CONTENIDO ANEXOS

I. ***LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD***

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO, OBJETIVOS, POBLACIÓN SUJETO Y RESULTADOS EN SALUD DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)

1.1 Propósito

1.2 Objetivo general

1.3 Objetivos específicos

1.4 Población sujeto

1.5 Resultados en salud

1.6.1. Resultados de impacto

1.6.2. Resultados intermedios

CAPÍTULO 2. GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

2.1. Elementos centrales que orientan la gestión de la atención integral en salud en el marco de las RIAS

2.1.1. Las personas, familias y comunidades como el centro de la atención en salud

2.1.2. Los entornos como escenarios de transformación social

2.1.3. El territorio base para la atención integral

2.1.4. Orientación por resultados

2.2. Responsabilidades de los integrantes del SGSSS

2.2.1. Entidades territoriales departamentales y distritales

2.2.2. Entidades territoriales distritales y municipales

2.2.3. Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción o especiales y entidades obligadas a compensar

2.2.4. Prestadores de servicios de salud

2.2.5. Empresas de medicina prepagada

CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

3.1. Intervenciones poblacionales

3.1.1. Políticas públicas que inciden en los determinantes sociales y ambientales de la salud

3.1.2. Información en salud

3.1.3. Participación social

3.2. Intervenciones colectivas

3.2.1. Implementación de las intervenciones colectivas

3.2.1.1. Intervenciones colectivas en el entorno hogar

3.2.1.2. Intervenciones colectivas en el entorno educativo

3.2.1.3. Intervenciones colectivas en el entorno comunitario

3.2.1.4. Intervenciones colectivas en el entorno laboral

3.2.1.5. Intervenciones colectivas en el entorno institucional

3.2.1.6. Intervenciones colectivas dirigidas a poblaciones vulnerables

3.3. Intervenciones Individuales

3.3.1. Primera Infancia

3.3.2. Infancia

3.3.3. Adolescencia
3.3.4. Juventud
3.3.5. Adultez
3.3.6. Vejez
3.4. Intervenciones para la familia como sujeto de atención
CAPÍTULO 4. TALENTO HUMANO PARA LA OPERACIÓN DE LA RPMS
CAPITULO 5. PARÁMETROS GENERALES DE CONTRATACIÓN PARA LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO
5.1. Intervenciones colectivas
5.2. Intervenciones individuales
CAPÍTULO 6. MONITOREO Y EVALUACIÓN
6.1. Indicadores
6.1.1. Indicadores de resultado de la RPMS
6.1.2. Indicadores de proceso
6.2. Fuentes de información
Auditoría 86
6.3. Plan de análisis
CAPITULO 7. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA IMPLEMENTACIÓN
7.1. Adaptabilidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud
7.1.1. Adaptabilidad de las Intervenciones
7.2. Progresividad en la implementación

II. *DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD*
1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA
1.1 Objetivos
1.2 Población sujeto
1.3 Atenciones incluidas
1.4 Talento humano
1.5 Descripción del procedimiento
1.5.1 Anamnesis
1.5.2 Examen físico
1.5.3 Información en salud
1.5.4 Plan de cuidado
1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA O MEDICINA FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA
2.1 Objetivos
2.2 Población sujeto
2.3 Atenciones incluidas
2.4 Talento humano
2.5 Descripción del procedimiento
2.5.1 Anamnesis
2.5.2 Examen físico
2.5.3 Información en la salud
2.5.4 Plan de cuidado
2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA
3.1 Objetivos
3.2 Población sujeto
3.3 Atenciones incluidas
3.4 Talento humano
3.5 Descripción del procedimiento
3.5.1 Anamnesis
3.5.2 Examen físico
3.5.3 Información en salud
3.5.4 Plan de cuidado
3.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
4. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA JUVENTUD
4.1 Objetivos
4.2 Población sujeto
4.3 Atenciones incluidas
4.4 Talento humano
4.5 Descripción del procedimiento
4.5.1 Anamnesis
4.5.2 Examen físico
4.5.3 Información en salud
4.5.4 Plan de cuidado
4.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
5. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ
5.1 Objetivos
5.2 Población sujeto
5.3 Atenciones incluidas
5.4 Talento humano
5.5 Descripción del procedimiento
5.5.1 Anamnesis
5.5.2 Examen físico
5.5.3 Información en salud
5.5.4 Plan de cuidado
5.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
6. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ
6.1 Objetivos
6.2 Población sujeto
6.3 Atenciones incluidas
6.4 Talento humano
6.5 Descripción del procedimiento
6.5.1 Anamnesis
6.5.2 Examen físico

6.5.3 Información en salud
6.5.4 Plan de cuidado
6.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL
7.1 Objetivos
7.2 Población sujeto
7.3 Atenciones incluidas
7.4 Descripción del procedimiento
7.4.1 Anamnesis
7.4.2 Examen físico
7.4.3 Información para la salud
7.4.4 Plan de cuidado
7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos
7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal
7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana
7.6.2 Aplicación de flúor
7.6.3 Sellantes
7.6.4 Detartraje supragingival
8. ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA
8.1 Objetivos
8.2 Población sujeto
8.3 Atenciones incluidas
8.4 Talento humano
8.5 Descripción del procedimiento
8.5.1 Anamnesis
8.5.2 Examen físico
8.5.3 Información para la salud
8.5.4 Plan de cuidado
8.6 Instrumentos, insumos y dispositivos
9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO
9.1 Objetivos
9.2 Población sujeto
9.3 Atenciones incluidas
9.4 Talento humano
9.5 Descripción del procedimiento
9.5.1 Procedimientos de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual
9.5.2 Información para la salud
9.5.3 Plan de cuidado
9.6 Gestión para la tamización del cáncer de cuello uterino
9.7 Instrumentos, insumos y dispositivos
10. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA
10.1 Objetivos
10.2 Población sujeto
10.3 Atenciones incluidas
10.4 Talento humano
10.5 Descripción del procedimiento
10.6 Procedimientos de tamización de cáncer de mama
10.7 Información para la salud
10.8 Plan de cuidado
10.9 Gestión para la tamización de cáncer de mama
10.10 Instrumentos, insumos y dispositivos
11. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA
11.1 Objetivos
11.2 Población sujeto
11.3 Atenciones incluidas
11.4 Talento humano
11.5 Descripción del procedimiento
11.6 Procedimientos de tamización de cáncer de próstata
11.7 Información para la salud
11.8 Plan de cuidado
11.9 Gestión para la tamización de cáncer de próstata
11.10 Instrumentos, insumos y dispositivos
12. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
12.1 Objetivos
12.2 Población sujeto
12.3 Atenciones incluidas
12.4 Descripción del procedimiento
12.4.1 Información para la salud
12.4.2 Plan de cuidado
12.4.3 Gestión para la tamización de cáncer de colon y recto
12.5 Instrumentos, insumos y dispositivos
13. ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN
13.1 Objetivos
13.2 Población sujeto
13.3 Atenciones incluidas
13.4 Talento humano
13.5 Descripción del procedimiento
13.5.1 Elección y suministro de métodos anticonceptivos
13.5.1.1 Métodos de anticoncepción
Anticonceptivos de solo progestágeno
Dispositivos intrauterinos
Anticonceptivos hormonales combinados
Anticoncepción de emergencia
Métodos de días estándar
Método de amenorrea por lactancia materna
Retiro (coito interrumpido)
Condón masculino y femenino

Métodos permanentes quirúrgicos

13.5.2 Plan de cuidado

13.5.3 Información en salud

13.5.4 Atención en salud para la asesoría en anticoncepción - Control

13.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

14. FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO

14.1 Objetivos

14.2 Población sujeto

14.3 Atenciones incluidas

14.4 Descripción del procedimiento

14.4.1 Descripción general del micronutriente en polvo

14.4.2 Dosis y frecuencia de los micronutrientes en polvo

14.4.3 Uso de los micronutrientes en polvo

14.4.4 Criterios de contraindicación de uso

15. ATENCIÓN A LA FAMILIA

Valoración del componente familiar

15.1 Atención básica de orientación familiar

15.1.1 Objetivos

15.1.2 Población sujeto

15.1.3 Talento humano

15.1.4 Atenciones incluidas

15.1.5 Descripción del procedimiento

15.1.6 Plan de cuidado

15.1.7 Instrumentos

15.2 Educación para la salud dirigida a la familia

16. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

16.1 Objetivo

16.2 Población sujeto

16.3 Talento humano

16.4 Descripción del procedimiento

16.4.1 Duración e intervalo de las sesiones

16.4.2 Consideraciones generales de operación y complementariedad

16.5 Resultados, capacidades y contenidos a desarrollar mediante educación para la salud

16.5.1 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la primera infancia

16.5.2 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la infancia

16.5.3 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la adolescencia, la juventud y adultez

16.5.4 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la vejez

16.5.5 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos dirigidos a la familia

16.5.6 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

III. *LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL*

INTRODUCCIÓN

1 OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

1.1 PROPÓSITO

1.2 OBJETIVO GENERAL

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE

2 GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL

3 INTERVENCIONES COLECTIVAS

3.1 INTERVENCIONES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD MATERNA EN EL ENTORNO LABORAL FORMAL

4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

4.1 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

4.1.1 Objetivos

4.1.2 Talento humano

4.1.3 Duración mínima recomendada

4.1.4 Atenciones incluidas

4.1.5 Frecuencia

4.1.6 Descripción

4.1.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

4.2 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

4.2.1 Objetivos

4.2.2 Talento humano

4.2.3 Duración mínima recomendada

4.2.4 Atenciones incluidas

4.2.5 Descripción

4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

4.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

4.3.1 Objetivos

4.3.2 Talento humano

4.3.3 Duración mínima recomendada

4.3.4 Atenciones incluidas

4.3.5 Frecuencia

4.3.6 Descripción

4.3.7 Instrumentos insumos y dispositivos

4.4 CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

4.4.1 Objetivos

4.4.2 Talento humano en salud requerido

4.4.3 Frecuencia y duración mínima

4.4.4 Orientaciones para la realización del curso

4.5 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

4.5.1 Objetivos

4.5.2 Talento humano

4.5.3 Duración mínima recomendada y Frecuencia

4.5.4 Descripción

4.5.5 Instrumentos insumos y dispositivos

4.6 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
4.6.1 Objetivos
4.6.2 Talento humano
4.6.3 Duración mínima recomendada
4.6.4 Atenciones incluidas
4.6.5 Frecuencia
4.6.6 Descripción
4.6.7 Instrumentos, insumos y dispositivos
4.7 ATENCIÓN DEL PARTO
4.7.1 Objetivos
4.7.2 Talento humano
4.7.3 Duración mínima recomendada
4.7.4 Atenciones incluidas
4.7.5 Descripción
4.7.6 Instrumentos insumos y dispositivos
4.8 ATENCIÓN DEL PUERPERIO
4.8.1 Objetivos
4.8.2 Talento humano
4.8.3 Atenciones incluidas
4.8.4 Descripción
4.8.5 Instrumentos insumos y dispositivos
4.9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
4.9.1 Objetivos
4.9.2 Talento humano
4.9.3 Atenciones incluidas
4.9.4 Descripción
4.9.5 Instrumentos insumos y dispositivos
4.10 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO
4.10.1 Objetivos
4.10.2 Talento humano
4.10.3 Atenciones incluidas
4.10.4 Descripción
4.10.5 Instrumentos insumos y dispositivos
4.11 ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO
4.11.1 Objetivos
4.11.2 Talento humano
4.11.3 Atenciones incluidas
4.11.4 Descripción
4.11.5 Instrumentos insumos y dispositivos
4.12 ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO
4.12.1 Objetivos
4.12.2 Talento humano
4.12.3 Duración mínima recomendada
4.12.4 Atenciones incluidas
4.12.5 Frecuencia
4.12.6 Descripción
4.12.7 Instrumentos insumos y dispositivos
5 ATENCIÓN A LAS FAMILIAS
5.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD
5.2 ATENCION BÁSICA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR
6 ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD
6.1 CRITERIOS POBLACIONALES
6.1.1 Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia
6.1.2 Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad
6.1.3 Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero
6.1.4 Adecuación intercultural de los servicios
6.2 CRITERIOS TERRITORIALES
6.2.1 Adaptación de la RIAS materno perinatal a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional (incluidas parteras tradicionales)
6.2.2 Implementación de hogares maternos de paso
7 MONITOREO Y EVALUACIÓN
7.1. RESULTADOS DE LA RIAMP
7.2. INDICADORES
7.2.1. Indicadores de resultado de la RIAMP
7.2.2. Indicadores de proceso de la RIAMP
ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional
ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado
ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad
ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)
ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana.
ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta
ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.
ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional
ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia
ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos
ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio

I. *LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.*

INTRODUCCIÓN

La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS), hace parte de los componentes del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y se enmarca en el concepto de atención integral en salud como medio para alcanzar los resultados en las personas familias y comunidades.

La RPMS es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades[1], como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Este componente del MIAS, integra las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, así como las acciones de gestión de la salud pública, reconociendo que la atención en salud es un proceso continuo y en este sentido, define una serie de atenciones ordenadas e intencionadas a cargo de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS que garantizan:

- Valorar integralmente los logros del desarrollo en todas las personas,
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan a las personas el cuidado de su salud y alcanzar los resultados en su desarrollo,
- Gestionar temprana, oportuna e integralmente los principales riesgos en salud, que incluyen reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta tanto los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital,
- Incidir en la afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores del desarrollo,
- Propiciar la articulación de las acciones del sector salud con las de otros sectores apuntando al desarrollo integral de las personas.

En consecuencia, los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud deben trabajar en acción coordinada y complementaría, integrando sus competencias y funciones, para promover las condiciones necesarias que aseguren la integralidad en la atención en salud y la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.

La implementación de la RPMS implica modificaciones en la forma en que tradicionalmente se ha hecho tanto la gestión, como la atención de la salud, considerando los siguientes elementos centrales:

- Reconocer como sujetos de la atención en salud a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso) con particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.

- Concretar las atenciones por momentos del curso de vida, recalcando que cada momento es interdependiente y las exposiciones o experiencias se convierten en ventajas o desventajas que se acumulan con el tiempo e impactan la salud y el desarrollo en momentos posteriores.

- Reconocer los entornos como: i) escenarios propicios para promover el bienestar y el desarrollo humano a nivel individual y colectivo y ii) como unidad de gestión donde se materializan las atenciones sectoriales y de los demás actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los sujetos.

[1] Sin perjuicio de recibir otras intervenciones incluidas en otras Rutas integrales de Atención en Salud por grupo de riesgo o evento.

- Alinear las necesidades territoriales identificadas en la planeación en salud con las respuestas que ofrecen los planes de beneficios (individual y colectivo) logrando obtener una oferta complementaria y suficiente que potencie la respuesta integral en salud durante todo el curso de vida.

- Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las personas, familias y comunidades, lo cual implica trascender la gestión por programas o estrategias temáticas para avanzar hacia la gestión de la atención integral.

- Conformar una red de prestación de servicios, completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la RPMS, en el componente primario de la red.

- Articular las acciones de la RPMS requeridas por los individuos y familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud a través del plan integral de cuidado primario.

- Cumplir con los estándares de calidad, trato amable y respetuoso, generando espacios de diálogo sobre las inquietudes y expectativas de las personas, familias y comunidades respecto a la salud y su cuidado, garantizando la confidencialidad de la información.

- Realizar el seguimiento nominal y longitudinal de los resultados en salud que permita evaluar las potencialidades y la exposición a riesgos físicos o sociales que inciden en la condición de salud de la población.

En este documento encontrará las directrices para la operación de la RPMS, precisando los parámetros para la gestión, las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales contenidas en ella, el talento humano requerido para su provisión, criterios de adaptabilidad y progresividad para la implementación, orientaciones para la contratación y los resultados esperados en las personas, familias y comunidades, así como los indicadores para el monitoreo y evaluación de los mismos.

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO, OBJETIVOS, POBLACIÓN SUJETO Y RESULTADOS EN SALUD DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)

1.1 Propósito

Contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de:

a. La acción coordinada y efectiva del Estado y la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud.
b. El seguimiento del estado de salud y el desarrollo integral de las personas en cada uno de los momentos de curso de vida.
c. La identificación oportuna de vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que emergen en cada momento vital, que permita establecer intervenciones en salud a las personas, familias y comunidades.
d. El desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas en las personas, las familias y las comunidades para el cuidado y mantenimiento de la salud, potenciando su desarrollo.
e. La afectación de los entornos para que sean protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.

1.2 Objetivo general

Definir, ordenar e integrar las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas, las familias y las comunidades.

1.3 Objetivos específicos

a. Orientar el diseño de intervenciones poblacionales o de tipo estructural dirigidas a afectar los determinantes sociales de la salud.
b. Establecer las intervenciones colectivas que se ejecutarán por entorno de manera tal que complementen las intervenciones de otros planes de beneficios.
c. Definir las intervenciones de obligatorio cumplimiento dirigidas a los individuos y familias a cargo de los diferentes agentes del Sistema.
d. Establecer acciones de gestión requeridas para la efectiva implementación de la RPMS y la integración de los agentes del sistema de salud en el territorio en torno a la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo, para el logro de los resultados esperados en las personas, las familias y las comunidades.

1.4 Población sujeto

La Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud está dirigida a toda la población que habita en el territorio nacional.

1.5 Resultados en salud

Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades, atribuidos a las intervenciones y atenciones en el continuo de la atención integral en salud[2]. Comprenden los resultados finales o de impacto y los resultados intermedios o de efecto.

1.5.1. Resultados de impacto

Los resultados de impacto son los cambios esperados en las personas, familias y comunidades; relacionados tanto con las acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales en salud, así como del logro de los resultados intermedios o de efecto derivados del conjunto de atenciones/intervenciones contempladas en las RIAS.

Para la RPMS se han definido los siguientes resultados de impacto:

<table>
<tr><th>Primera Infancia</th><th>Infancia</th><th>Adolescencia</th><th>Juventud</th><th>Adultez</th><th>Vejez</th></tr>
<tr><td colspan="5" rowspan="2">Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo</td><td>Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas</td></tr>
<tr><td>Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional</td></tr>
<tr><td>Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado nutricional</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin problemas y trastornos en salud mental</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin morbilidad evitable</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas sin mortalidad evitable</td></tr>
</table>

1.5.2. Resultados intermedios

Son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, en las familias y comunidades atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS y que pueden ser logrados en un corto o mediano plazo.

[2] Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS. Resolución 3202 de 2016.

Los resultados intermedios establecidos en el presente lineamiento, aportan al logro de los resultados de impacto desde el sector salud y son atribuibles a las acciones e intervenciones realizadas por los agentes del sector en el marco de la RPMS.

La medición de los resultados y la participación de los agentes del sistema de salud en el logro de los mismos, se detallan en el capítulo de monitoreo y evaluación del presente lineamiento.

Los resultados intermedios de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, son los siguientes:

<table>
<tr><th>Primera Infancia</th><th>Infancia</th><th>Adolescencia</th><th>Juventud</th><th>Adultez</th><th>Vejez</th></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud visual</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud auditiva y comunicativa</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con adecuado estado de salud bucal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personas que ejercen sus derechos sexuales</td><td colspan="4">Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td colspan="2">Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud</td></tr>
<tr><td colspan="2">Personas cuidadoras con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades que habitan, laboran y estudian en entornos saludables</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud</td></tr>
<tr><td colspan="6">Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud</td></tr>
</table>

CAPÍTULO 2. GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

La RPMS se enmarca en el concepto de atención integral en salud, comprendida como:

> "*el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos*"[3].

