18 años evaluados en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA presentó talla baja, con predominio en varones y menores de 2 años. La tendencia mostró un incremento que coincidió con el marcado aumento de la desnutrición aguda durante la crisis humanitaria en Venezuela. Los diagnósticos nutricionales asociados a la talla baja fueron: desnutrición clínica (58 %), subclínica (17 %), sobrepeso y obesidad (3,6 %) y eutrófico (21 %), por tanto, la evaluación del crecimiento debe realizarse independientemente del diagnóstico nutricional. Ante la prolongada crisis, elevar al rango de prioridad humanitaria el retraso del crecimiento es una propuesta que se debate en diversas instituciones académicas y organizaciones del sector salud nutricional. *An Venez Nutr 2025; 38(2):118-127.*

Palabras clave: retraso del crecimiento, crecimiento lineal, malnutrición, micronutrientes, doble carga nutricional, Venezuela.

Stunting, a problem to be solved

Abstract: Stunting remains a significant health problem impacting mortality in children under five years of age in low- and middle-income countries. Globally, its prevalence in 2024 was 23.2%, and in Venezuela, it was 11.7%. It is a multifactorial phenomenon where inadequate breastfeeding and complementary feeding practices, recurrent infections, and micronutrient deficiencies are proximate determinants, with food insecurity being a contributing factor. The consumption of ultra-processed foods during the first 1,000 days of life is also an emerging factor contributing to stunting and the double burden of malnutrition. Height has been proposed as a predictor of human capital due to its association with higher morbidity and mortality, reduced physical and economic capacity, and poor cognitive development. Between 2014 and 2025, 28.8% of children under 18 years of age evaluated at the Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA presented with short stature, predominantly in males and children under two years of age. The trend showed an increase that coincided with the marked rise in acute malnutrition during the humanitarian crisis in Venezuela. Nutritional diagnoses associated with stunting were: clinical malnutrition (58%), subclinical malnutrition (17%), overweight and obesity (3.6%), and normal weight (21%). Therefore, growth assessment should be performed regardless of the nutritional diagnosis. Given the prolonged crisis, elevating stunting to the level of a humanitarian priority is a proposal being debated in various academic institutions and organizations in nutritional health sector. *An Venez Nutr 2025; 38(2): 118-127.*

Keywords: stunting, linear growth, malnutrition, micronutrients, double burden of malnutrition, Venezuela.

Introducción

La malnutrición es el resultado de deficiencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía o nutrientes de una persona. El término malnutrición abarca dos amplios grupos de alteraciones nutricionales. Uno es la

¹Pediatra Especialista en Nutrición Clínica. Gerente de Salud Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA. Caracas. Cooordinadora de la línea de investigación Crecimiento, desarrollo y nutrición en niños y adolescentes del grupo TAN. Correspondencia: Mariana Mariño Elizondo, mmario.caniam@gmail.com

desnutrición o malnutrición por déficit, que incluye el retraso del crecimiento (estatura baja para la edad o talla baja), la emaciación (peso bajo para la estatura), el bajo peso (para la edad) y las deficiencias o insuficiencias de micronutrientes (carencia de vitaminas y minerales). El otro grupo es la malnutrición por exceso que abarca el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cáncer (1).

La talla baja (TB) o el retraso del crecimiento, junto con las otras formas de malnutrición, se mantiene como uno de los problemas de salud mundial más notables, con un impacto evidente en términos de mortalidad en niños menores de 5 años, principalmente en países de bajos y medianos ingresos, donde casi la mitad de las muertes se relacionan con la desnutrición (1).

El retraso del crecimiento, conocido por su nombre en inglés *stunting*, expresa el crecimiento lineal y desarrollo inadecuado que experimentan niños y adolescentes debido a déficit nutricional, infecciones repetidas y deficiente estimulación psicosocial. Para su definición se utiliza el indicador de dimensión talla para la edad (2-4).

Algunas publicaciones establecen una diferenciación entre el término *stunted*, definido como puntuación Z-score de talla-edad inferior a -2DE, y el vocablo *stunting* con el que se designa la presencia de un crecimiento lineal inadecuado con puntuación Z-score de talla-edad mayor a -2DE (5). La última expresión (*stunting*) se refiere, entonces, al proceso: retraso del crecimiento; la primera (*stunted*) alude al estado, a la categoría alcanzada por el paciente: talla baja.

Aunque los niños con retraso del crecimiento se identifican tras comparar su estatura con la de una población de referencia de la misma edad y sexo, la talla baja no suele ser el problema en sí mismo. Es por lo que algunos autores proponen ver esta condición como un 'síndrome de retraso del crecimiento' (*stunting syndrome*), en el cual múltiples alteraciones patológicas —signadas por el retraso del crecimiento lineal— incrementan la morbimortalidad y reducen el desarrollo físico, neurológico y la capacidad económica (5).

