



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA/
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

EQUIPOS DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR

ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: XXXX

LINEA OPERATIVA: XXXXX (Hasta esta desagregación llega VSA)

ACCIONES DE BIENESTAR: PLANES DE BIENESTAR

VIGENCIA: SEPTIEMBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027

Bogotá D.C. 2025

Contenido

1. Acción de Bienestar XXX. Nombre de la Acción de Bienestar.	3
1.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar	3
1.2. Objetivo General	3
1.3. Población sujeto	3
1.4. Talento humano	3
1.5. Unidad de medida	3
1.6. Forma de reporte de ejecución del producto	3
1.7. Descripción de la acción de bienestar:	3
1.7.1. Actividad 1. XXXXX	3
1.7.2. Actividad 2. XXXX	3
1.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:	36
1.9. Indicadores.....	36
2. Acción de Bienestar XXX. Nombre de la Acción de Bienestar.	37
2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar	37
2.2. Objetivo General	37
2.3. Población sujeto de la intervención	37
2.4. Talento humano	37
2.5. Unidad de medida	37
2.6. Forma de reporte de ejecución del producto	37
2.7. Descripción de la acción de bienestar:	37
2.7.1. Actividad 1. XXXXX	37
2.8. Actividad 2. XXXX	37
2.9. Tabla resumen de la acción de bienestar:	37
2.10. Indicadores.....	38
Referencias bibliográficas	38
Control de cambios	38

FICHA TÉCNICA ACCIONES DE BIENESTAR: Planes de Bienestar.

1. Acción de Bienestar XXX. Nombre de la Acción de Bienestar.

1.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

1.2. Objetivo General

1.3. Población sujeto

1.4. Talento humano

1.5. Unidad de medida

1.6. Forma de reporte de ejecución del producto

1.7. Descripción de la acción de bienestar:

1.7.1. Actividad 1. Identificación de Riesgos de Salud

1.7.2. Actividad 2. Concertación del Plan de Bienestar

1.7.3. Actividad 3. Implementación del Plan de Bienestar.

ESTRATEGIA ANGELES KIDS

Es una estrategia de acompañamiento integral diseñada para el seguimiento a cohortes de riesgo infantil, como aquellos nacidos prematuramente, con bajo peso, con malformaciones congénitas o que enfrentaron complicaciones graves en sus primeras horas de vida. Con el objetivo principal es disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil evitable, para que cada niño alcance su máximo potencial.

Criterios de priorización:

1. Niños o niñas menores de 1 año con bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro

Comentado [SS1]: Por ejemplo: Acciones de Bienestar para la gestión familiar. (Incluye las acciones de bienestar de Gestor virtual y abordaje territorial; en los siguientes numerales se desagrega cada una de ellas)

Comentado [SS2]: Código de la matriz de costos. (Se diligencia al final)

2. Niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de hipotiroidismo congénito y seguimiento a otros tamizajes neonatales
3. Recién nacidos con defectos congénitos (cardiopatías congénitas, defectos de pared abdominal, defectos del SNC, cromosomopatías e Hipotiroidismo)
4. Recién nacidos con morbilidad neonatal (asfixia, prematuridad y sepsis)
5. Recién nacidos sin control posterior al nacimiento
6. Recién nacidos con tamizaje endocrinometabólico positivo

Consejería en lactancia materna

Desarrollo de la estrategia:

1. Evaluación de los niños y niñas menores de 1 año con bajo peso al nacer sin adherencia al Programa Madre Canguro

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afectan el estado nutricional del recién nacido, para lo cual se tendrán en cuenta los siguientes aspectos a evaluar: edades extremas (menores 20 años y mayores de 35 años) de la madre, número de menores de cinco años en el núcleo familiar, promedio de ingresos económicos del hogar, escolaridad de la madre, familia sin método de regulación de la fecundidad, hacinamiento, periodo intergenésico corto (menor a dos años), barreras para la atención en salud, indagación de antecedentes gestacionales y del parto y otros que según criterio profesional sean relevantes para orientar el desarrollo del plan de cuidado.
- La evaluación antropométrica y clasificación nutricional del recién nacido incluye: toma y registro de medidas antropométricas (peso, longitud y perímetro cefálico) y clasificación nutricional. En los casos de niños y niñas con antecedentes de prematuridad, la clasificación nutricional se hace a partir del cálculo de la edad corregida hasta las 40 semanas con base en las tablas de Fenton sobre crecimiento postnatal de prematuros hasta 40 semanas edad corregida. Al cumplir 40 semanas de edad corregida, los datos antropométricos deben ser valorados y clasificados, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o aquella que la modifique o adicione.

Cálculo de la edad corregida: Se calcula **restando a las 40 semanas (fecha teórica prevista del parto) el número de semanas reales de gestación al nacer:**

- 40 semanas – edad gestacional al nacer (semanas completas) = Semanas de prematuridad.
- Edad cronológica – semanas de prematuridad = **Edad corregida.**

Por ejemplo, si el bebé nació en la semana 28 de gestación, habría que restar a 40 esa cifra para **calcular sus semanas de prematuridad** (en este caso, 12 semanas prematuro). Si ese bebé tiene ahora seis meses (24 semanas desde el nacimiento), su edad corregida es el resultado de restar a las 24 semanas las 12 semanas de prematuridad. Por tanto, su edad corregida es de 12 semanas. Tres meses.

Comentado [MR3]: @Adriana Maritza, Guaca Ruiz Adri, porfa verificar si se pueden incluir criterios adicionales para seguimiento por el entorno hogar

Comentado [AR4R3]: agregado

Comentado [MR5R3]: adri el primer punto son los niños con bajo peso al nacer.. dentro de la morbilidad uds revisan algo mas? o solo asfixia y sepsis?

Comentado [AR6R3]: Dra. desde Morbilidad Neonatal que ya le quitamos la palabra extrema sólo vigilamos prematuridad sepsis y BPN y en alojamiento conjunto los tamizajes nada mas, los se asfixia lo revisa la Dra. Claudia Devia a través de la red de hipotermia

Comentado [MR7]: @Liseth Lorena, Pava Saldaña lis.. tenemos que pensar si vamos a tener una cohorte de niños sin lactancia materna si es posible o lke dejamos lo de la consejería a todos o como?

- Examen físico: para realizar el examen físico se sugiere tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Apariencia- coloración de la piel.
- Actividad: movimientos espontáneos y alternos de las extremidades.
- Gestos: identifique si el bebé se calma o llora cuando la madre ofrece alimento (leche materna o fórmula láctea) o lo sostiene en brazos.

Igualmente, se debe verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte y deba ser remitido de inmediato al servicio de urgencias para su atención prioritaria:

- No puede beber, comer o tomar el pecho.
 - Vomita todo.
 - Convulsiona.
 - Está letárgico o inconsciente.
 - Hipotermia: temperatura axilar $<35.5^{\circ}\text{C}$.
 - Fiebre: temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$.
 - Riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo a la vía oral.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o retracciones intercostales
- Verificación de asistencia a control del recién nacido, ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y consulta de valoración y apoyo a la lactancia materna, adherencia a programa madre canguro y suplementación con micronutrientes según esquema definido en la Resolución 3280 de 2018.
 - Evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva, retomando el formato de “Valoración de la lactancia materna” OMS con observación directa del proceso de amamantamiento, que permita identificar dificultades en el proceso y brindar apoyo a la familia. Reiterar la importancia de la práctica de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses y conceptos frente a la alimentación complementaria de niños y niñas de 6 meses a 12 meses. Tenga en cuenta que la lactancia materna NO está contraindicada durante la presencia de enfermedad respiratoria en la madre.
 - Evaluación del estado de salud de la madre: Análisis de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria –FIES, que se encuentra en la Caracterización Social y Ambiental, frecuencia de consumo en la madre lactante (priorizando la identificación de consumo diario de fuentes alimentarias de proteína de alto valor biológico (fuentes de origen animal), calcio (leche y productos lácteos), hierro (vísceras), así como frutas, verduras y agua); consumo productos ultraprocesados y otros aspectos que según criterio profesional sean relevantes para la caracterización del caso. En los casos de inseguridad alimentaria se realizará la canalización de la familia a los programas sociales a través del SIRC.

De acuerdo con los factores de riesgo en salud identificados se realizará concertación de los compromisos, realizando educación en alimentación saludable en los siguientes temas:

- Consejería en lactancia materna: realizar observación durante la lactancia según formato incluido en la caja de herramientas “Ayuda Observación de la LM_2023” y frente a los signos de posible dificultad, generar orientaciones que permitan superarlos, según el “Manual de remisión Lactancia Materna” también incluido en la caja de herramientas, se espera durante el plan de cuidado retomar las técnicas de extracción, conservación y transporte de la leche materna, riesgos del uso de chupos y biberones, riesgos de la alimentación con fórmulas industrializadas, consecuencias de la ablactación antes de los 6 meses de edad, ventajas sociales, económicas y ambientales de la lactancia materna para la familia, redes de apoyo a la lactancia materna, alimentación complementaria saludable, relactancia, entre otros.
- En caso de que la madre no pueda lactar o decida no hacerlo, orientar la consejería a la adecuada preparación y suministro de sucedáneo de la leche materna, en condiciones higiénico-sanitarias que eviten el deterioro del estado nutricional asociado a la presencia de enfermedad diarreica aguda o inadecuada preparación de la fórmula (dilución de la concentración indicada por el fabricante).
- Recomendaciones nutricionales y de actividad física para la familia y la madre en periodo de lactancia teniendo en cuenta los mensajes clave establecidos en las guías alimentarias basadas en alimentos -GABAS dirigido a mujeres o personas en período de lactancia.
- Compromisos frente a la adherencia a programas de salud: asistencia a controles de atención integral, pediatría, programa madre canguro, salud oral, etc.
- Si el niño o niña se encuentre entre los 4 a 6 meses, refuerce en alimentación complementaria que debe iniciarse a partir de los 6 meses, según las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos -GABAS.
- Lavado de manos, higiene básica, manejo de excretas y desechos.
- Perdidas y desperdicios de alimentos.
- Signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia: Infección Respiratoria Aguda -IRA, Enfermedad Diarreica Aguda -EDA y desnutrición aguda.