Su implementación supone el reconocimiento, apropiación y puesta en operación de los pilares planteados por la PAIS y el MIAS: a) la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, b) el cuidado; c) la gestión integral del riesgo en salud; d) el enfoque diferencial de territorios y poblaciones.

[3] Resolución 3202 de 2016. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS y se dictan otras disposiciones.

La atención integral requiere de acciones de gestión coordinada para la garantía del derecho a la salud,[4] desarrolladas por: a) el sector salud (sectoriales); b) otros sectores (extra sectoriales) y c) la acción integrada entre diferentes sectores (intersectoriales).

La gestión para la salud de las personas, debe trascender del abordaje por eventos o daños en salud hacia un abordaje basado en el cuidado y la atención integral de los sujetos y la transformación de los entornos en los cuales trascurre la vida de los mismos, siguiendo los argumentos estratégicos, técnicos y operativos de la PAIS y el MIAS, la gestión deberá cumplir con los siguientes elementos centrales y transversales para brindar la atención integral en salud:

2.1. Elementos centrales que orientan la gestión de la atención integral en salud en el marco de las RIAS

2.1.1. Las personas, familias y comunidades como el centro de la atención en salud

La atención centrada en las personas, familias y comunidades parte por reconocer que los sujetos: individuales y los colectivos son titulares de derechos humanos y entre estos, se reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y que en su interdependencia con los demás derechos, requiere para su garantía, de una atención integral en salud a nivel individual, colectivo y poblacional y de la afectación de los determinantes sociales de la salud.

En adelante la gestión para la atención integral en salud, se centrará en las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta la diversidad, la singularidad y el carácter multidimensional del desarrollo de los sujetos, de acuerdo con su momento vital y su contexto; trascendiendo la fragmentación por dimensiones, eventos, asuntos temáticos, sistemas o daños específicos.

Considerar a la familia y a la comunidad como centro de la atención implica desarrollar el abordaje de salud familiar y comunitario planteado en la PAIS, lo cual se debe traducir en que la atención en salud a las personas en sus diferentes momentos del curso de vida debe considerar el contexto familiar y su entorno social o comunitario próximo. Así mismo, este abordaje implica que la familia[5] se asuma como sujeto de atención, según las condiciones y particularidades de la dinámica familiar y de la incidencia de ésta en la salud familiar y de sus integrantes, con el fin de promover y fortalecer "familias funcionales con capacidad de reflexión y acción autónoma sobre su situación y posibilidades de transformación orientada al desarrollo" acorde con su contexto social y cultural.

Gestionar la atención en salud ubicando en el centro a las personas, familiar y comunidades requiere que la planeación, ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de la atención en salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, se realice considerando de forma integral a los sujetos de atención con sus particularidades y sus contextos territoriales; lo cual implica realizar ajustes en aspectos, tales como: los servicios, las modalidades de prestación, la distribución de los recursos, las tecnologías, los mecanismos de abordaje de las poblaciones, la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS y el relacionamiento entre los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que garanticen los resultados en salud en las personas, familias y comunidades.

2.1.2. Los entornos como escenarios de transformación social

Los entornos se definen como:

> "*los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea*"[6].

En esta concepción se plantean como fundamentales para la gestión de la atención integral en salud, los siguientes entornos:

i. **Hogar:** Es el escenario de refugio, acogida y afecto. Constituye un espacio de residencia y convivencia permanente, es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las familias.3

   Un hogar saludable, es aquel que contribuye positivamente al desarrollo humano de las personas que habitan bajo un mismo techo, propiciando prácticas y acciones integrales a favor de su calidad de vida y bienestar físico, emocional y social.

   El hogar incluye el refugio físico como la vivienda donde residen personas, familias o grupos humanos, el ambiente físico y social inmediatamente exterior a la vivienda.[7]

ii. **Comunitario:** comprende los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias organizadas de manera autónoma y solidaria, las cuales pueden compartir características, objetivos comunes y agruparse para desarrollar actividades y representarlas ante instancias nacionales y/o territoriales; también hacen parte los espacios conformados por elementos constitutivos naturales, artificiales y elementos complementarios[8], compuestos por espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías entre otros) y de espacios a los que la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros)[6].

iii. **Educativo:** corresponde a escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

   La comunidad educativa está constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores, administradores escolares, universitarios y los escenarios de educación formal (preescolar, básica, media y superior), de educación para el trabajo y el desarrollo humano (capacitación para el desempeño artesanal, artístico, recreacional, ocupacional y técnico) y otros donde se promuevan o construyan conocimientos.

iv. **Laboral:** comprende los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios en condiciones que promueven y protegen la salud brindando bienestar a los trabajadores, sus familias y comunidades, con participación en la potenciación de factores protectores y en el control y mitigación de los factores adversos a su salud. Comprende los escenarios laborales formales e informales7.

v. **Institucional:** comprende los espacios intramurales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas y privadas), las instituciones que prestan servicios sociales o de protección integral, y las instituciones en donde viven un grupo de personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común. En este entorno, interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en salud a las personas.

   En el entorno institucional puede transcurrir de manera temporal o permanente las personas, ya sea por su trayectoria, transición o sucesos vitales, las cuales pueden

[4] Que aporte de manera efectiva a la garantía del derecho a la salud, al aumento de la satisfacción de los sujetos de atención y a la optimización del uso de los recursos del sistema de salud.
[5] Desde la perspectiva de derechos, sujeto colectivo que es fin en sí mismo, es plural y diverso.
[6] Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos nacionales de entornos. 2018.
[7] Mesa Técnica Nacional de Entorno Saludables de la CONASA. 2015. Documento Resignificación de Entornos.
[8] Decreto 1504 de 1998. Por el cual se reglamenta el manejo del espacio público en los planes de ordenamiento territorial, compilado en el Decreto 1077 de 2015.

estar institucionalizadas por sus características especiales (eventos en salud, vulneración de derechos, dependencia funcional, social, económica o emocional-psicológica, carencia de un hogar, entre otras), donde pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales.

Dado lo anterior, el entorno institucional involucra los siguientes escenarios:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud: Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Instituciones que prestan servicios sociales o protección integral
- Establecimientos que concentran o aglomeran individuos como población privada de la libertad, batallones, conventos, centros vida, entre otros.

En conclusión, los entornos juegan dos papeles fundamentales para la operación de la RPMS y el logro de los resultados en salud:

a) **Protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo**: se constituyen en los escenarios propicios para promover el bienestar y el desarrollo humano a nivel individual y colectivo, desarrollar capacidades para resignificar prácticas que incidan en los modos y estilos de vida, generar condiciones higiénico- sanitarias adecuadas y proteger frente a las amenazas. Para ello, es imprescindible la acción intersectorial para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud, asociados con los entornos.

b) **Gestión de las atenciones**: se constituyen en unidad de gestión donde se materializan las atenciones sectoriales (individuales, colectivas y poblacionales) y de los demás sectores que participan en el bienestar y el desarrollo de los sujetos.

2.1.3. El territorio base para la atención integral

La operación del MIAS y por ende de las RIAS debe adaptarse a las diferentes condiciones de los territorios, entendidos estos como la unidad básica en la cual se integran el sistema de salud y los agentes del SGSSS, implica que en función de las características de cada territorio, su población y la categorización de los mismos en los ámbitos territoriales definidos en la PAIS, se definan los ajustes pertinentes que garanticen la operación de la RIAS.

2.1.4. Orientación por resultados

La gestión de la RIAS (planificación, implementación, monitoreo del desempeño y evaluación), está determinada por los resultados en salud establecidos en la misma, las prioridades en salud del territorio, definidas a partir del análisis de situación de salud, por la caracterización poblacional adelantada por los diferentes agentes del Sistema en el territorio y las metas definidas en el Plan Territorial de Salud. Adicionalmente, se tendrán en cuenta lo establecido en políticas y planes nacionales y territoriales; así como los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud.

La definición de las prioridades territoriales se realizará de manera conjunta y concertada entre las Direcciones Territoriales de Salud, EAPB y demás agentes territoriales, en concordancia con sus competencias y responsabilidades, de manera tal, que dichas prioridades y resultados orienten las acciones que garanticen la entrega efectiva de las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales dispuestas en la RIAS, así como los mecanismos para garantizar la complementariedad entre dichas intervenciones.

2.2. Responsabilidades de los integrantes del SGSSS

2.2.1. Entidades territoriales departamentales y distritales

1. Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad vigente, permita:
   a. Identificar las poblaciones y sus características según momento del curso de vida, grupo de riesgo así como de las familias y las condiciones de los entornos donde se desarrollan y transcurren sus vidas.
   b. Definir atenciones complementarias a las definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   c. Realizar la adecuación sociocultural de las atenciones o intervenciones en salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   d. Identificar la oferta requerida, adecuar los servicios de salud y establecer las modalidades de atención que garanticen la atención integral en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   e. Definir los tiempos para la implementación progresiva de las intervenciones dispuestas en las RIAS.

2. Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen:
   a. El reconocimiento y posicionamiento de las prioridades relacionadas con la situación y determinantes del derecho a la salud de las personas, las familias y comunidades a fin de establecer objetivos comunes y alternativas de solución.
   b. La inclusión de acciones dirigidas a la atención integral en salud de las personas y de las familias en sus planes operativos, proyectos o sus equivalentes y la complementariedad entre planes de beneficios.
   c. La coordinación de acciones requeridas para la ejecución, monitoreo y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, así como las demás acciones priorizadas para el territorio y conforme a las competencias de cada uno de los actores, tales como canalización, flujo de información, articulación con rutas intersectoriales, entre otros.
   d. El seguimiento a los acuerdos intersectoriales generados.
   e. La participación social
   f. La definición de estrategias, planes, proyectos e intervenciones poblacionales dirigidas a modificar e impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, en las condiciones de vida, trabajo y la inclusión social de las personas, asi como la generación de entornos protectores y potenciadores de la salud y el desarrollo.
   g. El acceso efectivo de las personas y familias canalizadas por la Entidad Territorial hacia las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales para la atención individual que se requiera en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud o viceversa para el caso de las intervenciones colectivas.
   h. Gestionar las acciones necesarias para impulsar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de las Rutas Integrales de Atención en Salud en su territorio, en conjunto con la Nación, las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción, los Regímenes Especiales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades responsables de las intervenciones presentes en su territorio.

3. Establecer espacios únicos de coordinación y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada con los profesionales de las áreas técnicas con capacidad de toma de decisiones designados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales.
4. Incluir en los respectivos instrumentos de planeación los resultados, estrategias, programas y proyectos requeridos para lograr la atención integral en salud.
5. Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.

2.2.2. Entidades territoriales distritales y municipales

1. Realizar el análisis de situación de salud de la población, que además de lo definido en la normatividad pertinente, permita:

   a. Identificar las poblaciones y sus características según momento del curso de vida, grupo de riesgo así como de las familias y las condiciones de los entornos donde se desarrollan y transcurren sus vidas.
   b. Definir atenciones complementarias a las definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   c. Realizar la adecuación sociocultural de las atenciones o intervenciones en salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   d. Identificar la oferta requerida, adecuar los servicios de salud y establecer las modalidades de atención que garanticen la atención integral en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
   e. Definir los tiempos para la implementación progresiva de las intervenciones dispuestas en las RIAS.

2. Identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.

3. Definir por entorno las intervenciones colectivas complementarias a las intervenciones individuales y las poblacionales a abordar en los mismos y socializar o poner a disposición de las EAPB de su territorio el portafolio de intervenciones colectivas, señalando la población sujeto de las intervenciones y el mecanismo de acceso a las mismas.

4. Identificar los programas, proyectos y oferta de servicios (respuestas) existentes en el municipio, distrito o departamento, bien sean sectoriales o de otros sectores que incidan en el logro de los resultados definidos en el PTS.

5. Suscribir o acordar los procedimientos, rutas y mecanismos de activación de la respuesta sectorial e intersectorial, requeridas para la complementariedad de las acciones y la gestión integrada e integral de los servicios sociales y de salud, centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.

6. Analizar la disponibilidad, suficiencia y completitud de servicios y las tecnologías en el territorio para la operación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

7. Establecer espacios únicos de coordinación y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada, con los profesionales de las áreas técnicas con capacidad de toma de decisiones designados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales, quienes están obligados a participar en los municipios donde dichas entidades cuenten con más de 120.000 afiliados.

8. Realizar la adaptación y adecuación de las intervenciones individuales y colectivas, en conjunto con los grupos poblacionales presentes en el territorio que permita el acceso, respeto y reconocimiento de sus prácticas tradicionales o culturales.

9. Generar espacios o mecanismos de coordinación y concertación sectorial e intersectorial para implementar, monitorear y evaluar las Rutas Integrales de Atención en Salud.

10. Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.

2.2.3. Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción o especiales y entidades obligadas a compensar

1. Realizar la caracterización de su población afiliada y participar en el proceso de análisis de situación de salud convocados por los departamentos o distritos donde se ubica su población afiliada.

2. Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de la población a su cargo y estructurar o contratar la oferta requerida para garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural.

3. Definir la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, las modalidades de prestación y los mecanismos o estrategias de gestión requeridos para garantizar la atención integral en el marco de los contenidos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.

4. Garantizar la prestación de los procedimientos contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo del componente primario, en el municipio de residencia de los afiliados, ya sea mediante la contratación de prestadores del municipio o por la implementación de mecanismos que eviten el desplazamiento de la población a otros municipios para su prestación.

5. Definir, implementar, monitorear y evaluar los mecanismos de referencia y contrareferencia y de coordinación entre los prestadores que garanticen la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación de las atenciones dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud; los cuales deberán ser incorporados al documento de la Unidad Técnica de Coordinación y Gestión Operativa de la Red y de regulación de la demanda y la oferta establecido en el criterio 1.1.3. contenido en la Resolución 1441 de 2016 de este Ministerio o la norma que lo modifique o sustituya.

6. Establecer las cohortes respectivas de la población a su cargo, a fin de favorecer su seguimiento individual, la gestión del riesgo y la garantía de la prestación de las atenciones dispuestas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal a fin de alcanzar los resultados en salud.

7. Realizar las adecuaciones metodológicas y pedagógicas para el desarrollo de las sesiones educativas individuales y grupales contemplados en las Rutas Integrales de Atención en Salud, teniendo en cuenta los momentos vitales, los contextos, necesidades y capacidades para el cuidado de la salud y gestión del riesgo en la población a su cargo conforme a las Directrices de Educación para la salud anexas al presente lineamiento.

8. Poner en conocimiento de los prestadores de su red las intervenciones colectivas definidas y planeadas por la Dirección Territorial de Salud y los acuerdos establecidos con las Entidades Territoriales para la complementariedad de los planes de beneficios y otras iniciativas de la Entidad Territorial que contribuyan al logro de los resultados en salud.

9. Participar en los espacios o escenarios de coordinación para la operación, monitoreo y evaluación de las Rutas Integrales de Atención en Salud convocados por las Direcciones Territoriales de Salud de conformidad con lo establecido anteriormente.

10. Garantizar que los usuarios canalizados por la Entidad Territorial tengan acceso a las atenciones individuales dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud y demás atenciones en salud que se requieran.

11. Gestionar la disponibilidad y competencia del talento humano requerido para la operación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.

12. Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.

2.2.4. Prestadores de servicios de salud

Para implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las demás entidades que tengan a su cargo la ejecución acciones en salud, además de las responsabilidades previstas en el artículo 9º de la Resolución 3202 de 2016 y demás normatividad pertinente, deberán ejecutar las siguientes acciones:

1. Participar en los espacios de coordinación convocados por las Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar y Entidades Territoriales para la planeación, ejecución, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de la atención integral en salud.

2. Conocer la situación de salud de las personas y familias a su cargo, con el fin de generar las acciones requeridas para garantizar su atención oportuna e integral, en el marco del acuerdo de voluntades.

3. Garantizar la prestación de servicios contratados en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, ajustando sus procesos administrativos para eliminar barreras de acceso; tales como: agendas; atención preferencial según las necesidades de la población usuaria; dispensación de medicamentos u otros dispositivos (métodos de anticoncepción), implementación de proceso de referencia y contrarreferencia de muestras y resultados, la inclusión de ajustes razonables para la eliminación de barreras físicas, actitudinales y comunicativas[9], entre otros.

4. Direccionar a la población a su cargo, en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones dispuestas en rutas intersectoriales para la atención de eventos como la violencia de género, violencia sexual, maltrato infantil, entre otras.

5. Realizar las adaptaciones y adecuaciones de los servicios y las modalidades de prestación, requeridos para garantizar la atención integral con calidad, teniendo en cuenta los ámbitos territoriales: urbano, de alta ruralidad y con población dispersa; así como los aspectos sociales o culturales y los momentos de curso de vida de los diferentes grupos poblacionales.

6. Cumplir los mecanismos de referencia y contrarreferencia y de coordinación entre los prestadores establecidos por las Entidades Promotoras de Salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar.

7. Desarrollar y fortalecer las capacidades a nivel individual y organizacional. Esto incluye, el desarrollo de las capacidades y suficiencia de talento humano, los procesos organizacionales y disposición de los recursos físicos o tecnológicos requeridos para la atención conforme a lo establecido en los procedimientos de las RIAS.

8. Garantizar que la historia clínica del usuario adscrito a la IPS primaria muestre la totalidad de atenciones realizadas conforme a los contenidos de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

9. Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en salud en el marco de lo establecido en las RIAS y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a la entidad responsable de pago y al Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.

[9] De acuerdo a lo expuesto en el numeral 1 del artículo 14° de la Ley Estatutaria 1618 de 2013 "por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad".

2.2.5. Empresas de medicina prepagada

1. Contratar las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud conforme a los contenidos de los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud, cuando dichas intervenciones se encuentran incluidas en las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; lo anterior, sin perjuicio de brindar atenciones con estándares superiores.

2. Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en el marco de lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a la Entidad correspondiente y al Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte de este Ministerio.

CAPÍTULO 3. INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES

La RPMS contempla tres tipos de intervenciones que se diferencian en la población sujeto a la que van dirigidas: I) intervenciones poblacionales estas se dirigen a toda la población, ii) intervenciones del PIC; las colectivas dirigidas a la(s) familia(s), grupos de población o comunidades que comparten características o situaciones particulares y se concretan a través del PIC de cada entidad territorial, y iii) intervenciones individuales van dirigidas a las personas en los diferentes momentos del curso de vida y a la familia.

En el desarrollo de cada una de las intervenciones se debe tener en cuenta el abordaje familiar y comunitario así:

- Desde las intervenciones poblacionales que comprenden la acción orientada a la población en general, considerando los efectos poblacionales en términos de incidencia intergeneracional o transformaciones sociales y familiares, en el marco de la superación de las inequidades, afectación de los determinantes sociales de la salud con el fin de lograr la promoción y mantenimiento de la salud, que incluye como uno de sus pilares estratégicos, la salud familiar y comunitaria.

- Desde las intervenciones colectivas en el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC- en todos los entornos con mayor énfasis en el entorno hogar[10]), considerando las condiciones de los mismos y orientando la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de manera integrada y pertinentes para el abordaje de las familias.

- Desde las intervenciones individuales, a partir del reconocimiento de la dinámica y estructura familiar en las intervenciones de valoración integral de cada uno los integrantes de la familia según el momento de curso de vida y en las intervenciones a la familia como sujeto de atención en salud colectivo.