El retraso del crecimiento es la forma más prevalente de malnutrición global (6,7). A nivel mundial la prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años

había disminuido de 33,1 % en el año 2000 a 22,4 % en 2020, pero desde entonces ha aumentado ligeramente hasta alcanzar, en 2024, el 23,2 % (6). A pesar de los importantes avances de las últimas dos décadas, las estimaciones mundiales y regionales de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial revelan que aún estamos lejos de un mundo sin desnutrición infantil. En materia de retraso del crecimiento se requieren esfuerzos más intensos a fin de alcanzar el objetivo global de reducir el número de afectados a 90 millones para el año 2030. Se estima que, con el estatus actual, 46 millones de niños no alcanzarán el objetivo (7).

En Venezuela, las últimas cifras oficiales publicadas datan de 2007, cuando se difundió el último informe del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Nutrición (INN). En dicho documento se refleja en menores de 15 años la desnutrición crónica con retardo de crecimiento como la forma más frecuente de desnutrición. En 2025 algunos medios de comunicación informaron que la desnutrición crónica se ubicaba en 5,8 %, según cifras oficiales a las que tuvieron acceso. “Las cifras del Instituto Nacional de Nutrición (INN) muestran resultados aún más favorables: la desnutrición aguda se ubica en 1,2 % y la desnutrición crónica en 5,8 %” (8). Los indicadores de desarrollo mundial de nutrición y crecimiento publicados por el *World Bank Group* para Venezuela, en el año 2000 ofrecen la cifra de 17,6 % de talla baja y, en 2024, de 11,7 % (9).

Pese a la ausencia de data con representatividad nacional, diversos informes de organizaciones locales entregan evidencia relevante sobre la prevalencia de la talla baja en distintas regiones del país.

Caritas Venezuela, en noviembre de 2023, tras la evaluación nutricional de 2.839 niños menores de 5 años en 13 estados del país, calificó la condición de retardo del crecimiento como una situación de salud pública de gravedad media a alta (10).

El Grupo Social Cesap, entre agosto y septiembre de 2019, luego de efectuar la evaluación nutricional de 1.851 niños y adolescentes menores de 15 años, beneficiarios de proyectos de atención alimentaria y nutricional en 20 centros comunitarios de cinco estados de Venezuela, reportó que la desnutrición crónica fue mayor a la desnutrición aguda en todos los grupos etarios, ubicándose en 29 % en los menores de 5 años y en 22 % en los mayores de 5 años (11).

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) en Venezuela reportó 30 % de desnutrición crónica en menores de 5 años evaluados entre noviembre de 2019 y enero de 2020 (12).

Entre mayo y junio de 2019, la Fundación Bengoa atendió a 7.252 niños de 3 a 18 años de edad que asistían a 13 escuelas ubicadas en comunidades vulnerables del estado Bolívar, Distrito Capital y estado Miranda; encontró que en preescolares las cifras de retraso del crecimiento (7 %) superaron a las de desnutrición aguda (3,1 %) (13).

El Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, en la parroquia Antímamo del Distrito Capital, en 2012 realizó la tercera edición del estudio de la situación alimentaria y nutricional. Los datos sobre una muestra de 234 menores de 15 años exhibieron un 2,6 % de déficit crónico, mostrando una disminución de la desnutrición crónica en relación con las ediciones anteriores de la investigación (14).

La talla baja, sus determinantes e implicaciones

Factores multisectoriales afectan el estado nutricional de individuos y poblaciones. El retraso del crecimiento lineal en niños menores de 5 años es un indicador de privaciones múltiples en los países de ingresos bajos y medios (15).

El retraso del crecimiento es un fenómeno multicausal resultado de una compleja interacción de factores individuales, familiares, ambientales, socioeconómicos y culturales descritos en el Marco Conceptual de la Organización Mundial de la Salud sobre el retraso del crecimiento infantil (16), y que señala las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, las infecciones recurrentes, así como las deficiencias de micronutrientes como determinantes proximales importantes de la deficiencia (17,18).

La inseguridad alimentaria se ha identificado como uno de los elementos que contribuyen o determinan la talla baja. Se ha verificado que las probabilidades de retraso en el crecimiento de los niños son mayores en hogares con inseguridad alimentaria que en hogares sin inseguridad alimentaria (19,20).

La transición nutricional, caracterizada por una mayor disponibilidad y consumo de bebidas azucaradas y alimentos procesados dulces y salados, también se observa como posible causa de las diversas formas de malnutrición (21).