Activación de ruta

Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional o entrega de tratamientos médicos o nutricionales, se procede de manera inmediata a realizar el proceso de canalización sectorial por el módulo de CANALIZACIÓN A RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA GRUPOS DE RIESGO-RIAs para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales describiendo la particularidad de la barrera de acceso.

Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se debe realizar canalización intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Teniendo en cuenta que esta atención domiciliaria se realizará una vez por el profesional de nutrición según necesidad, al finalizar la atención y de acuerdo con las necesidades específicas del menor el profesional deberá realizar el acompañamiento para el apoyo de autogestión y agendamiento de padre, madre o cuidador según procedimiento, a las atenciones intramurales que sean requeridas para complementar la atención y aportar a la recuperación del estado de la salud del usuario y su familia.

En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo GTAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.

Cierre de la atención individual:

El cierre del proceso deberá contar con la entrega pertinente del usuario al promotor para garantizar el seguimiento respectivo de acuerdo con clasificación de riesgo, así como a la EPS a través del diligenciamiento de la herramienta establecida para ello.

2. Seguimiento niños o niñas menores de 1 año con diagnóstico de hipotiroidismo congénito

Identificación y clasificación del riesgo

Para el seguimiento a casos de niños y niñas con diagnóstico de hipotiroidismo congénito, se plantea la siguiente estrategia de abordaje por el entorno cuidador, los casos serán priorizados desde nivel central:

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con hipotiroidismo
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte

Caso probable Verificación del reporte de TSH neonatal (INS):

- Recién nacido con prueba de TSH para tamizaje neonatal en cordón umbilical, mayor al punto de cohorte establecido, de 15 mUI/L
- Recién nacido con prueba de TSH para tamizaje neonatal en talón, mayor al punto de cohorte establecido, de 10 mUI/L

Caso confirmado:

- Es el caso probable con confirmación por laboratorio con TSH elevada y T4 libre (fT4) inferior a 55.17 nmol/l en una muestra de suero o también si la T4 libre (fT4) es menor al valor de referencia del kit de ensayo

Si el hipotiroidismo congénito está confirmado, verificar la instauración del tratamiento con hormona tiroidea y la correcta administración del medicamento:

1. Pulverice la(s) tabletas entre dos cucharas y mézclelas con una pequeña cantidad de agua fría, leche materna o fórmula que no contenga soya o hierro.
2. Dele esta mezcla con un gotero en la comisura de la boca entre la mejilla y la encía, confirme su ingesta administrando posteriormente agua en el gotero y ofrézcala al bebe.
3. Use agua a temperatura ambiente.
4. NO mezcle con agua caliente.

Verificación del seguimiento a los niños con hipotiroidismo congénito

Verificar la realización periódica de toma de TSH y ft4:

- 2 y 4 semanas de iniciada la hormona tiroidea (L-T4)
- Cada mes dentro de los primeros 6 meses de vida
- Cada 2 meses hasta el primer año
- Cada 3 meses hasta los 3 años
- A intervalos más frecuentes si se duda de los cuidadores del niño
- Cada vez que se cambia la dosis o la fuente de la L-T4, medir 4 semanas después
- Cuando se trate un niño en un grupo de riesgo (niños que estuvieron en UCI por bajo peso u otras causas)

A los niños con hipotiroidismo congénito se les debe asegurar:

- Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
- Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
- Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

Activación de ruta si:

- ✓ La madre no reclamó el resultado de TSH neonatal.
- ✓ El resultado del TSH fue anormal y no le han realizado prueba confirmatoria.
- ✓ Le realizaron prueba confirmatoria pero no reclamó el resultado.
- ✓ El resultado de la prueba confirmatoria fue positivo, pero no le han iniciado el tratamiento.
- ✓ No hay adherencia del familiar o cuidador al tratamiento (No se lo suministra, le brinda una dosis inadecuada, entre otros).

La activación de la ruta por el aplicativo SIRC de los niños que cumplen criterios debe hacerse de forma inmediata para que las EAPB asuman de manera prioritaria el tratamiento, evitando complicaciones.

Seguimiento a tamizaje auditivo y visual

Identificación y gestión del riesgo: A todo menor de 3 meses se le debe verificar la realización de tamizaje visual y auditivo por parte de la EAPB o IPS de atención del parto. En caso de no contar con el resultado de las emisiones otoacústicas o potenciales evocados auditivos asegurar la consulta del recién nacido o valoración integral para su realización, a través de la canalización en el aplicativo SIRC.

Seguimiento a tamizaje metabólico neonatal.

En todo recién nacido y menor de 1 mes indagar si se solicitó además del TSH neonatal otros tamizajes metabólicos por parte de su IPS para identificar otras enfermedades metabólicas (galactosemia, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita y deficiencia de biotinidasa) en caso afirmativo, indagar si ya fue reclamado el resultado y valorado por el personal de salud. En caso de no haberlo reclamado, remitir para reclamar y ser valorado de forma inmediata.

3. Recién nacidos con defectos congénitos (cardiopatías congénitas, defectos de

pared abdominal-gastrosquisis, onfalocele)

Identificación y clasificación del riesgo

Para el seguimiento a casos de niños y niñas identificados con defecto congénito, se plantea la siguiente estrategia de abordaje por el entorno cuidador, los casos serán priorizados desde nivel central:

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con defectos congénitos
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
- Verificación de ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y a la ruta específica de las RIAs (cardiología, cirugía).
- Adherencia a los tratamientos instaurados en caso de cardiopatías congénitas en los que se ha postergado la intervención quirúrgica.
- Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
- Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
- Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

En caso de no tener adherencia a alguno de los procesos enunciados se debe activar la canalización a través del aplicativo SIRC.

4. Recién nacidos con morbilidad neonatal extrema (asfixia, sepsis)

Identificación y clasificación del riesgo

Para el seguimiento a casos de niños y niñas identificados con morbilidad neonatal extrema, se plantea la siguiente estrategia de abordaje por el entorno cuidador, los casos serán priorizados desde nivel central:

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud de los recién nacidos con asfixia o sepsis neonatal
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
- Verificación de ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud
- Adherencia a los tratamientos instaurados
- Promoción de la lactancia materna (Res. 3280 de 2018).
- Reforzar prácticas familiares orientadas al riesgo (prácticas de higiene, lavado de manos, signos de alarma para IRA y EDA, Signos de peligro de muerte)
- Verificar el esquema de vacunación acorde a los lineamientos del PAI

5. Recién nacidos sin control posterior al nacimiento

La atención individual estará enfocada a las familias con niñas o niños Recién nacidos sin control, con el propósito de redireccionarlos a la atención ambulatoria con adherencia

a su plan de manejo, esta será mediada a través de la gestión del promotor de salud con identificaciones en campo o por la derivación de las EPS según criterios e identificación de riesgo, con la respectiva derivación del caso según procedimiento establecido para que este llegue al profesional de salud que dará respuesta en el domicilio, la atención de este profesional deberá contar con las siguientes actividades.

Teniendo en cuenta que esta consulta tiene por objeto verificar el proceso de adaptación a la vida extrauterina del niño o la niña y verificar los cuidados y la adaptación a la llegada del niño por parte de los padres y/o familiares, incluyendo las siguientes actividades:

1. Amnnesis: Interrogue:

- ¿Ha podido recibir leche materna o fórmula láctea?
- ¿Tolera los alimentos o a vomitado todo lo ingerido?
- ¿Se ha alterado su estado de conciencia?
- ¿Ha tenido llanto incontrolable?
- ¿Ha tenido dificultad respiratoria o apnea en las últimas 72 horas?
- ¿Ha presentado convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas?
- ¿Ha tenido fiebre o hipotermia?
- ¿Ha presentado cambios en la coloración de la piel o aparición de secreciones o lesiones tipo petequias o pústulas?
- ¿Ha presentado deposiciones con sangre?

Verificar síntomas que haya presentado el recién nacido, se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inicio de otros alimentos e interrogar los hábitos de micción y deposición.

Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatía congénita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se estén procesando o que ya esté programado para su realización antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.

Dentro de los antecedentes indagar dificultades o patologías durante el embarazo, edad gestacional, peso y talla al nacer, como fue el proceso de adaptación, necesidad de requerimiento de oxígeno u hospitalización en unidad de cuidados neonatales.

Indagar por fumadores en casa, esquema vacunal de las personas que conviven con el recién nacido, ocupación de los padres y antecedentes familiares. Registrar grupo sanguíneo materno y del recién nacido.

2. Examen físico completo:

- ✓ Toma de signos vitales: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, se debe tomar la saturación de oxígeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamizaje de cardiopatía congénita compleja (nuevamente)

- ✓ Valoración antropométrica: Peso, talla, perímetro cefálico (realizar clasificación nutricional: peso/ talla, talla/edad, peso/edad según resolución 2465 de 2016)
- ✓ Vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza, realizar reflejo rojo retiniano. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso (los primeros 7 días es normal una pérdida de peso hasta el 10% del peso de nacimiento), identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.