A continuación se presentan las intervenciones que hacen parte de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

3.1. Intervenciones poblacionales

Son intervenciones de carácter estructural, que requieren de la acción intersectorial para su desarrollo[11]. Se realizan bajo el liderazgo de la Nación y de las Entidades Territoriales y su alcance puede ser nacional, departamental o municipal (de acuerdo con sus competencias). Estas intervenciones deben estar incluidas en los Planes de Desarrollo Territorial, Planes de Ordenamiento Territorial, los Planes Sectoriales y el Plan Territorial de Salud, utilizando las herramientas y metodologías disponibles.

Estas intervenciones afectan las condiciones, modos y los estilos de vida de una sociedad y dan cuenta de la acción sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. Las

[10] Se entiende familia como sujeto de derechos, diferente a hogar, entorno donde habitan, transitan y se desarrollan los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades.
[11] Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Documento Orientaciones para la Intersectorialidad. Bogotá D.C.

intervenciones poblacionales están dirigidas a la población en su conjunto para la modificación de los contextos, los entornos y las condiciones sociales, económicas, culturales o ambientales a fin de que se conviertan en potenciadores de la salud, el bienestar y el desarrollo humano, y que además, favorezcan o faciliten elecciones saludables a los ciudadanos.

De conformidad con lo anterior, corresponde al sector salud gestionar que las políticas, planes, programas y proyectos de los diferentes sectores se orienten a la garantía de los derechos a la vida y la salud, de acuerdo con las prioridades territoriales en salud y de forma pertinente con las características poblacionales y territoriales del momento histórico[12].

Las **líneas de acción** que orientan las intervenciones poblacionales se especifican a continuación:

3.1.1. Políticas públicas que inciden en los determinantes sociales y ambientales de la salud

Contempla acciones sectoriales e intersectoriales para la generación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias para reducir las desigualdades injustas y evitables entre grupos sociales y territorios, así como para modificar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que todos los sectores y niveles de gobierno actúen conjuntamente para resolver los problemas que afectan la salud y la vida de las poblaciones, de tal forma que las políticas públicas se hagan interdependientes a la luz de objetivos comunes territoriales, lo cual implica, también, fortalecer alianzas estratégicas con el sector privado y las comunidades.

Dichas políticas, normas, planes, programas, proyectos y estrategias tendrán como finalidad u objetivo[13]:

- **Promover un tipo específico de actuación** considerado conveniente para resolver problemas de interés público. Por ejemplo: la fortificación de alimentos; reducción de contenido de sodio en los alimentos; Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas; Política de seguridad alimentaria y nutricional; estrategia de promoción del consumo de frutas y verduras; estrategia de promoción de la actividad física, vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, tenencia responsables de animales de compañía y de producción, entre otros.

- **Proteger a un sector de la sociedad frente a una amenaza previamente detectada**. Por ejemplo: Políticas para protección de grupos en condiciones de riesgo; políticas y planes sobre inocuidad de alimentos; protección del consumidor; protección de las reservas naturales y de los bienes públicos en general; se destaca la política integral de salud ambiental y políticas de acceso a vivienda digna y segura.

- **Regular intereses en conflicto** donde hay intereses divergentes pero presumiblemente legítimos frente a la garantía del derecho a la vida y la salud. Por ejemplo: Políticas de precios de medicamentos; impuestos al tabaco y a bebidas azucaradas; etiquetado de alimentos, estrategias para la identificación y protección de la base genética de semillas autóctonas; medidas para el control de la calidad del aire, agua y ruido.

- **Proporcionar beneficios directos, facilidades o privilegios a grupos concretos de la población**. Por ejemplo: Subsidios en salud, en vivienda, en educación; protección social a poblaciones vulnerables; política de atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia; políticas públicas para la persona mayor, desplazados; inclusión social de personas con discapacidad, desplazados y refugiados; atención integral y reparación a víctimas del conflicto, alianzas para el reciclaje inclusivo, entre otros.

- **Desestimular un tipo de comportamiento o práctica que incida de manera negativa en la salud de la población y promover prácticas positivas**. Por ejemplo: restricción del porte de armas; regulación de la fabricación, comercialización y uso de productos pirotécnicos; medidas contra la violencia familiar; prohibición de patrocinio de eventos masivos por parte de industria del alcohol o tabacalera; política de seguridad vial (control conducción bajo efectos alcohol).

- **Generar o modificar entornos para que promuevan la salud, el bienestar y el desarrollo de las personas**. Ejemplo: planes de desarrollo y de ordenamiento territorial; estrategias para la generación de entornos seguros y saludables; estrategias para la creación de infraestructura y condiciones para la realización de recreación, deporte, actividad física y ocio; política de movilidad saludable, sostenible y segura; entre otros.

En este sentido, al sector salud le corresponde:

Generar evidencia que sirva como base para la toma de decisiones a favor de la salud, identificando y socializando con todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud y demás sectores, el impacto que tienen los determinantes sociales y ambientales sobre la salud de las poblaciones orientando el actuar para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible- ODS.

Expedir e implementar reglas, preceptos, normas y medidas legislativas que favorezcan la generación de acción sobre los determinantes sociales de la salud, tales como las pautas para reglamentar la producción, comercialización, venta y consumo de alimentos saludables, la planificación urbana que fomente el traslado a pie o en bicicleta y el mayor acceso a la recreación y los deporte, entre otros. Comprende, también, las actuaciones normativas dirigidas a modificar entornos y/o conductas grupales, ejemplo de ello sería la legislación con relación a los espacios libres de humo, las medidas de control de consumo de alcohol en el espacio público, la comercialización de bebidas alcohólicas, entre otras.

Evaluar el impacto en salud de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales en términos de resultados en salud, reducción de inequidades y modificación de determinantes sociales y ambientales. Incluye, entre otros:

- Realizar procesos de investigación, acción participativa, que permitan analizar y comprender desde otra perspectiva la realidad de las comunidades (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permita proyectar acciones y medidas para modificarla y optimizarla[14].

- Identificar, consolidar y socializar experiencias significativas en la gestión de políticas públicas saludables y entornos saludables.

Implementar mecanismos de vigilancia y control que garanticen el cumplimiento de las directrices y regulación del marco político y normativo; mediante actividades de vigilancia y control, ejecutadas por la Nación, las entidades territoriales y demás actores conforme sus competencias.

3.1.2. Información en salud

A nivel poblacional la información en salud es una acción estratégica que pretende generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender y cuidar la salud. Se expresa fundamentalmente en la difusión a través de medios masivos de comunicación nacionales, departamentales, distritales, locales, comunitarios e institucionales, de mensajes relacionados con las prioridades territoriales, validados técnica y culturalmente.

Esta línea de acción incluye la planeación, implementación, seguimiento y evaluación de acciones para el suministro de información sobre:

[12] Guía para la implementación de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS). Ministerio de Salud y Protección Social (2017).
[13] Construcción propia a partir de la tipología en Gómez R. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. Revista Facultad Nacional Salud Pública 2012; 30(2): 223-236

[14] Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena.

a. Derechos y deberes en salud.
b. Promoción de prácticas para el cuidado de la salud de las personas, las familias, las comunidades y sus entornos, entre otras: la promoción de estilos y hábitos de vida saludable y la prevención y atención de enfermedades priorizadas, alimentación saludable que incluye el incremento de consumo de frutas y verduras, la actividad física, la reducción del consumo de nutrientes de interés en salud pública (azúcar, sodio, grasas saturadas y grasas trans), la promoción de donación de sangre, órganos y tejidos (incluye la donación de leche humana), entre otras.
c. Riesgos en salud y mecanismos para la prevención o mitigación de riesgos identificados en el territorio tales como: control de exposición a radiación ionizante, exposición a agentes cancerígenos ambientales y ocupacionales, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
d. Mecanismos de participación social en salud que se expresen en acciones tales como la Incidencia desde la comunidad en relación con los temas tratados y priorizados en los espacios intersectoriales a nivel nacional (Comisión Intersectorial de Salud Pública, Comisión Nacional Intersectorial de Salud Ambiental - CONASA, Comisión Intersectorial de Cambio Climático) y territoriales (Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Consejo Territorial de salud Ambiental COTSA), entre otras.
e. Rutas Integrales de Atención en Salud y mecanismos que permitan evitar o reducir barreras de acceso a los servicios de salud.

3.1.3. Participación social

La participación social en salud es un derecho y una práctica social que incide sobre la posibilidad de producir bienestar y garantizar el derecho a la salud, en el entendido de que todos los actores sociales de una comunidad deben hacer parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que los afecta. En este sentido, la participación permite: a) que la gestión de las políticas públicas tenga legitimidad y esté encaminada a lograr políticas saludables; b) el fortalecimiento del control social sobre la gestión de las políticas públicas; c) la promoción de la salud encaminada hacia la transformación de los entornos y el fortalecimiento de la autonomía de las personas, familias y comunidades; d) la incidencia sobre la planeación y presupuesto de las políticas públicas[15].

La participación social se considera transversal a todo el ciclo de gestión de las políticas públicas y es básico para el desarrollo de todo tipo de intervenciones de la RPMS.

Lo anterior implica el empoderamiento de la ciudadanía y de las organizaciones sociales en salud para incidir sobre las políticas que afectan su salud y calidad de vida, la promoción de la cultura de la salud en los territorios y la promoción del control social sobre las acciones sectoriales.

Este proceso se puede desarrollar a través de: a) los mecanismos y espacios de participación social en salud normados; b) los espacios e instancias de participación liderados o promovidos por otros sectores, o de liderazgo intersectorial, que tengan incidencia sobre la salud; c) organizaciones comunitarias de base u otras formas de organización social propias del territorio.

Se destaca como un mecanismo estratégico de la participación, la movilización social, en donde concurren actores ciudadanos e institucionales (gubernamentales y no gubernamentales) a partir del cual diversos sectores sociales analizan e intervienen en los asuntos de la política pública con criterio de defensa y promoción de los derechos humanos (y, especialmente, del derecho a la salud). Este mecanismo implica el encuentro, la deliberación pública, la concertación y la organización como escenario y herramienta para la participación social y la construcción de espacios de intercambio y producción de propuestas que le aporten al desarrollo de acciones de exigibilidad política, social y jurídica de los derechos, para que los temas de la agenda social (y sectorial) se conviertan en asuntos de agenda institucional (gubernamental)[16].

[15] Basado en la política pública de participación social en salud. Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.
[16] Basado en: El proceso de incidencia en políticas públicas. Fundación SES, 2004. ww.fund**ses**.org.ar/archi/.../conceptual_inciden_politi_public.pdf; Celiberti, L. Los sentidos de la democracia y la participación: participación y democracia: actores, prácticas y discursos. www.redemulher.org.br/cursojm/**Lilian**%20**Celiberti**.pdf. Marulanda, D. Las Asambleas Ciudadanas. Una modalidad de alianza entre actores sociales para la superación de la pobreza y la convivencia pacífica. BM. 2003. www.fundacioncorona.org.co/bajarDocDos.php?tl=1&per=195. Exigibilidad de los DESC desde las políticas públicas. ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/utiles/capacidaDESC/cap3.pdf; Larrain, S. Participación ciudadana y salud. UNICEF.

3.2. Intervenciones colectivas

Las intervenciones colectivas se definen como: "*un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio*"[17].

Su planeación se reflejará en el Plan de Acción en Salud – PAS[18], puesto que las mismas hacen parte integral del Plan Territorial de Salud- PTS; se realizan de manera complementaria a las intervenciones poblacionales e individuales, por lo cual deben ser coordinadas con los demás agentes del sistema de salud y comprenden las siguientes:

Nombre	Definición
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	Es la acción mediante la cual se realiza la recolección, procesamiento, análisis y difusión de la información social y ambiental propia de cada entorno y de las personas, familias y comunidades que lo habitan; que permita definir y acordar con ellas el alcance de las intervenciones colectivas a ejecutar en cada entorno. Dicha caracterización incluye la identificación de: a. Aspectos básicos sociales o demográficos de las personas, familias o comunidades del entorno. b. Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud. c. Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos. d. Situación de salud de las personas, familias o comunidades. e. Prácticas de cuidado. f. Recursos disponibles para la promoción de la salud y la prevención de riesgos. Esta información se obtendrá a través de fuentes secundarias y sólo se recolectará de manera directa mediante la aplicación de instrumentos estandarizados para la caracterización de cada entorno, cuando no se cuente con dicha información.
Información en salud	Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, que contribuya a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud.
Educación y comunicación para la salud	La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud.
Prevención y Control de Vectores	Conjunto de procedimientos para la planificación, organización, implementación, monitoreo y evaluación de actividades para la intervención regular y contingencial de factores de riesgo ambientales y comportamentales orientadas a prevenir o minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto entre patógenos y el ser humano.

[17] Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 518 de 2015.
[18] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015… "el cual está orientado a conectar en cada anualidad la programación de las intervenciones y actividades vinculadas a las estrategias, metas del plan operativo anual de inversiones en salud con los respectivos recursos, fuentes de financiación y responsables, y con los resultados esperados en el componente estratégico y de inversión plurianual".

Nombre	Definición
	La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de toldillo larga duración tratado en la fibra de poliéster con insecticida piretroide y los insumos requeridos para la prevención y control de vectores según lineamientos y guías nacionales.
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	Proceso que se realiza con y para las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan: a. Coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos; b. Sumar esfuerzos o crear sinergias; c. Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada. d. Resignificar espacios públicos para su apropiación, que posibiliten el encuentro y el uso por parte de los ciudadanos, de forma segura. e. Desarrollar acciones comunitarias que redunden en el mejoramiento de las condiciones ambientales y en la disminución de riesgos que afecten la salud. Incluye: • La organización comunitaria que permita la comprensión de sus realidades y a partir de esto, generar objetivos comunes y procesos de transformación que mejoren su calidad de vida. • Participación en los escenarios de construcción, implementación y seguimiento a las políticas, planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales. • El desarrollo de intervenciones con y para las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes destinadas a desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. • Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental. • Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes. • Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
Zonas de Orientación y centros de escucha	Son un conjunto de procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblacionales. Es una estrategia de organización, gestión y participación comunitaria, que a través de la escucha, permite encontrar respuesta a las demandas y necesidades de la comunidad promoviendo y haciendo posible la inclusión social y la garantía del derecho a la salud. Las zonas de orientación y los centros de escucha crean espacios sociales de interacción donde las personas en situación de fragilidad y exclusión social comparten sus experiencias de vida, conocimientos, dudas, necesidades, ansiedades relacionados con el cuidado y su bienestar físico y mental. Estos espacios de escucha activa conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de las personas, canalización hacia los servicios de salud y acompañamiento en las rutas de derechos, por lo tanto, son la puerta de entrada a procesos de inclusión social y empoderamiento en salud.[19]

[19] Secretaria Distrital Salud de Bogotá. Lineamientos PIC. Bogotá D.C. 2011

Nombre	Definición
Rehabilitación basada en comunidad	Estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales.
Tamizaje	Conjunto de métodos o instrumentos de alta sensibilidad aplicados sobre una población para identificar eventos que generan una alta externalidad, dirigidos a poblaciones vulnerables y con difícil acceso a los servicios. Esta actividad solo se realizará en el PIC, si se le garantiza a la persona a quien se le identifique algún evento, la atención integral con cargo al actor competente. Esta actividad solo se realizará en el marco del PSPIC, siempre y cuando se garantice la atención integral ante la identificación de un evento y debe estar con cargo al actor competente. Las pruebas de tamizaje a desarrollar en el PSPIC deben cumplir con las siguientes consideraciones en su totalidad: a. Identifica eventos que generan externalidades en la población general y que sugieren el desarrollo de intervenciones de impacto poblacional contribuyendo al logro de resultados en salud. b. Se realiza a grupos poblaciones de forma masiva sin que medie la afiliación al SGSSS c. Tienen una respuesta efectiva, incluida bien sea en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o el PSPIC. d. Son pruebas validadas y con efectividad demostrada. e. Se pueden realizar en entornos diferentes al de las instituciones de salud.
Jornadas de salud	Actividad que se concentra en un espacio de tiempo definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS, prioritariamente en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y con población dispersa; para lo cual se financia los aspectos logísticos[20] y de organización requeridos para su ejecución. Se constituye en una actividad complementaria al Plan de Beneficios con cargo a la UPC y por ende debe ser ejecutada de manera coordinada con las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y las EPS presentes en el territorio, quienes, suministrarán el talento humano y recursos tecnológicos e insumos necesarios en el marco de sus competencias. Cuando en función de lo anterior, se adelanten desplazamientos a zonas rurales se deberá hacer el despliegue del talento humano e insumos necesarios y suficientes para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas, garantizando cobertura e integralidad de la atención con eficiencia administrativa.
Vacunación antirrábica	Proceso que consiste en la administración de un inmunobiológico a perros y gatos con el fin de generar protección contra la rabia. La ejecución de esta intervención la puede realizar directamente la entidad territorial; e incluye la adquisición y suministro de los insumos requeridos para su ejecución según lineamientos y guías nacionales.
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública	Comprende: 1. Adquisición y suministro de medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías y protocolos definidos por la nación: a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión b. Mebendazol tabletas por 500 mg c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma) d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma)

[20] Se entiende por aspectos logísticos: a) los costos de traslado, alojamiento y alimentación de talento humano que apoyará o ejecutará las acciones de la jornada; b) los costos de traslado de los insumos y equipos necesarios, y c) los costos relacionados con los procesos administrativos para la ejecución de la jornada. No incluye: el traslado de pacientes ni la compra de bienes que generen gastos recurrentes tal como la compra de automotores, lanchas, u otros similares.

Nombre	Definición
	e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis)Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis) f. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis) Con respecto a la prevención de la geohelmintiasis, el país priorizará la estrategia de desparasitación en la población de 5 a 14 años por presentarse en este grupo etario la mayor carga de infección y en la población de 1 a 4 años dadas las consecuencias adversas más severas de la infección en este grupo de edad de los territorios definidos o priorizados en los lineamientos nacionales. Esta intervención incluye la adquisición de visor de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo las siguientes acciones: a. Información en salud b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios. 2. Adquisición y suministro de insumos o materiales necesarios para la implementación de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; entre ellos: agujas, jeringas, preservativos, cazoletas, guardianes para depositar material utilizado. 3. Adquisición y suministro de medicamentos o insumos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social[21].

3.2.1. Implementación de las intervenciones colectivas

Para la definición de las intervenciones colectivas, la entidad territorial debe identificar las poblaciones y los entornos a abordar a partir de los resultados en salud y de las prioridades del territorio definidas en el Plan Territorial de Salud-PTS.

Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos **hogar, educativo, comunitario, laboral** (con énfasis en la informalidad) **e institucional**, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

El alcance de las intervenciones a ejecutar se realizará teniendo en cuenta lo dispuesto en el presente lineamiento con respecto a:

a. Las características sociales y ambientales propias de cada entorno y de las personas que los habitan, identificadas a través de información existente o mediante la aplicación de instrumentos definidos para la caracterización;
b. Los objetivos y resultados esperados en las personas, familias y comunidades abordadas en cada entorno.
c. Las prioridades definidas con las personas, familias, comunidades o trabajadores de los entornos a abordar.

[21] En caso de que sea declarada la existencia de una pandemia, epidemia o emergencia sanitaria, se podrán adquirir vacunas, medicamentos, insumos o equipos que sean requeridos para la prevención y control de la misma, siempre y cuando sean necesarios para el desarrollo de las estrategias que el Ministerio defina para el efecto y que no estén financiados por otra fuente de recursos. Esta adquisición, sólo se podrá realizar previa justificación de la entidad territorial respectiva y autorización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2.1.1. Intervenciones colectivas en el entorno hogar

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del hogar.
Población sujeto	Personas, familias o grupos humanos que viven bajo un mismo techo conformados por personas con o sin vínculos consanguíneos o de afinidad y afecto o personas solas.
Objetivo	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno.

