

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI
(ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA) EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE SERVICIOS
CAPITADOS DE LA I.P.S FOSCAL (FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE
SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE)**

**JACQUELINE MESA MOSQUERA
ELADIO ALVARADO CAMARGO
YANETH CORREDOR JURADO**

**UNIVERSIDAD “CES”
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE INVESTIGACION
BUCARAMANGA – COLOMBIA
2008**

**PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI
(ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA) EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE SERVICIOS
CAPITADOS DE LA I.P.S FOSCAL (FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE
SANTANDER - CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE)**

**JACQUELINE MESA MOSQUERA
ELADIO ALVARADO CAMARGO
YANETH CORREDOR JURADO**

Especialización Auditoría en Servicios de Salud

**UNIVERSIDAD “CES”
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE INVESTIGACION
BUCARAMANGA – COLOMBIA**

2008

Nota de aceptación:

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

TABLA DE CONTENIDO

1. ASPECTOS GENERALES DE LA IPS FOS-CAL	9
1.1. RESEÑA HISTORICA DE LA FOSCAL.....	9
1.2. MISION.....	11
1.3. VISION.....	11
1.4. PRINCIPIOS Y VALORES.....	11
1.5. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL.....	12
1.6. POLITICA DE CALIDAD.....	13
1.7. OBJETIVOS DE CALIDAD.....	13
2. MARCO TEORICO.....	14
2.1. CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA EN EL QUE SE APLICA LA ESTRATEGIA AIEPI.....	19
2.2. MORTALIDAD.....	19
2.3. MORBILIDAD.....	21
2.4. ASPECTOS EN LOS QUE SE BASA LA ESTRATEGIA AIEPI.....	22
2.4.1. Educación al cuidador primario para el manejo del niño en el hogar.....	22
2.4.2. Practicas adecuadas de atención del niño en los servicios de salud del primer nivel.....	23
2.4.3. Medidas que aplican los trabajadores de salud al ejecutar la estrategia de AIEPI en la atención de los niños.....	25

3. JUSTIFICACION PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA IPS FOSCAL	27
3.1. HOSPITALIZACION USUARIOS CAPITADOS FOSCAL POR IRA 2007.....	30
3.2. HOSPITALIZACION USUARIOS CAPITADOS FOSCAL POR EDA 2007.....	31
4. OBJETIVOS.....	33
4.1. Objetivos Generales.....	33
4.2. Objetivos Específicos.....	33
5. METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA.....	34
5.1. ACTIVIDADES A REALIZAR PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....	34
5.1.1. Recepción y admisión del usuario.....	34
5.1.2. La capacitación del personal.....	35
5.1.3. La supervisión periódica del personal capacitado.....	35
5.1.4. Utilización de los servicios.....	35
5.1.5. Asignación de recursos y estructura física.....	37
5.1.6. Recurso físico.....	37
5.1.7. Recurso Humano.....	37
5.2. PROCESO ACTUAL EN LA ATENCIÓN AL MENOR DE 5 AÑOS EN LA IPS FOSCAL	38
5.2.1. Organigrama de servicios de Consulta externa de la IPS FOSCAL.....	39
5.2.2. Macroproceso de atención actual para niños(as) de 0 a 5 años.....	40
5.3. PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CASOS PARA LA IPS-FOSCAL...	41
5.3.1. Diseño y adaptación de procesos que permiten la integración	
Durante el proceso de atención	43
5.4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI.....	44

5.5.	MACROPROCESO PROPUESTO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS(AS) DE 0 A 5 AÑOS EN FOSCAL.....	45
5.6.	COMO EVALUAR Y CLASIFICAR NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS EN FOSCAL..	45
5.6.1.	Proceso para evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 5 años de edad en la IPS FOSCAL.....	45
5.7.	PROPUESTA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA PARA TERAPIA DE REHIDRATACIÓN.....	46
5.7.1.	Requisito para el adecuado funcionamiento.....	46
5.7.2.	Dotación	46
5.7.3.	Proceso de atención en la sala para terapia de rehidratación oral.....	47
5.8.	PROCESO PARA ACONSEJAR Y EDUCAR A LA MADRE Y/O CUIDADOR DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI	49
5.9.	CONTROL DE GESTIÓN.....	50
5.9.1.	Tablero de indicadores para la estrategia AIEPI en la FOSCAL.....	51
5.10.	FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES.....	52
6.	EJECUCION DEL PROYECTO.....	65
6.1.	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	65
6.2.	CRONOGRAMA.....	66
6.3.	RECURSOS Y PRESUPUESTO.....	67
6.3.1.	Recursos Humanos.....	67
6.3.2.	Recursos Materiales.....	67
6.3.3.	Presupuesto.....	68
	BIBLIOGRAFIA.....	68
	ANEXOS.....	70

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Modelo de Historia Clínica AIEPI.....	70
Anexo 2. Modelo de Historia Clínica AIEPI.....	71
Anexo 3. Presupuesto.....	72

1. ASPECTOS GENERALES DE LA IPS FOSCAL

1.1. RESEÑA HISTORICA DE LA FOSCAL.

Año 1978 La **FOSCAL** es el resultado de una idea visionaria generada en **1976** por el doctor **Virgilio Galvis Ramírez** Cuando se crea la **Fundación Oftalmológica de Santander FOS** en el piso 11 del hospital Ramón González Valencia, hoy llamado Hospital Universitario de Santander. Posteriormente en **1979** la institución abre sus puertas en una vieja casona como respuesta a la necesidad prioritaria de brindar atención oftalmológica a la población de bajos recursos económicos. Allí se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario con un grupo profesional y paramédico comprometido con la misión de “ayudar a que otros vean”

Año 1982 Se inaugura el moderno edificio de las FOS en el sector de cañaveral para brindar atención oftalmológica a un amplio sector de la población del área urbana y rural, a través de las unidades móviles y los programas de extensión a la comunidad, que se han convertido en modelo de trabajo en América latina como un significativo aporte de la institución para la solución de problemas de salud ocular.

Año 1993 La necesidad de complementar a la **Fundación Oftalmológica de Santander FOS** con especialidades médicas de apoyo, fue el punto de partida de un nuevo proyecto que ofrecería atención en todos los campos de la medicina, bajo el criterio de la calidad en el que el paciente es el principal y único objetivo. Es así como se consolida esta obra con el apoyo del industrial santandereano

doctor **Carlos Ardila Lulle**, el 14 de mayo de 1993, centro medico **Fundación Oftalmológica de Santander -Clínica Carlos Ardila Lulle-FOSCAL**, que hoy agrupa un staff de 200 especialistas para atender la salud de todos los colombianos y mostrarle al país una de las principales obras de Santander, que se consolida como una institución de alto nivel, amable y siempre dispuesta para atender con calidad, la salud de los colombianos.

Año 2002 El 1 de noviembre se inaugura la torre **Miltón Salazar sierra**, estructura física de 6 mil metros cuadrados, distribuidos en 9 pisos, dos sótanos y un puente elevado para el transito peatonal entre edificios. El complejo médico **FOSCAL** ofrece a la comunidad amplias áreas de consulta externa general y especializada con 35 consultorios, unidad de odontológica, triage curaciones, atención de enfermería y centros autorizados de servicios. Entre otros servicios se encuentra hospitalización, ampliación y dotación tecnológica para las áreas quirúrgicas de oftalmología, la más moderna unidad de esterilización de la Latinoamérica, área académica para los estudiantes de la UNAB, auditorio para 60 personas y la división de Salud Pública que representa la mayor proyección de la FOSCAL con acciones de investigación y dirección de los programas comunitarios

Año 2006 Para ofrecer “otra vida por vivir” se inauguró el **Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Galvis Ramírez** que cuenta con la tecnología más avanzada instalada en Latinoamérica para el tratamiento del cáncer que cuenta con amplias salas de espera, sala de quimioterapia, consultorios y los equipos de máximo desarrollo tecnológico del mundo.

1.2. MISION

Somos una Institución privada prestadora de servicios de salud, de carácter fundacional, con énfasis en la atención de alta complejidad.

Nuestra acción la enmarcamos dentro de los más altos estándares de calidad, con procesos confiables y seguros, y manteniendo el compromiso con el desarrollo de nuestro talento humano y con nuestra responsabilidad social.

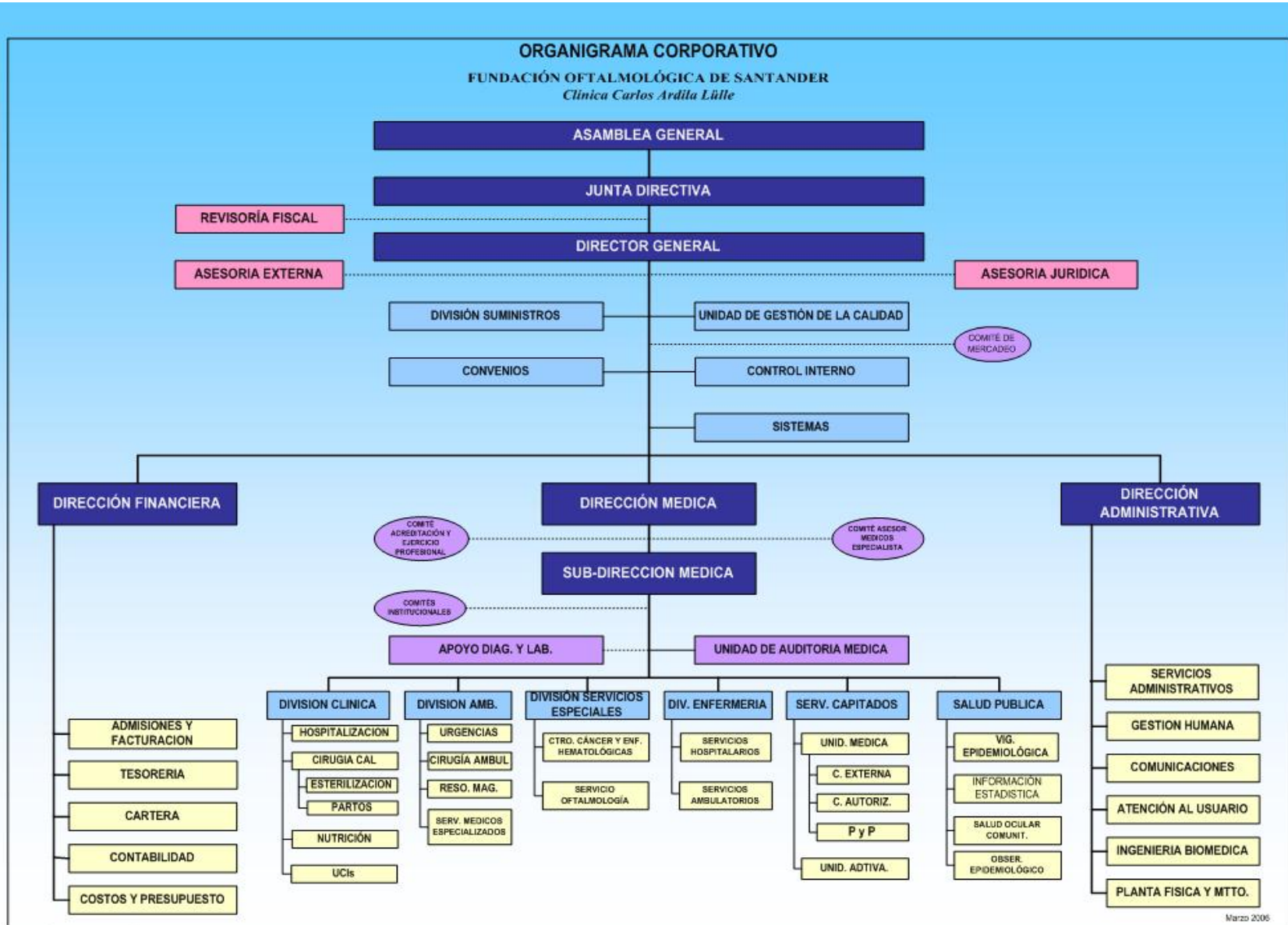
1.3. VISION

En el 2013 la FOSCAL será líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, posicionada nacional e internacionalmente como una organización altamente confiable.

1.4. PRINCIPIOS Y VALORES

- Honestidad y Transparencia
- Respeto
- Generación de valor
- Buen clima laboral
- Desarrollo Humano
- Orientación al Cliente
- Calidad de los Servicios
- Responsabilidad Social
- Competitividad
- Compromiso

1.5. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



1.6. POLITICA DE CALIDAD

Organizar y Desarrollar, basados en el Mejoramiento Continuo, procesos Confiables para ofrecer Servicios Médicos Asistenciales Oportunos y con Calidez en procura del Cuidado de la Salud de los Usuarios.