El papel de los alimentos ultraprocesados (AUP) en el retraso del crecimiento es un tema de interés, aunque menos estudiado. Su consumo durante los primeros 1.000 días de vida está aumentando y representa un factor emergente que, muy probablemente, contribuirá con el retraso del crecimiento (22) colaborando así con la doble carga nutricional (23).

Se ha planteado la hipótesis de que la influencia de los alimentos ultraprocesados en la calidad de la dieta y su impacto nutricional puede ser diferente en los países de ingresos altos en comparación con los entornos de ingresos bajos y medios, dada la mayor prevalencia de desnutrición y el acceso limitado a alimentos ricos en nutrientes en estos últimos (24).

La existencia de niños preescolares con obesidad y retraso del crecimiento es un fenómeno nuevo relacionado con el aumento de los AUP (25). Así lo confirman encuestas de consumo y publicaciones como el estudio transversal de niños en edad preescolar en Nepal, en el cual se asegura que más del 25 % de las calorías en la dieta de los niños provenían de los AUP y esta ingesta elevada de ultraprocesados se asoció con el retraso del crecimiento (22). En países de ingresos bajos y medios, el aporte promedio de calorías proveniente de los AUP, incluido el derivado de bebidas azucaradas, en niños menores de 23 meses fue del 19 %, con un rango del 13 % al 38 % (24). En este mismo contexto, el alto consumo de AUP asociado con una ingesta inadecuada de micronutrientes puede contribuir a un crecimiento deficiente (22). Además, estos mismos alimentos ultraprocesados ricos en calorías, azúcares y grasas no saludables elevan el riesgo de sobrepeso y obesidad en esa misma población. En consecuencia, es posible prever que el consumo elevado de los AUP que experimenta la población contribuirá con la perpetuación de la doble carga nutricional, caracterizada por el lento descenso de la prevalencia de talla baja y el marcado incremento del sobrepeso y la obesidad.

El impacto nutricional del consumo de AUP en las adecuaciones de energía y micronutrientes ha sido

explicado por un efecto de desplazamiento (22); esto es especialmente preocupante en poblaciones donde la diversidad y la densidad nutricional de la dieta consumida es baja (22,24) y en edades en las que los requerimientos nutricionales son mayores (21).

Sobre las implicaciones del retraso del crecimiento, la talla baja en las etapas tempranas de la vida se ha vinculado con mayor morbilidad, reducida capacidad física, económica (5), y un escaso desarrollo cognitivo que desemboca en exiguos logros académicos (26), resultado de alteraciones cerebrales estructurales y funcionales (27,28). Asimismo, en el plano psicológico se ha descrito una mayor predisposición a ansiedad, trastornos depresivos, autopercepción disminuida, hiperactividad y patrones de comportamiento oposicionista (29).

En contraposición, trayectorias de crecimiento en niveles alto e intermedio se han asociado positivamente con el funcionamiento cognitivo y socioemocional del adulto (30). La evidencia también señala que el retraso del crecimiento es un proceso cíclico. Las mujeres que lo sufrieron en la infancia muestran tendencia a tener hijos con la misma condición, lo que crea un ciclo intergeneracional de pobreza y reducción del capital humano (5).

Investigaciones previas señalan que la desnutrición en etapas tempranas de la vida puede contribuir con patrones de obesidad en la edad adulta debido a la programación metabólica. También el retraso del crecimiento resultante de la desnutrición crónica se ha asociado con el desarrollo de obesidad en adultos.

En Brasil, una oxidación metabólica reducida de la grasa corporal se ha reportado en niños con retraso del crecimiento en comparación con niños control, sin dicha condición, del mismo entorno. Estos resultados podrían ayudar a explicar una mayor prevalencia de obesidad en niños con retraso del crecimiento y adultos de baja estatura en países en desarrollo (31).

También se ha reseñado un mayor riesgo de morbilidad materno-infantil debido al nacimiento por cesárea, relacionado, además, de modo independiente, con la talla baja materna. La razón de esta asociación es el tamaño reducido de la pelvis femenina (32).

La talla como indicador de desarrollo

La talla para la edad, adicionalmente a su rol determinante en la evaluación del estado nutricional y del crecimiento, es un indicador que ha generado mucho interés en la salud pública. Ya en los años ochenta, el doctor José María Bengoa proponía la talla, a los 7 años, como un indicador global de la historia social y nutricional de una comunidad y del progreso social de un país (33).