Comprende	Contenido
Caracterización social y ambiental del entorno hogar	Identificar: • Aspectos básicos sociales y demográficos de las personas y familias, incluye valorar la estructura y dinámica familiar e identificar personas o sujetos de protección especial, personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales y el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. • Condiciones sociales, sanitarias y ambientales de la vivienda y el entorno de las mismas. • Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos. • Factores de riesgo o de protección, sociales o de salud de las familias y sus integrantes. En caso de que se compartan las áreas de la vivienda con actividades económicas informales, se deberá ampliar esta información con la caracterización social y ambiental del entorno laboral informal[22]. • Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo de las familias y personas de este entorno. • Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.
Información en salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos y a las familias, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con ellos y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.
Educación para la salud	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.[23]
Tamizajes	a. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional. b. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos. c. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas. d. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático. e. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.
Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)	a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamento del medio. Incluye el suministro de toldillos. b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).

[22] Así mismo, las intervenciones a realizar se deben complementar con lo dispuesto para el entorno laboral con énfasis en la informalidad y la estrategia laboral informal.
[23] Directrices Educación (y comunicación) para la salud en el marco de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. 2018

Comprende	Contenido
	c. Prueba de ELISA. Inmunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanasoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra v reporte de la prueba.) d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatografia (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana. e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis cutánea y visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS. f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica. g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermidades transmitidas por vectores. h. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.
Rehabilitación basada en comunidad – RBC	Desarrollo de capacidades en los integrantes del hogar para la implementación y ejecución de los componentes y actividades de la rehabilitación basada en comunidad. Búsqueda activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales. Incluye la canalización hacia el procedimiento de Certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad[24] Información en salud con enfoque diferencial. Visita domiciliaria con el fin de elaborar e implementar en conjunto con los cuidadores los planes de intervención familiar, los cuales deben incluir entre otros, las adecuaciones del entorno para facilitar la independencia funcional de las personas con discapacidad; el seguimiento a las respectivas canalizaciones; y la asesoría a las familias para el acceso efectivo al Sistema de salud y servicios sociales. Intervenciones breves dirigidas a modificar conductas relacionadas con los riesgos y afectaciones psicosociales y en salud mental.
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública	Comprende: 1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías y protocolos definidos por la Nación: a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión. b. Mebendazol tabletas por 500 mg. c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma). d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma). e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis). f. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis). g. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis). Esta intervención incluye la adquisición de visor de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo de acciones de: a. Información en salud b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de

[24] De acuerdo a lo establecido en la Resolución 583 de 2018"Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad"

Comprende	Contenido
	excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas. c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios. 2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Vacunación Antirrábica	Incluye: a. Identificar y caracterizar la zona en donde se realizará la vacunación (estimación de población de perros y gatos, vías de acceso, zonas de conflicto, concentraciones de población, actores involucrados, sitios para disponer los puestos fijos de vacunación como escuelas, plazas de mercado, parques, entre otras) y establecer la meta o cobertura útil de vacunación a alcanzar. b. Seleccionar el procedimiento operativo para realizar la vacunación antirrábica: barrido casa a casa, puntos de vacunación fijos, puntos de vacunación móviles; c. Identificar y definir los equipos que adelantarán la actividad; los roles de los actores que participaran en la vacunación (instituciones públicas, privadas, ONGs, juntas de acción comunal); los horarios y periodicidad de su realización. d. Gestionar o adquirir los insumos requeridos para adelantar la vacunación antirrábica. e. Implementar acciones de información en salud que promuevan la tenencia responsable de mascotas. f. Vacunar perros y gatos g. Realizar el seguimiento y evaluación de esta actividad. Nota: Esta actividad puede ser adelantada por la Dirección Territorial de manera directa o ejecutada a través de contratación de una entidad con experiencia certificada en el desarrollo de la misma.

Nota: Las intervenciones realizadas en el entorno hogar, pueden realizarse a los integrantes del hogar por vivienda o a un conjunto de hogares que compartan el mismo contexto territorial y condiciones sociales, ambientales y sanitarios.

3.2.1.2.**Intervenciones colectivas en el entorno educativo**

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de la comunidad educativa.
Población sujeto	La comunidad educativa está constituida por estudiantes (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores), padres de familia, directivos, educadores y personal administrativo de las diferentes escenarios de este entorno.
Objetivo	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los integrantes de la comunidad educativa.

Comprende	Contenido
Caracterización social y ambiental del entorno educativo	Identificar: • Aspectos básicos sociales y demográficos de la comunidad educativa. Incluye la identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales y afectaciones psicosociales. • Condiciones sociales, sanitarias y ambientales internas y externas (vías de acceso, vendedores ambulantes, riesgos ambientales, parques, entre otros). • Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos; incluye Identificar los mecanismos de participación y grupos de interés de la comunidad educativa.

Comprende	Contenido
	• Características del clima educativo (relaciones y dinámicas, presencia de grupos al margen de la ley; intimidación escolar; estigmatización; entre otros). • Características de la infraestructura de la institución educativa (áreas o espacios de carácter cultural, deportivo, recreativo y zonas verdes); así como de los servicios de alimentación, salud y bienestar estudiantil. • Creencias, actitudes y prácticas de cuidado, de la comunidad educativa relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo. • Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo, que incluye identificar el proyecto educativo institucional y el grado de implementación de los proyectos estratégicos transversales; así como otros planes, programas, proyectos y estrategias implementados en el marco de los proyectos pedagógicos, para establecer estrategias mediante las cuales el sector salud los potenciará.
Información en salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a la comunidad educativa mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con la comunidad y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.
Educación para la salud	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.[23]
Tamizaje	a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos. b. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas. c. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático. d. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. e. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional. f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	a. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en el entorno educativo o las posibilidades de su creación. b. Desarrollar capacidades a las redes o miembros de las mismas, para fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen. c. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental. d. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno educativo y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
Jornadas de salud	Según lo definido en el numeral 3.2. y 3.2.1 del presente lineamiento.
Zonas de Orientación y centros de escucha	Implementación, monitoreo y evaluación de las zonas de orientación escolar o universitaria donde se ejecuten acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales.
Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)	a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3).

Comprende	Contenido
	c. Prueba de ELISA. Inmunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanasoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra v reporte de la prueba.) d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatografía (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana. e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS. f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica. g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermidades transmitidas por vectores. h. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública	Comprende: 1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas, según guías y protocolos definidos por la Nación: a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión b. Mebendazol tabletas por 500 mg c. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis) d. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis) e. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis) Esta intervención incluye: a. Información en salud b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas. c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento. 2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2.1.3. **Intervenciones colectivas en el entorno comunitario**

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de sus comunidades y representarlas ante instancias nacionales y territoriales; reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria.
Población sujeto	Grupos de base comunitaria, organizaciones, redes y demás formas organizativas de la comunidad y comunidad en general.
Objetivo	Desarrollar proyectos o iniciativas de base comunitaria para promover la salud y el cuidado, proteger los entornos y gestionar riesgos en salud, mediante el desarrollo de capacidades.

Comprende	Contenido
Caracterización social y ambiental del entorno comunitario	Identificar: • Aspectos básicos sociales y demográficos de las personas, familias o comunidades del entorno; incluye la identificación de grupos de base, redes sociales y comunitarias, infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público y ecosistemas estratégicos. • Condiciones sociales, sanitarias y ambientales del entorno que inciden en la salud de las personas, familias y comunidades e identificación de riesgos asociados. • Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos en salud; incluye la identificación de los mecanismos de participación comunitaria. • Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo existentes en la comunidad. • Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.
Información para la salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los grupos, organizaciones y redes comunitarias y sociales en temas de liderazgo, autogestión y corresponsabilidad, en derecho y deberes en salud, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con la comunidad y que apunten al logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.
Educación para la salud	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.[23]
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	a. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en el entorno comunitario o las posibilidades de su creación. b. Desarrollar capacidades individuales a los miembros de las redes existentes que les permita fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen para la promoción de la salud y la gestión de riesgos colectivos. Incluye: la formación para la incidencia en el ciclo de políticas públicas saludables, formación y promoción de la participación incidente en las instancias y espacios de participación en salud (COPACOS, Asociaciones de Usuarios, CTSSS, etc.), la formación y promoción de participación en los escenarios de veeduría y rendición de cuentas, entre otros. c. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental. d. Desarrollar espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas sociales y de salud durante el curso de vida o fortalecer los existentes. e. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno comunitario y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
Centros de escucha comunitaria	Implementación, monitoreo y evaluación de centros de escucha comunitaria donde se ejecuten acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referencia a otros servicios sectoriales e intersectoriales o acciones en el marco de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que consumen sustancias psicoactivas.
Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)	a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos. b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3). c. Prueba de ELISA. Inrnunofluorescencia Indirecta – IFI y/o inmunocromatograficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti-Trypanasoma cruzi (validadas por el INS y el INVIMA) en la población de 0 a 15 años con énfasis en los menores de 5 años de los municipios priorizados por el plan de certificación de interrupción de la transmisión intra-domiciliaria (Incluye kit de diagnóstico, toma, traslado, y procesamiento de la muestra v reporte de la prueba.) d. Pruebas parasitológicas de malaria mediante microscopia y/o inmunocromatografia (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. Estas pruebas se realizarán únicamente en el marco de búsquedas activas comunitarias en áreas de difícil acceso o en entidades con presencia de brotes epidémicos o en el marco del plan de eliminación de malaria urbana. e. Examen microscópico directo e IFI para Leishmaniasis cutánea y visceral en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS. f. Pruebas rápidas de leishmaniasis visceral (validadas por el INS y el Invima) para uso en estudio de focos según protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención clínica. g. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. h. Identificar e intervenir conductas de riesgo a nivel individual, familiar, comunitario e institucional relacionados con el vector. i. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.
Rehabilitación basada en comunidad	Desarrollo de capacidades en actores comunitarios para la implementación y ejecución de los componentes y actividades de RBC Búsqueda Activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas y trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales por parte de los equipos extramurales. Incluye la canalización hacia el procedimiento de Certificación y Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad[25] Información en salud con enfoque diferencial. Acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones, psicosociales a los servicios sociales y de salud; así como, la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud y el seguimiento a personas canalizadas hacia los servicios sociales y de salud. Información en salud con enfoque diferencial. Conformación o fortalecimiento de redes y organizaciones de base comunitaria que permitan a. Desarrollar capacidades, comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida de las personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales o sus cuidadores. b. Generar espacios y procesos de interacción entre las personas, familias, comunidades, grupos, organizaciones y redes para la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental de dicha población. c. Establecer espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas para la inclusión, y promoción y mantenimiento de la salud de la población con discapacidad, problemas o trastornos mentales o sus cuidadores.
Vacunación Antirrábica	Incluye: a. Identificar y caracterizar la zona en donde se realizará la vacunación (estimación de población de perros y gatos, vías de acceso, zonas de conflicto, concentraciones de población, actores involucrados, sitios para disponer los puestos fijos de vacunación como escuelas, plazas de mercado, parques, entre otras) y establecer la meta o cobertura útil de vacunación a alcanzar.

[25] Ibid

Comprende	Contenido
	b. Seleccionar el procedimiento operativo para realizar la vacunación antirrábica: barrido casa a casa, puntos de vacunación fijos, puntos de vacunación móviles; c. Identificar y definir los equipos que adelantarán la actividad; los roles de los actores que participarán en la vacunación (instituciones públicas, privadas, ONGs, juntas de acción comunal); los horarios y periodicidad de su realización. d. Gestionar o adquirir los insumos requeridos para adelantar la vacunación antirrábica. e. Implementar acciones de información en salud que promuevan la tenencia responsable de mascotas. f. Vacunar perros y gatos g. Realizar el seguimiento y evaluación de esta actividad. Nota: Esta actividad puede ser adelantada por la Dirección Territorial de manera directa o ejecutada a través de contratación de una entidad con experiencia certificada en el desarrollo de la misma.
Jornadas de salud	Según lo definido en el numeral 3.2. y 3.2.1 del presente lineamiento.

3.2.1.4. **Intervenciones colectivas en el entorno laboral**

Las intervenciones colectivas en el entorno laboral formal se deben desarrollar a través de la implementación de la estrategia de entono laboral formal saludable y estarán a cargo de las organizaciones laborales en consonancia con lo dispuesto en la normatividad pertinente del Ministerio de Trabajo, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Salud y Protección Social. Las intervenciones colectivas en el entorno laboral informal se realizarán en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a lo dispuesto a continuación:

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores.
Población sujeto	a. Trabajadores de las actividades de la economía informal[26], agricultura, ganadería, pesca, silvicultura, manufactura, minería, comercio y artesanías y priorizadas en el PDSP[27] o en la norma que lo modifique o sustituya. b. Mujeres rurales trabajadoras, adultos mayores trabajadores[28], personas trabajadoras con discapacidad[29] que trabajan en el sector informal de la economía. c. Trabajadores formales cubiertos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
Objetivo	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de los trabajadores informales relacionado con su trabajo, ocupación u oficio.

Comprende	Contenido
Caracterización social y ambiental del entorno laboral	Identificar: • Aspectos básicos sociales y demográficos de los trabajadores informales • Condiciones sociales, sanitarias y ambientales de los lugares de trabajo de las actividades económicas priorizadas del sector informal de la economía. • Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos. • Descripción de las condiciones de trabajo y organizacionales (jornadas de trabajo, habilidades de los trabajadores) y riesgos asociados al desarrollo de la actividad económica (materias primas, equipos, condiciones de seguridad).
	• Identificación de la condición de salud de los trabajadores informales, acorde a la metodología establecida en la estrategia del entorno laboral con énfasis en la informalidad – Guía del facilitador. • Identificar creencias, actitudes y prácticas de los trabajadores informales relacionados con la promoción de la salud y la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con su trabajo, ocupación u oficio • Recursos disponibles en el entorno para la promoción de la salud y la prevención de riesgos[30]. • Identificación de trabajadores o por actividades económica, que requieran canalización a otros sectores o a servicios sociales o sanitarios.
Información en salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los trabajadores de la prevención de los riesgos derivados del trabajo, ocupación u oficio, mecanismos de acceso al Sistema General de Riesgos Laborales, Conformación de instancias organizativas de grupo de trabajadores u otros que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos para este entorno.
Educación para la salud	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de la educación para la salud en el marco del PIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y a las características de la población sujeto.[23]
Tamizajes	a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos. b. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático. c. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. d. Tamizar para VIH, hepatitis B y C. (ejemplo en las zonas donde se desarrolla la actividad minera). e. Otros tamizajes para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en esta población.
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	Establecer alianzas públicas y privadas para la formalización de la actividad económica y acceso al Sistema General de Seguridad Social (Sistema General de Riesgos Laborales). Fortalecer las redes sociales y organizaciones comunitarias en hábitos de consumo, para que estas a su vez incidan en sus comunidades en el consumo de bienes y servicios presentes en su territorio o entorno. Fortalecer en el marco de la participación social la responsabilidad social empresarial con el fin de promover la adopción de tecnologías más limpias. Fortalecer en corresponsabilidad social empresarial en la protección de la salud humana, mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y el desarrollo sostenible. Realizar sesión con trabajadores informales, con o sin vínculo a una agremiación para generar planes de respuesta integral que incluyan estrategias de corresponsabilidad.
Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. (intervención obligatoria en zonas endémicas)	a. Detectar tempranamente enfermedad de Chagas mediante prueba de ELISA, Inmunofluorescencia Indirecta - IFI y/o inmunocromatográficas (pruebas rápidas) para anticuerpos anti - Trypanosoma Cruzi (validadas por el INS y el INVIMA). b. Detectar Leishmaniasis cutánea mediante examen microscópico directo e IFI en las zonas de alta transmisión definidas por el MSPS. c. Detectar malaria a través de pruebas parasitológicas de microscopia y/o inmunocromatografía (pruebas de diagnóstico rápido validadas por el INS y el INVIMA) según lo definido en la guía de atención clínica integral de malaria. d. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos.

[26] Tener en cuenta que una actividad informal corresponde a al desarrollo de una actividad económica legal no cumple con los requisitos exigidos por el estado.
[27] De manera especial aquellos expuestos a agentes carcinógenos (Grupo I IARC); teratógenos o genotóxicos; a plaguicidas; a plomo, arsénico, mercurio, cloruro de vinilo; bifenilos policlorados, benceno y asbesto.
[28] En los adultos mayores trabajadores el objetivo de la intervención está dirigido a desarrollar la gestión para su vinculación a programas de protección social.
[29] Con esta población el objetivo de la intervención está dirigido a desarrollar la gestión para la inclusión laboral en el sector formal de la economía.

[30] Incluye la participación en redes sociales, agremiaciones, asociaciones; vinculación con proyectos sociales o de emprendimiento; o si son beneficiarios de las campañas y actividades generales de promoción y prevención de riesgos laborales que realizan periódicamente las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales en el marco del parágrafo del artículo 10 del Decreto 1562 de 2012, compilado en el Decreto 1072 de 2015.

Comprende	Contenido
	e. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3). f. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. g. Identificar e intervenir conductas de riesgo relacionados con el vector.

3.2.1.5.**Intervenciones colectivas en el entorno institucional**

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del entorno institucional
Población sujeto	Personas -generalmente no parientes- que participan de una vida en común, de manera temporal o permanente, las cuales pueden estar institucionalizadas por sus características especiales en los siguientes escenarios: a. Instituciones prestadoras de servicios de salud: Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. b. Instituciones que prestan servicios sociales o protección integral c. Establecimientos que concentran o aglomeran individuos como población privada de la libertad, batallones, conventos, centros vida, entre otros.
Objetivo	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de cada uno de los integrantes de este entorno.

Comprende	Contenido
Información en salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos y la institución, mediante mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con ellos y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud.
Educación para la salud	Estará ajustado a los resultados esperados, las capacidades a desarrollar y los contenidos de educación para la salud en el marco del PSPIC, definidos en las directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.[31]
Tamizajes	a. Examen ocular externo para identificar signos de triquiasis tracomatosa a mayores de 15 años en zonas en riesgo y de conformidad en lo establecido en el lineamiento nacional. b. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos. c. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas. d. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático. e. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. f. Aplicación de otras pruebas o instrumentos para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en la población, de acuerdo a las orientaciones que para el efecto establezca el Ministerio.
Prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (intervención obligatoria en zonas endémicas)	a. Acciones de prevención y control de vectores, mediante métodos biológicos, de barrera, físicos o de saneamiento del medio. Incluye el suministro de toldillos. b. Control químico de vectores en situaciones de contingencia, y como medida preventiva en el contexto de planes intensificados de eliminación. (sólo le compete a los departamentos, distritos y municipios categoría especial, 1, 2 y 3). c. Acciones para la movilización social y cambio conductual frente a la prevención y control de las enfermidades transmitidas por vectores. d. Estrategias de vigilancia y prevención de vectores con enfoque comunitario.