3. Identificación de signos de alarma:

- Intolerancia o rechazo a la vía oral
- Alteración del estado de conciencia: Somnolencia o inconciencia, verifique tono muscular (hipotonía o hipertonía).
- Dificultad respiratoria: Tirajes, taquipnea, quejido, aleteo nasal, asincronía torácica-abdominal, desaturación.
- Presencia de convulsiones o movimientos anormales en las últimas 72 horas.
- Llanto inconsolable
- Apnea o pausas respiratorias o desaturación según altitud al nivel del mar
- Cianosis central o generalizada o palidez extrema, verifique llenado capilar
- Fiebre o hipotermia cuantificada
- Coloración o lesiones de piel (ictericia – aspecto “moteado”), lesiones tipo equimosis, petequias, pústulas, vesículas en la piel, secreción purulenta del ombligo
- Distensión abdominal importante, deposiciones con sangre – descarte lesiones en ano.
- Fontanela abombada o deprimida, separación de suturas.

En caso de identificar signos de alarma remitir de manera urgente, por lo que debe activarse 123 para traslado a unidad de servicios de salud.

Si el recién nacido no presenta signos de alarma: Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia.

Teniendo en cuenta que esta atención domiciliaria se realizará una vez por el profesional de nutrición según necesidad, este deberá al finalizar la atención y de acuerdo con las necesidades específicas del menor el acompañamiento para el apoyo de autogestión y agendamiento de padre madre o cuidador según procedimiento, a las atenciones Intramurales que sean requeridas para complementar la atención y aportar a la recuperación del estado de la salud del usuario y su familia.

En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el

aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.

Cierre de la atención individual

El cierre del proceso deberá contar con la entrega pertinente del usuario al promotor para garantizar el seguimiento respectivo de acuerdo con clasificación de riesgo, así como a la EPS a través del diligenciamiento de la herramienta establecida para ello.

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) y ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EDA: ALTO RIESGO RESPIRATORIO Y GASTROINTESTINAL

Criterios de priorización:

1. Niños o niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (centinela) e IRAG (inusitado) de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización y los niños sin seguimiento efectivo a las 48 horas en la estrategia SALA ERA y con criterio de riesgo
2. Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displasia broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia
3. Niñas o niñas menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control

Desarrollo de la estrategia:

1. **Niños o niñas menores de 1 año notificados al SIVIGILA por IRAG (centinela) e IRAG (inusitado) de régimen de afiliación subsidiado y no asegurado, al egreso de hospitalización los niños sin seguimiento efectivo a las 48 horas en la estrategia SALA ERA y con criterio de riesgo.**

Identificación y clasificación del riesgo

A partir de la base de datos de cohortes de niños y niñas hospitalizados por IRAG-centinela (SIVIGILA 345) e IRAG inusitado (SIVIGILA 348) y de la base de datos de sala ERA se identificarán los niños sin seguimiento efectivo a las 48 horas y con criterio de riesgo y serán remitidas desde nivel central de forma semanal, se plantea la siguiente estrategia de abordaje:

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afecten el estado de salud del menor de 1 año con Infección respiratoria
- Verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte
- Indagar sobre factores asociados a la infección respiratoria en niños y niñas menores de 5 años y abordar con estrategias de información, comunicación y educación (IEC)

aquellos que se pueden modificar:

- o Ausencia de lactancia materna
- o Hacinamiento (condiciones socioeconómicas)
- o Asistencia a guardería
- o El humo del cigarrillo (de segunda y tercera mano)
- o Hermanos en edad escolar
- Verificar el cumplimiento al plan establecido por la IPS en el momento del alta hospitalaria
- Verificar si recibe inhaladores de dosis medida con inhalocámara para el control de la sintomatología respiratoria y de confirmarse, verificar el buen uso de esta:
 - o 1. Técnica de uso del IDM con inhalocámara: La formulación de los inhaladores debe ir acompañada de instrucciones claras sobre su uso correcto.
- Verificar si presenta signos de alarma para enfermedad respiratoria
 - o Respiración rápida (Taquipnea)
 - o Hundimiento de costillas al respirar.
 - o < 2 meses: hiporexia.
 - o > 2 meses: no come nada, vomita todo.
 - o Irritable, somnoliento.
 - o Le “silba” el pecho.
 - o < 2 meses: fiebre.
 - o > 2 meses: fiebre por 2 o 3 días

SI EL NIÑO TIENE	EL NIÑO TIENE RESPIRACIÓN RÁPIDA SI USTED CUENTA
Menos de 2 meses	60 respiraciones o más por minuto
2 a 11 meses	50 respiraciones o más por minuto
12 meses a 5 años:	40 respiraciones o más por minuto

Desde el Programa para la prevención, manejo y control de la Infección Respiratoria Aguda - IRA y las Enfermedades Diarreicas Agudas -EDA en niños menores de cinco años se proponen, 3 mensajes claves que facilitan el aprendizaje:

1. ¿Cómo evito que mi hija/a se enferme?
2. Si se enferma ¿cómo lo debo cuidar en casa y cómo puedo evitar que contagie a otras personas?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas que hacen necesario consultar a una institución de salud?

Primer mensaje: ¿Cómo evito que mi hijo/a se enferme?

- Limpiar frecuentemente el polvo de las paredes, de los estantes y de todos los muebles con un paño húmedo.
- Limpiar el piso con un trapo húmedo.
- Sacudir frecuentemente, fuera de la vivienda y lejos de los niños: cobijas, almohadas y demás ropa de cama.
- Mantener abiertas las puertas y ventanas de las habitaciones durante el día para que penetren el aire puro y la luz solar.

- Si las habitaciones son poco ventiladas o iluminadas, saque las cobijas, colchones y ropas para sacudirlos y exponerlos al sol. Así elimina humedad y hongos.
- No permita fumar dentro de la vivienda.
- Mantenga fuera de los dormitorios: fogones, estufas, braseros y calentadores que utilicen leña o carbón y que produzcan ceniza y humo.
- Evitar el contacto con personas que tengan gripa o tos. Al estornudar o toser, hágalo poniendo la parte interna del codo en la nariz..
- Usar mascarilla o tapabocas cuando tenga gripa
- Lavarse las manos con más frecuencia cuando tenga gripa.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura: Tapar la boca y la nariz del niño cuando va a cambiar de temperatura, principalmente en las mañanas y en las noches.
- Mantener el esquema de vacunación completo
- Fomentar la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses y complementaria hasta los dos años.

Segundo mensaje ¿Cómo debo cuidar en casa a la niña o niño enfermo y evitar que contagie a otras personas?

- Enseñar las medidas de apoyo para la atención en el hogar a través del FALTAN.
- FIEBRE: Manejo según orientación médica, promover la no automedicación, adherencia a manejo indicado por médico. Medios físicos.
- ALIMENTOS y Líquidos: Es normal que disminuya el apetito, ofrecer alimentación fraccionada y frecuentes en pequeña cantidad.
- LAVADO DE MANOS: Recordar lavado de manos como medida importante para la transmisión de las infecciones respiratorias.
- TOS: No se usan medicamentos para quitar la tos, favorecer abundante consumo de líquidos y consumo de miel solo en mayores de 2 años.
- ALARMA: Conocer signos de alarma (ver tercer mensaje).
- NARIZ: Limpieza nasal (suero fisiológico en cada fosa nasal de acuerdo con la necesidad).

Tercer Mensaje: ¿Cuándo debo consultar a un centro de salud?

Reiterar en la identificación de signos de alarma o presencia de neumonía o de otro problema relacionado:

- a. Signos de alarma en menores de 2 meses:
 - Respira más rápido de lo normal.
 - Disminuye el apetito.
 - Presenta fiebre así sea en una sola oportunidad.
 - Le suena el pecho al respirar.
 - Somnolencia o no despierta con facilidad.
 - Ataques o convulsiones.
- b. Signos de alarma en niños de 2 meses a 5 años:
 - Fiebre de más de 38.5°C por más de tres días de difícil control.
 - Permanece decaído cuando baja la fiebre.
 - Respira más rápido de lo normal.

- Se le hunden las costillas al respirar y tiene otro signo de alarma.
- No puede comer o beber nada o vomita todo.
- Somnolencia o no despierta con facilidad.
- Ataques o convulsiones.
- Supuración o mal olor de oído.

2. Menores de 2 años con bronquiolitis o sibilante recurrente de alto riesgo sin control (prematuridad, enfermedad congénita cardiovasculares y neurológicas, displasia broncopulmonar, trastornos congénitos de vías respiratorias, síndrome de Down, DNT aguda, inmunodeficiencia.

La atención individual estará enfocada a las familias con niñas o niños menores de 2 años con bronquiolitis de alto riesgo (BAR) sin adherencia a controles, esta atención será mediada a través de la gestión del promotor de salud con identificaciones en campo o por la derivación de las EPS según criterios e identificación de riesgo, con la respectiva derivación del caso según procedimiento establecido para que este llegue al profesional de salud que dará respuesta en el domicilio, la atención de este profesional deberá contar con las siguientes actividades.