1.7. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Lograr que nuestros clientes estén satisfechos con los servicios prestados.
- Lograr que nuestros clientes estén bien informados en cuanto a los servicios que proporciona la institución.
- Entregar oportunamente los servicios prestados.
- Asegurar que los procesos utilizados para entregar el servicio sean confiables.
- Asegurar que los procesos administrativos cumplan con los requisitos definidos por la Organización.

2. MARCO TEORICO

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) surgió en 1992, por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los menores de 5 años de edad y mejorar la calidad de atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.

AIEPI¹ es una propuesta que contribuye a reducir el número de muertes por enfermedades transmisibles y prevalentes, en los niños menores de cinco años de edad, considerados como el grupo etareo más vulnerable por este tipo de patologías. Contempla un conjunto básico de medidas de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación que influyen en las enfermedades y problemas que con mayor frecuencia afectan la salud de los menores de cinco años, mejorando las habilidades y capacidades de las personas de los servicios de salud, que participan en la atención infantil, organizando dichos servicios, para la atención integral de los menores de cinco años y evaluando la atención y cuidados que el niño recibe en el hogar.

La estrategia AIEPI una vez esté implementada, garantiza que ningún niño que acuda a una consulta, por cualquier motivo, salga de la misma sin diagnóstico precoz y tratamiento, sin instrucciones precisas sobre la decisión tomada en lo clínico y en lo administrativo. Se trata de una estrategia que garantiza la calidad y la integridad de la atención, más allá del motivo de la consulta. Promueve la equidad, ya que el objeto de la misma son las enfermedades o problemas de

¹ UNICEF, State of the world is children, Geneva: UNICEF; 2003.

salud que afectan, fundamentalmente, a las poblaciones más desfavorecidas. Asegura el uso racional de medicamentos y procedimientos diagnósticos, constituyéndose en una herramienta para el ahorro de costos.

Desde el hogar y en la comunidad, también es posible la evaluación sencilla de algunos de los principales problemas de salud que afectan al niño y la remisión oportuna cuando ésta es necesaria. La comunidad puede y debe ser protagonista en el trabajo de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes que afectan al niño. Por esto, la estrategia se dirige no sólo a mejorar la atención del niño en los servicios de salud sino también en la comunidad, garantizando la capacitación de los Agentes Comunitarios de Salud que pueden trabajar alrededor de la salud de los niños. Estas acciones son especialmente importantes cuando existen condiciones geográficas, económicas o culturales, que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Anualmente, miles de niños son afectados por las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y la desnutrición viendo deteriorada su condición de salud, en forma temporaria o permanente, con el consiguiente perjuicio para su bienestar.

Este conjunto de enfermedades ha sido reconocido como el principal problema de salud que afecta a los niños después de la primera semana de vida, cuando los problemas y enfermedades asociadas al nacimiento ya no representan una amenaza para la supervivencia infantil. Después de este período, los niños de los países en desarrollo están expuestos a una combinación de enfermedades y factores de riesgo que son causas frecuentes de mortalidad.

Los avances observados en el control de estas enfermedades de la infancia han sido dispares en los países. La poliomielitis ha sido suprimida como causa de enfermedad y la circulación local de la infección fue interrumpida durante el decenio de los 90 en la Región de las Américas. Los casos y muertes por

sarampión han disminuido drásticamente y la transmisión local de la infección también se encuentra en proceso de eliminación.

En algunos países de la Región de las Américas se ha registrado una fuerte reducción en el número de casos y, especialmente, en el número de defunciones por diarrea. Aunque en menor proporción, la mortalidad por neumonía también ha disminuido en varios países de la Región.

En contraste, en otros países de América la mortalidad por neumonía ha permanecido estable y la mortalidad por diarrea, si bien registró un descenso, continúa siendo la causa de una elevada proporción de las muertes de menores de 5 años.

Las diferencias en la evolución de la mortalidad en los distintos países pueden atribuirse a factores que afectan: El acceso de la población a las intervenciones disponibles para la prevención, detección y tratamiento de enfermedades; El uso que la población hace de estas intervenciones; Las prácticas de vida familiar y comunitaria relacionadas con la salud.

El reconocimiento de esta disparidad en la situación de salud de la infancia, así como de los factores que la determinan, ha servido de estímulo para desarrollar nuevas intervenciones. Estas se han dirigido a reducir la brecha que separa, no sólo a los países desarrollados y en desarrollo sino también a los diferentes grupos de población dentro de un mismo país.

En el marco de este esfuerzo, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones

Unidas para la Infancia (UNICEF) ² desarrollaron la Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia (AIEPI) como una estrategia efectiva única para abordar la atención del niño, tanto en los servicios de salud del primer nivel, como en la familia y la comunidad.

La estrategia AIEPI es eficaz para la evaluación de la condición de salud y los distintos problemas que afectan al niño, la elección del tratamiento más apropiado y su efectiva aplicación y seguimiento; también es efectiva para aumentar la cobertura de medidas preventivas básicas, como la vacunación, así como para mejorar los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad respecto del cuidado y atención del niño en el hogar. De esta manera, la estrategia AIEPI contribuye no solamente a renovar la calidad de la atención de los distintos episodios de enfermedad que afectan al niño, sino también a mejorar el cuidado de su salud por parte de la familia y la comunidad.

Poner a disposición de todos los menores de 5 años los beneficios de esta estrategia se ha constituido por lo tanto en el principal objetivo para lograr un mejoramiento en la condición general de la infancia en todos los países y una mayor equidad en el acceso de la población a aquellos conocimientos e intervenciones que tienen una importancia esencial para la prevención de muertes y casos de enfermedad.

En la Región de las Américas, la implementación de la estrategia AIEPI ha sido adoptada como una prioridad para contribuir al aumento de la esperanza de vida y reducir la brecha existente entre países y entre grupos de población, en lo que respecta a la salud de la infancia. En este marco, la OPS/OMS ha lanzado la iniciativa “Niños Sanos: la Meta del 2002” que, mediante la implementación

² OMS, OPS. Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Washington, DC; OMS/OPS, 2004.

Universal de la estrategia AIEPI³, propone reducir, para el año 2002, en 100.000 las muertes de menores de 5 años, principalmente por enfermedades transmisibles como las IRA y la diarrea, con respecto a las defunciones ocurridas en 1998. El logro de esta Meta, que ha sido adoptada como un desafío por los países de la Región, contribuirá a mejorar la condición de salud de la infancia garantizando la supervivencia de un mayor número de niños de la Región.

Los lineamientos de la política nacional, departamental y municipal, priorizan las acciones encaminadas a resolver problemas de salud en los niños menores de cinco años, a nivel de Colombia la implementación de los programas para el mejoramiento de la calidad de vida en los niños y niñas menores de 5 años están definidos en el Plan Nacional de Salud del Gobierno Decreto 3039 de 2007, el cual define las metas nacionales de salud infantil y el Ministerio de Protección social, mediante la Circular Externa #18 del 2004, define como acción de salud pública prioritaria para el país, la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y la mortalidad infantil y precisa como meta que el 100% de los entes estén capacitados en la estrategia AIEPI y define las metas nacionales de salud infantil así:

- Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE 2004).
- Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1% en menores de 1año. Fuente: PAI 2005).
- Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

³ Y.Benguigui, J. C. Bossio, H. Fernández, investigaciones de evaluación del impacto de la estrategia AIEPI,

2.1. CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA EN EL QUE SE APLICA LA ESTRATEGIA AIEPI.

La persistencia de un conjunto de enfermedades y problemas de salud para los cuales se dispone de medidas de prevención y control tiene serias implicaciones para las posibilidades de supervivencia y bienestar de los menores de 5 años.

Estas se expresan tanto en términos de la muerte prematura y evitable de miles de niños cada año, así como en términos del deterioro temporario o permanente de su salud, lo que afecta el bienestar del conjunto de la sociedad. El control de estos problemas, a su vez, requiere la continua inversión de recursos, tanto en el nivel de las familias como de los servicios de salud, los que muchas veces no son aplicados eficientemente.

2.2. MORTALIDAD

Muchas de las muertes que anualmente ocurren en menores de 5 años de edad y con posterioridad a la semana de vida (es decir, que en su mayoría no están asociadas al embarazo y nacimiento) pueden ser evitadas a través de medidas sencillas de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento.

- Un gran número de muertes por neumonía puede evitarse detectando ayuda de servicios de salud y garantizando que estos se encuentren capacitados para la adecuada evaluación clínica, clasificación y tratamiento con antibióticos apropiados.
- Un número elevado de muertes por diarrea puede evitarse si se mejoran las prácticas de alimentación de los niños (especialmente la lactancia materna

exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida, las prácticas de destete y la higiene de la preparación, conservación y manipulación de los alimentos); se progresa en proporcionar condiciones sanitarias básicas a la población (especialmente en lo que respecta a las fuentes de agua segura y la eliminación adecuada de las excretas); y se mejoran las prácticas de higiene personal y doméstica.

- Un número adicional de muertes por diarrea puede evitarse si se aseguran la rápida detección de los casos por parte de la familia, la pronta administración de líquidos adicionales para prevenir la deshidratación en el hogar y el uso de las Sales de Rehidratación Oral (SRO) para tratar la deshidratación en los servicios de salud del primer nivel de atención.
- Las muertes por sarampión, tos convulsa, difteria, tétanos y meningitis tuberculosa pueden evitarse mediante la vacunación.
- Las muertes por malaria en los niños pueden evitarse si se garantizan la pronta detección de los casos y la administración de medicamentos antimaláricos, se utilizan medidas de prevención de la transmisión (mosquiteros) y se mejoran las condiciones ambientales deficientes que se asocian a la proliferación de los mosquitos transmisores de la enfermedad.
- Las defunciones debidas o asociadas a desnutrición pueden evitarse si se adoptan prácticas adecuadas de alimentación durante los primeros cinco años de vida (incluyendo la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses, las prácticas apropiadas para el destete, la continuación de la lactancia en forma complementaria hasta los 2 años y la adecuada alimentación del niño), y la detección precoz del retraso del crecimiento y la desnutrición.

2.3. MORBILIDAD

Un gran número de enfermedades transmisibles, en particular aquellas que con mayor frecuencia afectan la salud de los niños, y de problemas nutricionales, pueden ser prevenidas mediante la utilización de métodos sencillos.

- La vacunación, por ejemplo, puede prevenir la incidencia del sarampión, la tos convulsa, la difteria, el tétanos y la meningitis tuberculosa.
- La lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida previene la incidencia y severidad de los casos de diarrea y otras enfermedades asociadas a la falta de higiene de la alimentación.
- El mejoramiento en los hábitos de higiene personal y doméstica, el uso de agua segura y la eliminación sanitaria de excretas también previene la incidencia de diarrea y parasitosis intestinales.

Adicionalmente, la morbilidad grave por ciertas enfermedades, también puede ser prevenida aplicando diferentes medidas tales como:

- La lactancia materna, por ejemplo, previene la ocurrencia de casos graves de infecciones respiratorias agudas, especialmente la neumonía.
- Las prácticas adecuadas de alimentación también contribuyen a reducir la incidencia de casos graves de infecciones, al mejorar la capacidad de respuesta inmunitaria del organismo a los estudios tempranos de estas enfermedades.
- La administración precoz de líquidos cuando los niños tienen diarrea también previene la deshidratación.

- La administración de micronutrientes mejora el crecimiento y previene deficiencias que son causa de importantes enfermedades. El suministro de suplementos de vitamina A disminuye la prevalencia de xeroftalmia, y reduce el riesgo de enfermedades graves y de mortalidad. El suministro de hierro elimina la anemia ferropénica y el suministro de yodo previene retrasos en el desarrollo físico y psicológico de los niños.
- El tratamiento precoz con antibióticos y otros medicamentos (por ejemplo antimaláricos) previene la ocurrencia de casos graves de enfermedades como neumonía, meningitis y septicemia, o de malaria cerebral.
- El tratamiento periódico con medicamentos antiparasitarios reduce la incidencia de complicaciones asociadas a las parasitosis intestinales, tales como anemia y desnutrición.

2.4. ASPECTOS EN LOS QUE SE BASA LA ESTRATEGIA AIEPI

2.4.1. Educación al cuidador primario para el manejo del niño en el hogar: debe incluir:

- La práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida del niño, y la lactancia materna complementaria hasta los dos años de edad, que contribuirá a garantizar un adecuado crecimiento y nutrición, y fortalecer la capacidad de defensa del organismo frente a las infecciones.
- Los hábitos alimentarios adecuados, como por ejemplo, la higiene apropiada en la preparación de los alimentos, que contribuirán a mejorar la condición nutricional del niño, evitar la desnutrición, y estimular su capacidad de respuesta a las enfermedades.