[31] Directrices Educación (y comunicación) para la salud en el marco de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. 2018

Comprende	Contenido
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de eventos de interés en Salud Pública	Comprende: 1. Adquirir y suministrar medicamentos de uso masivo para la prevención, control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas, según guías, protocolos y lineamientos definidos por la nación: a. Albendazol tabletas x 400 mg y en suspensión. b. Mebendazol tabletas por 500 mg. c. Azitromicina tabletas x 500 mg y por 250 mg (para tracoma). d. Azitromicina Dihidrato en gotas, solución oftálmica 15 mg/g (1,5%) (para tracoma). e. Prazicuantel tabletas por 150 mg y 600 mg (para cisticercosis, teniasis). f. Niclosamida x 500 mg (para cisticercosis, teniasis). g. Ivermectina en gotas (solución oral) 6 mg/ml (control de ectoparasitosis como escabiosis, pediculosis y para tratamiento masivo de strongyloidiasis). Con respecto a la prevención de la geohelmintiasis, el país priorizará la estrategia de desparasitación en la población no escolarizada de 5 a 14 años por presentarse en este grupo etario la mayor carga de infección y en la población de 1 a 4 años dadas las consecuencias adversas más severas de la infección en este grupo de edad de los territorios definidos o priorizados en los lineamientos nacionales. Esta intervención incluye la adquisición de visores de 2.5 aumentos para la realización de tamizaje de triquiasis tracomatosa y el desarrollo de acciones de: a. Información en salud b. Educación y comunicación para la salud dirigido a la promoción de hábitos higiénicos, eliminación de basuras y manejo de excretas, entre otros; según lo establecido en las guías y planes para la prevención, control y eliminación de las enfermedades Infecciosas Desatendidas. c. Coordinación intersectorial para lograr la afectación de determinantes sociales en particular, el acceso a agua segura y saneamiento (eliminación de basuras, excretas, materia orgánica, entre otras) mejora en las prácticas de crianza de los cerdos, vacunación y desparasitación de cerdos, fortalecimiento de la inspección de las carnes en los mataderos y expendios. 2. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2.1.6.**Intervenciones colectivas dirigidas a poblaciones vulnerables**

Definición	Conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de poblaciones vulnerables priorizadas.
Población sujeto	a. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. b. Mujeres transgénero. c. Personas en situación de prostitución. d. Usuarios de drogas inyectables. e. Habitantes de calle.
Objetivo	Desarrollar o fortalecer factores protectores para la salud e identificar y gestionar el riesgo en salud de la población vulnerable priorizada.

Comprende	Contenido
Caracterización social y ambiental	Identificar: • Aspectos básicos sociales y demográficos. • Condiciones sociales, sanitarias y ambientales que inciden en la salud de la población vulnerable abordada. • Situaciones que evidencien el ejercicio de los derechos. • Factores de riesgo o de protección, sociales o de salud de la población vulnerable.

Comprende	Contenido
	• Creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el mantenimiento de la salud y la gestión del riesgo. • Recursos disponibles para la promoción de la salud y la gestión del riesgo.
Información en salud	Orientar, advertir, anunciar o recomendar a la población vulnerable con mensajes clave relacionados con las prioridades definidas con su participación y que estén relacionados con el logro de los objetivos, resultados e indicadores definidos para este entorno.
Educación para la salud	Educación para la salud en derechos en salud; derechos sexuales y reproductivos; prevención de riesgos y factores de protección; acceso al Sistema General de Seguridad Social; prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas para la promoción de la salud mental.
Tamizaje	a. Pruebas SRQ para la detección temprana de trastornos mentales en adultos. b. Prueba RQC para la detección temprana de trastornos mentales en niños y niñas. c. Prueba ASSIST (Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas) a la población con sospecha de patrones de consumo problemático. d. Prueba AUDIT a la población con sospecha de patrones de consumo problemático de alcohol. e. Tamizar para VIH, hepatitis B y C. (incluye consejería pre y post test) f. Otros tamizajes para detectar tempranamente eventos de interés en salud pública que generen alta externalidad en esta población.
Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	g. Identificar y caracterizar las redes ya existentes en cada territorio que desarrollen políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud y gestión de riesgos en salud en esta población o las posibilidades de su creación. h. Desarrollar capacidades a las redes o miembros de las mismas, para fortalecer su funcionamiento, sumar esfuerzos, crear sinergias y potenciar los recursos que poseen. i. Desarrollar o fortalecer los mecanismos para el intercambio de información, conocimientos, experiencias entre las personas, comunidades, grupos, organizaciones y redes, que permitan la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de la salud física y mental de la población vulnerable priorizada. j. Establecer alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a servicios de protección social. k. Evaluar los resultados e impacto en salud de los proyectos o actividades adelantadas por redes sociales o comunitarias en el entorno comunitario y la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad.
Adquisición y suministro de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de Eventos de Interés en Salud Pública	Comprende: a. Adquirir y suministrar insumos o materiales necesarios para la implementación de estrategias de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas, conforme a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social; entre ellos: agujas, jeringas, preservativos, cazoletas, guardianes, para depositar material utilizado. b. Adquirir y suministrar preservativos masculinos. c. Adquirir y suministrar medicamentos o insumos costo efectivos para la prevención y control de otros eventos de interés en salud pública en estas poblaciones, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: La canalización se refiere al conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, pacientes, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a estos y de esta manera mejorar su estado de salud y su calidad de vida y se adelanta en el marco de la ejecución de las tecnologías del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC, incluye el seguimiento a los individuos y familias canalizados y reporte de información conforme al documento de orientaciones y al sistema de monitoreo y evaluación de esta Ruta.

3.3. Intervenciones Individuales

Se definen como el conjunto de intervenciones en salud dirigidas a las personas en sus diferentes momentos de curso de vida y a la familia como sujeto de atención, que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud de forma individual grupal o familiar, con el fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición de salud.

En caso que una persona sea diagnosticada con un evento en salud, para el cual la RPMS contempla intervenciones de detección temprana, debe continuar con el manejo definido según el evento y continuar con las demás atenciones e intervenciones hacen parte de la RPMS.

Intervenciones por momento del curso de vida

A continuación se presentan los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida y su contenido se precisa en el anexo “Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud”.

3.3.1. Primera Infancia

La primera infancia inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención.

El abordaje propuesto en la RPMS durante este momento del curso de vida incluye la valoración integral de la salud y el desarrollo, identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo y detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno, por parte del talento humano de medicina o enfermería. A partir de ella se establecen una serie de intervenciones, programáticas o no, que complementan el abordaje clínico inicial.

Adicionalmente, las sesiones educativas individuales, grupales o familiares, indicadas de acuerdo con los hallazgos de la valoración, permiten potenciar o desarrollar capacidades para el cuidado de la salud y gestionar los riesgos específicos identificados previamente.

A continuación se presenta el cuadro que resume el esquema de atención para este momento vital que incluye las intervenciones individuales, grupales y familiares.

Cuadro 1: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para niños y niñas en primera infancia

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)												TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-18 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A		
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar	890201	X		X			X		X		X		X	Profesional en medicina general Especialista en pediatría Especialista en medicina familiar	Atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia.
	Atención en salud por profesional de enfermería	890205		X		X	X		X		X		X		Profesional en enfermería	Atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia.

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)												TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-18 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A		
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203				Una vez al año a partir de los 6 meses de edad									Profesional en odontología	Atención en salud bucal
	Atención por profesional de enfermería, medicina general o nutrición para la promoción y apoyo de la lactancia materna	890305	X	Según hallazgos y criterio del profesional											Profesional en nutrición Profesional en enfermería Profesional en medicina general	Valoración, promoción y apoyo de la técnica de lactancia materna
	Tamizaje para hemoglobina					Según el riesgo identificado - Una vez									No aplica	Atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia.
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Aplicación de barniz de flúor	997106						Semestral a partir del año de edad							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310						Semestral a partir del año de edad							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Aplicación de sellantes	997102										Según criterio del profesional a partir de los 3 años			Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Vacunación	993		X	X	X		X	X					X	Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
	Fortificación casera con micronutrientes en polvo					X		X	X						No aplica	Fortificación con micronutrientes en polvo
	Suplementación con micronutrientes									A partir de los dos años de edad, dos veces al año					No aplica	Atención en salud por medicina general, pediatría

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-18 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A	
	Suplementación con hierro*	B03AA0701	Ver nota al pie												No aplica	y enfermería en la primera infancia.
	Desparasitación intestinal antihelmíntica	P02CA0301						A partir del año de edad, dos veces al año. Junto con la suplementación							No aplica	
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual (padres o cuidadores)	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.												Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.												Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a dos ciclos educativos												Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

***Nota**: En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional y/o delgadez durante el periodo de lactancia, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento, un suplemento que aporte 1 mg/kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca la alimentación complementaria adecuada.

En el caso que el niño o niña a término sea alimentado desde el nacimiento con fórmula láctea, se recomienda NO administrar suplemento de hierro.

3.3.2. Infancia

A pesar de disfrutar de un mayor nivel de fortaleza e independencia respecto a la primera infancia, los niños y niñas de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días continúan siendo personas que requieren un acompañamiento muy cuidadoso en su salud, dadas las características del proceso de desarrollo y las vulnerabilidades asociadas al momento del curso de vida.

Adicional a los elementos ya abordados desde la primera infancia en cuanto a valoración y promoción del desarrollo integral y multidimensional de los niños y niñas y la identificación temprana de alteraciones que puedan afectar su salud, la valoración integral se orienta a la identificación de factores y conductas de riesgo que puedan ser moduladas y corregidas antes de que se presenten afectaciones importantes, principalmente en torno a modos, condiciones y estilos de vida.

Cuadro 2: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para niños y niñas en infancia

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			6	7	8	9	10	11		
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar	890201	X		X		X		Profesional en medicina general Especialista en pediatría Especialista en medicina familiar	Atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la infancia.
	Atención en salud por profesional de enfermería	890205		X		X		X	Profesional en enfermería	
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203	Una vez al año						Profesional en odontología	Atención en salud bucal
DETECCIÓN TEMPRANA	Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito*	902211 902213					Una vez entre los 10 y 13 años		No aplica	Atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la infancia.
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Aplicación de barniz de flúor	997106	Dos veces al año (1 por semestre)						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310	Dos veces al año (1 por semestre)						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Aplicación de sellantes	997102	Según necesidad						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			6	7	8	9	10	11		
	Vacunación	993				Según esquema vigente			Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a dos ciclos educativos						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

***Nota**: Intervención dirigida solamente para las mujeres.

3.3.3. Adolescencia

La adolescencia comprende desde los 12 a los 17 años se caracteriza por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales que repercuten de forma importante en el devenir y el futuro de las personas. Es universal en cuanto a los cambios físicos, neurológicos y de características sexuales que se ocasionan, mientras que los procesos psicosociales incluyendo la sexualidad no lo son, debido a la manera como las distintas sociedades y culturas significan y dan sentido a estas transformaciones biológicas y los resultados potenciales en términos de capacidades que se producen en la adolescencia y los contextos que influyen en su desarrollo.

Las intervenciones correspondientes a este momento vital se describen a continuación y se orientan a valorar el proceso de crecimiento y desarrollo de los adolescentes, verificar la presencia de riesgos que amenacen su salud y generar condiciones para la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de cuidado protectoras de la salud.

Cuadro 3: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para los adolescentes

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			12	13	14	15	16	17		
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o medicina familiar	890201	X		X		X		Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar	Atención en salud por enfermería, medicina general o medicina familiar en la adolescencia
	Atención en salud por profesional de enfermería	890205		X		X		X	Profesional en enfermería	
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203	Una vez al año						Profesional en odontología	Atención en salud bucal
DETECCIÓN TEMPRANA	Prueba rápida treponémica	906039	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)						Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Atención en salud por enfermería, medicina general o medicina familiar en la adolescencia
	Prueba rápida para VIH	906249	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)						Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Asesoría pre y pos test VIH	No aplica							Profesional en medicina general Profesional en enfermería	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			12	13	14	15	16	17		
	Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito*	902211	Una vez entre los 10 y 13 años		Una vez entre los 14 y 17 años				No aplica	
		902213								
	Prueba de embarazo	904508	En caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha						Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción**	890201			Por demanda				Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar Especialista en ginecología	Atención en salud para la anticoncepción
		890301								
	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - Control**	890205								
		890305								
	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [DIU] sod	697100								
	Inserción de anticonceptivos subdérmicos	861801								
	Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable	No aplica								
	Suministro de preservativos				Por demanda				No aplica	
	Aplicación de barniz de flúor	997106	Dos veces al año (1 por semestre)						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310	Dos veces al año (1 por semestre)						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Detartraje supragingival	997301	Según necesidad						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS						TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			12	13	14	15	16	17		
	Aplicación de sellantes	997102	Según necesidad						Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Vacunación	993	Según esquema vigente						Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a dos ciclos educativos						Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

*Nota: Intervención dirigida solamente para las mujeres

3.3.4. Juventud

La juventud comprende desde los 18 hasta los 28 años, es el momento de consolidación de la autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural, lo que se evidencia en actitudes de seguridad, poder y dominio. Los jóvenes se enferman con menos facilidad y menor frecuencia que los niños, y si sucede, en general, lo superan rápidamente. Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno se constituye en el centro de atención de la valoración integral en este momento de vida, así como el fortalecimiento de estilos de vida saludables y prácticas de cuidado protectoras de la salud como elemento protector para toda la vida. Las intervenciones correspondientes a este momento vital se describen a continuación:

Cuadro 4: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para los jóvenes

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o medicina familiar	890201	X						X					Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar	Atención en salud por enfermería, medicina general o medicina familiar en la juventud
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203	Una vez cada dos años											Profesional en odontología	Atención en salud bucal
DETECCIÓN TEMPRANA	Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	907106 903841 903895 903868 903818 903815 903816	Según clasificación del riesgo*											No aplica	Atención en salud por enfermería, medicina general o medicina familiar en la juventud

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	Prueba rápida treponémica	906039	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)											Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para VIH	906249	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)											Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Asesoría pre y pos test VIH	No aplica												Profesional en medicina general Profesional en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis B		Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)											Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis C				Una vez en estas edades, cuando se identifique antecedentes de transfusiones de sangre antes de 1996									Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba de embarazo	904508	En caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha											Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	892901			Tamización de oportunidad, a partir del criterio y evaluación de antecedentes y factores asociados					De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino				Profesional en medicina general Profesional en enfermería Profesional en bacteriología Tecnólogo (a) en Citohistología Tecnólogo (a) en Histo- citotecnología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
	Colposcopia cervico uterina	702201			Según hallazgos de la pruebas de tamización									Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	
	Biopsia cervicouterina	898101			Según hallazgos de la pruebas de tamización									Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	890201	Por demanda											Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar Especialista en ginecología	Atención en salud para la anticoncepción
		890301													
	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción – Control	890205													
		890305													
	Vasectomía SOD	637300												Especialista en urología	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	Sección o ligadura de trompas de Falopio [cirugía de pomeroy] por minilaparotomia sod	663100	Por demanda											Especialista en ginecología	
	Esterilización femenina	663910												Especialista en ginecología	
	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [DIU] sod	697100												Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en ginecología	
	Inserción de anticonceptivos subdérmicos	861801												Profesional en enfermería Profesional en medicina general	
	Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable	No aplica												No aplica	
	Suministro de preservativos													No aplica	
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310	1 vez cada año											Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS											TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
	Detartraje supragingival	997301	Según necesidad											Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Vacunación	993	Según esquema vigente											Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.											Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.											Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a dos ciclos educativos											Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

3.3.5. Adultez

La adultez comprende de los 29 a los 59 años. Se configura en un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo y las personas son capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, configurando sus trayectorias evolutivas personales y aprovechando las oportunidades disponibles en sus contextos. En este sentido, es importante subrayar que los patrones de desarrollo adulto no se configuran en algo novedoso, sino en la consolidación de los aprendizajes previos y un perfilamiento cada vez más claro de la individualidad.

Por lo tanto, las intervenciones en este momento de vida permiten consolidar los aprendizajes y fortalecer las capacidades aprendidas para posibilitar el crecimiento y el logro de los objetivos planeados por cada individuo.

Cuadro 5: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para los adultos

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o medicina familiar	890201	X	X	X	X	X	X	X	Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar	Atención en salud por medicina general o medicina familiar en la adultez
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203	Una vez cada dos años							Profesional en odontología	Atención en salud bucal
DETECCIÓN TEMPRANA	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH)	908436	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Profesional en bacteriología Tecnólogo (a) en Citohistología Tecnólogo (a) en Histo-citotecnología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
		29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	892901	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Profesional en bacteriología Tecnólogo (a) en Citohistología Tecnólogo (a) en Histo-citotecnología Técnico auxiliar en enfermería entrenada y certificada	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol)	892904	A partir de los 30 hasta los 50 años en zonas rurales dispersas							Profesional en medicina general entrenado Profesional en enfermería entrenado	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Criocauterización de cuello uterino	673310	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Profesional en medicina general entrenado Profesional en enfermería entrenado	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Colposcopia cervico uterina	702201	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Biopsia cervico uterina	898101	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
		29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)	876802					Cada dos años a partir de los 50 años			Especialista en radiología e imágenes diagnósticas entrenado Técnico en imágenes diagnóstica entrenado	Tamizaje de cáncer mama
Tamizaje para cáncer de mama (valoración clínica de la mama)				Anual a partir de los 40 años					Profesional en medicina entrenado Profesional en enfermería entrenado	Tamizaje de cáncer mama
Biopsia de mama	851101 851102	Según hallazgos de la prueba de tamización							Especialista en ginecología Especialista en mastología Especialista en radiología e imágenes diagnósticas entrenado	Tamizaje de cáncer mama
Tamizaje para cáncer de próstata (PSA)	906611					Cada 5 años a partir de los 50 años			No aplica	Tamizaje de cáncer de próstata
Tamizaje para cáncer de próstata (Tacto rectal)						Cada 5 años a partir de los 50 años			Profesional en medicina entrenado Especialista en urología	Tamizaje de cáncer de próstata
Biopsia de próstata	601101					Según hallazgos de la pruebas de tamización			Especialista en urología Especialista en radiología entrenado	Tamizaje de cáncer de próstata

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
		601102									
	Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica)	907009					Cada 2 años a partir de los 50 años			No aplica	Tamizaje de cáncer de colon
	Colonoscopia *	452301					Según resultados prueba de sangre oculta			Especialista en gastroenterología y endoscopia	Tamizaje de cáncer de colon
	Biopsia de colón	452500					Según hallazgos endoscópicos				
	Tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	907106 903841 903895 903868 903818 903815 903816	Quinquenal							No aplica	Atención en salud por medicina general o medicina familiar en la adultez
	Prueba rápida treponémica	906039	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para VIH	906249	Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
	Asesoría pre y pos test VIH	No aplica								Profesional en medicina general Profesional en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis B		Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis C		Una vez en estas edades, cuando se identifique antecedentes de transfusiones de sangre antes de 1996				A partir de los 50 años una vez en la vida			Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba de embarazo	904508	En caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	890201	Por demanda				Por demanda**			Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar Especialista en ginecología	Atención en salud para la anticoncepción
		890301									
	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - Control	890205									
		890305									
	Vasectomía SOD	637300	Por demanda							Especialsta en urología	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
	Sección o ligadura de trompas de Falopio [cirugía de pomeroy] por minilaparotomia sod	663100	Por demanda							Especialista en ginecología	
	Esterilización femenina	663910								Especialista en ginecología	
	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo [DIU] sod	697100								Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en ginecología	
	Inserción de anticonceptivos subdérmicos	861801								Profesional en enfermería Profesional en medicina general	
	Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable									No aplica	
	Suministro de preservativos		Por demanda según parámetros establecidos en el documento de directrices							No aplica	
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310	1 vez cada dos años							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal
	Detartraje supragingival	997301	Según necesidad							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS		CUPS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD EN AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			29 – 34	35 -39	40 - 44	45 - 49	50 - 52	53 -55	56 - 59		
	Vacunación	993	Según esquema vigente							Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a dos ciclos educativos							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

*** Nota**: De acuerdo a la GPC esta tecnología se considera como prueba de tamizaje a realizar cada 10 años, según disponibilidad y umbral de costoefectividad.
****Nota**: Este procedimiento está disponible para la población masculina.