Más recientemente, algunos autores (34) han planteado que la talla alcanzada a los 2 años se puede considerar como el mejor predictor de capital humano. De hecho, el Banco Mundial utiliza la talla baja como uno de los componentes principales del Índice de Capital Humano, ya que predice la capacidad laboral futura (35). Las estimaciones muestran que, en promedio, la pérdida de ingresos per cápita debido al retraso del crecimiento está alrededor del 7 % (36).

Doble carga nutricional

Todos los países del mundo se ven afectados por una o más formas de malnutrición. Es bastante común hallar desnutrición y sobrepeso dentro de la misma comunidad, hogar o incluso individuo; de este modo, una persona puede presentar sobrepeso y deficiencia de micronutrientes y hay adultos con talla baja y sobrepeso u obesidad. Esta situación, definida como la doble carga nutricional, supone la coexistencia del déficit y del exceso nutricional, resultado de la transición alimentaria acelerada en los países en vías de desarrollo que no habrían resuelto sus problemas de déficit nutricional antes de que les alcanzaran el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (23,37,38).

En particular, el aumento de la doble carga nutricional, observado en los países más pobres entre los clasificados como de bajos y medianos ingresos, se debe al incremento de la malnutrición por exceso, y esta se ha explicado por el cambio en el sistema alimentario caracterizado por la disponibilidad de bebidas y alimentos ultraprocesados de bajo costo y la reducción de la actividad física en el trabajo, el traslado, el hogar y aun en las experiencias de ocio (23,25).

Las consecuencias de la doble carga nutricional se pueden presentar a corto y largo plazo. Un estudio realizado en India demostró que es capaz de afectar tanto a la madre como al niño e incrementar el riesgo de morbilidad en aquellos casos de presencia simultánea de talla baja materna y sobrepeso u obesidad (32).

La presencia concomitante del diagnóstico de talla baja con malnutrición por déficit o exceso se observa tanto en casos de malnutrición primaria como secundaria.

Evolución del diagnóstico de talla baja. Cania 2014-2025

En el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA, la evaluación del estado nutricional, crecimiento y maduración física de niños y adolescentes se realiza atendiendo a la génesis multicausal y al marco conceptual de la desnutrición desarrollado por UNICEF (39); utilizando protocolos estandarizados de evaluación a cargo de equipos interdisciplinarios (40).

La evaluación antropométrica está a cargo de personal entrenado y estandarizado en técnicas antropométricas, que emplea instrumentos calibrados siguiendo la metodología del Programa Biológico Internacional (41). El error técnico de medición intra e interobservador determinado de manera periódica, se ubica dentro de los estándares internacionales recomendados (42).

Los patrones de crecimiento OMS 2006 (43) son utilizados en menores de 5 años y OMS- NCHS 1977 (44) en los mayores de 5 años. Se considera como valor límite del indicador talla-edad \leq Percentil 3 para definir el diagnóstico de talla baja (3,4,40).

Seguidamente se describe la variación del diagnóstico de talla baja en pacientes menores de 18 años, atendidos cada año en los meses de octubre a septiembre del período 2014-2025 (45).

Un total de 28.186 niños y adolescentes se evaluó en la consulta inicial de triaje entre el 1 de octubre de 2014 y el 30 de septiembre de 2025; el 81 % procedía del Distrito Metropolitano de Caracas y, de ellos, el 43 % correspondía a la parroquia Antímamo (45).

Cuadro 1. Distribución por sexo y edad de pacientes con diagnóstico de talla baja, 2014-2025 (n=8.110)

Sexo	%
Masculino	52,5
Femenino	47,5
Edad	
Menor de 2 años	50,7
2-6 años	29,4
7-10 años	10,6
11-14 años	7,1
15-<18 años	2,3

En el total de niños y adolescentes evaluados, el diagnóstico de talla baja se registró en 8.110 pequeños (28,8 %), con una distribución donde el mayor porcentaje fue de sexo masculino y la categoría de edad más frecuente fue la de menor de 2 años (Cuadro 1).

En el Cuadro 2, se muestra la variación de la tendencia anual del diagnóstico de talla baja. Es importante señalar que el período de este análisis incluye los años correspondientes a la pandemia por COVID-19, la cual comenzó en marzo de 2020, lo que en CANIA implicó inicialmente la implementación de una atención a distancia y, luego, una modalidad mixta que incorporó la consulta presencial destinada a pacientes de mayor compromiso nutricional y vulnerabilidad psicosocial. Por esta razón, entre 2019-2020 y hasta 2021-2022, el número de personas atendidas fue significativamente menor a nuestro promedio anual, el cual se ubica alrededor de los 3.000 niños, niñas y adolescentes (NNA). En este sentido, la interpretación del porcentaje de diagnóstico de TB en ese lapso debe considerar tal circunstancia.