- El cumplimiento de las fechas de vacunación, que garantizarán que el niño recibe todas las vacunas necesarias en el momento oportuno, disminuyendo de este modo el riesgo de contraer enfermedades.
- La práctica de hábitos saludables de vida, incluyendo la higiene personal y doméstica que reducirá los casos de diarrea y parasitosis intestinales; la aplicación de medidas de saneamiento básico que prevendrá la proliferación de vectores de enfermedades tales como la malaria y el dengue (mosquitos), o la enfermedad de Chagas y el control de la polución del aire interior que disminuirá la incidencia y gravedad de los episodios de enfermedades respiratorias agudas.
- El conocimiento de los signos precoces de enfermedad en los niños y la vigilancia de su aparición para fomentar la rápida consulta a un servicio o personal de salud.
- La utilización de proveedores seguros de atención de la salud.
- La proscripción del uso de remedios caseros que puedan ser perjudiciales para el niño, y de medicamentos no indicados por el personal de salud.

2.4.2 Prácticas adecuadas de atención del niño en los servicios de salud del primer nivel.

- La evaluación de la condición general de salud del niño, independientemente del motivo expresado por los padres para llevarlo a la consulta, que permitirá detectar signos y síntomas no identificados por ellos y de este modo contribuirá al diagnóstico precoz de enfermedades.

- El uso limitado a indicaciones estrictamente justificadas de las tecnologías de diagnóstico que pueden ser perjudiciales (la radiografía que expone al niño a radiaciones); y de aquellas que sean costosas (radiología, laboratorio).
- La prescripción del uso de medicamentos innecesarios para el tratamiento sintomático de diarrea e infecciones respiratorias agudas (medicamentos antidiarreicos, antitusígenos, expectorantes, descongestionantes nasales), algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para el niño.
- No prescribir antibióticos innecesariamente, especialmente para casos de diarrea (sin evidencia de disentería o cólera) o infecciones respiratorias agudas (sin evidencia de neumonía, otitis media aguda o faringitis estreptocócica), debido a que no contribuyen a la evolución favorable del cuadro, pueden incrementar la resistencia bacteriana y aumentan los costos de atención sin beneficio para el paciente.
- La verificación del estado de vacunación del niño, la aplicación de las vacunas necesarias y la evaluación del estado nutricional.
- La educación de los padres respecto del tratamiento de las enfermedades y problemas de salud detectados, así como la información respecto de las prácticas de cuidado y atención más adecuadas, incluyendo las medidas de prevención y promoción de la salud infantil y familiar.

2.4.3. Medidas que aplican los trabajadores de salud al ejecutar la estrategia de AIEPI en la atención de los niños.

Diagnóstico y tratamiento adecuados
<ul style="list-style-type: none">• Evaluación rápida de signos no específicos de enfermedad grave (convulsiones, somnolencia, dificultad para beber), cuya presencia indica la remisión al hospital• Valoración secuencial de los signos y síntomas de las enfermedades más frecuentes para efectuar la clasificación y dar el tratamiento específico:<ul style="list-style-type: none">• Tos o dificultad para respirar• Diarrea• Fiebre• Dolor de garganta• Dolor de oídos• Otros signos de enfermedades comunes (según la adaptación basada en la situación epidemiológica local)• Evaluación del estado de nutrición• Evaluación del estado de vacunación
Prevención
<ul style="list-style-type: none">• Administración de vacunas• Administración de vitamina A
Promoción de la salud
<ul style="list-style-type: none">• Educación y apoyo sobre la técnica de amamantamiento adecuada• Educación y apoyo sobre la alimentación adecuada de los niños• Enseñanza de medidas generales de atención del niño en el hogar• Enseñanza de los signos de alarma que deben llevar de inmediato a consultar con el servicio de salud

En Colombia⁴ a partir de 1999 se inicia el proceso de implementación de la estrategia en los departamentos de Antioquia, Atlántico y el Distrito Capital de Bogotá.

En Antioquia, en el año 2001 se inició el proceso, con una fase de experimentación piloto en los municipios de Medellín, Ciudad Bolívar y Turbo. Se realizó el primer curso clínico regional con la participación de todas las facultades de enfermería y de medicina de la ciudad, representantes de las ARS Y EPS, gerentes de IPS, y otros funcionarios gubernamentales, así como representantes de expansión para el departamento, sin embargo no se continuo el proceso porque la estrategia no contó en ese entonces, con la viabilidad y la factibilidad que aseguran su futuro en el territorio departamental.

En Santander⁵ la Subdirección de Salud Pública a partir del año 2003, teniendo en cuenta las recomendaciones de la O.P.S. implementó un modelo de atención integral basado en la atención primaria en salud (MAIBPS), para lo cual retomó la estrategia exitosa de la regionalización y la adoptó al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud con la organización de equipos interdisciplinarios en los ámbitos provincial y municipal, responsables de la articulación y potencialización de los procesos gerenciales en salud. Uno de los programas que hacen parte del área de Salud Públicas de la Secretaria de Salud de Santander es el programa AIEPI.

Durante el año 2005 el programa, desarrolló actividades como: sensibilización al personal de salud de 14 municipios del departamento para la implementación de la estrategia, organizó dos cursos de difusión de la estrategia, dirigidos a la comunidad con la participación de 60 personas, igualmente realizó capacitación clínica y visitas de seguimiento.

⁴ Tabares E, Alvarado B. El niño en el Pacífico Colombiano. Perspectivas interdisciplinarias de la investigación en salud. Popayán: Universidad del Cauca; 2005.

⁵ Secretaria de salud de Santander, actas COVE 2003.

3. JUSTIFICACION PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA IPS FOSCAL

Según los datos históricos revisados tendría gran impacto la implementación de la estrategia AIEPI en la IPS FOS-CAL, en la disminución de la morbilidad en los menores de cinco años y favorecería la institución en el control de costos mediante la utilización racional y la optimización por parte de los funcionarios de los recursos disponibles en el servicio de consulta externa para la para la atención de los menores de 5 años.

La implementación del Programa AIEPI en la FOS - CAL tiene como soporte las estrategias diseñadas por el PLAN NACIONAL DE GOBIERNO para mejorar la salud infantil en la población de menores de 5 años así:

- Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario para mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI.
- Promover, proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más.
- Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia Decreto número 3039 - Plan Nacional de Salud Pública, estrategia de la cual hace parte la FOS – CAL desde Septiembre de 2005.

- Implementar en todas las entidades promotoras de salud - EPS e instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI.
- Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.
- Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la salud infantil, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de carga de enfermedad y vigilancia de acceso y calidad de atención.
- Fortalecer la formación continua y específica del recurso humano que se requiere para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la salud infantil.

La IPS- FOSCAL presta en el servicio de consulta externa las actividades asistenciales correspondientes a el primer nivel de atención, como son consulta de medicina general, pediatría, enfermería, nutrición, psicología y los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, definidos en la Resolución 412 de 2000, bajo los estándares de calidad establecidos por la normatividad vigente.

Se ha planteado en el Comité de Vigilancia Epidemiológica de FOSCAL (COVE institucional) una preocupación constante debido a la alta incidencia de patologías como la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en la población menor de 5 años, presentando bajo impacto en la disminución de la morbilidad a pesar de los recursos invertidos (humano ,

técnico, estructura física y económicos), siendo necesario buscar una estrategia que permita mejorar los estándares de calidad en la prestación de los servicios médicos, planteándose la posibilidad de implementar la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

La estrategia AIEPI ⁶ elaborada en forma conjunta por la OMS y UNICEF, ha contribuido en muchos países del mundo a disminuir la mortalidad infantil y mejorar la calidad de atención que los niños, reciben en los servicios de salud y en el hogar. Las distintas estrategias para el control de determinadas enfermedades y problemas de salud se incorporaron para permitir la evaluación integrada de la salud de un niño al entrar en contacto con la entidad de salud.

La importancia de la AIEPI se puede analizar a la vista de la situación de salud de la niñez, que presentó el informe sobre la Salud en el Mundo 2002:

- Aproximadamente 1,7 millones de muertes al año son atribuibles al agua insalubre y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene, principalmente por la diarrea infecciosa resultante. Nueve de cada diez muertes son de niños y casi todas se producen en los países en desarrollo.
- La carencia de hierro afecta a 200 millones de personas en el mundo, siendo los niños y las madres los más frecuentemente y gravemente comprometidos.
- Diez millones ochocientos tres mil niños menores de cinco años murieron en el mundo durante el año 2001.
- Los nacidos en el año 2001 tienen una esperanza de vida hasta los 64 años.
- En América Latina 540.000 niños menores de cinco años mueren cada año, de esas muertes 170.000 fueron por enfermedades transmisibles que pudieron prevenirse. Hasta un 70% de las consultas médicas en menores de

cinco años se deben a infección respiratoria aguda, diarrea aguda y desnutrición.

En el análisis de morbilidad según edad y servicio de atención realizada en el departamento de Santander en el año 2005, la población pediátrica registró una mayor consulta por atención de niño sano, siguen como segunda y tercera causa de atención las enfermedades respiratorias e infecciosas parasitarias. En el servicio de hospitalización en la población pediátrica, la primera causa de atención fue la neumonía en ambos sexos, lo cual representa el 50% de los egresos debidos a afecciones pulmonares.

6.4. HOSPITALIZACIÓN USUARIOS CAPITADOS FOSCAL POR IRA AÑO 2007

Indicador	Primer periodo	Segundo periodo	Tercer periodo	Cuarto periodo	Quinto periodo
Total casos	783	759	875	718	890
% Hospitalización	1.3	1.2	1.4	1.4	2.4
Razón de hospitalización	73	84	88	72	42

Fuente informe epidemiológico Departamento de información estadística Foscal 2007

Analizados los datos epidemiológicos de morbilidad en los menores de 5 años correspondientes a la IPS FOSCAL para el año 2006, se atendieron 15.646 consultas por IRA de los cuales 225 casos requirieron hospitalización, correspondiendo al 1.43%.

⁶ OMS, OPS. Manual de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Wasinton, DC: OMS/OPS; 2004.

Para el año 2007, durante los cinco periodos epidemiológicos, se observa una tendencia al incremento en el total de casos de IRA y en el porcentaje de hospitalización por esta patología. La razón de hospitalización presentó una disminución en el quinto periodo epidemiológico, sin embargo se considera alta por tratarse de una enfermedad prevenible, que se puede intervenir para evitar complicaciones que ameriten atención hospitalaria.

6.5. HOSPITALIZACIÓN USUARIOS CAPITADOS FOSCAL POR EDA AÑO 2007

Indicador	Primer periodo	Segundo periodo	Tercer periodo	Cuarto periodo	Quinto periodo
Total casos	469	372	403	440	382
% Hospitalización	2.6	3.5	1.0	0.9	1.0
Razón de hospitalización	39	29	110	110	96

Fuente informe epidemiológico Departamento de información estadística Foscál 2007

En lo relacionado con el comportamiento de la EDA, durante los primeros periodos epidemiológicos correspondientes al año 2007, se observa una disminución del número de casos en el quinto periodo, comparado con los periodos anteriores.

Para EDA, se atendieron 6.279 consultas de los cuales 207 casos requirieron hospitalización, correspondiendo al 3.29%.

Es significativo el incremento en la razón de hospitalización observado en los tres últimos periodos con un número de casos relativamente estables, situación

que puede deberse a varios factores como: el desconocimiento por parte de los cuidadores sobre signos de alarma, la importancia de la rehidratación oral, fallas en la prestación del servicio etc. Se considera que la estrategia de crear la unidad de rehidratación oral en la FOSCAL, facilitaría el manejo oportuno de la EDA, hospitalizando únicamente los casos que no respondan a la rehidratación oral de acuerdo con el manejo definido por el Programa AIEPI.

Según estos datos estadísticos se puede inferir que con el manejo actual en la IPS de las patologías prevenibles de la infancia, no hay un verdadero impacto en la incidencia de las mismas, si se tiene en cuenta el número de casos/ año y los eventos que necesitaron hospitalización, muestran en general una tendencia al ascenso. Situación que se podría intervenir al implementar la estrategia AIEPI, mejorando los estándares de calidad en la prestación del servicio en el primer nivel de atención, mediante la capacitación del personal de salud, la educación de la familia en hábitos de vida saludable y la optimización de los recursos disponibles, articulando los programas de prevención y promoción que funcionan actualmente, con los servicios restados en la consulta externa de la IPS FOSCAL.