3.3.6. Vejez

Existen diversos enfoques para comprender el proceso de envejecimiento y las características de la vejez; sin embargo estos pueden vivirse desde las pérdidas o desde la plenitud, de acuerdo con los efectos acumulados a lo largo de la vida, la confluencia de las oportunidades y los recursos, tanto individuales como generacionales, que afecten el continuo de la vida de cada persona, así como su condición y posición social y su conjugación con la edad, el género, la clase social y el origen étnico, que representan ciertas diferencias en el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades.

Las intervenciones correspondientes a este momento vital, que comprende desde los 60 años en adelante, se describen a continuación y en conjunto buscan la protección de las prácticas de cuidado de la salud adquiridas, la identificación oportuna de exposición a riesgos y la detección temprana de alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de derivarlas para su manejo oportuno.

Cuadro 6: Esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales para las personas adultas mayores

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención en salud por medicina general o medicina familiar.	890201	Una vez cada tres años							Médico General Médico especialista en Medicina Familiar	Atención en salud por medicina general o medicina familiar en la vejez
	Atención en salud bucal por profesional de odontología	890203	Una vez cada dos años							Odontología	Atención en salud bucal

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
DETECCIÓN TEMPRANA	Tamizaje para cáncer de cuello uterino (ADN - VPH)	908436	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Profesional en bacteriología Tecnólogo (a) en Citohistología Tecnólogo (a) en Histo-citotecnología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	892901	De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje de cáncer de cuello uterino							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Profesional en bacteriología Tecnólogo (a) en Citohistología Tecnólogo (a) en Histo-citotecnología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
	Colposcopia cervico uterina	702201	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
		60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
Biopsia cervicouterina	898101	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Profesional en medicina general entrenado y certificado Especialista en ginecología	Tamizaje de cáncer de cuello uterino
Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)	876802	Cada dos años hasta los 69 años							Especialista en radiología e imágenes diagnósticas entrenado Técnico en imágenes diagnóstica entrenado	Tamizaje de cáncer mama
Tamizaje para cáncer de mama (valoración clínica de la mama)	No aplica	Anual a hasta los 69 años							Profesional en medicina entrenado Profesional en enfermería entrenado	Tamizaje de cáncer mama
Biopsia de mama	851101 851102	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Especialista en ginecología Especialista en mastología Especialista en radiología e imágenes diagnósticas entrenado	Tamizaje de cáncer mama

PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
		60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
Tamizaje para cáncer de próstata (PSA)	906611	Cada 5 años hasta los 75 años							No aplica	Tamizaje de cáncer de próstata
Tamizaje para cáncer de próstata (Tacto rectal)	No aplica	Cada 5 años hasta los 75 años							Profesional en medicina entrenado Especialista en urología	Tamizaje de cáncer de próstata
Biopsia de próstata	601101 601102	Según hallazgos de la pruebas de tamización							Especialista en urología Especialista en radiología entrenado	Tamizaje de cáncer de próstata
Tamizaje para cáncer de colon (Sangre Oculta en materia fecal por inmunoquímica)	907009	Cada 2 años hasta los 75 años							No aplica	Tamizaje de cáncer de colon
Colonoscopia *	452301	Según resultados prueba de sangre oculta							Especialista en gastroenterología y endoscopia	Tamizaje de cáncer de colon

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
	Biopsia de colón	452500	Según hallazgos endoscópicos								
	Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	907106 903841 903895 903868 903818 903815 903816	Quinquenal							No aplica	Atención en salud por medicina general o medicina familiar en la vejez
	Prueba rápida treponémica	906039	Según exposición al riesgo							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para VIH	906249	Según exposición al riesgo							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
	Asesoría pre y pos test VIH	No aplica								Profesional en medicina general Profesional en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis B		Según exposición al riesgo (relaciones sexuales sin protección)							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
	Prueba rápida para Hepatitis C		A partir de los 50 años una vez en la vida							Profesional en medicina general Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción	890201 890301	Por demanda solo para la población masculina							Profesional en enfermería Profesional en medicina general Especialista en medicina familiar Especialista en ginecología	Atención en salud para la anticoncepción
	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría en anticoncepción - Control	890205 890305									

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
	Vasectomía SOD	637300	Por demanda							Especialista en urología	
	Suministro de preservativos		Por demanda según parámetros establecidos en el documento de directrices							No aplica	
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana	997310	1 vez cada dos años							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	Atención en salud bucal
	Detartraje supragingival	997301	Según necesidad							Profesional en odontología Técnico en auxiliar de salud oral	
	Vacunación	993	Según esquema vigente							Profesional en enfermería Técnico auxiliar en enfermería	Manual técnico administrativo del PAI. Capítulo 16. Esquema de Nacional Vacunación
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación individual	9902	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.
	Educación dirigida a la familia	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS	FRECUENCIA SEGÚN EDAD AÑOS							TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
			60 - 62	63 - 65	66 - 68	69 - 71	72 - 74	75 - 77	78 - 79	80 años y mas	
	Educación grupal	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los ciclos y contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud. Se debe derivar a por lo menos a tres ciclos educativos							Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

*__Nota__: de acuerdo a la GPC esta tecnología se considera como prueba de tamizaje a realizar cada 10 años, según disponibilidad y umbral de costoefectividad.

3.4. Intervenciones para la familia como sujeto de atención

En coherencia con la Política Nacional de Apoyo y Fortalecimiento de la Familia, esta se comprende como "*… una estructura social que se constituye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por lo tanto, si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor, lo que la estructuran y le brindan cohesión a la institución*".[32,33]

En este marco es necesario reconocer que el concepto de familia ha evolucionado a propósito de las transformaciones históricas sociales y culturales que tiene fundamento en los derechos humanos, que reconoce a los sujetos de derechos y desde allí, a los integrantes del grupo familiar en su diversidad social y como personas titulares activas de derechos. De este modo se asume a la familia como sujeto colectivo de derechos y por tanto en condición de pluralidad y diversidad.

Así entendida, la familia, tiene sus propias dinámicas y situaciones que la configuran como una unidad y éstas tienen incidencia en la salud tanto individual como familiar, por lo cual es necesario que sea abordada en este marco relacional, y no de forma fragmentada por cada uno de sus integrantes.

La atención en salud a las familias, garantiza su reconocimiento como sujeto colectivo de derechos y fin en sí misma, a partir de la valoración integral a la familia, que se realiza a través de la aplicación de las herramientas de evaluación familiar que permiten reconocer las capacidades y el grado de funcionamiento familiar y de acuerdo a ésta se identifican los riesgos para la salud de la familia y sus integrantes, las condiciones de desarrollo y funcionalidad de las relaciones familiares, que pueden generar una derivación a atenciones adicionales dirigidas a la familia que contribuyan a la promoción y fortalecimiento de la misma.

La valoración integral a la familia se realiza como una actividad en cada una de las siguientes atenciones: i) en los procedimientos de consultas de valoración integral en salud de las personas en cada uno de los momentos del curso de vida; y ii) en el procedimiento de atención básica de orientación familiar, cuando ésta es demandada por la familia y no cuenta con la valoración integral previamente.

A continuación se presentan el esquema de atenciones dirigidas a la familia y su contenido se precisa en el anexo "Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud".

	PROCEDIMIENTOS /CONSULTAS	CUPS	FRECUENCIA	TALENTO HUMANO	DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
VALORACIÓN INTEGRAL	Atención básica de orientación familiar	890201 890205 890208 890209	Familias identificadas con riesgo medio*	Medicina General Enfermería Psicología Trabajo Social Especialista en Medicina Familiar	Atención básica de orientación familiar
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Educación para la salud familiar	9901	Según valoración y criterio del profesional se establecerán los contenidos de educación requeridos conforme a las directrices para la atención en salud y de educación para la salud.	Según procedimiento de educación para la salud	Educación para la salud.

[32] El concepto de "familia" como institución en el marco de este documento se asume como una estructura de orden social, con permanencia de su identidad a través de cambios y transformaciones en el tiempo y contextos. Exp. 19001-23-31-000-2001-00757-01 (Consejo de Estado, 2013).
[33] Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 11 de julio de 2013.

*Estos riesgos se describen en el anexo técnico del procedimiento de Atención básica de Orientación Familiar

CAPÍTULO 4. TALENTO HUMANO PARA LA OPERACIÓN DE LA RPMS

La prestación de las atenciones dispuestas en la RPMS está a cargo del talento humano contemplado en cada uno de los procedimientos, que deberá contar con las competencias generales y establecidas en la normatividad vigente para la atención integral en salud de las personas, las familias y comunidades, bajo los enfoques de curso de vida, género, diferencial, de derechos y de salud familiar y comunitaria y conforme a lo descrito en el presente lineamiento y sus anexos. La RPMS define el talento humano mínimo requerido para garantizar la calidad de la atención y los resultados en salud esperados, Por lo anterior y teniendo en cuenta las características territoriales y poblacionales, los integrantes del sistema de salud, pueden disponer en su modelo de prestación de servicios de otros perfiles dentro del equipo a cargo de la operación de la RPMS, garantizando la calidad, el acceso, la oportunidad, las frecuencias, los contenidos y los resultados esperados en las personas, familias y comunidades.

Los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, desde su competencia deben orientar las acciones tendientes a mejorar la disponibilidad de talento humano suficiente y competente para gestionar el cuidado integral de la salud, con calidad, oportunidad y pertinencia, a través de la humanización, procesos de selección, inducción, re inducción; entre otras estrategias que aporten a la continuidad, motivación y compromiso, en el marco de las definiciones y alcances de este lineamiento. Caso especial son los procesos de inducción a los profesionales que inician su servicio social, en los términos estipulados en la Ley 1164 de 2007 y reglamentado en las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014.

Según la Resolución 5269 de 2017, tanto la medicina familiar como la pediatría, son especialidades de puerta de entrada al sistema, de manera tal, que se constituyen en opciones válidas cuando se disponga del talento humano para la ejecución de las actividades o intervenciones descritas en la RPMS. El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en el anexo 1 del presente lineamiento los cuales son de obligatorio cumplimiento.

De otra parte, el gestor comunitario no representa un nuevo perfil titulado de talento humano en salud, ni técnico ni operativo, sino que corresponde a una persona de la comunidad que en zonas dispersas podrá apoyar el desarrollo de intervenciones específicas de las RIAS, previo proceso de entrenamiento no formal según directrices que para el efecto expida la Nación. En cuanto a la diferencia entre las competencias del gestor comunitario en salud y las del auxiliar en salud pública, se debe considerar que este último corresponde a un perfil regulado a través del Decreto 1075 del 2015[34], "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación", específicamente en la parte 6 sobre la educación para el trabajo y el desarrollo humano, y el anexo del Decreto 3616 del 2015 donde se describen las normas de competencia laboral del auxiliar en salud pública[35]. Esta formación es titulada y expide un certificado de aptitud ocupacional.

CAPITULO 5. PARÁMETROS GENERALES DE CONTRATACIÓN PARA LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO

La contratación de la atención en salud en el marco de las RIAS debe orientarse al logro de los resultados en salud y realizarse conforme a lo descrito en el presente lineamiento.

Independientemente de las modalidades usadas por los agentes responsables para la ejecución de las acciones contenidas en los diferentes tramos de la Ruta Integral de Atención en Salud, se debe garantizar la definición y concertación de algunos parámetros mínimos que garanticen esta orientación.

[34] Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/normatividad/1753/w3-article-351080.html
[35] Ministerio de Salud y Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Perfiles Ocupacionales y Normas de Competencia Laboral para Auxiliares en las Áreas de la Salud [Internet pdf] Bogotá; septiembre de 2004. Disponible en:
http://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Perfiles_ocupacionales_I_ed.pdf

5.1. Intervenciones colectivas

Se constituyen las intervenciones, actividades, procedimientos e insumos establecidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015 como elementos indispensables para ser incluidos y precisados en los contratos que se establezcan entre las Direcciones Territoriales de Salud y los prestadores de servicios seleccionados para la ejecución de las intervenciones colectivas. Para la contratación de las intervenciones colectivas se debe realizar las siguientes acciones de acuerdo con la normatividad vigente:

1. Identificar los programas, proyectos y oferta de servicios (respuestas) existentes en el municipio, distrito o departamento, bien sean sectoriales o de otros sectores que incidan en el logro de los resultados definidos en el PTS.
2. En caso de no existir, suscribir o acordar los procedimientos, rutas y mecanismos de activación de la respuesta sectorial e intersectorial, requeridas para la complementariedad de las acciones y la gestión integrada e integral de los servicios sociales y de salud, centrada en las necesidades de las personas, familias y comunidades.
3. Gestionar con otros sectores la realización de las acciones que según su competencia les corresponda adelantar para afectar los determinantes sociales de la salud encontrados en cada entorno; por ejemplo, el mejoramiento del acceso a servicios públicos, condiciones de habitabilidad de la vivienda, acceso a programas sociales, entre otros.
4. Programar las intervenciones a implementar en el plan de acción en salud de la Entidad Territorial para la vigencia respectiva, las cuales deberán ser complementarias a las que se están ejecutando por otros sectores y a las ejecutadas a nivel individual por el sector salud.
5. Definir el entorno en el cual se desarrollaran las intervenciones colectivas, los resultados a obtener y establecer la cobertura de la población sujeto de las intervenciones; así como las características y especificaciones técnicas para el desarrollo de las intervenciones a contratar; el talento humano que deberá ejecutar las intervenciones (el cual según la intervención o acción, podrá incluir Organizaciones de Base Comunitaria, gestores comunitarios, autoridades tradicionales indígenas en salud, entre otros); los productos esperados; el tiempo de ejecución; los estándares, criterios y metodología o mecanismo para el monitoreo y evaluación y auditoria del contrato a suscribir. Dichas especificaciones deberán ser parte integral de los respectivo (s) contrato (s) del PIC.
6. Definir el costo de las intervenciones y soportar el mismo en documento que será soporte del estudio previo del contrato respectivo.
7. Contratar la ejecución de dichas intervenciones de manera oportuna.
8. Todas las intervenciones colectivas ejecutadas en los entornos, deberán ser documentadas o sistematizadas a fin de retroalimentar a los sujetos de atención; así como evaluadas en términos de proceso, resultados en salud alcanzados y de capacidades desarrolladas.
9. Realizar supervisión o interventoría a la ejecución técnica, administrativa y financiera de la ejecución de las intervenciones contratadas; así como realizar el seguimiento y evaluación de los resultados de dichas intervenciones, lo cual deberá incluir, el seguimiento de la efectividad de la canalización o derivación a rutas o servicios de salud y servicios sociales realizados en el marco de estas intervenciones a fin de retroalimentar los procesos de gestión, tomar decisiones y realizar los ajustes respectivos.

5.2. Intervenciones individuales

Los acuerdos entre EAPB y prestadores de servicios de salud para el cubrimiento de las intervenciones individuales contenidas en la RPMS, independientemente de las modalidades de contratación y pago escogidas, deberán garantizar que, al menos, consideren y concreten como mínimo:

- Las intervenciones y actividades cubiertas por el contrato, así como los parámetros técnicos de acuerdo con los cuales deban desarrollarse, según las disposiciones establecidas en la RPMS.

- Los procedimientos acordados para la captación efectiva y oportuna de las personas y familias beneficiarias de atención por el prestador o la red contratada, el tiempo requerido para garantizar la atención al total de los afiliados contratados y los mecanismos establecidos para la respuesta oportuna en los casos identificados y canalizados para la atención en la red desde los entornos bien sea en la ejecución de acciones colectivas o desde otros sectores que operen en el territorio.

- Los procedimientos para la canalización de personas o familias a otras atenciones requeridas individuales o colectivas.

- Los resultados a obtener, según definiciones contenidas en la RPMS.

- Los mecanismos de monitoreo y seguimiento de esos resultados, incluyendo el los parámetros para el reporte y procesamiento de los indicadores y datos requeridos en la ejecución de las acciones.

En ningún caso, independientemente de la forma de contratación utilizada, se considera pertinente la autorización previa como requisito para la prestación de los servicios contenidos en la RPMS, dado que los mismos son de cobertura universal y deben ser garantizados a la totalidad de la población afiliada en los términos y condiciones estipulados en este lineamiento.

CAPÍTULO 6. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y la evaluación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, tiene como eje los componentes de la atención integral en salud definidos en el *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS*, este proceso incluye la definición de los resultados en salud esperados en las personas, familias y comunidades, así como los resultados del proceso de atención en salud a cargo de los agentes del sistema de salud.

En consonancia con el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados – Sinergia-[36] y lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social en Salud ha construido el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), con una propuesta de abordaje en tres ejes: i) las personas como centro y finalidad del sistema, ii) la calidad a partir de un enfoque sistémico y iii) la transformación del sistema mediante procesos de autoevaluación. Así, los planteamientos actuales se enfocan en modelos sostenibles de gestión, con una apuesta a la excelencia del sistema y por ende en la prestación de servicios integrales en salud[37].

El objetivo general del monitoreo y evaluación de la RIA para la promoción y mantenimiento de la salud, es medir los resultados en salud alcanzados en las personas, familias y comunidades, de tal forma, que apoye la toma de decisiones y la mejora del proceso de atención integral en Salud, a través de los siguientes objetivos específicos:

a. Monitorear los resultados de la implementación de los procesos de gestión de la salud pública en los agentes del sistema de salud y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud para garantizar una atención en salud integral y de calidad.

b. Determinar el grado de cumplimiento, coberturas y complementariedad de las acciones e intervenciones establecidas por parte de los agentes del sistema de salud.

c. Medir los resultados en salud en las personas, familias y comunidades, derivados de las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales con énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud.

d. Monitorear las brechas sociales existentes que afectan la salud

Se establece como monitoreo y evaluación lo siguiente:

Monitoreo es un proceso continuo de seguimiento de las acciones e intervenciones de la RIAS mediante la utilización de datos recopilados sobre su ejecución, de tal forma que

[36] Decreto 1290 de 2014 por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados -Sinergia-
[37] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. Diciembre de 2016.

soporte la toma de decisiones durante la implementación y operación de las mismas; abarca los resultados, como, por ejemplo, el progreso alcanzado en los objetivos de desarrollo nacional[38].

En el entendido que la atención integral no se limita a las intervenciones individuales, sino que trasciende a procesos y acciones que impacten positivamente los determinantes sociales de la salud, para generar condiciones de bienestar para la población, que permitan disminuir las brechas sociales que afectan el estado de salud de las personas, familias y comunidades[39], es necesario realizar monitoreo a la implementación o fortalecimiento de los procesos de la gestión de la salud pública por parte de los agentes del sistema de salud, de acuerdo a las responsabilidades contempladas en la norma, así como al cumplimiento de las actividades programadas (eficacia técnica) y de los recursos financieros del sector salud ejecutados frente a los programados, de acuerdo con la normatividad vigente (eficacia financiera).

Por tanto, el monitoreo se realiza a las intervenciones individuales, colectivas y a las acciones de la Gestión de la Salud Pública, estas últimas de conformidad con lo establecido en la Resolución 518 de 2015[40] o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Evaluación es una valoración periódica y objetiva de un proyecto, programa o política planificado, en curso o terminado. Se utiliza para responder a preguntas específicas relacionadas con el diseño, la implementación y los resultados. En contraste con el monitoreo, que es continuo, las evaluaciones se llevan a cabo en momentos concretos en el tiempo y a menudo requieren una perspectiva externa de los técnicos expertos[41].