La variación del porcentaje de NNA con diagnóstico de TB durante los 11 años muestra un primer lapso, 2014-2015, con 19,3 %, cifra muy cercana al 21 % que fue el promedio de períodos anteriores (45). A partir de ese año, de manera progresiva el ascenso llegó a casi 40 % de pacientes con TB asociada o no a alguna alteración del estado nutricional. Este incremento, en el cual prácticamente se duplicó la frecuencia de NNA con afectación de la talla, coincidió con el marcado aumento

Cuadro 2. Variación de la tendencia anual del diagnóstico de talla baja, 2014-2025 (n=8.110)

Número/año	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025
NNA-atendidos	2.967	2.963	2.895	3.593	3.611	1.614	113	1.572	2.752	3.171	2.935
NNA-talla baja	574	719	913	1.338	1.405	620	55	478	693	734	581
Porcentaje	19,3	24,3	31,5	37,2	38,9	38,4	48,7	30,4	25,2	23,1	19,8

NNA: Niños, niñas y adolescentes.

de la desnutrición aguda observado en CANIA (46), que ocurrió en el país en el marco de la crisis alimentaria y nutricional que condujo a Venezuela en el año 2019, de manera inédita, a transitar la senda de la ayuda humanitaria. En este año, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) inició el Plan de Respuesta Humanitaria.

En el diagnóstico nutricional del total de NNA identificados con TB resalta que el 58 % presenta desnutrición clínica, como se muestra en el Cuadro 3. Solo 3,6 % de los NNA con TB presentaron diagnóstico de malnutrición por exceso, como era de esperarse, ya que la alteración más frecuente en niños con sobrepeso y obesidad fue la talla alta. En este grupo total de NNA con TB (n=8.110) se incluyeron pacientes con malnutrición primaria y secundaria, por tanto, es posible la existencia de alguna patología crónica en parte del subgrupo de NNA con TB y malnutrición por exceso. Sin embargo, como se ha comentado, la doble carga nutricional expresada por la coexistencia de talla y obesidad puede estar presente y es una condición que

debe ser vigilada, especialmente si las circunstancias del contexto venezolano promueven una transición alimentaria.

Como se muestra en el Cuadro 3, la TB puede presentarse acompañada de cualquier diagnóstico nutricional, aun el eutrófico, lo que, en este lapso, representó el 21 %, y la desnutrición subclínica se registró en 17 % de los pacientes. Esta evidencia apoya la recomendación de evaluar el crecimiento en todos los NNA independientemente de su estado nutricional, en un estudio que abarque la investigación clínica y paraclínica de déficit de micronutrientes para descartar el diagnóstico de hambre oculta.

Conclusiones y Recomendaciones

La evaluación del crecimiento, así como la del estado nutricional y la maduración física, deben formar parte de un protocolo indivisible de atención de todos los niños y adolescentes.

Venezuela posee una sólida trayectoria en el ámbito de la evaluación nutricional gracias a la labor de instituciones y profesionales destacados que han definido metodologías, poblaciones de referencia y manuales de procedimientos, los cuales se han divulgado a través de diversas publicaciones (3,47-54); así también capacitaciones, entre las que destaca el Taller de Evaluación del estado nutricional, el crecimiento y la maduración física, liderado por la doctora Mercedes López de Blanco, impartido a pediatras al menos en 10 estados del país (Carabobo, Cojedes, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Lara, Nueva Esparta, Vargas y Zulia) con el apoyo de la Fundación Bengoa, la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y CANIA.

Cuadro 3. Distribución porcentual del diagnóstico nutricional de los pacientes con talla baja, 2014-2025 (n=8.110)

Diagnóstico nutricional	Porcentaje de talla baja
Eutrófico	20,9
Desnutrición subclínica	17,3
Desnutrición leve	26,3
Desnutrición moderada	17,7
Desnutrición grave	14,1
Sobrepeso	2,1
Obesidad	1,5
Total	100,0

Referencias

Reducir los riesgos de malnutrición requiere enfoques multisectoriales que contemplen estrategias nutricionales específicas y sensibles a la nutrición (por ejemplo, agua, saneamiento e higiene, educación, género) (6). La experiencia de algunos países que están logrando disminuir el retraso del crecimiento infantil subraya los beneficios de las intervenciones indirectas y directas en la salud y en otros sectores sociales. Es un esfuerzo que incluye programas centrados en la reducción de la pobreza, acceso al agua, saneamiento e higiene, promoción de la educación, empoderamiento de las niñas y la nutrición materna (15). Es así como la segunda publicación de la Serie Lancet destaca la importancia de implementar políticas y programas multisectoriales de lucha contra la pobreza que complementen las intervenciones específicas en salud y nutrición realizadas a nivel individual (55).