En síntesis se espera que al implementar la estrategia, se mejorara la calidad de vida de los usuarios menores de 5 años y favorecería el sostenimiento financiero de la institución prestadora de servicios mediante la utilización racional de los recursos.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL.

Disminuir en un 10%, la morbilidad y la mortalidad por IRA y EDA, en los niños menores de 5 años, durante el primer semestre del año 2009 a través de la implementación de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) en el servicio de consulta externa de la IPS FOSCAL.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Diseñar un modelo eficiente en la implementación de la estrategia AIEPI en la IPS-FOSCAL.
- Fortalecer los aspectos preventivos y promocionales de la salud en la población objeto y su familia.
- Definir los recursos necesarios para la implementación de la estrategia AIEPI en la IPS FOS-CAL.
- Diseñar los objetivos necesarios para evaluar el impacto de la estrategia AIEPI en la FOSCAL

8. METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA

Se basa en el diseño de un modelo, para la implementación de un programa de atención en salud, que pretende adaptar la estrategia AIEPI en la Clínica Ardila Lulle, con el objetivo de manejar adecuadamente y controlar las principales causas de morbi-mortalidad por enfermedades evitables en los niños menores de cinco años a través de actividades asistenciales, educativas y preventivas, estandarizadas durante todo el proceso de prestación de servicios de salud a niños menores de 5 años que consulten a la IPS.

5.1. ACTIVIDADES A REALIZAR PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS:

Para alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollarán actividades tendientes a mejorar la calidad del servicio de salud prestado a los niños menores de cinco años que acuden a la Institución mediante la aplicación de los lineamientos de la estrategia AIEPI en las siguientes etapas:

5.1.1. Recepción y admisión del usuario:

Todos los niños que acudan a los servicios de salud de la FOS-CAL, debe tener acceso a personal y servicios de salud que apliquen correctamente la estrategia AIEPI, y lleven a la práctica las recomendaciones que la estrategia, incluye con relación al cuidado y atención del niño en el hogar, tanto cuando este se encuentra sano, como cuando sufre un episodio de alguna enfermedad.

Dentro del proceso de implementación recomendamos, especialmente establecer un sistema gradual que permita, en primer lugar, dirigir los esfuerzos hacia las

enfermedades que tienen los más altos niveles de morbi- mortalidad en la institución como son la IRA, EDA y la desnutrición. Para lograr la calidad de los servicios se desarrollaran las siguientes estrategias:

5.1.2. La capacitación del personal, de salud para brindarle la información, conocimientos y habilidades necesarias para aplicar correctamente la estrategia AIEPI, mejorar la organización de los servicios de salud para su aplicación, y reforzar las actividades educativas y de comunicación social, tanto en el servicio de salud como en coordinación con otros organismos y representantes de la comunidad.

5.1.3. La supervisión periódica del personal capacitado, para identificar los problemas que enfrenta en la aplicación de la estrategia y diseñar soluciones adecuadas.

5.1.4. Utilización de los servicios: Las actividades están destinadas a mejorar las prácticas familiares y comunitarias relacionadas con la salud de los niños. La gestión se desarrollará a través de la estrategia, basada en la **comunicación** para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto al cuidado y atención del niño en el hogar, la prevención y promoción de la salud infantil, la identificación precoz de signos de enfermedad, y la consulta inmediata al servicio de salud. La comunicación debe estar basada en los siguientes principios:

► **Centrada en los sujetos:** Este principio exige prestar especial atención a la investigación de audiencias, a la validación de mensajes y al trabajo focalizado en los derechos y responsabilidades ciudadanos. A manera de ejemplo, la aplicación de este principio podría propiciar una comunicación entre el profesional de la salud y el usuario mucho más ajustada a la realidad de cada actor, más eficaz en el uso del tiempo y mucho más agradable para cada participante. Esto es posible a través de una participación más activa de los usuarios en los procesos de comunicación en los servicios de salud y en la promoción de prácticas saludables.

► **Integrada a los servicios:** Cualquier estrategia de promoción de la salud en general, y de comunicación en salud en particular, está condenada al fracaso si no va acompañada de un componente de servicios que funcione en dos niveles esenciales: primero, en términos de la calidad de la atención que se ofrezca a los usuarios, y segundo, en términos de una respuesta adecuada a la demanda que se genere a través de ejercicios de promoción.

► **Sostenibilidad:** La sostenibilidad de las estrategias de comunicación radica en que los miembros de la familia, particularmente los padres y cuidadores del menor de cinco años, tengan la capacidad de asumir los conceptos y significados fundamentales de la estrategia.

► **Visión de largo plazo.** Existe cada vez más evidencia acerca de la necesidad de abordar los procesos de comunicación como esfuerzos de mediano y largo plazo. Ciertamente, la realización de campañas y actividades de promoción de carácter puntual (como por ejemplo las brigadas de salud) son necesarias y a menudo deben hacer parte de una estrategia más amplia. Sin embargo, si quiere

ser efectiva, la comunicación en salud debe darse en espacios de tiempo que permitan generar procesos que garanticen la incorporación de comportamientos saludables a la rutina local y la transformación de los entornos sociales.

➤ **verificación del impacto:** en los indicadores epidemiológicos y en las prácticas socioculturales. Las expectativas de cambio inmediato pueden conducir a que fracasen los esfuerzos de cualquier estrategia.

➤ **Diversidad de enfoques:** La sistematización cada vez mayor de los procesos de comunicación en salud ha demostrado que aunque siguen apareciendo nuevos enfoques, no existe una fórmula única para desarrollar estrategias efectivas. Por el contrario, determinadas situaciones pueden abordarse a partir de diversas aproximaciones de trabajo en comunicación.

5.1.5. Asignación de recursos y estructura física. Necesarios para la ejecución de todas las actividades técnicas y de gestión incluidas en la estrategia.

5.1.6. Recurso físico. Para el manejo y tratamiento del niño de 0 a 5 años, la IPS cuenta con 4 consultorios debidamente dotados con camilla, peso, pesabebés, tallímetro, equipo de órganos, escritorio, computador, impresora, silla, área de entrevista y área de examen, un Call center.

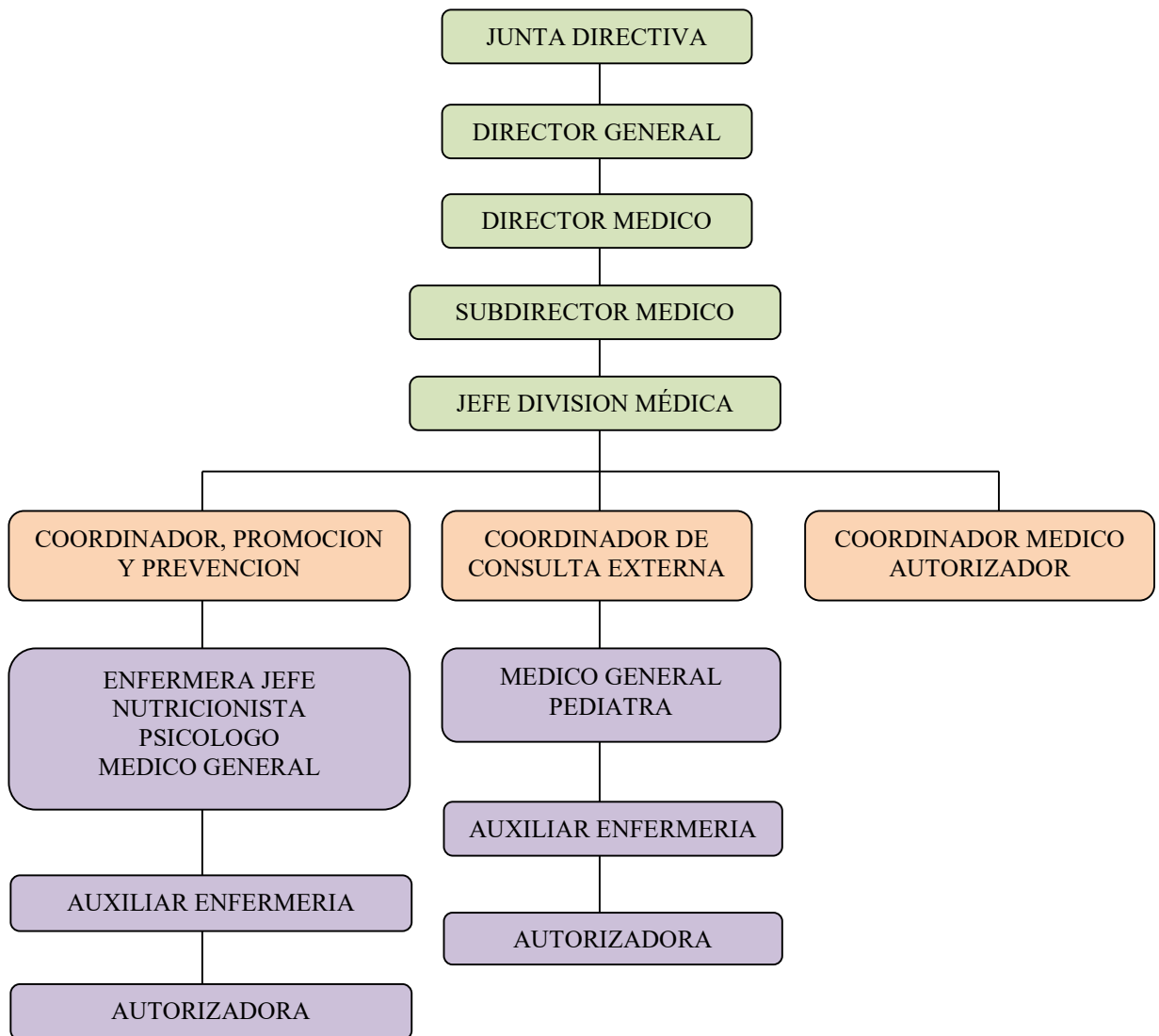
5.1.7. Recurso humano. Tres pediatras en consulta externa con un total de 14 horas diarias disponibles para atender los niños que soliciten los servicios a través del call center:

- una psicóloga con 4 horas diarias.
- un médico pediatra para la atención de la consulta prioritaria en pediatría de 7 horas diarias.
- una enfermera coordinadora de los programas de prevención y promoción (Vacunación, control de crecimiento y desarrollo, control prenatal y programas con el adulto mayor)
- un coordinador para los programas de prevención y promoción.