El punto de partida para el monitoreo y la evaluación serán los hitos y los desenlaces esperados o resultados en salud, contemplados en la RPMS. Por tanto, la evaluación se realiza a los cambios en la salud y al desarrollo de capacidades para la promoción y el mantenimiento de la misma en las personas, familias y comunidad, a través de los indicadores intermedios, de impacto y las brechas sociales en salud identificadas.

La periodicidad establecida para realizar el monitoreo y la evaluación será la definida en los respectivos indicadores de proceso y resultado; en todo caso la evaluación, se realizará como mínimo anualmente, tomando en cuenta la última información disponible para cada uno de los indicadores.

Todos los agentes del sistema de salud en el marco de sus competencias deberán adelantar procesos de monitoreo y evaluación de las acciones e intervenciones definidas en la RPMS y del impacto de las mismas en su población a cargo.

6.1. Indicadores

Los indicadores contemplados para estimar los avances obtenidos en la implementación de la RPMS a través del monitoreo y evaluación, darán respuesta a:

- Resultados en salud: se concibe como aquellos que generan un cambio real o deseado en la salud de las personas, familias y comunidades; entendiéndose como los impactos a corto y mediano plazo, resultado de la garantía del derecho a la salud y que fueron posibilitados a través de la atención integral en salud.

- Gestión para la atención integral en salud: entendiéndose como el cambio real o deseado en las condiciones del proceso de atención en salud, relacionado con cambios en la capacidad de los agentes del sistema de salud para desempeñar a cabalidad sus funciones y competencias.

[38] BID. Paul J. Gertler, Sebastián Martínez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings y Christel M. J. Vermeersch. La Evaluación de impacto en la práctica. Segunda Edición. 2011.
[39] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas integrales de atención en salud
[40] Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
[41] BID. Paul J. Gertler, Sebastián Martínez, Patrick Premand, Laura B. Rawlings y Christel M. J. Vermeersch. La Evaluación de impacto en la práctica. Segunda Edición. 2011.

A continuación se presentan los indicadores para el monitoreo y evaluación desagregados por agente del sistema, cuyas fichas técnicas se dispondrán en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

6.1.1. Indicadores de resultado de la RPMS

A continuación, se relaciona los indicadores de resultado a los cuales todos los agentes del sistema de salud y otros sectores deberán contribuir para su consecución en el marco de sus competencias y responsabilidades.

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo	Proporción de niñas y niños en primera infancia con desarrollo esperado o normal para la edad *			
Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses	Proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva*			
Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas	Proporción de adultos mayores que conservan sus habilidades cognitivas*			
Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional	Proporción de adultos mayores que conservan su autonomía*			
	Proporción de adultos mayores que conservan su independencia funcional*			
Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad	Prevalencia de anemia en personas de 6 a 59 meses			
	Proporción de personas cuidadoras con conocimientos, actitudes y prácticas que promueven un adecuado estado nutricional en niños y niñas			
	Proporción de personas con conocimientos, actitudes y prácticas para promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario.			
	Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años*			
	Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años*			
	Proporción de menores de 5 años con peso adecuado para la talla (Fuente RIPS)			
	Proporción de menores de 5 años con talla adecuada para la edad (Fuente RIPS)			
	Proporción de personas de 5 años y más con IMC adecuado para la edad*			
Personas sin problemas y trastornos mentales	Proporción de casos nuevos de trastornos de ansiedad*			
	Proporción de casos nuevos de trastornos depresivos*			
Personas sin morbilidad evitable	Incidencia de meningitis tuberculosa			
	Incidencia de neumonía Streptococcus pneumoniae (Spn)			
	Incidencia de difteria			
	Incidencia de tétanos			
	Incidencia de tosferina			

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
	Incidencia de meningitis por Haemophilus influenzae (Hi)			
	Tasa de incidencia de hepatitis B			
	Incidencia de parotiditis			
	Incidencia de rubeola			
	Incidencia de sarampión			
	Tasa de incidencia de hepatitis A			
	Tasa de incidencia de varicela			
	Tasa de incidencia de infección respiratoria aguda en menores de 5 años*			
	Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años*			
Personas sin mortalidad evitable	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles del programa ampliado de inmunizaciones (PAI)			
	Tasa de mortalidad en la niñez			
	Tasa de mortalidad infantil			
	Tasa estimada de mortalidad infantil			
Personas con adecuado estado de salud visual	Proporción de niños y niñas menores de 8 años con ambliopía			
	Proporción de personas tamizadas con agudeza visual normal o corregida			
Personas con adecuado estado de salud auditiva y comunicativa	Proporción de personas con adecuado estado de salud auditiva y comunicativa			
	Número de menores de 5 años atendidos en los servicios de salud con diagnóstico de otitis media supurativa			
Personas con adecuado estado de salud bucal	Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de caries dental			
	Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de gingivitis y enfermedad periodontal			
	Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico de fluorosis			
	Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con índice COP igual a 0			
	Proporción de personas mayores de 18 años, con perdida dental por enfermedad bucodental prevenible			
Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Proporción de mujeres y hombres que deciden iniciar sus relaciones sexuales de forma autónoma			
	Proporción de personas con conocimientos y prácticas de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos			
	Proporción de personas que conocen métodos anticonceptivos			
	Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años			
	Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años			
	Tasa de fecundidad en mujeres de 20 a 24 años			
	Tasa general de fecundidad			
Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas	Nivel de sensibilidad que tienen los ciudadanos frente a personas que han sido sometidas a estigmas *			
	Proporción de personas que desarrollan capacidades para el establecimiento de relaciones sanas y constructivas *			
	Proporción de personas que desarrollan capacidades para gestión de las emociones			
Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia	Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia*			
Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo	Trabajadores informales abordados desde el PIC con conocimientos y prácticas para la prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo.			
Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales	Proporción de personas con capacidades para afrontar los sucesos vitales			
Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud	Personas, familias o comunidades que conforman o hacen parte de redes comunitarias y sociales para la promoción de la salud			
	Trabajadores informales abordados desde el PIC que se organizan o hacen parte de una red social o agremiación.			
	Grado de disposición de los ciudadanos a participar en redes, grupos e iniciativas de apoyo			
Personas, familia y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud	Cuidadores que desarrollan prácticas de cuidado de su salud			
	Proporción de personas mayores de 12 años que consumen tabaco *			
	Proporción de personas con capacidad de agencia para el cuidado de su salud y su desarrollo			
	Proporción de personas que desarrollan prácticas para el cuidado de su salud y su desarrollo			
	Prevalencia de cumplir recomendaciones actividad física *			
	Cobertura de población a riesgo de ETV que duerme bajo toldillo			
Personas cuidadoras cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños	Proporción de personas cuidadoras que identifican signos de alarma o complicaciones en el estado de salud de los niños y niñas			
	Proporción de personas cuidadoras que practican pautas de crianza promotoras del desarrollo saludable de los niños y niñas			
Personas con prácticas para el cuidado y protección de los entornos	Personas con conocimientos y prácticas para cuidar y mantener el entorno con condiciones físicas, sociales y ambientales adecuadas, sostenibles y seguras			
Personas, familias y comunidades que habitan, laboran y estudian en entornos saludables	Entornos abordados desde el PIC con condiciones físicas, sociales y ambientales que protegen y promueven la salud *			
	Focos de ETV controlados o eliminados con acciones integrales de prevención y control			
Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y	Organizaciones de base comunitaria, redes comunitarias, comunidades u otras formas organizativas en salud, que implementan iniciativas comunitarias para la promoción			

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
ejercicio del derecho a la vida y la salud	de la salud y gestión integral del riesgo en salud			
	Proporción de personas cuidadoras que conocen los derechos de los niños y niñas y las formas de exigirlos			
	Proporción de personas que conocen sus derechos y las formas de exigirlos			
Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	Porcentaje de niños y niñas detectados y tratados para la enfermedad de chagas			
	Proporción de hombres con diagnóstico de cáncer de próstata según estadio clínico			
	Proporción de mujeres con lesiones precáncerosas del cuello uterino (Lesión intraepitelial escamosa de alto grado o NIC II, NIC III o Carcinoma InSitu) y Adenocarcinoma endocervical in situ			
	Proporción de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama según estadio clínico			
	Proporción de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto según estadio clínico			

Nota: * Dan cuenta de la gestión realizada por otros sectores para el logro del resultado

6.1.2. Indicadores de proceso

A continuación se relacionan los indicadores de proceso que aportan al logro de los resultados en las personas, familias y comunidades y que permiten monitorear la gestión adelantada por cada uno de los agentes del sistema en lo relacionado con la entrega efectiva de las intervenciones individuales y colectivas dispuestas en la RPMS.

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo	Proporción de personas con atención integral de acuerdo al esquema definido			
	Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido			
	Proporción de niñas y niños en primera infancia clasificados con riesgo o sospecha de problemas en el desarrollo con seguimiento			
	Proporción de personas que asisten a sesiones educativas grupales según finalidad			
	Proporción de personas cuidadoras que asisten a sesiones educativas grupales según finalidad			
	Proporción de personas que cumplen con dos ciclos educativos por momento de curso de vida			
	Proporción de personas que asisten a sesiones educativas individuales según finalidad			
	Número de personas abordadas en el PIC por intervención			
Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses	Cobertura de consulta para la promoción y apoyo de la lactancia materna en niños menores de dos meses de edad			
Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas	Proporción de adultos mayores que acceden al ciclo de educación de entrenamiento cognitivo y emocional			
Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional	Cobertura de personas con atención integral de acuerdo al esquema definido			
	Cobertura de personas con atención por enfermería, medicina general o especializada de acuerdo al esquema definido			
	Proporción de adultos mayores identificados con fragilidad			
Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad	Proporción de personas con valoración antropométrica			
	Proporción de niños entre los 6 y 24 meses de edad con suministro de micronutrientes en polvo			
	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A			
	Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso			
	Cobertura de desparasitación antihelmíntica en niños de 1 a 5 años			
	Cobertura de desparasitación antihelmíntica en niños de 5 a 14 años			
	Proporción de mujeres de 10 a 17 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y se detectó anemia			
Personas sin morbilidad evitable	Cobertura de vacunación con BCG			
	Cobertura de vacunación contra neumococo (dos dosis)			
	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año			
	Cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año			
	Cobertura de vacunación contra hepatitis A en niños y niñas de 1 año			
	Cobertura de vacunación para varicela en niños y niñas de 1 año			
	Cobertura de vacunación para refuerzo de triple viral			
	Proporción de niños y niñas con esquema completo de vacunación			
Personas con adecuado estado de salud visual	Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual			
	Proporción de personas con tamizaje auditivo con instrumento VALE			

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Personas con adecuado estado de salud auditiva y comunicativa	Proporción de niños con riesgo otológico o auditivo identificado, a quienes se les realiza manejo según lo establecido en la RIAS de grupo de riesgo para las enfermedades del oído, alteraciones de la audición y la comunicación			
Personas con adecuado estado de salud bucal	Cobertura de personas con valoración de la salud bucal de acuerdo al esquema definido			
	Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz)			
	Cobertura de control de placa bacteriana			
	Proporción de personas a quienes se realiza detartraje supragingival			
	Proporción de personas a quienes se aplica sellantes de fotocurado			
Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Proporción de personas con asesoría en anticoncepción			
	Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos por tipo de método			
Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado de su salud	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino y reclaman el resultado			
Personas, familias y comunidades que habitan, laboran y estudian en entornos saludables	Cobertura de vacunación antirrábica en perros y gatos			
	Proporción de trabajadores informales abordados en el PIC a quienes se les realiza gestión para la modificación del sitio de trabajo			
Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud	Personas informadas sobre los derechos para la atención integral en salud, mecanismos de participación y existencia de redes o servicios sociales			
	Proporción de personas que conocen sus derechos y las formas de exigirlos			
	Proporción de padres y cuidadores que conocen los derechos de los niños y niñas y las formas de exigirlos			
Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización			
	Proporción de mujeres con tamizaje de cáncer de cuello uterino (pruebas ADN-VPH), según esquema			
	Proporción de mujeres de 30 a 65 años con resultados de la prueba ADN-VPH positiva a quienes se les realizó citología de triage			
	Proporción de mujeres de 30 a 50 años residentes en áreas dispersas, tamizadas con técnicas de inspección visual en los últimos tres años			
	Proporción de mujeres con técnicas de inspección visual positiva a quienes se realiza colposcopia y/o biopsia			
	Proporción de mujeres con citología anormal o citología de triage anormal a quienes se realizó colposcopia y biopsia			
	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal, citología de triage anormal o técnicas de inspección visual positiva remitidas que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia y/o biopsia			
	Oportunidad en la confirmación diagnóstica de las lesiones precancerosas o cáncer infiltrante del cuello uterino			
	Proporción de mujeres entre 30 y 50 años, positivas a la inspección visual con ácido acético y lugol que recibieron tratamiento inmediato con método ablativo o de escisión			
	Proporción de citologías con muestras insatisfactorias o rechazadas			
	Proporción de mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año			
	Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años			
	Proporción de mujeres con mamografía reportada como Birards 4 o más que cumplen con el estándar de 30 días para la entrega de resultados de biopsia			
	Oportunidad en la confirmación diagnóstica del cáncer de mama			
	Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)			
	Proporción de hombres con pruebas de tamizaje anormal a quienes se les realizó biopsia de próstata			
	Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de próstata			
	Proporción de hombres menores de 50 años, con factores de riesgo que fueron tamizados con tacto rectal y PSA			
	Proporción de personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica, según lo definido en el esquema)			
	Proporción de personas mayores de 50 años con test de sangre oculta en materia fecal positivos a los que se les realizó colonoscopia			

RESULTADO ESPERADO	NOMBRE DEL INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
	Proporción de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza colonoscopia de tamización para cáncer de colon y recto en los últimos diez años			
	Oportunidad para la confirmación diagnóstica de cáncer de colon y recto			
	Proporción de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico			
	Proporción de personas clasificadas según riesgo cardiovascular y metabólico			
	Proporción de personas con resultado positivo en prueba de tamización para sífilis			
	Proporción de personas con resultado reactivo en prueba de tamización para Hepatitis B			
	Proporción de personas con resultado reactivo en prueba de tamización para Hepatitis C			
	Proporción de personas con resultado reactivo en prueba de tamización para VIH			
	Proporción de personas cuidadoras con sobrecarga			
	Proporción de personas de 40 o más años con factores de riesgo para EPOC que fueron tamizados			
	Proporción de personas de 40 o más años con factores de riesgo para EPOC, tamizados con resultado positivo para sospecha de EPOC			
	Proporción de trabajadores informales abordados desde el PIC con detección de riesgos para la salud relacionados con la actividad ocupacional			
	Proporción de personas identificadas con sospecha de violencia física, psicológica o sexual			
	Proporción de personas abordadas desde el PIC con detección de riesgos para la salud			
	Personas con identificación de riesgos canalizadas a servicios sociales o sanitarios desde el PIC			

En el marco de este proceso el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales realizarán monitoreo y evaluación de los resultados de las acciones de Gestión de la Salud Pública a cargo de los integrantes del Sistema de Salud de acuerdo a las Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [42]

Así mismo, el monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas a cargo de las Entidades Territoriales se realizará con base en los anteriores indicadores, teniendo en cuenta lo contenido en el respectivo Plan Territorial de Salud y en el sistema de monitoreo y evaluación de dicho plan.

[42] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Gestión para la Promoción y la Prevención. (2016). Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud: Documento técnico elaborado en cumplimiento de lo dispuesto en la Res. 518 de 2015. Recuperado de : https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf

6.2. Fuentes de información

Para el desarrollo e implementación del proceso de monitoreo y evaluación, se hace indispensable utilizar y complementar la información cuantitativa y cualitativa disponible en las fuentes de información dispuestas en el Sistema Información de la Protección Social (SISPRO), la historia clínica o en otras fuentes oficiales sectoriales o intersectoriales. El Ministerio ajustará los procedimientos de captura, consolidación, análisis y divulgación de la información que den cuenta de los resultados en salud establecidos en las RIAS.

Para lo cual, la información se obtendrá a través de:

a. Fuentes cualitativas: encuestas, instrumentos de auditoría o de evaluación, sistema de monitoreo y evaluación de los planes territoriales en salud, entre otros.
b. Fuentes cuantitativas: Por ejemplo, RIPS, EEVV, RUAF, BDUA, Resoluciones 4505 de 2012 y 2175 de 2015; registro de intervenciones colectivas; portal web de gestión del, PDSP y los servicios de información predefinido en SISPRO o las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
c. La historia clínica, la cual debe documentar la totalidad de intervenciones individuales de las Rutas Integrales de Atención en Salud, conforme a los procedimientos definidos para cada una.

Los agentes del sistema tienen la obligación de suministrar la información relacionada con las acciones e intervenciones a su cargo requeridas para el monitoreo y evaluación de la atención integral en el marco de lo establecido en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, de conformidad con el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Auditoría

Para alcanzar los resultados y la calidad de la atención en salud conforme a lo definido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, se hace necesario desarrollar procesos de auditoría a las Direcciones Territoriales de Salud (Departamentales, Distritales y Municipales), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad[43], a fin de monitorear y evaluar los siguientes aspectos:

1. La calidad del registro de información (veracidad y coherencia entre los registros administrativos y el reporte de información);
2. La calidad de la atención a las personas y a las familias en el marco de lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS);
3. La gestión y el desempeño de los actores para la atención integral en salud.
4. La efectividad del proceso de demanda inducida para la garantía de las intervenciones individuales por momento de curso de vida.
5. Verificar que los usuarios identificados y canalizados a través de las intervenciones colectivas, accedan a las atenciones individuales dispuestas en RPMS y viceversa.
6. Atenciones que por su naturaleza no son de reporte en las fuentes oficiales, pero que la evidencia demuestra que son clave para alcanzar los resultados en salud y el desarrollo, por ejemplo: el pinzamiento del cordón umbilical, los contenidos de las sesiones educativas.
7. Otros que definan como prioritarios los agentes del sistema de salud.

Dicha auditoría se realizará con el fin de generar planes de mejoramiento e implementación de medidas de corrección de desviaciones detectadas por parte de cada uno de los actores del sistema, según su competencia.

6.3. Plan de análisis

Monitoreo: para realizar el monitoreo se debe utilizar la última información disponible en cada una de las fuentes de información identificadas[44].

[43] Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

[44] Se debe tener en cuenta que algunas de estas fuentes secundarias de datos tienen niveles de coberturas no óptimos, sin embargo son las fuentes oficiales de las cuales se debe tomar la información.

Entre los análisis propuestos se encuentran:

a) Seguimiento nominal a cohortes: se realizará a través del seguimiento longitudinal de las atenciones en salud que recibe cada persona durante el curso de vida, evaluando los cambios en salud y la integralidad de la atención. Este seguimiento permite la generación de alertas que oriente la acción oportuna de los agentes del sistema de salud, en el marco de sus competencias.

b) Análisis de tipo descriptivo (proporciones, prevalencias, medidas de tendencia central y de dispersión), para medir la cantidad, disponibilidad y capacidad técnica del recurso y talento humano, cantidad de recursos, insumos, la cobertura, la accesibilidad, la oportunidad y la experiencia y calidad de la atención en salud, centrada en la persona.

c) Medición de brechas sociales en salud a través de los indicadores que sean identificados como trazadores, analizados de manera estratificada, como mínimo por: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), índice de pobreza multidimensional (IPM), educación, área de residencia (urbana/rural/rural disperso), sexo, etnia, empleo, ingreso económico, régimen de afiliación (contributivo/subsidiado/especial o excepción).