Considerando que los niños menores de 2 años presentan un riesgo especial de detención del crecimiento es necesario optimizar la nutrición en las etapas iniciales de la vida, especialmente durante los primeros 1.000 días (1).

Priorizar la atención en los grupos de edad más vulnerables tiene todo el sentido y no deja de constituir una preocupación, especialmente en el ámbito de la prolongada crisis humanitaria del país, donde la respuesta coordinada por el Global Nutrition Cluster y el Cluster de Nutrición Venezuela se ha centrado en los menores de 5 años y en mujeres embarazadas y en período de lactancia (MEL), limitando la condición nutricional a atender a la desnutrición aguda en el caso de los niños, y el bajo peso y la deficiencia de micronutrientes en las MEL (56-57).

Investigadores en el país han planteado la necesidad de elevar al rango de prioridad humanitaria el retraso del crecimiento dentro del contexto de la crisis prolongada (19). Esta propuesta, que no solo busca intervenir en niños con deficiencias nutricionales múltiples, sino que se establece como una estrategia preventiva frente a la desnutrición aguda persistente, cuenta con el respaldo y consenso de diversas instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil del sector salud nutricional, donde su discusión se mantiene vigente. Disponer de información oficial sobre la prevalencia del retraso de crecimiento a nivel nacional y regional es un paso fundamental para continuar el debate con miras a establecer acciones estratégicas para su abordaje.

1. World Health Organization. Malnutrition: Key Facts. Geneva: WHO (2024). Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
2. Izaguirre de Espinoza I, López de Blanco M. Evaluación del crecimiento y de la maduración física. En: Machado de Ponte L, Izaguirre de Espinoza I, Santiago RJ (editores). Nutrición Pediátrica. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Caracas: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 1-40.
3. López de Blanco M, Macías de Tomei C, Mariño Elizondo M, Rojas Loyola G. Guía de manejo clínico. Evaluación del crecimiento, la maduración y el estado nutricional en atención primaria y secundaria. Arch Venez Puer Ped. 2018;81(2):56-64.
4. Mariño M. Evaluación de la talla baja y talla alta. En: Nutrición en Pediatría. Evaluación nutricional y alimentación del niño y adolescente [electrónico]. 3a Edición. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA; Empresas Polar; 2023. Tomo 1. p. 133-171. Disponible en: <https://cania.org.ve/publicacion/nutrici%C3%B3n-en-pediatr%C3%ADa%3A-evaluaci%C3%B3n-nutricional-del-ni%C3%B0o-y-adolescente>
5. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. Paediatr Int Child Health. 2014 Nov;34(4):250-265. doi: <https://doi.org/10.1179/2046905514Y.0000000158>
6. World Health Statistics 2025: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c992fbdc-11ef-43db-a478-7e7a195403ae/content>
7. United Nations Children's Fund, World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2025 edition of the joint child malnutrition estimates. Geneva: World Health Organization; 2025 [in press]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 SA.
8. Fuser News. Venezuela logra avances históricos en lucha contra desnutrición infantil pese a sanciones. 22/08/2025. Disponible en: Venezuela logra avances históricos en lucha contra desnutrición infantil pese a sanciones
9. World Bank Group. World Development Indicators: nutrition and growth. Disponible en: <https://wdi.worldbank.org/table/2.15>
10. Caritas Venezuela. Boletín SISAL abril 2024. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1LdAvy5ERMnKTPgJfJTvTB9BT1KMSHC0J/view>