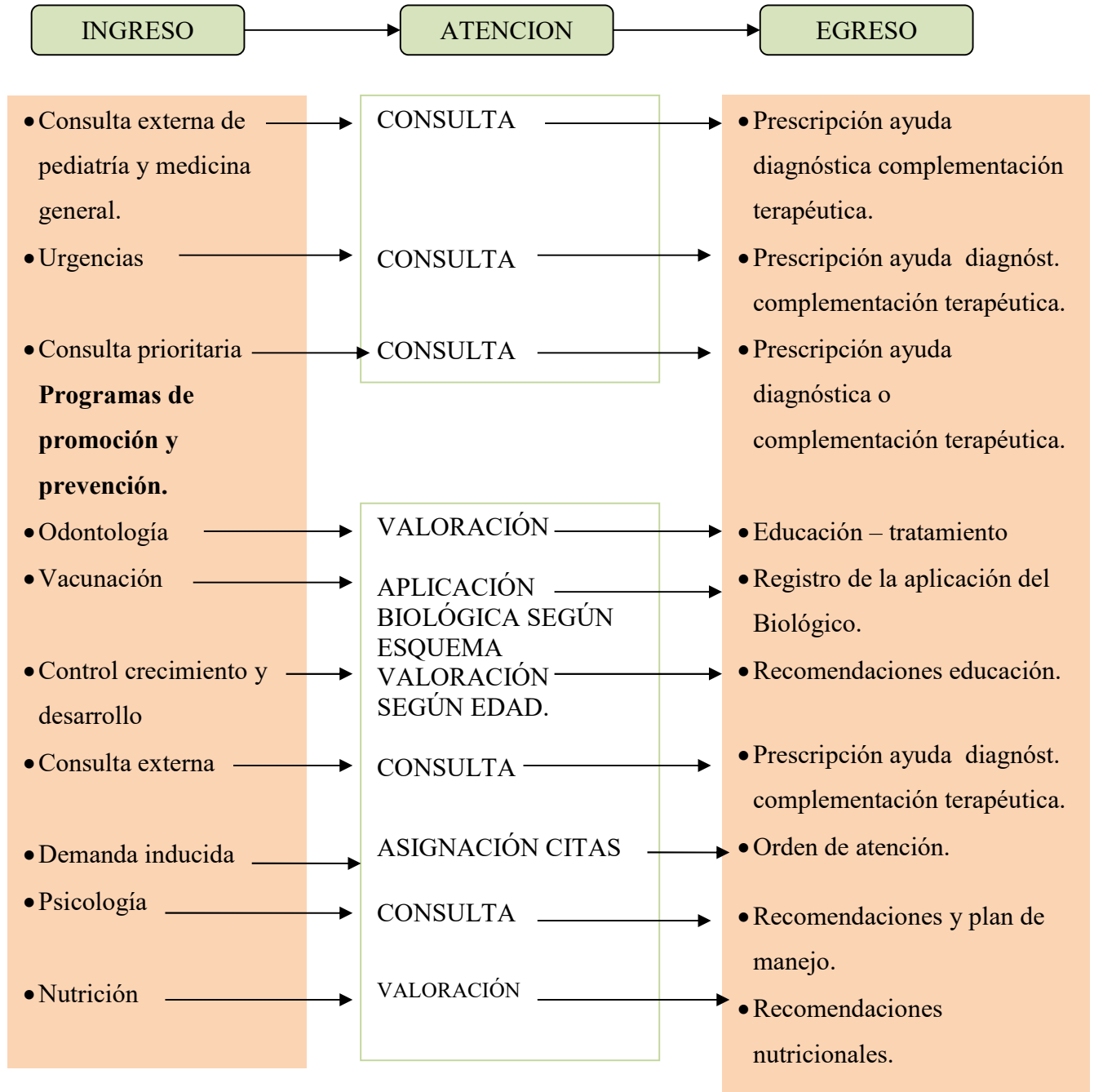
5.2. PROCESO ACTUAL EN LA ATENCION DEL MENOR DE 5 AÑOS EN LA IPS FOSCAL

Todas las intervenciones con el niño de 0 a 5 años se llevan a cabo en forma disgregada, el pediatra en la consulta y por otro lado los programas de prevención y promoción, no hay unificación de criterio en el uso de antibióticos, antidiarreicos y medicamentos para la tos, así como el uso poco racional de exámenes de laboratorio clínico y Rayos x, por cuanto son solicitados en forma rutinaria para cualquier tipo de patología sin tener en cuenta la racionalidad y pertinencia. En la mayoría de los casos no se involucra a los cuidadores en la educación e información necesaria para identificar los signos de alarma y manejo adecuado del niño en condiciones sanitarias óptimas. Llama la atención que a pesar de contar con la infraestructura adecuada, los recursos técnicos necesarios y el soporte de los programas de prevención y promoción no se evidencia un verdadero impacto en la disminución de la morbilidad por enfermedades inmuno prevenibles como la IRA y la EDA.

5.2.1. Organigrama de servicios de consulta externa de la IPS FOS-CAL



5.2.2. Macroproceso de atención actual para niños y niñas de 0 a 5 años



5.3. PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE CASOS PARA LA IPS FOS-CAL

La recomendación para el desarrollo de la propuesta se divide en dos aspectos fundamentales:

- Diseño de procesos que permitan la integración en el proceso de atención.
- Propuesta para la creación de la sala de rehidratación oral.

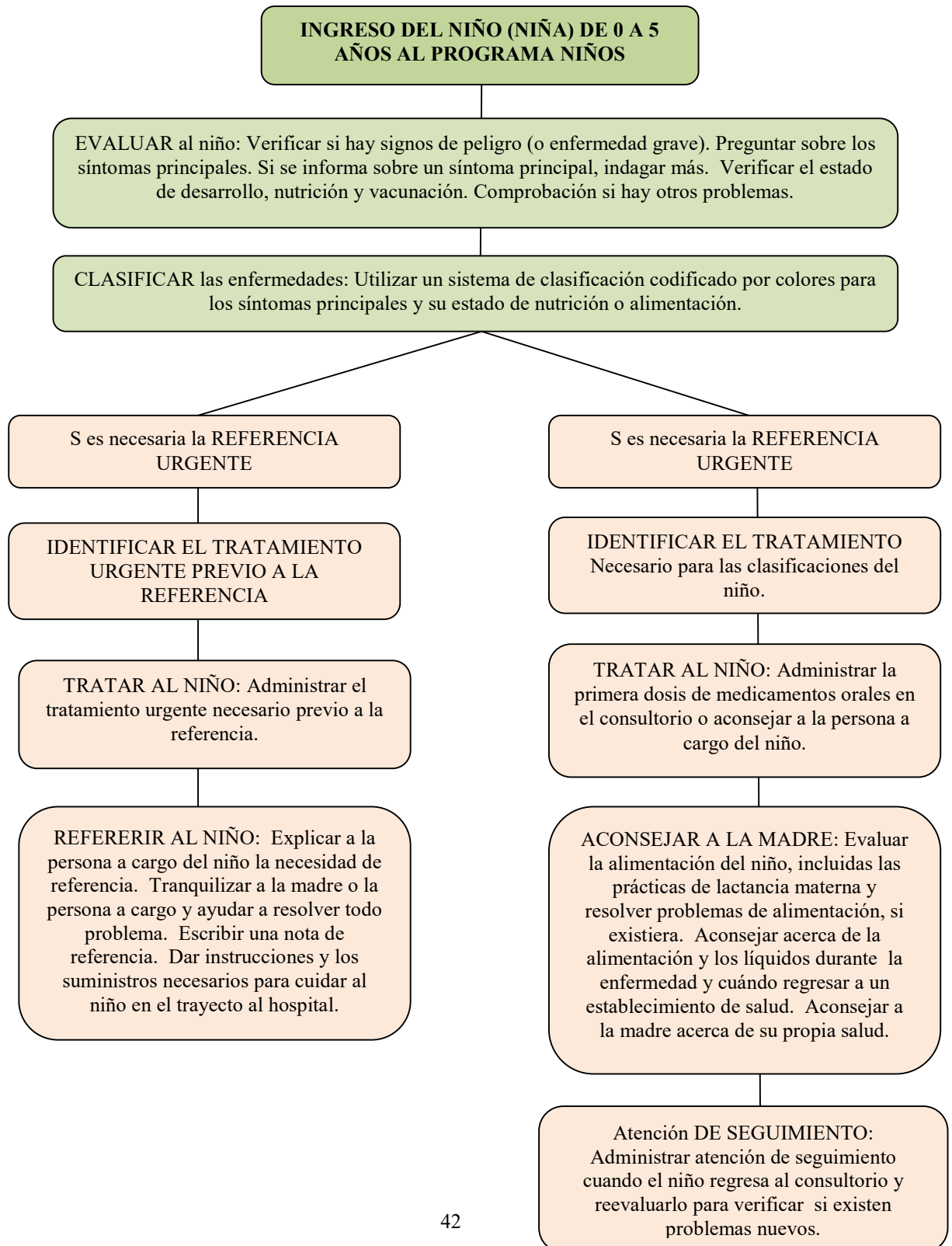
5.3.1. DISEÑO Y ADAPTACIÓN DE PROCESOS QUE PERMITAN LA INTEGRACIÓN DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN.

El proceso de atención integrada de casos según la estrategia AIEPI, debe contener los siguientes elementos:

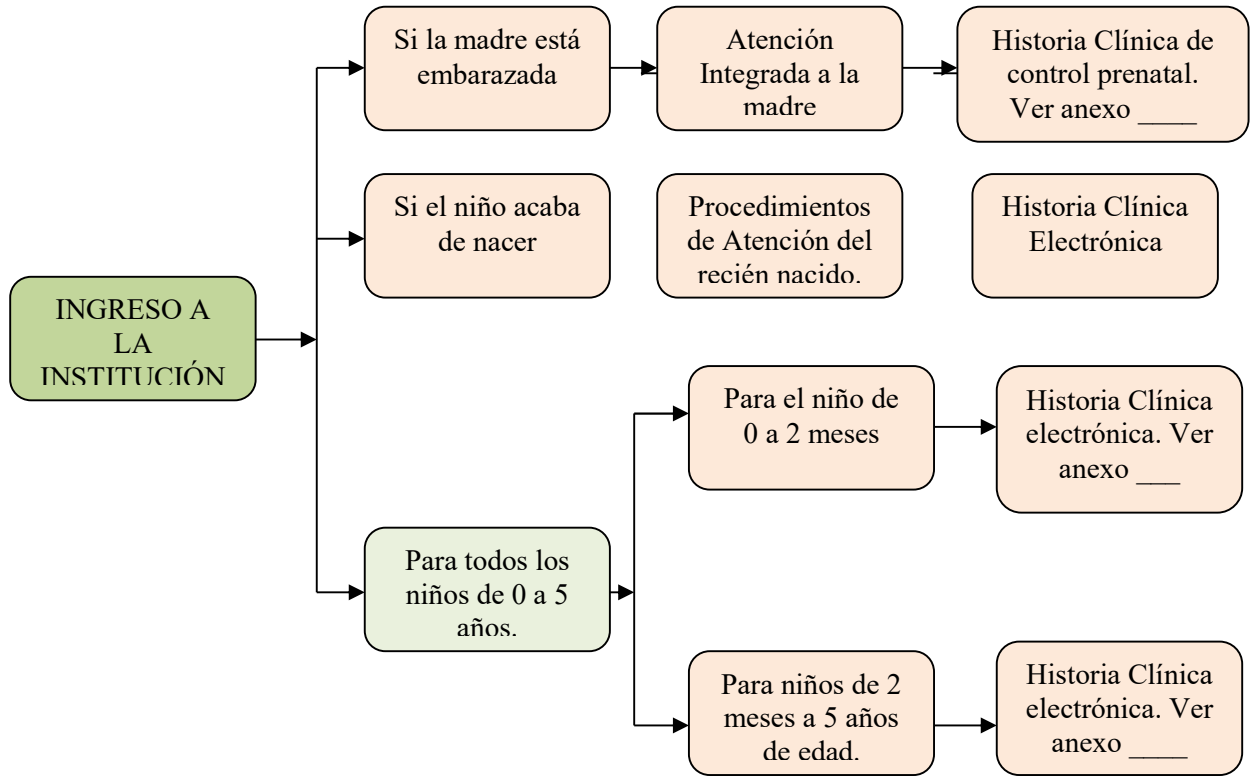
- Evaluar al niño por medio de la formulación de preguntas acerca de las condiciones comunes, el examen médico, la verificación de la nutrición y el estado de vacunación. Buscar no solo la causa actual de queja, sino también la existencia de otros problemas de salud. (Ver anexo 1 y 2 modelo de Historia Clínica AIEPI).
- Clasificar las enfermedades por medio de un sistema codificado por colores así:
 - ✓ Tratamiento y referencia urgente (rojo).
 - ✓ Tratamiento médico específico y consejería (amarillo)
 - ✓ Consejería sobre tratamiento en casa (verde).
 - ✓ Identificar tratamientos específicos, asegurar la entrega del 100% de los medicamentos ordenados por el médico tratante, entregar el plan integrado de tratamiento y vacunarlos si le corresponde alguna dosis o no la tiene administrada.

- ✓ Tratamiento: educar a la madre o al cuidador del niño sobre los cuidados requeridos durante la enfermedad y su recuperación, teniendo en cuenta:
- ✓ Suministro de medicamentos orales.
- ✓ Nutrición
- ✓ Hidratación
- ✓ Cuidados generales
- ✓ Signos de alarma y complicación de la enfermedad
- ✓ Seguimiento y control
- ✓ Ofrecer consejería sobre los problemas detectados.

5.4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0 – 5 AÑOS EN LA FOS-CAL.