BRONQUIOLITIS DE ALTO RIESGO, considere este diagnóstico cuando en la evaluación inicial de los niños de 2 años de edad con sospecha de bronquiolitis, tiene las siguientes características asociadas

- <2 meses.
 - Prematuridad (definida por peso <2000 gramos al nacer) en el <6 meses.
 - Enfermedades congénitas cardiovasculares con repercusión clínica.
 - Displasia broncopulmonar.
 - Fibrosis quística.
 - Trastornos congénitos de las vías respiratorias inferiores.
 - Inmunodeficiencias.
 - Trasplante.
 - Enfermedades congénitas con compromiso pulmonar y/o cardiovascular.
 - Enfermedad neurológica moderada a grave.
 - Síndrome de Down.
 - Presencia de apneas.
 - Desnutrición aguda grave.
1. INTERROGUE: Signos de alarma, fiebre, tos, congestión nasal, frecuencia de los síntomas, ruidos respiratorios en el pecho, duración de los síntomas, tratamiento usado, episodios previos de sibilancias, adherencia al tratamiento al egreso.
 2. VERIFIQUE Uso adecuado de inhaladores. Realizar examen físico completo incluyendo valoración antropométrica, verificando signos de alarma como retracciones, uso de músculos accesorios, sibilancias, cianosis, entrada de aire por medio de auscultación, hallazgos de otras enfermedades atópicas, otras condiciones de riesgo.

3. CLASIFIQUE: Si el niño persistente con sintomatología respiratoria es importante clasificar la bronquiolitis según escalas de severidad que permitirán definir el manejo adecuado y necesidad de remisión.

ESCALA DE WOOD-DOWNES-FERRES MODIFICADA				
PARÁMETRO	PUNTAJE			
	0	1	2	3
Sibilancias	No	Al final de la espiración	Durante toda la espiración	Tanto en espiración como inspiración
Músculos accesorios	No	Subcostal e intercostal inferior	Subcostal + Intercostal inferior + Supraclavicular + aleteo nasal	Lo anterior + Supraesternal
Frecuencia respiratoria < 6 meses	< 40	41-55	56-70	> 70
Frecuencia respiratoria > 6 meses	< 30	31-45	46-60	> 60
Frecuencia cardíaca	< 120	> 120		
Entrada de aire	Buena	Regular simétrica	Muy disminuida simétrica	Tórax silente
Cianosis	No	Si		
Interpretación: 0-4 leve; 5-8 moderada; >9 grave				

Bronquiolitis Leve: Verificar necesidad de ajuste de inhaloterapia, derivación a cita prioritaria por pediatría EAPB

Bronquiolitis Moderada – grave: Remisión al servicio de urgencias para manejo prioritario según corresponda

En cumplimiento normativo al proceso de atención individual domiciliaria, se deberá garantizar el registro de información correspondiente a esta en la Historia Clínica y el aplicativo G-TAPS, cumpliendo atributos de calidad, teniendo en cuenta los datos de admisión y el código CUPS respectivo de la actividad.

Cierre de la atención individual

El cierre del proceso deberá contar con la entrega pertinente del usuario al promotor para garantizar el seguimiento respectivo de acuerdo con clasificación de riesgo, así como a la EPS a través del diligenciamiento de la herramienta establecida para ello.

3. Niñas o niños menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control

La atención individual estará enfocada a las familias con niñas o niños menores de 5 años con presencia de tres o más episodios de Enfermedad diarreica Aguda (EDA) en el último mes sin control., esta será mediada a través de la gestión del promotor de salud con identificaciones en campo o por la derivación de las EPS según criterios e identificación de riesgo, con la respectiva derivación del caso según procedimiento establecido para que este llegue al profesional de salud que dará respuesta en el domicilio, la atención de este profesional deberá contar con las siguientes actividades.

Factores de riesgo para enfermedad diarreica aguda persistente

- Ausencia de lactancia materna exclusiva
- Índices antropométricos Z-P/T, Z-T/E ó Z- P/E, por debajo de -3 DE (Desnutrición severa)
- Uso de antibióticos durante el episodio de EDA
- Presencia de cualquier tipo de inmunodeficiencia
- Tener más de 10 deposiciones por día
- Deshidratación recurrente

INTERROGUE: Signos de alarma, fiebre, número de deposiciones en las últimas 4 horas, el número total en 24 horas, así como los días de evolución, sangre en las heces, número de episodios de vómito en las últimas 4 horas, otros síntomas asociados, cuadros previos de diarrea, duración de los síntomas, tratamiento usado, uso de sales de rehidratación oral, si recibe lactancia materna u otros alimentos.

VERIFIQUE: Signos de alarma, hallazgos al examen físico para clasificar la presencia y severidad de la deshidratación, condiciones de riesgo. Es muy importante la realización de la valoración antropométrica de forma adecuada.

CLASIFICAR: Diarrea persistente: Se considera diarrea persistente si la diarrea aguda se prolonga en duración por 14 días o más, puede asociarse a pérdida importante de peso, así como a otras infecciones extraintestinales, es fundamental su tratamiento adecuado en niños y niñas con desnutrición.

- Grave: si el niño presenta signos de alarma, menor de 6 meses, signos de deshidratación o presenta desnutrición aguda moderada o severa. En este caso se debe remitir
- Sin signos de alarma: definir manejo terapéutico

TRATAR:

- Suplementación terapéutica con zinc
 - Menor de 6 meses 10 mg/día
 - Mayor de 6 meses 20mg/día
- Administrar dosis adicional de Vitamina A.
- Realizar coproscópico si hay disponible, inicie tratamiento adecuado de acuerdo con resultado*.
- Continuar la lactancia materna.

- Recomendaciones específicas para la alimentación.
- De recomendaciones para la prevención.
- Informar a los padres los signos de alarma para regresar de inmediato.
- Consulta de control según evolución idealmente en 48 a 72 horas.

Si los cuidadores no pueden proveer adecuado manejo en casa hospitalizar

EDUCAR:

Explique las reglas para tratar diarrea en el hogar

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación.
2. Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación, tan pronto se inicie la diarrea, con el fin de reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación.
3. Los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada; No están indicadas las bebidas azucaradas, tales como las gaseosas o los jugos industriales.
4. Alimentos para prevenir desnutrición: continuar la lactancia materna o sucedáneo cuando aplique, en este último caso revisar que las condiciones para su preparación sean adecuadas (reconstitución en las cantidades que refiere el fabricante, uso de agua potable para reconstituir, lavado con agua y jabón de los accesorios que se utilicen para preparar y suministrar la fórmula, prefiriendo vaso o cuchara- los biberones tienen mayor riesgo de contaminación).
5. En mayores de 6 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea, preferir alimentos astringentes y cocinados de acuerdo con la disponibilidad: como guayaba, pera, manzana, galletas de soda, plátano verde, arroz o pasta; los alimentos que requieran cocción deben estar bien cocinados (ejemplo: carne, huevo, pollo, etc.), las frutas y verduras crudas lavarlas con agua potable antes de ofrecer al niño o niña.

Deseche las heces de toda la familia, de manera segura y lávese las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar los alimentos y dar de comer a sus hijos:

- La familia debe lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer al niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales del bebé.
- Las heces, incluyendo las de los niños, deben desecharse en forma segura, poniéndolas en el servicio sanitario o en una fosa cubierta.
- La forma más efectiva de evitar la diarrea es tomar agua segura, ya sea hervida o filtrada.
- Se debe hervir el agua para el consumo de la familia, el lavado de manos y de alimentos.

SIGNOS DE ALARMA:

- Se le ven los ojos hundidos.
- Las deposiciones son muy líquidas y frecuentes (más de 10 en el día).
- Bebe ávidamente los líquidos que se le ofrecen.
- No puede beber ni tomar del pecho.
- Vomita todo (presencia de 4 episodios de vómito en las últimas 4 horas).
- Orina poco o deja de orinar.
- Aparece fiebre que no tenía antes.
- Aparece sangre en heces.
- Convulsiona.
- Se ve somnoliento o de difícil despertar.

Duración mayor de 14 días asociados a:

- Criterios de clasificación de deshidratación grave o algún grado de deshidratación.
- Niño o niña menor de 6 meses.
- Desnutrición aguda moderada a severa.
- Maneje como enfermedad grave.
- Hospitalice o remita con las normas “REFIERA”.
- Inicie de inmediato hidratación de acuerdo con el grado de deshidratación.
- Administrar dosis adicional de Vitamina A.
- Realizar coproscópico, inicie tratamiento adecuado de acuerdo con resultado*.
- Revise condición Desnutrición aguda para completar manejo.

ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA – AIEPI

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias con gestantes y niños o niñas menores de 5 años.

Desarrollo de la estrategia:

Las sesiones sobre las prácticas de AIEPI Comunitario se desarrollarán bajo un enfoque dialógico, pedagógico y participativo, donde el intercambio de saberes entre profesionales y familias es fundamental. En lugar de limitarse a la transmisión unidireccional de información, la estrategia busca generar una reflexión profunda, resolver dudas específicas y construir soluciones que se adapten a la realidad socioeconómica y cultural de cada hogar. Este enfoque busca empoderar a las familias para que se conviertan en agentes activos del bienestar de sus hijos. Según la identificación de necesidades particulares en la familia se abordarán una o varias de las siguientes temáticas:

Práctica 1: Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad
Práctica 2: Alimentación Complementaria
Práctica 3: Consumo de micronutrientes

Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana
Práctica 5: Vacunación Completa
Práctica 6: Higiene adecuada
Practica 7: Prevención de Malaria y Dengue
Practica 8: Prevención contra el VIH SIDA
Practica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad
Practica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
Practica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar
Practica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo
Practica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños
Practica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante
Practica 15: Prevención de accidentes en el hogar
Practica 16: Identificar signos de peligro
Practica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud
Practica 18: Atención a la mujer gestante

Practicas AIEPI comunitario. MINSALUD

ESTRATEGIA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

La promoción de la alimentación saludable se basa en los lineamientos de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Bogotá (2019–2031) y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la Población Colombiana del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. La estrategia busca fortalecer en las familias la capacidad de tomar decisiones alimentarias informadas, promoviendo hábitos saludables que favorezcan el bienestar integral, la prevención de la malnutrición en todas sus formas (desnutrición, deficiencias de micronutrientes, sobrepeso y obesidad) y la adopción de prácticas sostenibles que mejoren la calidad de la alimentación en el hogar.