11. Candela Y. Malnutrición en niños beneficiarios de programas comunitarios en alimentación y nutrición. *An Venez Nutr.* 2020; 33(2):123-132. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522020000200123&lng=es
12. IIES: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/in-forme-interactivo-2019>
13. Landaeta-Jiménez M, Jardim K, Carreño L, Vásquez E. Valoración del estado nutricional antropométrico de escolares venezolanos de 3 a 18 años. *An Venez Nutr* 2022;35(1):5-15.
14. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA. Estudio de la situación alimentaria y nutricional de la parroquia Antímamo 2012. *Boletín de Nutrición Infantil Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA.* 2014; 17(27). Disponible en: <https://cania.org.ve/api/wp-content/uploads/2021/03/boletin27-estudio-Antimamo.pdf>
15. Bhutta ZA, Islam M, Gaffey MF, Victora CG, Menon P, Katz J. What works for reducing stunting in low-income and middle-income countries? Cumulative learnings from the Global Stunting Exemplars Project. *Am J Clin Nutr.* 2025;121(Suppl 1): S113-S128. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.03.004>
16. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr.* 2013;9 (Suppl 2):27-45. <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
17. Dewey KG, Mayers DR. Early child growth: how do nutrition and infection interact? *Matern Child Nutr.* 2011;7(Suppl 3):129-142.
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; 382:427-451.
19. Raffalli S, Villalobos C. Recent patterns of stunting and wasting in Venezuelan children: programming implications for a protracted crisis. *Front. Sustain. Food Syst.* 2021; 5:638042. doi: 10.3389/fsufs.2021.638042
20. Bernal J, Agudelo Martínez A. Medición de inseguridad alimentaria-nutricional, hambre y estrategias de afrontamiento de niños y adolescentes en Medellín-Colombia. *Arch Latinoam Nutr* 2020;70(1):20-29. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2020/1/art-3/>
21. Becher ER, Kumordzie SM, Davis JN, Arnold CD, Ryan Wessells K, Tan X. Consumption of selected healthy and unhealthy food groups and associations with nutritional status among children 2-5 years of age in Northern Ghana. *Matern Child Nutr.* 2026 Mar;22(1): e70126. doi: 10.1111/mcn.70126
22. Pries AM, Rehman AM, Filteau S, Sharma N, Upadhyay A, Ferguson EL. Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age z-scores among 12-23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal. *J Nutr.* 2019;149(10):1843-1851. <https://doi.org/10.1093/jn/nxz140>
23. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet.* 2020 Jan 4;395(10217):65-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32497-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32497-3)
24. Pries AM, Filteau S, Ferguson EL. Snack food and beverage consumption and young child nutrition in low- and middle-income countries: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2019 Jun;15 (Suppl 4): e12729. <https://doi.org/10.1111/mcn.12729>
25. Popkin BM, Laar A. Nutrition transition's latest stage: Are ultra-processed food increases in low- and middle-income countries dooming our preschoolers' diets and future health? *Pediatr Obes.* 2025 May;20(5): e70002. <https://doi.org/10.1111/ijpo.70002>
26. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B; International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet.* 2007 Jan 6;369(9555):60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
27. World Health Organization. Stunting in a nutshell. 2015 Disponible en: <https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell>
28. Soliman A, De Sanctis V, Alaaraj N, Ahmed S, Alyafei F, Hamed N. Early and long-term consequences of nutritional stunting: from childhood to adulthood. *Acta Biomed.* 2021;92(1): e2021168. <https://doi.org/10.23750/abm.v92i1.11346>
29. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Simonoff E, Grantham-McGregor SM. Early childhood stunting is associated with poor psychological functioning in late adolescence and effects are reduced by psychosocial stimulation. *J Nutr.* 2007;137(11):2464-69.
30. Ramírez-Luzuriaga MJ, Hoddinott J, Martorell R, Patel SA, Ramírez-Zea M, Waford R, et al. Linear growth trajectories in early childhood and adult cognitive and socioemotional functioning in a Guatemalan cohort. *J Nutr.* 2021; 151:206-213.
31. Hoffman DJ, Sawaya AL, Verreschi I, Tucker KL, Roberts SB. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity? Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from São Paulo, Brazil. *Am J Clin Nutr.* 2000;72(3):702-707. <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.3.702>