5.5. MACROPROCESO PROPUESTO PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS EN FOS-CAL.

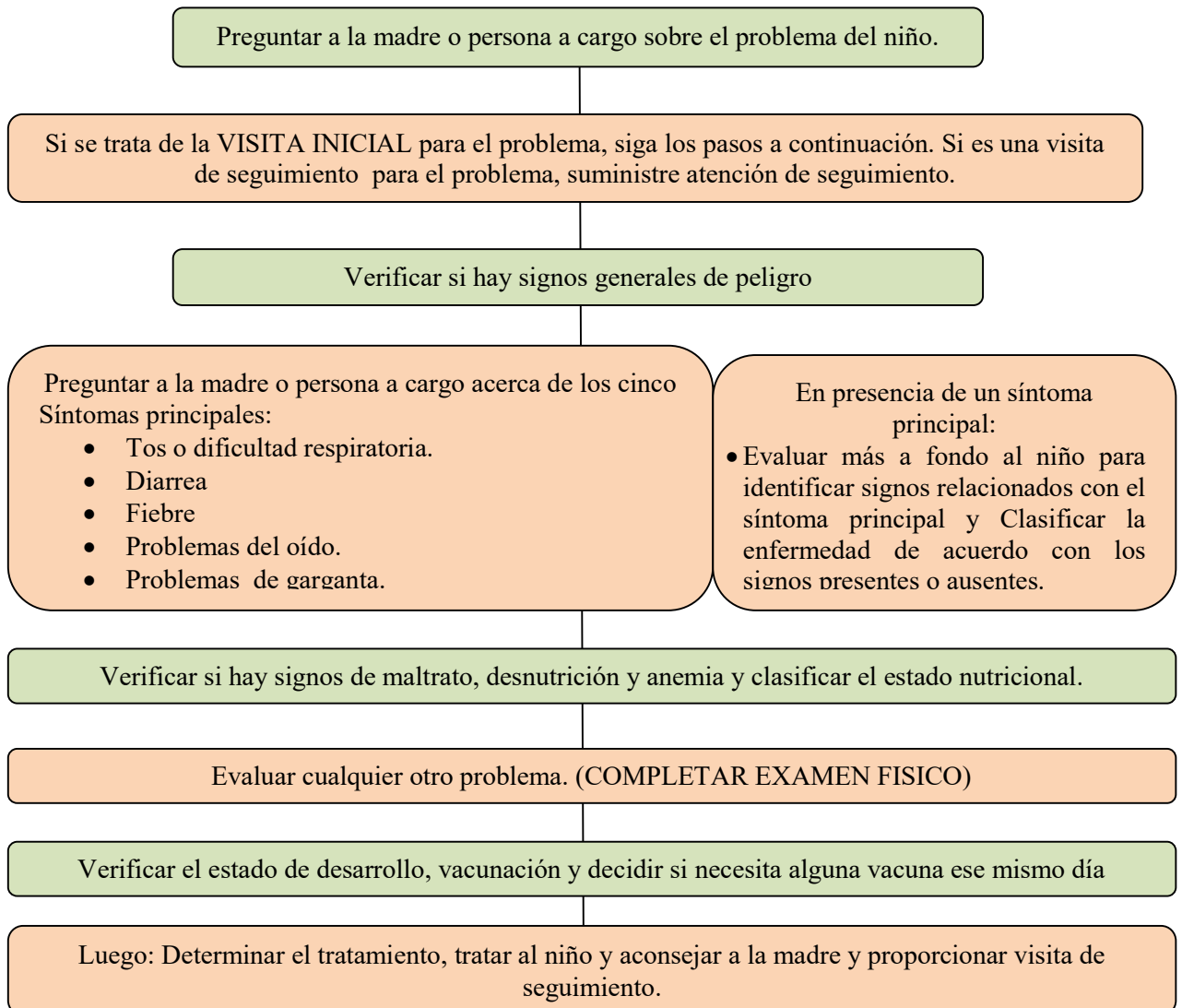


NOTA: Es necesario realizar ajustes en la historia Clínica electrónica actual, para adaptarla a las propuestas de la estrategia **AIEMI** y así favorecer la integración en los servicios prestados y la unificación de la información.

5.6. COMO EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD EN FOS-CAL.

Se hace necesario establecer un proceso para la evaluación y clasificación del niño de 2 meses a 5 años de edad para no pasar por altos signos de enfermedad, estado nutricional alterado, maltrato, verificar el estado de vacunación y otros problemas así no sean el motivo de consulta.

5.6.1. Proceso para evaluar y clasificar al niño de 2 meses a 5 años de edad en la IPS FOS- CAL



5.7. PROPUESTA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA PARA TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL (TRO).

La sala para terapia de Rehidratación Oral (TRO), es un área determinada para la IPS FOSCAL para que los niños que requieran hidratación con SRO (SALES DE Hidratación Oral) permanezcan junto a sus madres en un sitio cómodo, tranquilo y supervisado por el personal de salud.

Esta sala se caracteriza por su dinamismo ya que se activa únicamente cuando es requerida para el manejo de los menores de 5 años con diagnóstico de EDA y deshidratación.

5.7.1. Requisitos para el adecuado funcionamiento de la Sala para Terapia de rehidratación oral

- Estar ubicado en un sitio de fácil acceso para el personal de salud.
- Estar cerca de un inodoro y un lavamanos.
- Ser agradable y estar bien ventilado.
- Asignar personal de salud capacitado en la estrategia AIEPI para el manejo de la sala.

5.7.2. Dotación para la Sala de Terapia de Rehidratación Oral.

La sala para TRO debería contar con los siguientes suministros:

- Paquetes o sobres de sales de Rehidratación oral.
- Botellón de agua.
- Jarra para mezclar de 2 litros.
- Vasos desechables.
- Cucharas desechables.
- Goteros o jeringas.

- Jabón.
- Cesto de Basura.
- Material educativo para entregar a la madre o cuidador.
- Una mesa para mezclar la solución de SRO y colocar los suministros.
- Sillas con respaldo.
- Material educativo en carteleras, videos, folletos sobre las enfermedades prevenibles en menores de cinco años.

El stop de suministros puede calcularse semanalmente para ocupar el mínimo espacio posible.

5.7.3. Proceso de atención en la sala para terapia de rehidratación Oral (TRO).

En la sala para terapia de rehidratación Oral (TRO) se aplica el plan B para tratar a los niños y niñas con diagnóstico de EDA y deshidratación así:

- Determinar la cantidad de SRO que deberá administrarse durante las primeras cuatro horas: Aplicando la fórmula: 75 ml * kg de peso ó de acuerdo a la siguiente tabla:

Edad	≤ 4 meses	4-11 meses	1-2 años	2-4 años
Peso	≤ 6 Kgr	6 -9 Kgr	10-12 Kgr	13-19 Kgr
Cantidad	200-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

- Si el niño quiere más SRO que la cantidad suministrada.
- A los menores de seis meses que alimentan exclusivamente de leche materna, ofrecerla con frecuencia durante la rehidratación.

a. Muestre a la madre como se administra la solución de SRO.

- Dar con frecuencia pequeños sorbos con vaso y cuchara.
- Si el niño vomita esperar diez minutos y después continuar pero mas lentamente.
- Continuar dando el pecho siempre que el niño lo desee.

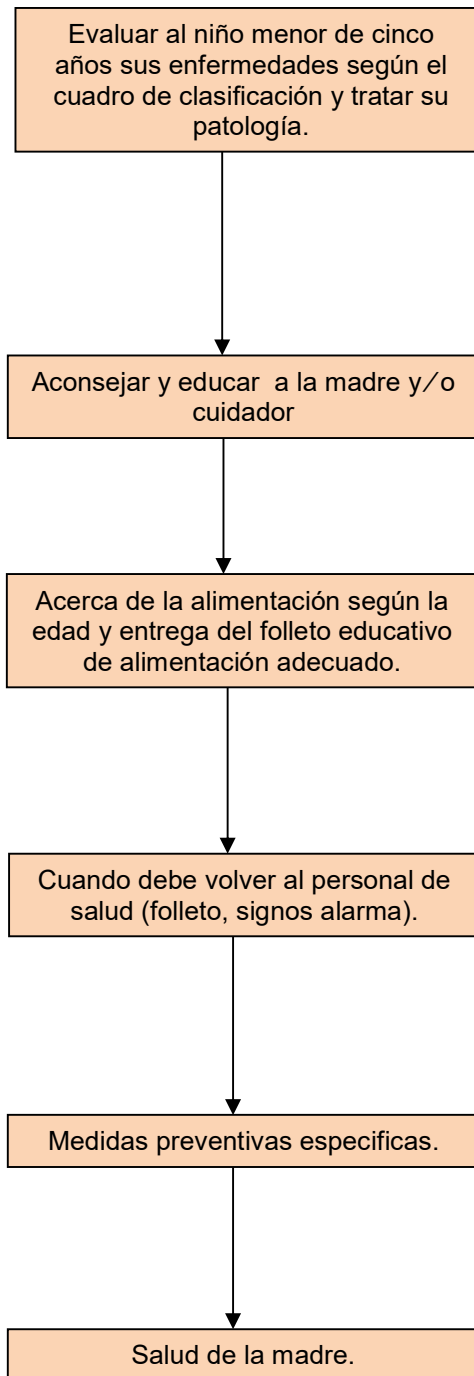
b. Cuatro horas después.

- Reevaluar al niño y clasificar la deshidratación.
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comenzar a alimentar al niño.

c. Si la madre tiene que irse antes de terminar de administrar el tratamiento.

- Debe asegurarse que el niño este mejorando.
- Enseñar a preparar la SRO en casa.
- Mostrar la cantidad de SRO que debe suministrar para terminar las cuatro horas de tratamiento en casa.
- Entregar suficientes sobres de SRO.
- Explicar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en casa:
 - Dar más líquido.
 - Continuar alimentando al niño.
 - Cuando regresar al servicio.
 - Medidas preventivas.

5.8. PROCESO PARA ACONSEJAR Y EDUCAR A LA MADRE Y/O CUIDADOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI.



5.9. CONTROL DE GESTIÓN

Comprende tres actividades: monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica.

- El **monitoreo** tiene por finalidad verificar en forma continua si las actividades de capacitación, suministros, supervisión y comunicación se realizan de acuerdo a lo planeado y si los servicios de salud cumplen con las actividades de identificación, clasificación y tratamiento de casos, de prevención y de promoción conforme a las normas de la estrategia AIEPI. El monitoreo busca identificar problemas a medida que van surgiendo a fin de poder aplicar de inmediato medidas para solucionarlos.
- La **evaluación** controla si las metas programáticas de acceso y utilización, y los objetivos estratégicos se logran. La evaluación se realizará a intervalos regulares, mensualmente.
- La **vigilancia epidemiológica** determina la tendencia de los indicadores de mortalidad y morbilidad y si se logran los correspondientes objetivos.

Para monitorear y evaluar el logro de metas y objetivos acudimos a los siguientes indicadores en la FOS-CAL.

5.9.1. Tablero de indicadores para la implementación de la estrategia AIEPI en la FOSCAL de acuerdo con los objetivos propuestos

OBJETIVO	INDICADOR	TIPO DE INDICADOR
Disminuir en un 10%, la morbilidad y la mortalidad por IRA y EDA, en los niños menores de 5 años, durante el primer semestre del año 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios menores de 5 años atendidos en el servicio de consulta externa • Menores de 5 años hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia. • Morbilidad en menores de 5 años por IRA. • Morbilidad en menores de 5 años por EDA • Mortalidad en menores de 5 años por IRA. • Mortalidad en menores de 5 años por EDA. 	ESTRUCTURA Y DE RESULTADO
Fortalecer los aspectos preventivos y promocionales de la salud en la población objeto y su familia	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestados con conocimientos claros sobre signos de peligro y cuidado del niño enfermo menor de 5 años 	RESULTADO
Definir los recursos necesarios para la implementación de la estrategia AIEPI en la IPS FOS-CAL	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud asistencial capacitado en la estrategia AIEPI en la I.P.S FOS-CAL 	ESTRUCTURA
Diseñar los indicadores de calidad tendientes a evaluar el impacto de la implementación de la estrategia AIEPI en la FOSCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinencia en la prescripción de medicamentos para enfermedades prevalentes de la infancia. 	RESULTADO

5.10. FICHA TECNICA DE LOS INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR		Usuarios menores de 5 años atendidos en el servicio de consulta externa	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencia de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Determinar el porcentaje de usuarios menores de 5 años atendidos por consulta externa en la IPS.	Los datos se obtendrán mensualmente del consolidado de los RIPS. Una vez implementada la estrategia se da un margen de 3 meses para favorecer la adherencia a los procesos antes de medir el indicador.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de menores de 5 años atendidos en consulta externa x 100	
	DENOMINADOR	Total consultas realizadas	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		RIPS de consulta externa	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Profesional de salud que atiende la consulta	
	ANALISIS	Coordinador de consulta externa	
	TOMA DE DECISION	Toma de Decisiones: Jefe Médico de la división	
META		Detectar los menores de 5 años atendidos	
FECHA		Cuando se implemente el programa	

NOMBRE DEL INDICADOR		Menores de 5 años hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de atención hospitalaria	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Evaluar el impacto del programa AIEPI, en la prevención de la hospitalización en menores de 5 años.	Los datos se toman de los RIPS de hospitalización generados mensualmente, identificando el número de menores de 5 años, hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia, del total de los egresos hospitalarios.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Egresos de menores de 5 años hospitalizados por enfermedades prevalentes de la infancia x 100.	
	DENOMINADOR	Total egresos hospitalarios	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Los RIPS de hospitalización	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Médico responsable de la hospitalización	
	ANALISIS	Coordinador de consulta externa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Disminuir hospitalizaciones en un 10% una vez implementado el programa, para el primer semestre del año 2009.	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Menores de 5 años atendidos por enfermedades prevalentes de la infancia	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		ASISTENCIA DEL PROGRAMA AIEPI	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Conocer la prevalencia de las enfermedades AIEPI en menores de 5 años.	Los datos se toman de los RIPS de consulta externa generados mensualmente.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de menores de 5 años con diagnóstico de enfermedades AIEPI	
	DENOMINADOR	Total de consultas de menores de 5 años	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Historia clínica electrónica – Hoja de atención programa AIEPI – RIPS	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Profesional de salud que atiende a la población de menores de 5 años.	
	ANALISIS	Comité de vigilancia, epidemiología	
	TOMA DE DECISION	Jefe División	
META INSTITUCIONAL	VALOR	Identificar el 100% de consultas por enfermedades AIEPI	
	FECHA	2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Morbilidad por IRA en menores de 5 años que consultan a la IPS FOSCAL	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Conocer el número de casos de IRA en menores de 5 años que consultan a la IPS FOS CAL en el periodo.	Los datos se toman mensualmente de los RIPS de consulta externa y urgencias, presentados por el jefe de estadística al COVE para la toma de los correctivos según el logro de la meta.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Numero de casos de IRA	
	DENOMINADOR	Numero total de consultas en el periodo. Por 100.	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Rips de consulta externa y urgencias	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Profesionales de la salud que prestan los servicios de consulta externa y urgencias.	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Disminuir en un 10% los casos de IRA en menores de 5 años, para el primer trimestre del 2009.	