Las sesiones se desarrollarán con un enfoque dialógico, pedagógico y participativo, fomentando el intercambio de saberes entre profesionales y familias. Esto implica que las estrategias no solo se centren en transmitir información, sino en generar reflexión, resolver dudas reales y construir soluciones adaptadas a las condiciones socioeconómicas y culturales de cada hogar. Se utilizarán metodologías lúdicas, demostrativas y experienciales, como muestras de opciones de cocina saludable, análisis colectivo de compras y almacenamiento de alimentos, y ejercicios de planificación de menús. Este enfoque favorece la apropiación del conocimiento y el empoderamiento de las familias para la toma de decisiones alimentarias conscientes y sostenibles.

1. Niños y niñas menores de 5 años con malnutrición

Las temáticas se centrarán en fortalecer la alimentación saludable desde una mirada integral que promueva crecimiento, desarrollo y bienestar, sin enfocarse exclusivamente en el peso corporal. Se abordará la diversidad alimentaria, resaltando la importancia de incluir todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, cereales, tubérculos, plátanos y cereales, leguminosas, huevos, carnes, lácteos, grasas saludables) en preparaciones caseras y culturalmente aceptadas. Se enseñará a identificar señales de hambre y saciedad para fomentar la autonomía alimentaria y evitar la sobrealimentación o restricción injustificada. Además, se trabajará en el inicio adecuado de la alimentación complementaria a los seis meses, progresión de texturas, frecuencia de comidas y la combinación de alimentos que aseguren densidad nutricional. La consejería incluirá pautas para la prevención de deficiencias nutricionales (hierro, zinc, vitamina A) y prácticas de higiene para la inocuidad de los alimentos.

Además, se incluirá observación del proceso y consejería en lactancia según la edad: lactancia materna exclusiva (0–6 meses) a libre demanda, y lactancia continuada (6–24 meses o más) junto con alimentación complementaria adecuada. Contenidos clave: señales tempranas de hambre y saciedad, agarre y postura, señales de transferencia efectiva de leche, manejo de dificultades comunes (ingurgitación, mastitis) y extracción/almacenamiento seguro cuando la madre estudia o trabaja.

En casos de niños y niñas con desnutrición aguda moderada o severa se orientará acerca del correcto consumo del Alimento con Propósito Médico Especial –APME, frecuencia de consumo, duración del tratamiento y la importancia de la adherencia para lograr la recuperación nutricional de acuerdo con las orientaciones dadas en la EPS de atención. Se reforzará la necesidad de seguimiento clínico de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2350 del 2020. Se aconseja no incluir alimentos como caldos, sopas, jugos, infusiones, gelatinas, postres. O productos comerciales que tienen un elevado contenido de azúcar y sodio. Estos alimentos tienen baja densidad nutricional y su introducción favorece el desplazamiento de alimentos de mejor calidad. Se reitera que la leche de vaca entera en cualquier presentación sea en polvo o líquida, no se debe iniciar antes del año.

2. Personas gestantes con obesidad o bajo peso para la edad gestacional

Se abordará la alimentación saludable durante el embarazo desde la promoción del bienestar materno y fetal, evitando mensajes que culpabilicen o centren la conversación únicamente en el peso. No brindar orientaciones que motiven a la restricción calórica o de nutrientes. Las sesiones incluirán orientación sobre cómo lograr una alimentación variada, suficiente y equilibrada, considerando requerimientos energéticos y nutricionales de cada trimestre. Se tratarán temas como consumo de suplementos como el hierro, ácido fólico y calcio, hidratación adecuada, prevención del consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias y selección de alimentos frescos, priorizando la accesibilidad económica y cultural. También se incluirán pautas para prevenir complicaciones como anemia, hipertensión y diabetes gestacional mediante hábitos saludables y actividad física ligera adaptada, siempre desde un enfoque positivo, inclusivo y respetuoso.

Brindar orientaciones para la preparación del proceso de lactancia materna: beneficios para madre y bebé, inicio temprano de la lactancia (primera hora), contacto piel con piel, alojamiento conjunto, reconocimiento de un buen agarre y señales de saciedad, plan de apoyo familiar y del entorno (quién ayuda, cómo etc.). Se abordarán mitos frecuentes, derechos para amamantar y extraer leche, y pautas para retorno al trabajo/estudio (reservas de leche casero, conservación).

3. Niños, niñas y adolescentes (de 5 a 17 años)

Las temáticas se enfocarán en la comprensión del papel de los nutrientes y grupos de alimentos en el rendimiento físico, académico y el bienestar general, destacando la importancia de una alimentación variada que incluya frutas, verduras, cereales integrales, alimentos fuente de proteínas y grasas saludables. Se debe trabajar la lectura crítica de etiquetas nutricionales, el análisis del marketing alimentario y el impacto del consumo frecuente de ultraprocesados, azúcares añadidos, grasas saturadas y sal. Es fundamental promover una relación sana y respetuosa con la comida y el cuerpo, reconociendo las señales de hambre y saciedad, evitando estigmas de peso o juicios morales sobre los alimentos y previniendo trastornos de la conducta alimentaria. Además, se pueden incluir temas como el rescate y valoración de la cultura alimentaria familiar y local, el impacto de la alimentación en la salud mental y emocional, y la conexión entre las elecciones alimentarias y la sostenibilidad ambiental, integrando prácticas como el consumo responsable, la reducción del desperdicio de alimentos y la valoración de productos locales y de temporada.

4. Personas mayores

Las temáticas promoverán la alimentación saludable como herramienta para preservar la funcionalidad física, la autonomía y la calidad de vida, evitando estigmatizar el envejecimiento o relacionar la salud únicamente con el peso. Se enseñará cómo incorporar alimentos ricos en calcio, vitamina D, proteínas de alta calidad y fibra para mantener la salud ósea, muscular e intestinal. Además, se abordará la hidratación y la preparación de comidas fáciles y nutritivas, sin perder sabor ni valor nutricional. Se incluirán prácticas para aprovechar los alimentos disponibles, prevenir desperdicios y fomentar entornos sociales de alimentación que reduzcan la soledad alimentaria, resaltando que comer bien también es una experiencia emocional y cultural.

5. Adultos con condiciones crónicas no transmisibles

La estrategia se enfocará en la construcción de hábitos alimentarios que contribuyan al manejo integral de la salud sin imponer restricciones rígidas o generar culpa. Se abordarán técnicas para planificar menús saludables, lectura crítica de etiquetas, reducción progresiva de ultraprocesados y de azúcares y sodio en la alimentación, uso de condimentos naturales para sazonar los alimentos y la incorporación de frutas, verduras, leguminosas, cereales integrales, entre otros. Se promoverá la diversidad de alimentos, el disfrute de las comidas y la flexibilidad para adaptarse a los gustos, costumbres y posibilidades de cada familia. También se ofrecerán herramientas para prevenir complicaciones y mantener la calidad de vida desde un enfoque positivo, basado en bienestar y autonomía.

PROGRAMA PARA LA REDUCCIÓN DE PERDIDA Y DESPERDICIO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

En el marco de la Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Bogotá CONPES 09 del 2019 “Construyendo Ciudadanía Alimentaria” (2019–2031), que establece como prioridad la reducción de pérdidas y desperdicios de alimentos (PDA) para garantizar la disponibilidad, acceso y uso adecuado de los alimentos, se plantea la implementación de una estrategia que promueva el consumo responsable y la sostenibilidad alimentaria en los hogares.

Esta acción se alinea con las recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), que señala que cerca del 17% de los alimentos disponibles para los consumidores a nivel mundial se desperdician, y con las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 12.3, que busca reducir a la mitad el desperdicio per cápita de alimentos para 2030. Asimismo, responde a las directrices de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico (SDDE) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS), que trabajan articuladamente para promover hábitos de compra, almacenamiento, preparación y consumo que disminuyan las pérdidas alimentarias, contribuyendo así al bienestar nutricional de la población y a la sostenibilidad del sistema alimentario de la ciudad.

1. Diagnóstico inicial de prácticas de PDA

El profesional de nutrición o enfermería realizará una evaluación inicial en cada hogar para identificar prácticas que generan pérdidas y desperdicios de alimentos (PDA). Esta se llevará a cabo mediante una lista de chequeo breve que aborde aspectos como planificación de compras, almacenamiento, preparación, porciones y disposición final de residuos.

Se recopilará información sobre alimentos frecuentemente desperdiciados, causas (exceso de compras, vencimiento, falta de conservación adecuada, entre otros) y cantidades aproximadas. Este diagnóstico servirá como línea base para medir el impacto de la intervención.

2. Sesiones educativas para la prevención de PDA

Se desarrollarán sesiones de educación alimentaria y nutricional durante las visitas domiciliarias. Los contenidos estarán alineados con las guías de FAO y SDDE e incluirán:

Planificación y Compras Inteligentes

- Elaboración de menús semanales balanceados según composición familiar.
- Uso de listas de compras para evitar adquisiciones innecesarias.
- Selección de alimentos en porciones adecuadas para menores de 5 años, gestantes y lactantes.

- Compra responsable: priorización de productos locales y de temporada.