32. Wells J, Wibaek R, Poullas M. The dual burden of malnutrition increases the risk of cesarean delivery: evidence from India. *Front Public Health* 2018; 6:292. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00292>
33. Bengoa JM, Hernández de Valera Y, Arenas O. La talla del niño de 7 años indicador de la historia nutricional de la comunidad. *An Venez Nutr*. 1989;2(1):45-49. Disponible en: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/1989/1/art-8/>
34. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et.al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9608):340-357.
35. Grupo de Banco Mundial. Proyecto de Capital Humano: preguntas frecuentes. Marzo 2019. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/human-capital/brief/the-human-capital-project-frequently-asked-questions#2>
36. Galasso E, Wagstaf A. The aggregate income losses from childhood stunting and the returns to a nutrition intervention aimed at reducing stunting. Policy Research Working Paper 8563. World Bank Group 2018. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/528901533144584145/pdf/WPS8536.pdf>
37. López-Blanco M, Carmona A. La transición alimentaria y nutricional. Un reto en el siglo XXI. *An Venez Nutr* 2005;18(1):90-104.
38. López Blanco M, Landaeta-Jiménez M, Herrera Cuenca M, Sifontes Y. La doble carga de desnutrición y obesidad en Venezuela. *An Venez Nutr* 2014; 27(1):77-87 Disponible en: <http://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2014/1/art-12>
39. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M; et al, for the Maternal and Child Undernutrition Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008; 371:243-260.
40. Dini-Golding E. Evaluación del estado nutricional en niños y adolescentes. En: *Nutrición en Pediatría. Evaluación nutricional y alimentación del niño y adolescente [electrónico]. 3a Edición.* Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA; Empresas Polar; 2023. Tomo 1. p. 2-89. Disponible en: <https://cania.org.ve/publicacion/nutrici%C3%B3n-en-pediatr%C3%ADa%3A-evaluaci%C3%B3nnutricional-del-ni%C3%B1o-y-adolescente>
41. Weiner JS, Lourie JA. Human biology-a guide to field method. (International Biological Programme Handbook, núm 9). Oxford: Blackwell Scientific, 1969;3-16.
42. Ulijaszek SJ, Kerr DA. Anthropometric measurement error and the assessment of nutritional status. *Br J Nutr*. 1999; 82:165-77.
43. World Health Organization. The WHO Child Growth Standards 2006. Disponible en: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>
44. Hamill PV, Drizd TA, Jhonson CL, Reed RR, Roche AF. NCHS Growth curves for children from birth to 18 years: United States. Publ. N° PHS 78-1650: Vital and Health Statistics Series 11. N°165, U.S. Department of Health. Education and Welfare. Hyattsville, MD 1977.
45. Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA. Estadísticas de la gestión de CANIA. Programa de Atención a la Malnutrición triaje/niños.
46. Mariño-Elizondo M. Análisis de la variación del estado nutricional de niños y adolescentes atendidos en CANIA entre 1995-2024. *Boletín de Nutrición Infantil Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA* 2025; 21(35):13-26. Disponible en: <https://cania.org.ve/api/wp-content/uploads/2025/12/V3-boletin-35-aniversario-CANIA.pdf>
47. Méndez Castellano H, López de Blanco M, Landaeta Jiménez M, González de Tineo A, Pereira I. Estudio transversal de Caracas. *Arch Venez Puer Ped*. 1986;49(3-4):111-155.
48. López Contreras de Blanco M, Izaguirre de Espinoza I, Macías de Tomei C. Estudio longitudinal mixto del Área Metropolitana de Caracas. *Arch Ven Puer Ped*. 1986; 49:156-171.
49. López Blanco M, Landaeta Jiménez M (editores). *Manual de crecimiento y desarrollo.* Fundacredesa, Serono. Caracas 1991. 52 p.
50. López-Blanco M, Landaeta-Jiménez M, Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C. Crecimiento físico y maduración. En: Méndez Castellano H (editor). *Estudio nacional de crecimiento y desarrollo humanos de la República de Venezuela.* Caracas: Escuela Técnica Popular Don Bosco; 1996. p. 407-773.
51. Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Castañeda-Gómez M, Méndez Castellano H. *Atlas de maduración ósea del venezolano.* Primera edición. Caracas: Editorial Intenso Offset; 2003. 237 p.
52. López-Blanco M, Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Saab Verardy L, Vega Albarrán C. *Gráficos para uso clínico: distancia y velocidad de talla y peso y estadios de maduración sexual.* Caracas: Fundacredesa-CESMA Universidad Simón Bolívar; 2006.
53. Dini-Golding E, Henríquez G. Evaluación del estado nutricional. En: Machado de Ponte L, Izaguirre de Espinoza I, Santiago RJ (editores). *Nutrición pediátrica.* Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. Caracas: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 41-80.
54. López de Blanco M. Importancia en la selección de los valores de referencia. En: López de Blanco M, Izaguirre Espinoza I, Macías de Tomei C. *Crecimiento*

- y maduración física: bases para el diagnóstico y seguimiento clínico. Caracas: Editorial Médica Panamericana; 2013. p. 9-19.
55. Victora CG, Hartwig FP, Vidaletti LP, Martorell R, Osmond C, Richter LM, et al. Effects of early-life poverty on health and human capital in children and adolescents: analyses of national surveys and birth cohort studies in LMICs. *Lancet*. 2022 Apr 30;399(10336):1741-1752. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02716-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02716-1)
56. Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). Extensión del plan de respuesta humanitaria 2024-2025. Alcance del plan. Febrero 2025. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/venezuela-bolivarian-republic/venezuela-extension-del-plan-de-respuesta-humanitaria-2024-2025-actualizacion>
57. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Humanitarian action for children. Bolivarian Republic of Venezuela. HIGHLIGHTS 2026. December 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/177156/file/2026-HAC-Venezuela.pdf>

Recibido: 02-03-2026

Aceptado: 20-03-2026