NOMBRE DEL INDICADOR		Morbilidad por EDA en menores de 5 años que consultan a la IPS FOSCAL	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Conocer el número de casos de EDA en menores de 5 años que consultan a la IPS FOS CAL en el periodo.	Los datos se toman mensualmente de los RIPS de consulta externa y urgencias, presentados por el jefe de estadística al COVE para la toma de los correctivos según el logro de la meta.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Numero de casos de EDA	
	DENOMINADOR	Numero total de consultas en el periodo. Por 100.	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Rips de consulta externa y urgencias	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Profesionales de la salud que prestan los servicios de consulta externa y urgencias.	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división, COVE	
META		Disminuir en un 10% los casos de EDA en menores de 5 años, para el primer trimestre del 2009.	

NOMBRE DEL INDICADOR		Mortalidad en menores de 5 años por IRA en la IPS FOS CAL	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Conocer el número total de muertes por IRA en menores de 5 años, del total de las muertes en menores de 5 años, reportadas en el periodo.	Los datos se toman mensualmente de los RIPS de consulta externa, urgencias y hospitalización presentados por el jefe de estadística al COVE para la toma de los correctivos según el logro de la meta.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Numero de muertes por IRA en menores de 5 años	
	DENOMINADOR	Numero total de muertes en menores de 5 años * 100	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Rips de consulta externa, hospitalización y urgencias	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Personal de salud que presta los servicios de consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización en la IPS FOS CAL.	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe División, COVE	
META		Disminuir a un 0% los casos de muerte por IRA en menores de 5 años atendidos en la IPS FOS CAL.	

NOMBRE DEL INDICADOR		Mortalidad en menores de 5 años por EDA en la IPS FOS CAL	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Conocer el número total de muertes por EDA en menores de 5 años, del total de las muertes en menores de 5 años, reportadas en el periodo.	Los datos se toman mensualmente de los RIPS de consulta externa, urgencias y hospitalización presentados por el jefe de estadística al COVE para la toma de los correctivos según el logro de la meta.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Numero de muertes por EDA en menores de 5 años	
	DENOMINADOR	Numero total de muertes en menores de 5 años * 100	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Rips de consulta externa, hospitalización y urgencias	
FRECUENCIA	GENERACION	Mensual	
RESPONSABLE	GENERACION	Personal de salud que presta los servicios de consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización en la IPS FOS CAL.	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe División, COVE	
META		Disminuir a un 0% los casos de muerte por EDA en menores de 5 años atendidos en la IPS FOS CAL.	

NOMBRE DEL INDICADOR		Pertinencia en la prescripción de medicamentos para enfermedades prevalentes de la infancia	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencia al Programa AIEPI	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Identificar la racionalidad en la prescripción de medicamentos para enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años.	El coordinador del programa selecciona por muestreo estadístico, al azar las Historias clínicas de los menores de 5 años con diagnóstico para enfermedades prevalentes de la infancia ,y analiza la pertinencia en la prescripción médica de los medicamentos de acuerdo a las guías de atención de la estrategia AIEPI
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de medicamentos pertinentes ordenados para enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años. X 100	
	DENOMINADOR	Total de medicamentos ordenados para enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años.	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Historia Clínica electrónica, sección tratamiento y los RIPS de consulta externa.	
FRECUENCIA	GENERACION	Trimestral	
RESPONSABLE	GENERACION	Médico tratante	
	ANALISIS	Coordinador del Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Disminuir en un 5% la prescripción no pertinente durante el primer trimestre del año 2009.	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Pertinencia en la solicitud de RX para enfermedades prevalentes de la infancia	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial Programa AIEPI	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Identificar la racionalidad en la solicitud de Rx en usuarios menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia	El coordinador del programa selecciona por muestreo al azar, las historias clínicas de los menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia y analiza la pertinencia médica en la solicitud de los Rx de acuerdo a las guías de atención de la estrategia AIEPI
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de Rx solicitados pertinentes en menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia x 100	
	DENOMINADOR	Total Rx solicitados en menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Historia clínica electrónica. RIPS de consulta externa.	
FRECUENCIA	GENERACION	Trimestral	
RESPONSABLE	GENERACION	Médico tratante	
	ANALISIS	Coordinador del Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Disminuir en 5% la solicitud de Rx no pertinentes durante el primer trimestre del año 2009.	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Pertinencia en la solicitud de exámenes de laboratorio clínico para enfermedades prevalentes de la infancia	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial programa AIEPI	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Identificar la pertinencia en la solicitud de exámenes de laboratorio clínico en menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia.	El coordinador del programa selecciona por muestreo al azar, las historias clínicas de los menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia y analiza la pertinencia médica en la solicitud de los exámenes de laboratorio clínico de acuerdo a las guías de atención de la estrategia AIEPI.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de exámenes de laboratorio clínico pertinentes solicitados en menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia. X 100	
	DENOMINADOR	Total de exámenes de laboratorio clínico solicitados en menores de 5 años con enfermedades prevalentes de la infancia.	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Historia clínica electrónica. RIPS de consulta externa.	
FRECUENCIA	GENERACION	Trimestral	
RESPONSABLE	GENERACION	Médico tratante	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Disminuir en 5% la solicitud de exámenes de laboratorio clínico no pertinentes	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Encuestados con conocimientos claros sobre signos de peligro y cuidado del niño enfermo menor de 5 años.	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Evaluar el grado de conocimiento de los padres y cuidadores sobre signos de peligro y cuidado del niño enfermo menor de 5 años	Se aplicará la encuesta, a una muestra de 20 padres o cuidadores de niños menores de 5 años que se encuentren en las salas de espera de consulta externa los días lunes y los jueves de la segunda semana del mes. La ponderación de los conocimientos asimilados por los padres o cuidadores del menor de 5 años se realizará así: Bueno... el 80% o más. Regular... entre el 60 y 79 % Mala... Menos del 59%.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Número de padres o cuidadores encuestados que conocen los signos de peligro y cuidados del niño enfermo menor de 5 años x 100.	
	DENOMINADOR	Total de encuestas aplicadas	
UNIDAD		Porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Encuesta de evaluación (anexo 1)	
FRECUENCIA	GENERACION	Trimestral	
RESPONSABLE	GENERACION	Coordinador del programa	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		El 80% de los padres o cuidadores encuestados conozcan los signos de peligro y cuidado del niño enfermo	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR		Personal de salud asistencial capacitado en la estrategia AIEPI en la I.P.S FOS-CAL	
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO		Capacitar sobre la estrategia AIEPI al personal de salud asistencial de la I.P.S FOS-CAL responsable de la atención en menores de 5 años.	El jefe de recurso humano evaluará las hojas de vida correspondientes al personal asistencial responsable de la atención en menores de 5 años y programará las capacitaciones al personal que lo requiera.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR	Numero de funcionarios asistenciales responsables de la atención en menores de 5 años capacitados sobre la estrategia AIEPI X 100	
	DENOMINADOR	Total funcionarios asistenciales responsables de la atención en menores de 5 años.	
UNIDAD		porcentaje	
FUENTE DE INFORMACION		Hojas de vida funcionarios	
FRECUENCIA	GENERACION	Trimestral	
RESPONSABLE	GENERACION	Jefe recurso humano	
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META		Capacitar sobre la estrategia AIEPI al 100% del personal de salud asistencial de la I.P.S FOS-CAL responsable de la atención en menores de 5 años.	
FECHA		2008	

NOMBRE DEL INDICADOR			
PROCESO / PROCEDIMIENTO AL QUE PERTENECE		Asistencial de consulta externa	METODOLOGÍA
OBJETIVO			El jefe de recurso humano evaluara las hojas de vida correspondientes al personal asistencial responsable de la atención en menores de 5 años y programara las capacitaciones al personal que lo requiera.
PROCEDIMIENTO DE CALCULO	NUMERADOR		
	DENOMINADOR		
UNIDAD			
FUENTE DE INFORMACION			
FRECUENCIA	GENERACION		
RESPONSABLE	GENERACION		
	ANALISIS	Coordinador de Programa	
	TOMA DE DECISION	Jefe división	
META			
FECHA		2008	

6. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

La ejecución se hará de acuerdo con las tareas consignadas en el Cronograma.

6.1. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

La Dirección Seccional de Salud de Santander, garantiza el apoyo logístico en lo que tiene que ver con la capacitación del personal de salud que desarrollara la estrategia.

La Dirección Local de Salud del Municipio de Floridablanca (Santander), área geográfica en donde se encuentra ubicada la FOS-CAL, está desarrollando actualmente con éxito la estrategia AIEPI en la ESE, Hospital San Juan de Dios, se considera que mediante la aplicación de Beechmarking la IPS FOS-CAL puede tener como modelo esta experiencia para facilitar la implementación de la estrategia.

Dentro de las recomendaciones del COVE, se presento el proyecto a las directivas de la IPS FOS CAL, quienes destinaron recursos financieros para la implementación de la estrategia y recomendaron un convenio con la Universidad Autónoma de Bucaramanga a través de la Facultad de Medicina para la realización de la capacitación en la estrategia, a todo el personal asistencial del área de consulta externa y urgencias.

La IPS, cuenta con una infraestructura que permite la implementación de la estrategia y el programa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses como estrategia IAMI, lo que hace que desde allí se tomen los aspectos positivos y la experiencia de la IPS para el logro de la certificación lograda hace varios años como una Institución IAMI, pues ambos programas están encaminados a mejorar las condiciones de salud de los menores de 5 años. .

6.2. CRONOGRAMA

VARIABLES	MESES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Presentación de la propuesta a las directivas FOS-CAL										
Reuniones de sensibilización con el personal de salud encargado de operativizar la estrategia.										
Curso AIEPI clínico.										
Adecuación de la planta física (consultorios , salas de espera – educación I)										
Socialización de los protocolos de atención según la estrategia AIEPI, con el personal de salud										
Diseño e implantación de los registros y estadísticas en la historia clínica electrónica.										
Educación a padres o cuidadores individual y grupal.										
Creación de la sala de rehidratación oral.										
Vigilancia epidemiológica por IRA y EDA.										
Visitas de seguimiento AIEPI.										
Informe de resultados a la división medica y al COVE sobre los avances en la implementación de la estrategia										

6.3. RECURSOS Y PRESUPUESTO

6.3.1. Recurso humano. Para la implementación de la estrategia AIEPI, la institución debe contar con:

- Dos médicos de consulta externa, un médico pediatra de medio tiempo, una nutricionista con asignación de medio tiempo, una enfermera con asignación de medio tiempo, una auxiliar de enfermería, un psicólogo.
- Personal administrativo como secretarias, autorizadas para la adjudicación de las consultas.
- Curso clínico de capacitación dirigido al personal médico y de enfermería que opera la estrategia.

6.3.2. Recursos materiales.

- Cuatro consultorios médicos debidamente dotados
- Una sala de conferencias y charlas informales.
- Una sala de rehidratación oral (URO) con capacidad para atender tres usuarios simultáneamente, dotada con mobiliario como sillas, jarras, vasos, agua, sales de rehidratación oral, cucharas, información escrita con educación sobre prevención.
- Dos computadores para el registro de la información y consulta diaria.
- Un escritorio con su silla.
- Papelería, protocolos y manual clínico de manejo.
- Material educativo.