Conservación y Almacenamiento de Alimentos

- Organización de nevera y despensa con técnica **PEPS** (Primero en entrar, primero en salir).
- Condiciones óptimas de refrigeración y congelación.
- Uso correcto de envases herméticos y etiquetado con fechas de vencimiento.
- Prevención de contaminación cruzada y manejo seguro de alimentos.

Aprovechamiento de Alimentos y Recetas Creativas

- Uso de cáscaras, tallos y hojas en preparaciones nutritivas.
- Recetas de aprovechamiento con excedentes y sobras.
- Preparaciones en porciones pequeñas para evitar excedentes.
- Técnicas de preservación: deshidratación, encurtidos, congelación.

Alimentación saludable

- Importancia de una alimentación variada, saludable y sostenible.
- Comprensión de fechas de vencimiento y consumo preferente ("fecha de caducidad" vs. "consumir antes de").
- Reducción de consumo de ultraprocesados que generan mayor volumen de desperdicio.

Separación y Aprovechamiento de Residuos

- Identificación de residuos orgánicos aprovechables para compostaje.
- Clasificación de residuos reciclables y no reciclables.
- Promoción de huertas caseras o comunitarias con compost producido en el hogar.

3. Implementación de Prácticas Sostenibles en el Hogar

Con base en la información obtenida en el diagnóstico y las sesiones educativas desarrolladas, cada familia incorporará prácticas concretas para reducir el desperdicio de alimentos. Estas incluyen:

- Elaboración de listas de compras y uso de un calendario agrológico de alimentos en cosecha.
- Organización de la nevera y la despensa bajo la técnica "Primero en entrar, primero en salir" (PEPS).
- Identificación de alimentos próximos a vencerse o deteriorarse para su consumo prioritario.

- Preparación de recetas que aprovechen sobras o partes no convencionales (cáscaras, tallos, hojas).
- Separación de residuos para compostaje o entrega a programas de aprovechamiento.

El profesional brindará seguimiento y asesoría personalizada para garantizar la adopción de estas prácticas en al menos el 70% de los hogares.

4. Seguimiento y Evaluación de Resultados

Se realizará un seguimiento mensual durante un periodo mínimo de tres meses para evaluar cambios en las prácticas familiares y el impacto en la reducción de desperdicios. El seguimiento incluirá la aplicación de encuestas rápidas, registro fotográfico o pesaje estimado de alimentos descartados y verificación de la implementación de prácticas sostenibles. Al final del proceso, se compararán los datos con la línea base para medir el porcentaje de reducción de desperdicio y el grado de adopción de hábitos responsables de consumo.

Nombre de la estrategia: SEGUIMIENTO A LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas con niños y niñas menores de 5 años y personas gestantes.

Desarrollo de la estrategia:

Recién nacidos con bajo peso al nacer:

Identificación y priorización

- Caracterización de factores familiares, sociales y económicos que afectan el estado nutricional del recién nacido, para lo cual se tendrán en cuenta los siguientes aspectos a evaluar: edades extremas de la madre (menores 20 años y mayores de 35 años), número de menores de cinco años en el núcleo familiar, promedio de ingresos económicos del hogar, escolaridad de la madre, familia sin método de regulación de la fecundidad, hacinamiento, periodo intergenésico corto (menor a dos años), barreras para la atención en salud, indagación de antecedentes gestacionales y del parto y otros que según criterio profesional sean relevantes para orientar el desarrollo del plan.
- Valoración antropométrica y clasificación nutricional del recién nacido que incluye: toma y registro de medidas antropométricas (peso, longitud y perímetro cefálico) y clasificación nutricional.

En los casos de niños y niñas con antecedentes de prematurez, la clasificación nutricional se hace a partir del cálculo de la edad corregida hasta las 40 semanas de edad corregida con base en las tablas de Fenton sobre crecimiento postnatal de prematuros. Al cumplir 40 semanas de edad corregida, los datos

antropométricos deben ser valorados y clasificados, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o aquella que la modifique o adicione, según indicador de peso para la talla y talla para la edad.

Cálculo de la edad corregida: Se calcula **restando a las 40 semanas (fecha teórica prevista del parto) el número de semanas reales de gestación al nacer:**

1. 40 semanas – edad gestacional al nacer (semanas completas) = Semanas de prematuridad.
2. Edad cronológica – semanas de prematuridad = **Edad corregida.**

Por ejemplo, si el bebé nació en la semana 28 de gestación, habría que restar a 40 esa cifra para **calcular sus semanas de prematuridad** (en este caso, 12 semanas prematuro). Si ese bebé tiene ahora seis meses (24 semanas desde el nacimiento), su edad corregida es el resultado de restar a las 24 semanas las 12 semanas de prematuridad. Por tanto, su edad corregida es de 12 semanas (Tres meses).

- **Examen físico:** para realizar el examen físico se sugiere tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Apariencia- coloración de la piel: coloración pálida, amarilla y/o azulada.
2. Actividad: movimientos espontáneos y alternos de las extremidades.
3. Gestos: identifique si el bebé se calma o llora cuando la madre ofrece alimento (leche materna o fórmula láctea) o lo sostiene en brazos.

Igualmente, se debe verificar si el niño o niña presenta algún signo de alarma que aumente el riesgo de muerte y deba ser remitido de inmediato al servicio de urgencias para su atención prioritaria:

- No puede beber, comer o tomar el pecho.
 - Vomita todo.
 - Convulsiona.
 - Está letárgico o inconsciente.
 - Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C.
 - Fiebre: temperatura axilar >38°C.
 - Riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo a la vía oral.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o retracciones intercostales
- Verificación de asistencia a control del recién nacido, ingreso a ruta de promoción y mantenimiento de la salud, consulta de valoración y apoyo a la lactancia materna, adherencia a programa madre canguro y suplementación con micronutrientes según esquema definido en la Resolución 3280 de 2018.
 - Evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva, retomando el formato de “Valoración de la lactancia materna” OMS con observación directa del proceso de amamantamiento, que permita identificar dificultades en el proceso y brindar

apoyo a la familia. Reiterar la importancia de la práctica de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses y conceptos frente a la alimentación complementaria de niños y niñas de 6 meses a 12 meses.

- Análisis de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria –FIES, que se encuentra en la **Caracterización Social y Ambiental**, frecuencia de consumo en la madre lactante (priorizando la identificación de consumo diario de alimentos fuente de proteína de alto valor biológico (de origen animal), calcio (leche y productos lácteos), hierro (vísceras), así como de fibra, vitaminas y minerales a través de frutas y verduras, y agua; consumo productos ultraprocesados y otros aspectos que según criterio profesional sean relevantes para la caracterización del caso.

Activación de ruta

Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional se procede de manera inmediata a realizar el proceso de canalización sectorial por el módulo del SIRC, describiendo la particularidad de la barrera de acceso y el estado nutricional del niño si es malnutrición.

En caso de evidenciar inseguridad alimentaria se procederá a realizar canalización intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Seguimiento a la recuperación nutricional

De acuerdo con la periodicidad del seguimiento definido en la matriz de frecuencia y periodicidad de la intervención, se debe asegurar en cada visita: valoración antropométrica, verificación de ganancia de peso, acceso a controles médicos (incluida la adherencia a Programa Madre Canguro y consulta de valoración y apoyo a la lactancia materna), así como garantía de derechos (abandono, negligencia), efectividad del apoyo alimentario, entre otros.

Esta información de seguimiento deberá ser reportada en **GTAPS-SDS**.

Nota: En caso de evidenciar signos de alarma incluida la dificultad para ganancia de peso o deterioro del estado nutricional, presencia de signos clínicos que sugieran infección respiratoria aguda u otra infección, el niño o niña debe ser remitido a urgencias de inmediato.

Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda moderada o severa.

Identificación y priorización

Para los casos de desnutrición aguda que hayan sido remitidos por los entornos y procesos transversales, el equipo realizará un reconocimiento inicial frente al proceso realizado por el otro equipo (datos básicos, antecedentes, clasificación nutricional, tratamiento, orientaciones iniciales, canalizaciones sectoriales e intersectoriales, factores de riesgo, etc.), lo que permitirá evitar reprocesos y garantizar continuidad en el seguimiento de la recuperación nutricional.

Durante la visita inicial, se aplicará recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo, toma de medidas antropométricas: peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial (mayores de 6 meses), con posterior cálculo de indicadores y clasificación nutricional.

Valoración antropométrica

Realizar clasificación nutricional tomando como referencia las curvas de la OMS y los puntos de corte establecidos en la Resolución 2465 de 2016 (Ver Cuadro 1), para los indicadores: peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial, esta última medida antropométrica aplica solo para mayores de seis meses hasta los 59 meses. Dicho proceso se debe validar a través de la herramienta ANTHRO versión 3.2.2 disponible en <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>

Cuadro 1. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE)	Clasificación nutricional
Peso para la talla (P/T)	$> +3$	Obesidad
	$> +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso
	$> +1$ a $\leq +2$	Riesgo de sobrepeso
	≥ -1 a $\leq +1$	Peso adecuado para la talla
	≥ -2 a < -1	Riesgo de desnutrición aguda
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición aguda moderada
	< -3	Desnutrición aguda severa
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de talla baja
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
Perímetro cefálico para la edad (PC/E)	$> +2$	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo
	≥ -2 a ≤ 2	Normal
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda (Resolución 2350 de 2020). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Valoración clínica

Anamnesis alimentaria: Evaluar antecedentes alimentarios teniendo en cuenta los siguientes aspectos: duración de la lactancia materna exclusiva, introducción de alimentos complementarios (tipo de alimentos, cantidad, consistencia, porciones y frecuencia, entre otros), intolerancias o alergias alimentarias, problemas de masticación, u otro que según criterio profesional sean de interés para la caracterización del caso.