6.3.2. PRESUPUESTO:

Ver anexo número 2

BIBLIOGRAFIA

Plan de implementación de la estrategia AIEPI en Colombia. Ministerio de salud OPS/OMS Bogotá 1999.

Plan de implementación de la estrategia AIEPI en Antioquia. Ministerio de salud OPS/OMS, DSSA Bogotá 1999.

Curso AIEPI Clínico. Guías para Facilitadores y participantes. OPS/OMS. 1999.

Primer Curso Clínico de AIEPI en Antioquia. Informe final. Ministerio de Salud. DSSA Medellín 2000

Metodología para la Capacitación del agente comunitario de salud. Curso AIEPI. Ministerio de la Protección Social, OPS/OMS. 2003

Curso AIEPI Organización Local. Ministerio de la Protección Social, OPS/OMS. 2003

Guía AIEPI para la atención y consejería del niño en la familia. Ministerio de la Protección Social, OPS/OMS. 2003

Manual para el voluntario responsable de la unidad de atención de infección respiratoria aguda comunitaria. UAIAC. Ministerio de Salud, UNICEF, OPS/OMS. 1997

Manual del voluntario de las unidades de rehidratación oral comunitaria. UROC. Ministerio de Salud, UNICEF.

Gómez A. Rubén Darío. Introducción a la gestión por proyectos. Facultad Nacional de salud Pública. Medellín, febrero 18 del 2000. Documento 25p.

Fundamentos de análisis estructural. Facultad Nacional de salud Pública. Medellín, marzo 8 del 2000. Documento.

Gestión de proyectos: Definición de los aspectos operativos. Facultad Nacional de salud Pública. Medellín, abril 4 del 2000. Documento 21p.

A. Rubén Darío, Velázquez, Victoria E. La plataforma de gestión, elementos para su elaboración y utilización. Facultad Nacional de salud Pública. Medellín. Documento 14p.

Martínez R., Orfilia, Vargas P. Gilma. Gestión de proyectos. FUNDAPS. Medellín, 1999.

DECRETO 3039 DE 2007 plan nacional de salud del gobierno

ANEXO 1. MODELO DE HISTORIA CLINICA PARA NIÑO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

ATENCIÓN INTEGRADA AL NIÑO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

Institución: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ días.

Primera consulta _____ Consulta de seguimiento _____

Motivo de consulta: _____

Antecedentes de embarazo y parto de importancia: _____

Peso al nacer: _____ Kg. Peso actual: _____ Kg. Talla: _____ cm.
 Circ. Cefálica: _____ Cm FC: _____ min. FR: _____ min. Temp: _____ °C

EVALUAR Y CLASIFICAR AL NIÑO ENFERMO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

Verificar si tiene una enfermedad grave o infección local				
Se ve mal FR > 60 ó < 30 por minuto Ictericia abajo ombligo Aleteo nasal Convulsiones Secreción purulenta ombligo Se mueve menos de lo normal Fontanela abombada	Tiraje subcostal grave No puede tomar el pecho Pústulas / vesículas extensas Sangrado/equimosis/pet. Quejido/estridor/sibilancia Anomalías cong. Mayores Cianosis central.	Palidez severa Apnea Temp. < 36.0 ó > 38°C Mal llenado capilar Distensión abdominal Letárgico/inconsciente Secreción por oído.	Secreción purulenta Conjuntival Ombligo eritematoso Pústulas en piel (pocas) Placas blanquecinas en boca	Enfermedad Muy grave Infección local No tiene enfermedad grave
Tiene el niño Diarrea? Sí _____ No _____				Deshidratación No tiene Deshidratación Diarrea prolongada Diarrea con sangre
Letargia o inconsciencia Intranquilo o irritable	Ojos hundidos Signo de pliegue cutáneo	Diarrea hace 7 días o más.	Sangre en las heces	
Verificar si existe un problema de alimentación. Primero: Determinar la tendencia del crecimiento.				Problema severo de alimentación Problemas de alimentación No tiene problema de alimentación
Pérdida de peso mayor del 10% en los primeros 7 días.	Tendencia del crecimiento Horizontal o en descenso. Peso/edad < 10º percentilo A partir del 10º día	E alimenta < 8 veces en 24 horas Agarre deficiente No succiona bien Recibe otros alimentos o bebidas o leches.		
Verificar el desarrollo (El lactante no ha logrado una o más de las habilidades de acuerdo a su edad)				Posibles problemas de desarrollo No tiene problemas de desarrollo
Menor de 28 días Succiona vigorosamente Hace puño Flexiona brazos y piernas	Percibe sonidos Duerme tranquilo	29 días a 2 meses Levanta la cabeza y la mantiene erguida Busca con la mirada sonido Emite sonidos guturales Abre las manos	Sonríe Palatea	
Verificar los antecedentes de vacunación del menor de 2 meses y la madre. Marcar con un círculo las vacunas que se le darán hoy.				Volver para la próxima vacuna el :
Madre:		Niño/niña:		
Antitetánica -1	Antitetánica -2	BCG	VOP 0	Hep B 1
				Fecha
Evaluar otros problemas y completar el examen físico:				Diagnóstico

AIEPI ATENCIÓN INTEGRADA AL NIÑO DE 0 A 2 MESES DE EDAD

Fecha: DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____ Nº HISTORIA CLINICA _____
 INSTITUCION: _____ CONSULTA EXTERNA _____ URGENCIAS _____
 MUNICIPIO: _____ CONSULTA INICIAL _____ CONTROL _____
 NOMBRE: _____ EDAD: AÑOS: _____ MESES _____ SEXO (F) (M) _____
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____ PARENTESCO: _____
 DIRECCION: _____
 MOTIVO DE CONSULTA: _____

 ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA: _____

(CC) (COMPLETAR LA INFORMACION Y ENCERRAR EN CIRCULO LOS SIGNOS PRESENTES) CLASIFICAR (Encierre)

<p>TEMPERATURA _____ PESO _____</p> <p>VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL</p> <p>No puede beber o tomar del pecho vomitó todo _____ convulsiones</p> <p>Letárgico ó inconsciente OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>
<p>TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR?</p> <p>Desde hace _____ días</p> <p>Respiraciones por minuto _____ Respiración Rápida Tiraje subcostal Estridor en reposo Sibilancias</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">OBSTRUCCION VIA AEREA SUPERIOR NEUMONIA GRAVE NEUMONIA TOS O RESFRIADO SIBILANCIA</p>
<p>TIENE DIARREA?</p> <p>Desde hace _____ días</p> <p>Hay sangre en las heces _____</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">DESHIDRATACION GRAVE ALGUN GRADO DE DESHIDRATACION NO TIENE DESHIDRATACION DIARREA PERSISTENTE GRAVE DIARREA PERSISTENTE DISENTERIA</p>
<p>TIENE FIEBRE?</p> <p>Desde hace _____ días</p> <p>Fiebre más de 5 días: Todos los días</p> <p>Vive o visita: Zona de Riesgo de Dengue _____</p> <p>Zona de riesgo de Malaria: Urbana _____ Rural _____</p> <p>Zona de riesgo de Fiebre Amarilla _____</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE ENFERMEDAD FEBRIL</p> <p style="text-align: center;">SOSPECHA DE MALARIA COMPLICADA SOSPECHA DE MALARIA NO COMPLICADA SOSPECHA DE DENGUE HEMORRAGICO SOSPECHA DE DENGUE CLASICO SOSPECHA FIEBRE AMARILLA SOSPECHA DE SARAMPION</p>
<p>TIENE PROBLEMA DE OIDO?</p> <p>Tiene dolor de oído: _____</p> <p>Tiene supuración: _____ Hace _____ días</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">MASTOIDITIS OTITIS MEDIA AGUDA OTITIS MEDIA CRONICA NO TIENE OTITIS MEDIA</p>
<p>TIENE UN PROBLEMA DE GARGANTA?</p> <p>Tiene dolor de garganta: _____</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICA FARINGOAMIGDALITIS VIRAL NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS</p>
<p>EN SEGUIDA, VERIFICAR SI TIENE MALTRATO</p> <p>¿Cómo se produjeron las lesiones? _____</p> <p>¿Cuándo se produjeron las lesiones? _____</p> <p>¿Cómo corrige a su hijo? _____</p> <p>¿Cómo solucionan los conflictos? _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">COMPATIBLE CON MALTRATO FISICO Y/O ABUSO SEXUAL</p> <p style="text-align: center;">SOSPECHA MALTRATO</p> <p style="text-align: center;">FALLA EN CRIANZA</p> <p style="text-align: center;">NO HAY SOSPECHA MALTRATO</p>
<p>VERIFICAR SI TIENE DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA</p> <p>Signos de emaciación visible</p> <p>Palidez palmar: Leve Intensa</p> <p>Edema en ambos pies</p> <p>OBSERVACIONES: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">ANEMIA GRAVE Y/O DESNUTRICION GRAVE</p> <p style="text-align: center;">ANEMIA Y/O DESNUTRICION</p> <p style="text-align: center;">NO TIENE ANEMIA NI DESNUTRICION</p>
<p>COMPLETAR EXAMEN FISICO (Perímetros, auscultación cardiaca y palpación abdominal) Y EVALUAR OTROS PROBLEMAS</p>	<p style="text-align: center;">DIAGNOSTICO</p>
<p>VERIFICAR SI TIENE PROBLEMAS EN EL DESARROLLO</p> <p>Realiza _____ actividades para su edad</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMA EN EL DESARROLLO FALTA DE ESTIMULACION EN EL DESARROLLO NO TIENE PROBLEMA EN EL DESARROLLO</p>
<p>VERIFICAR LOS ANTECEDENTES DE VACUNACION (marque las aplicadas y encierre en un círculo las pendientes)</p> <p>BCG _____ PENTA 1 _____ PENTA 2 _____ PENTA 3 _____ Sarampión _____ Triple Viral _____ VOP - R1 _____ VOP - R2 _____ Triple Viral _____ VOP 0 _____ VOP - 1 _____ VOP - 2 _____ VOP - 3 _____ Fiebre Amarilla _____ DPT - R1 _____ DPT - R2 _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">Volver para la próxima vacuna:</p>
<p>EVALUAR LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS ANEMICOS O DESNUTRIDOS DE LOS MENORES DE 2 AÑOS</p> <p>Recibe leche materna? Si _____ No _____ Cuantas veces en 24 horas: _____ Recibe pecho en la noche: _____</p> <p>Recibe el menor de 6 meses otra leche o alimentos? Si _____ No _____ Cuales: _____</p> <p>Cuántas veces _____ Qué usa para dar de comer: _____ Quién le da de comer: _____</p> <p>El niño mayor de 6 meses recibe: Al levantarse _____</p> <p>A media mañana y en la tarde _____</p> <p>Al almuerzo _____</p> <p>En la noche _____</p> <p>Recibe su propia porción: _____ Cambios en la alimentación en esta enfermedad: _____</p>	<p style="text-align: center;">SI _____ NO _____</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMAS EN LA ALIMENTACION</p>

ANEXO 3. PRESUPUESTO.

PRESUPUESTO MENSUAL IMPLEMENTACION PROPUESTA AIEPI EN LA FOSCAL

No	ACTIVIDAD	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	META	POBLACION OBJETO	COSTO	
						UNITARIO	TOTAL
1	REUNION DE SENCIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA		3	100%	RESPONSABLES DE LA SALUD AIEPI FOSCAL	2,5	7,5
2	RECURSO HUMANO	MEDICOS GENERALES	2	100%		2,1	4,2
		PEDIATRA	1	100%		6,5	6,5
		ENFERMERA	1	100%		1,3	1,3
		AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	100%		0,7	0,7
		NUTRICIONISTA	1	100%		1,2	1,2
		PSICOLOGA	1	100%		1,2	1,2
		PRESTACIONES SOCIALES		100%		7,7	7,7
		AUTORIZADORA	1	100%		0,6	0,6
3	RECURSOS MATERIALES	SALA DE HIDRATACION ORAL	1	100%		6	6
		COMPUTADOR	4	100%		1,8	7,2
		PAPELERIA Y MATERIAL		100%		0,8	0,8
		SERVICIOS PUBLICOS		100%		0,2	0,2
		DEPRECIACION EQUIPOS		100%		0,2	0,2
4	CURSO CLINICO DE ENTREMANIENTO (UNICA INVERSION)		1	100%		5	5
5	EDUCACION CONTINUA			100%		1	1
	TOTAL					38,8	51,3

Costo en millones de pesos . Fuente recurso humano FOSCAL