Evaluar patrón de alimentación actual mediante frecuencia de consumo y recordatorio 24 horas, y evaluar las condiciones de preparación de alimentos: disponibilidad de agua potable para prepararlos, presencia de vectores o roedores en la vivienda, almacenamiento de alimentos, entre otros.

Análisis de la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria –FIES, que se encuentra en la Caracterización Social y Ambiental, además tener en cuenta otros aspectos como: conformación del núcleo familiar, jefatura del hogar, número de integrantes menores de cinco años en el hogar, nivel educativo u otros aspectos relacionados a los determinantes sociales de la desnutrición, según criterio profesional.

- Edad menor de un año (tienen mayor probabilidad de presentar desnutrición).
- Niño o niña que presentó bajo peso al nacer (menor de 2.500 gr)
- Edad de presentación de hitos del desarrollo psicomotor: a qué edad el niño o niña sostiene la cabeza, se sienta, se para con apoyo y camina.
- Hijo de madre adolescente.
- Hermano menor de un (1) año o madre embarazada.
- Familia con inseguridad alimentaria.
- Familia con bajos ingresos económicos
- Baja adherencia a los programas de salud por parte de la familia
- Inasistencia a los controles de atención integral de la primera infancia
- Ausencia de suplementación con micronutrientes
- Presencia de maltrato o negligencia
- Esquema de vacunación incompleto.
- Muerte por desnutrición y/o infección de un miembro de la familia.
- Caso de tuberculosis u otras infecciones en el grupo familiar.
- Inadecuada práctica de la lactancia materna en niños y niñas de 0 a 6 meses de edad.
- Introducción inadecuada de la alimentación complementaria.
- Condiciones insalubres en la vivienda, no manejo adecuado de basuras, no consumo de agua potable, deficientes prácticas de manipulación de alimentos.

Nota: Se deberán incluir otros aspectos observables dentro de la visita que den cuenta de los determinantes sociales en salud, asociados a la presencia de desnutrición aguda.

Examen físico: Para realizar esta acción, se debe solicitar al padre, madre y/o cuidador(a) retirar la mayor cantidad de ropa posible, con el fin de identificar signos asociados a la desnutrición. Debe iniciar por la inspección general en la cual, se valore el estado de conciencia, aceptación de vía oral, la simetría y signos de pérdida de peso,

como la disminución de masa muscular o de grasa subcutánea (extremidades, mejillas, glúteos, cuello), estructuras óseas sobresalientes, enoftalmos, fontanelas persistentemente permeables, condiciones del cabello en distribución, color y textura, ojos opacos, condiciones de la esclera, labios secos, heridas o lesiones en piel, mucosas secas o ulceradas, lengua edematosa, lisa o pálida, daño o demora en erupción de piezas dentales o la presencia de manchas.

Signos clínicos de la desnutrición severa

SEGMENTO CORPORAL	MARASMO	KWASHIORKOR
Cara	Lívida, delgada.	Fascies lunar.
Ojos	Secos, conjuntiva pálida, manchas de Bitot.	
Boca	Estomatitis angular, queilitis, glositis, encías hipertróficas y sangrantes, aumento de tamaño de parótidas.	
Dientes	Esmalte moteado, erupción tardía.	
Cabello	Atrofia de cabello.	Despigmentado, fino, seco, opaco, alopecia, quebradizo, bandas de color.
Piel	Seca. Plegadiza (le sobra piel). Sin dermatosis.	Seca con hiper o hipopigmentación difusa. Dermatosis pelagroide. Lesiones intertriginosas. Dermatosis escrotal y vulvar
Uñas	Coiloniquia, placas de uñas finas y blandas, fisuras, líneas.	
Pérdida de peso	Marcada.	Peso no confiable por presencia de edema.
Sistema muscular	Hipotrofia o atrofia muscular generalizada.	Hipotrofia muscular.
Edema	Sin edema.	Siempre hay presencia de edema nutricional, sea leve, moderado o severo.
Pániculo adiposo	Ausencia.	Presente pero escaso.
Abdomen	Ruidos intestinales disminuidos.	Hepatomegalia, esteatosis.
Neurológico	Irritable, llora mucho.	Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio, tristeza.
	Retraso global del desarrollo, pérdida de reflejos patelares y talaes, compromiso de memoria.	
Hematológico	Palidez, petequias, diátesis sangrante.	

Fuente: Resolución 2350 de 2020

Valoración del edema: Para evaluarlo se toman los pies del niño y el examinador presiona el dorso del pie durante tres segundos con los pulgares. Si la depresión generada se mantiene, se confirma la presencia de edema. Se han establecido grados de severidad del edema, de acuerdo con el número de regiones corporales que comprometa.

- Edema leve (+): se presenta solo en los pies.
- Edema moderado (++): compromete pies, manos y parte inferior de piernas y brazos.

- Edema severo (+++): se refiere al edema generalizado que incluye pies, piernas, manos, brazos y cara.

Es importante tener en cuenta que hay situaciones como la picadura de insectos y otras condiciones médicas que pueden generar edema, las cuales deben descartarse antes de indicar que hay un edema nutricional.

Nota: Niños y niñas con desnutrición aguda severa que cursan con edema generalizado se deben manejar intrahospitalariamente, aunque no tenga otras evidencias de complicaciones médicas o la prueba de apetito sea positiva.

***Nota:** En caso de identificar un niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa y alguna de las siguientes condiciones, se deberá realizar remisión **inmediata** a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana, a través del llamado de ambulancia:

- Niño o niña menor de 6 meses
- Niño o niña mayor de 6 meses que pese menos de 4 kilos
- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Diarrea aguda o persistente.
- Infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria.
- Temperatura axilar menor a 35.5 °C o mayor a 38 °C.
- Pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel.
- Anemia severa.
- Hipoglicemia, hipofosfatemia o hipocalcemia.
- Signos de enfermedad grave: vomita todo o no come nada, se encuentra letárgico o inconsciente, convulsiona.
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.
- Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda que no se encuentran con adherencia al lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social) pese a que no presentan ninguna de las condiciones previamente mencionadas.

En estos casos, el o la profesional deberá informar al padre, madre o cuidador(a) del menor y realizar acompañamiento al niño, niña y cuidador a la Institución Prestadora de Servicios de Salud hasta garantizar el ingreso del menor con el profesional médico de urgencias.

Es importante mencionar que en el Parágrafo del Artículo 4 de la Resolución 2350 del 2020 se aclara lo siguiente: “La atención de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de cero (0) a 59 meses, se considera atención de urgencias, por lo que no requiere ningún tipo de autorización y su atención debe ser inmediata”.

De esta manera, a ningún niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa se le deberá negar la atención médica hospitalaria, debido a que ésta permite, además de realizar la confirmación del caso y su respectiva notificación al Evento 113 SIVIGILA,

definir el escenario de manejo, iniciar el tratamiento y realizar el seguimiento oportuno y adecuado del menor para su recuperación médico nutricional. Por esta razón, a los profesionales del Entorno Hogar no les corresponde realizar la notificación del caso al SIVIGILA, sino proceder a garantizar la atención de urgencias del menor con desnutrición aguda y severa, dejando constancia de las acciones realizadas para lograrlo.

Adicionalmente, se debe informar a la referente distrital a través de correo electrónico, los datos del niño o niña identificado (tipo y número de documento de identidad, nombres, régimen de afiliación y EAPB, número de contacto del cuidador, lugar de residencia y nombre de la institución donde fue identificado) y las acciones realizadas para garantizar la atención en salud.

En los casos en que el niño o niña presente desnutrición aguda moderada o severa sin ninguna condición de salud mencionada anteriormente, se deberá verificar la adherencia a la atención integral en salud de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2350 del 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de identificar barreras o no adherencia se debe canalizar el caso a la EAPB de afiliación del niño o niña.

Activación de ruta

Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional o entrega de la FTLC se procede de manera inmediata a realizar el proceso de canalización sectorial por el módulo de SIRC para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales describiendo la particularidad de la barrera de acceso.

Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se debe realizar canalización intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Seguimiento a la recuperación nutricional

De acuerdo con la periodicidad del seguimiento definido en la matriz de frecuencia y periodicidad de la intervención, se debe asegurar en cada visita: valoración antropométrica, verificación de ganancia de peso, suministro de la Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) y tolerancia de esta u otro tratamiento nutricional ordenado por su IPS, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia, violencia) y efectividad del apoyo alimentario.

Nota: Si se evidencian complicaciones médicas que requieran manejo hospitalario, el niño o niña debe remitirse a urgencias de inmediato a través de la solicitud de ambulancia a la línea 123.

Niños y niñas menores de 5 años con riesgo a desnutrición aguda.

Identificación y priorización

Para los casos de niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda que hayan sido remitidos por los entornos y procesos transversales o por nivel central, el equipo realizará un reconocimiento inicial frente al proceso realizado por el otro equipo (datos básicos,

antecedentes, clasificación nutricional, tratamiento, orientaciones iniciales, canalizaciones sectoriales e intersectoriales, factores de riesgo, etc.), lo que permitirá evitar reprocesos y garantizar continuidad en el seguimiento de la recuperación nutricional.

Valoración antropométrica

Para el desarrollo de la acción, se realizará inicialmente la toma de medidas antropométricas —peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial (este último para niños y niñas de seis a 59 meses). Posteriormente, se efectuará la clasificación nutricional empleando las curvas de crecimiento de la OMS y los puntos de corte definidos en la Resolución 2465 de 2016 para los indicadores peso/talla, talla/edad, perímetro cefálico y perímetro braquial. Este proceso deberá validarse mediante la herramienta ANTHRO versión 3.2.2, disponible en <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/software>, garantizando precisión y consistencia en la valoración nutricional.

Valoración clínica

Se tendrá en cuenta los aspectos mencionados para el caso de niños, niñas con presencia de desnutrición aguda (Anamnesis alimentaria, recordatorio de 24 horas, valoración de factores protectores y de riesgo, esquema de vacunación y asistencia a valoración integral.). Si se identifican condiciones* que sugieran alteraciones del estado de salud, —además del riesgo de desnutrición aguda—, se deberá realizar remisión inmediata a urgencias a la IPS más cercana a través de la solicitud de ambulancia al 123, e informar a la referente distrital a través de correo electrónico a profesional de nivel central los datos del niño o niña identificado y remitido al servicio de urgencias (tipo y número de documento de identidad, nombres, régimen de afiliación y EAPB, número de contacto del cuidador, lugar de residencia) y las acciones realizadas para garantizar la atención en salud.

*Estas condiciones son:

- Edema nutricional
- Estado de choque.
- Signos de enfermedad grave:
 - No puede beber, comer o tomar el pecho.
 - Vomita todo.
 - Convulsiona.
 - Está letárgico o inconsciente.
 - Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C.
 - Fiebre: temperatura axilar >38°C.
 - Riesgo de deshidratación: diarrea aguda o persistente, vómito persistente y rechazo a la vía oral.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad o retracciones intercostales

Activación de ruta

Se deberá verificar adherencia a lo establecido en la Circular 014 del 2023 de la Secretaría Distrital de Salud, o la normatividad nacional que la sustituya. En caso de no evidenciar adherencia, se deberá realizar la canalización sectorial a través del SIRC. De igual manera, cuando se identifiquen barreras de acceso a los servicios de salud para el seguimiento médico y nutricional, describiendo la particularidad de la barrera de acceso. Además, en caso de evidenciar inseguridad alimentaria, se realizará canalización intersectorial a programa de apoyo alimentario, a través del SIRC.

Seguimiento a la recuperación nutricional

De acuerdo con la periodicidad del seguimiento definido en la **matriz de frecuencia y periodicidad de la intervención**, se debe asegurar en el seguimiento (según aplique): valoración antropométrica, verificación de ganancia de peso, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia) y efectividad del apoyo alimentario.

Seguimiento a Familias con niños y niñas menores de 5 años con obesidad

Identificación y priorización

La caracterización incluirá la identificación de factores familiares, sociales, psicológicos, patológicos (como alteraciones de TSH u obesidad secundaria) y económicos que puedan influir en el estado nutricional del niño o niña, así como hábitos relacionados con el uso de pantallas y el sedentarismo, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Caracterización de factores familiares, sociales, psicológicas y económicos que afecten el estado nutricional del niño o niña.
- Verificación de antecedentes de salud.
- Práctica de la lactancia materna.
- Verificación de asistencia a valoración integral del desarrollo según esquema definido en la resolución 3280 de 2018.
- Acceso a consulta de nutrición y dietética.
- Frecuencia de consumo: priorizando la identificación de consumo diario de fuentes alimentarias de proteína de alto valor biológico, calcio, hierro, así como frutas y verduras, exceso en el consumo de nutrientes críticos (grasa saturada y grasa trans, azúcares simples, sodio) y consumo de productos comestibles ultraprocesados.
- Orientación de plan alimentario retomando las recomendaciones nutricionales que haya recibido por parte de la IPS (nutricionista), a partir de las cuales se reforzará la variedad y calidad nutricional.

Valoración antropométrica:

De acuerdo con lo indicado en la Resolución 2465 de 2016, se deberán tomar medidas antropométricas de peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial, con el propósito de obtener datos completos que den cuenta del estado nutricional actual y realizar clasificación nutricional con indicador de P/T-L.

En caso de ser necesario, con el apoyo del profesional psicosocial – psicólogo(a) establecer los factores sociales, psicológicos y emocionales de la familia y adultos cuidadores que pueden estar asociados o influir en el exceso de peso del niño o niña. Si es necesario, realizar orientación o canalización según valoración de psicología.

A partir de este diagnóstico integral, se formulará un plan de orientación nutricional y se brindará acompañamiento psicosocial a la familia, con el propósito de favorecer la recuperación y el mantenimiento de un adecuado estado nutricional.

Activación de ruta

Al identificar barreras de acceso a los servicios de salud o inhaderencia en el seguimiento médico, nutricional, toma de exámenes especializados o laboratorios, a que haya lugar, se procede de manera inmediata a realizar el proceso de canalización sectorial por el módulo SIRC, describiendo la particularidad de la barrera de acceso, así mismo se debe orientar a la familia del niño o niña acerca de los recursos administrativos que puede adelantar para solicitar servicios (derecho de petición, quejas, reclamos, etc.).

Nota: la generación de la canalización sectorial o intersectorial no exime al profesional de realizar el acompañamiento para facilitar la autogestión en la familia.

Seguimiento a la recuperación nutricional

De acuerdo con la periodicidad del seguimiento definido en la matriz de frecuencia y periodicidad de la intervención, se debe asegurar el seguimiento (según aplique): valoración antropométrica, verificación de ganancia adecuada de peso, acceso a controles médicos, así como garantía de derechos (abandono, negligencia) y efectividad del apoyo alimentario.

Esta información de seguimiento deberá ser reportada en la base de seguimiento que se defina desde nivel central.

Nota: En caso de evidenciar complicaciones médicas que requieran manejo hospitalario, el niño o niña debe ser remitido a urgencias de inmediato.

Nombre de la estrategia: CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Criterio de priorización: Estrategia transversal para todas las familias abordadas

Desarrollo de la estrategia:

1.7.4. Actividad 4. Monitoreo del Plan de Bienestar.

1.8. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables

Comentado [SS8]: Deben ser coherentes a lo relacionado en la descripción de las actividades.

1.9. Indicadores

- Defina los indicadores de gestión y de resultado por acción.

Indicadores de gestión: Son indicadores de tipo administrativo y operativo. Miden el nivel o la cantidad de las actividades necesarias ejecutadas para lograr el objetivo.

Ejemplo: Número de grupos socioeducativos implementados, número de participantes por grupo socioeducativo, número de sesiones realizadas vs programadas.

Indicador de resultado: Son aquellos que cuantifican los efectos de la acción de bienestar. Miden los cambios de percepción, conocimiento, las condiciones de bienestar, entre otros. Tiene que dar cuenta de la transformación esperada en los sujetos o en los procesos.

Ejemplos:

- Porcentaje de personas que mejoran sus prácticas de cuidado para salud mental.
- Porcentaje de personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia.
- Porcentaje de personas con conocimientos en derechos sobre una sexualidad segura.
- Porcentaje de avance en el cumplimiento de compromisos sectoriales en la localidad de Tunjuelito.

Comentado [JT9]: Revisarlos con Javier, que sean medibles y se puedan obtener de las bases de datos o retomar de aquellos que ya se tienen definidos

N°.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
-----	----------------------	------------------------	---------	--------	-------------------

1					Gestión o Resultado
2					
3					
4					
3					
4					
5					
6					

2. Acción de Bienestar **XXX** Nombre de la Acción de Bienestar.

2.1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar o acción de gestión para el bienestar

2.2. Objetivo General

2.3. Población sujeto de la intervención

2.4. Talento humano

2.5. Unidad de medida

2.6. Forma de reporte de ejecución del producto

2.7. Descripción de la acción de bienestar:

2.7.1. **Actividad 1. XXXXX**

2.8. Actividad 2. XXXX

2.9. Tabla resumen de la acción de bienestar:

Nombre de la actividad	Periodicidad	Perfiles del talento humano	Entregables

Comentado [SS10]: Código de la matriz de costos. (Se diligencia al final)

Comentado [SS11]: Ingrese cuantas actividades se requieran para cada acción de bienestar. Tenga en cuenta las recomendaciones para la descripción de cada una de las actividades.

2.10. Indicadores

Nº.	Nombre del indicador	Frecuencia de medición	Fórmula	Fuente	Tipo de indicador
1					Gestión o Resultado
2					
3					
4					
3					
4					
5					
6					

Referencias bibliográficas

-

Nota: de ser necesario se elaborarán o dispondrán de anexos técnicos e instrumentos de captación, los cuales deben cumplir con las siguientes características:

Incluir únicamente los requeridos para la orientación y ejecución de los productos y sus actividades o el registro de los (as) mismos (as)

- Relacionarlos en el texto de la ficha de la siguiente manera: nombre del documento, ubicación detallada, de acuerdo con la organización documental, ejemplo: La estructura del boletín se encuentra en VSA/Anexos/VSA/estructura boletín. Si es posible, generar un link a los mismos

Control de cambios

Registre en este cuadro, la versión, fecha de aprobación de la versión, los cambios generados en cada versión del documento. Tenga en cuenta que en versión debe ir número entero sin puntos ni comas, ni iniciando en cero (0). Debe ir fecha completa con día/mes/año y una razón de creación o actualización completa y detallada, las versiones deben cambiar si hay modificaciones en los contenidos _otro si modificadorio. Para estos convenios utilice versión 1.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	dd/mm/aaaa	Inicio convenios interadministrativos GSP-PSPIC Septiembre 2025
	dd/mm/aaaa	

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)			
Firma (s)			
Cargo			
Fecha			