Evaluación. Al igual que para el monitoreo, entre los análisis propuestos se encuentran el seguimiento a cohortes y los de tipo descriptivo (proporciones, prevalencias, razones, tasas, índices y medidas de tendencia central y de dispersión).

Para medir y monitorear las brechas sociales en salud, se aplican métodos de estimación de medidas simples y relativas de desigualdad, tales como las diferencias absolutas y relativas de desigualdad, riesgos atribuibles poblacionales, índices de concentración e Índice de desigualdad de la pendiente, teniendo en cuenta las variables de desagregación de los indicadores (área de residencia (urbana/rural/rural disperso), sexo, etnia, régimen de afiliación al SGSSS (contributivo/subsidiado/excepción).

CAPITULO 7. ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA IMPLEMENTACIÓN

La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Reitera, recogiendo los elementos contenidos en los pactos internacionales suscritos por Colombia e incorporados a nuestro marco constitucional, que se trata de un derecho fundamental, de carácter autónomo e irrenunciable, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional, en cumplimiento de los cuales los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas, de acuerdo con el convenio 169 de 1989, adoptado a nivel interno mediante la Ley 21 de 1991

Además la ley especifica cómo el derecho fundamental a la salud comporta una serie de principios, entre los que pueden destacarse los de universalidad, prevalencia de derechos de niños, niñas y adolescentes, progresividad del derecho, interculturalidad y protección a pueblos y comunidades indígenas, ROM, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Estos elementos y principios son innegociables básicos, por lo que la forma como se organicen los servicios de salud debe velar por su cumplimiento y aplicación en todo momento. Se reconoce la necesidad de contemplar las características propias de cada territorio y sus condiciones de desarrollo como factores moduladores de la organización de servicios en torno al disfrute del derecho en las condiciones planteadas.

7.1. Adaptabilidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud

Este capítulo contiene orientaciones técnicas y operativas para la adaptabilidad de la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la salud, que servirán también para el proceso de implementación de las RIAS de grupos de riesgo y de eventos específicos.

La adaptabilidad de las RIAS se refiere a las modificaciones o ajustes a realizar en relación con la prestación de atenciones/intervenciones y con los mecanismos de abordaje de las poblaciones, de acuerdo con sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados esperados definidos en éstas, en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud y del respeto.

La intencionalidad es brindar las oportunidades para que todas las poblaciones según momento de curso de vida, pertenencia étnica, condición de discapacidad[45], identidad de género o sexual o víctima del conflicto armado- y de acuerdo con sus condiciones geográficas (ámbitos territoriales donde habitan: urbano, rural o rural disperso), culturales, históricas y sociales, dispongan de los servicios, procedimientos, acciones e intervenciones definidas en las RIAS, en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y equidad, garantizando el derecho a la salud en concomitancia con los demás derechos establecidos por la Constitución Política (Ley 1751 de 2015).

El proceso de adaptabilidad implica visibilizar las situaciones de fragilidad o exclusión que han vivido y viven las poblaciones, reconocer la forma en que comprenden la vida (y la salud), y, en consecuencia, realizar acciones, concertadas participativamente con ellas, para transformar positivamente las inequidades en la prestación de servicios e intervenciones de salud que existen.

La adaptación de las RIAS se expresará en forma de: a) disminución o erradicación de barreras de acceso para la efectiva prestación de las mismas; b) diseño e implementación de estrategias innovadoras de entrega de servicios de salud e intervenciones previstas en las mismas.

Por lo anterior, es necesario que las Direcciones Territoriales de Salud, en el marco de los equipos territoriales constituidos para la gestión territorial de las RIAS, coordinen el proceso de adaptabilidad, a partir del reconocimiento de los contextos (municipales, micro territoriales, etc.), de las particularidades de los sujetos y del alcance actual de la prestación real de las atenciones e intervenciones establecidas en las Rutas. Este análisis tendrá incidencia sobre el proceso de progresividad de la implementación de las RIAS.

Este proceso es la concreción de la aplicación de los enfoques definidos en la Política de Atención Integral en Salud, PAIS, así como en la Resolución 3202 de 2016 para la implementación de las RIAS, especialmente:

i. **Enfoque de derecho:** Este enfoque se sustenta en tres puntos fundamentales: (a) Reconocimiento de los grupos de población como titulares (sujetos) de derechos y deberes individuales y colectivos; (b) Diseño de mecanismos que aseguren el ejercicio de los derechos; (c) Generación de condiciones que propendan por el desarrollo integral y armónico, reconociendo la igualdad y dignidad humana, fortaleciendo lo social y lo comunitario.

   La aplicación de este enfoque se orienta a la garantía del ejercicio del derecho a la salud de los grupos poblacionales, generando estrategias concretas y efectivas de acceso a las diversas intervenciones de las RIAS, que partan del reconocimiento de las brechas que existen en la garantía del mismo.

ii. **Enfoque diferencial:** Este enfoque implica analizar, actuar, valorar y garantizar el desarrollo de una población, basada en sus características y en las condiciones de vida, desde una perspectiva de equidad y diversidad. Implica reconocer la probabilidad de ser afectado diferencialmente por un riesgo de cualquier naturaleza y desarrollar las atenciones sectoriales, así como las acciones de gestión de respuestas intersectoriales que respondan a sus necesidades particulares y sus derechos.

   Como se mencionó al principio de este capítulo, las diferencias poblacionales pueden ser: por momento vital, etnia, discapacidad, identidad de género y víctima del conflicto armado. No obstante, estas condiciones pueden coincidir en un mismo grupo de población, razón por la cual, a la hora de planear y desarrollar las

[45] La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Convención ONU, 2006

intervenciones se debe considerar previamente la totalidad de condiciones, riesgos y afectaciones que están viviendo, puesto que esto implica necesidades de atención en salud específicas.

Para operacionalizar el enfoque diferencial, especialmente en relación con las poblaciones étnicas, se deberá tener en cuenta el desarrollo de un proceso de Interculturalidad, orientado a construir mecanismos que integren las diferencias culturales en salud existentes en el país, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral en salud, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud y que, de acuerdo con el numeral 8 del artículo 4° de la Ley 1516 de 2012.
Se define como la presencia e interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, adquiridas por medio del diálogo y de una actitud de respeto mutuo.

7.1.1. Adaptabilidad de las Intervenciones

La adaptabilidad de las intervenciones de las RIAS se realizará mediante dos tipos de **adecuaciones**:

1. **Socio-culturales**: se refiere al proceso participativo, sistemático de armonización entre la oferta institucional de servicios e intervenciones de salud y las expectativas, saberes, tradiciones, lenguas y formas organizativas de las diversas poblaciones, que se desarrolla a partir del encuentro entre culturas y el reconocimiento mutuo de los sistemas de representaciones y manifestaciones.

   Se expresa, entre otros aspectos en: a) la definición de estándares de atención aceptados culturalmente, que se podrán mejorar paulatinamente en conjunto con las organizaciones de cada población (sus autoridades, líderes y lideresas); b) cambios en las formas de prestación de los servicios para hacerlos accesibles y aceptables para la(s) población(es), c) desarrollo de capacidades del talento humano en salud para establecer relaciones interculturales horizontales y respetuosas.

2. **Técnicas**: Las adecuaciones técnicas se refieren a ajustes en los procesos, procedimientos, guías, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales, de manera que desde la institucionalidad, se permita dar respuesta a las necesidades de salud de forma respetuosa con la cultura y los sistemas médicos tradicionales o ancestrales, en coherencia con los contextos geográficos, demográficos, sociales en que habitan los grupos poblacionales, teniendo en cuenta la diversidad al interior de cada uno de ellos.[46]

La adaptación se debe realizar teniendo en cuenta los siguientes aspectos[47]:

I. **El ámbito territorial:** Las Direcciones Territoriales de Salud, las EAPB y los prestadores de servicios de salud, definirán conjuntamente las adaptaciones a realizar en los territorios de su área de influencia, para lo cual analizarán las barreras[48] y facilitadores relacionados con la prestación de servicios-atenciones/intervenciones, de acuerdo con las condiciones particulares que tengan en sus municipios. Ello implica, entre otras:

   a. La definición de las modalidades de prestación de servicios-atenciones, de acuerdo con las características territoriales, tales como la distancia a recorrer para acceder a la zona donde habita la comunidad, las condiciones climatológicas, la calidad o existencia de vías de acceso (incluso puede suceder que no se pueda entrar a ciertos territorios sino a pie), las dificultades logísticas y de acomodación para la prestación de determinados servicios, la existencia de formas de transporte, entre otras. Para este caso se podrán desarrollar actividades en modalidad extra mural o la implementación de tecnologías como la telemedicina que facilitan el acceso de la población a las intervenciones de la RIAS.

   b. La conformación de equipos –interculturales- móviles de salud con capacidad resolutiva (que incluyan sabedores ancestrales o gestores comunitarios).

   c. La instalación y operación de Centros de salud, estratégicamente ubicadas en los territorios de los grupos étnicos, con capacidad instalada y resolutiva en salud, autonomía operativa en materia de servicios, energías alternativas, que cuenten, por ejemplo, con pantallas solares (a gestionar con organismos competentes) para poder contar con el servicio de telemedicina, sistemas de comunicación- TIC. Además, debe tenerse en cuenta en cada uno de los ámbitos territoriales, las personas con condiciones específicas como la discapacidad, para acercar los servicios de salud a esta población en sus lugares de residencia.[49]

   d. La posibilidad de adelantar acciones de la ruta en entornos diferentes al institucional; (Ej.: para intervenciones de educación para la salud, vacunación, suplementación con micronutrientes). Esto implica desarrollar intervenciones individuales de detección temprana y protección específica que se pueden ejecutar en espacios extramurales –como es el caso de las acciones promocionales y preventivas en salud mental- y algunas de las intervenciones requerirán adecuación intercultural que, para su ejecución, requieren de otros espacios, ambientes diferentes a un hospital o un ámbito institucional.

   e. Los ajustes administrativos y organizativos de los servicios de salud (procesos, procedimientos, etc.) para la eliminación de barreras que les impliquen a las personas la exigencia de desplazamiento para ser atendido en diferentes IPS; y la eliminación de barreras administrativas como el diligenciamiento de formularios o autorizaciones previas, que adicionalmente, deben gestionar los ciudadanos en diversas sedes.

   f. La definición y gestión de medios o mecanismos de transporte para los territorios rurales y rurales dispersos (especialmente aquellos de difícil acceso) como un mecanismo para asegurar la provisión efectiva de los servicios y la cobertura poblacional con las intervenciones de la ruta.

   g. El establecimiento de casas de paso[50] para poblaciones dispersas, especialmente las que tienen pertenencia étnica (diseñadas de acuerdo a su cultura) o la articulación y coordinación con servicios socio sanitarios para disponibilidad de sitios de acogida para los acompañantes de los consultantes (en caso de que tengan que desplazarse a sitios lejanos de sus territorios).

En todo caso, se debe observar la normatividad vigente que establece los parámetros, condiciones y requisitos para el desarrollo de las diferentes modalidades de atención, particularmente la Resolución 2003 de 2014 y las Leyes 691 de 2001, 1341 de 2009, 1257 de 2009 y 1419 de 2010 y las normas que las desarrollan o aquellas normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

II. **La población:** independiente de las modalidades utilizadas, las intervenciones y acciones deben ser entendidas y aceptadas por las personas y comunidades para que sea posible su ejecución, lo que implica realizar ajustes en todos aquellos aspectos de concepción, promoción de prácticas e intervenciones y formas de operación acordes con los principios de la perspectiva de derechos, género, diferencial, curso de vida y la integralidad que se requiere.[51]

[46] Trujillo, Julián. La adecuación sociocultural y técnica de los programas de salud pública ofertados a los grupos étnicos. Bogotá, MSPS, 2012.
[47] El listado que encontrarán los lectores no pretende ser exhaustivo, sino que responde a unas orientaciones mínimas a tener en cuenta para la adaptación de las RIAS.
[48] Es importante para poder establecer las adaptaciones a realizar a las RIAS, realizar un proceso de identificación tipo: administrativas, sociales, culturales, geográficas, entre otras.

[49] En las IPS de las barreras, de todo sus instalaciones se deberán construir, ampliar, adecuar y modificar cumpliendo con los parámetros de accesibilidad establecidos en el Decreto número 1538 de 2005, compilado en el Decreto 1077 de 2015, los estándares que con relación a la infraestructura se encuentran determinados en la Resolución número 2003 de 2014 y las demás normas relacionadas.

[50] Las casas de paso, por ejemplo, para la estadía antes, durante y después de un parto complicado por el cual se haya tenido que referir la gestante desde su territorio hasta una cabecera municipal.
[51] Sánchez, Sol B. Criterios para la adaptación y adecuación diferencial de los servicios y las atenciones en salud. Documento borrador. MSPS. consultado el 7 de julio de 2017.

La adecuación técnica y sociocultural de las intervenciones contenidas en las RIAS deberá realizarse de forma participativa para el caso de las poblaciones con alguna condición o situación (como las personas con discapacidad, o las víctimas del conflicto armado, entre otras) y adicionalmente, de forma intercultural para el caso de los pueblos étnicos.

Entre las adaptaciones se tendrá en cuenta el ajuste de:

a. **Metas y resultados en salud:** de acuerdo con las particularidades culturales de las poblaciones podrán ajustarse las metas de cobertura de las que afecten su pervivencia como pueblo (ej.: uso de métodos de anticoncepción[52]), o sus creencias (ej.: tamizaje de próstata); o bien se pueden desarrollar previa concertación y ajuste en concordancia con las características culturales de las comunidades, de acuerdo con los momentos y herramientas propuestos en este documento.

   No obstante, existen acciones relacionadas con la disminución de mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, la mortalidad materna, la mortalidad por enfermedades transmisibles –como la tuberculosis-, el tracoma, la malaria, etc., para mencionar solo algunas, en las cuales los resultados y metas definidos deben ser alcanzados en su totalidad, como condición indispensable para el logro de resultados en salud del país; lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad de adaptar la forma de prestación de las mismas o la articulación de dichas acciones con la medicina propia de los pueblos étnicos.

   Para alcanzar las metas, los prestadores, las Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, de la mano de las autoridades e institucionalidad en salud de los grupos étnicos, concertarán las adecuaciones en la prestación de los servicios, de modo que, por una parte, se respete la cosmovisión de estos grupos, pero, por otro, se alcancen los resultados en salud esperados.

b. **Adecuaciones para la prestación de las atenciones/intervenciones**[53]: Algunas posibilidades son:

   - La definición de equipos extramurales que incluya talento humano en salud de las mismas comunidades o poblaciones (p ej previamente capacitados, sensibilizados y formados en interculturalidad, inclusión de personas en situación de discapacidad).[54]
   - La disponibilidad de servicio de intérpretes (de lengua(s) indígena(s) o de lenguaje de señas) y traductores o intérpretes (para comunidades étnicas).
   - La autorización que permita el acompañamiento de los sabedores en salud de las comunidades étnicas, como las parteras o los médicos ancestrales en las instituciones prestadoras de servicios de salud. [46]
   - El desarrollo de programas de formación en competencias inter culturales para talento humano en salud asistencial y administrativo.
   - La incorporación en los procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción del talento humano, de competencias a desarrollar para el reconocimiento de la persona con discapacidad como sujeto de derechos, así como para la eliminación de barreras de tipo comunicacional y actitudinal durante la atención en salud. Así mismo, para el desarrollo de competencias para identificar los diversos riesgos que cada tipo de población puede tener y para erradicar de los servicios de salud los prejuicios y mitos en relación con diversos temas como el de la diversidad sexual, la habitancia en calle, las culturas étnicas, etc.
   - El diseño, adaptación o modificación de los servicios, procesos y procedimientos, bajo las premisas de ajustes razonables y diseño universal, para garantizar el acceso a la atención en salud, con el fin de eliminar barreras de tipo físico, comunicativo y actitudinal, que puedan interferir con la atención de las personas con discapacidad, con pertenencia étnica y la población en general. En este sentido, se deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud para esta población de acuerdo a lo determinado en el numeral 3.2.2.de la Resolución 2003 de 2014.
   - La adopción de las disposiciones de la Resolución 1904 de 2017, referentes a la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias, para que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones informadas en lo referente a sus derechos sexuales y derechos reproductivos, para las atenciones de salud previstas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento, relacionadas con la garantía de dichos derechos.
   - Las adecuaciones de infraestructura que faciliten el acceso y la movilidad.
   - La dotación, decoración y diseño adecuados a la cosmovisión o a la condición de las personas a atender (por ejemplo, colores con los que se identifican más los grupos poblacionales del territorio, intensidad de las luces, mobiliario; espacios adecuados para el trabajo con niños o con adolescentes y jóvenes; espacios de espera asociados a los servicios).

c. **Intervenciones de las RIAS:** implica definir con las estructuras propias en salud y de gobierno de las comunidades étnicas y con las formas organizativas de los demás grupos poblacionales, lo que se puede hacer o no, con respecto a las atenciones e intervenciones definidos en la RPMS y demás RIAS, de acuerdo con la cultura de la comunidad, sus costumbres, sus necesidades en salud, por ejemplo, en lo referente a intervenciones específicas como las citologías, la mamografía o la suplementación nutricional. Esto implica generar ventajas en términos de coordinación entre RIAS y para la misma operación de las Redes de Servicios, teniendo en cuenta las diversas complejidades que se pueden presentar en los cuadros clínicos.

   Para población indígena tenga en cuenta:

   - La construcción de caminos interculturales de acuerdo con sus planes de vida y modelos de salud, o la articulación de acciones (propias e interculturales) para garantizar que se puedan prestar las atenciones definidas en la RPMS o demás RIAS, por ejemplo, el ritual de armonización previo a un control prenatal.[55]

   - La adecuación sociocultural de servicios de salud no indígenas[56] y la prestación de intervenciones individuales de promoción y prevención en salud indígena[57]

   - Si, adicionalmente los indígenas son víctimas del conflicto armado, tenga en cuenta realizar intervenciones psicológicas adecuadas culturalmente que permitan establecer los daños causados a la salud mental. Garantizar que la atención en salud cuente con acciones propias e interculturales, definidas en el marco de los Modelos de Salud Propia y la sabiduría ancestral de las comunidades indígenas.

   Para población con discapacidad tenga en cuenta:
   - La detección oportuna o prevención de la exposición de las personas con discapacidad a factores de riesgo de la salud, que puedan generar un mayor impacto en su condición.

[52] Este tema es especialmente para pueblos que están muy diezmados por diversos motivos. En ellos el tema de la regulación de la fecundidad requiere fuertes procesos de concertación y diálogo incluso en las instancias político organizativas propias, para garantizar la aceptación y adecuación de los programas institucionales que en todo caso deberán tener en cuenta las significancias culturales, creencias, ritos, cosmovisión y prácticas ancestrales en ese sentido.

[53] Estas adecuaciones deberán ser tenidas en cuenta tanto en las atenciones del Plan de beneficios con cargo a la UPC como en las intervenciones del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas. En algunas oportunidades se podrán realizar acciones conjuntas, como en el caso de las jornadas de salud, atendiendo lo definido en las respectivas orientaciones expedidas por el MSPS.

[54] Se sugiere revisar la experiencia de formación de Auxiliar en Salud Pública del pueblo Awá en el SENA, con ajustes temáticos, contenidos

[55] Las RIAS pueden incluir intervenciones de otros sectores que permitan articular la acción del Estado y mejoren la prestación de los servicios o la superación de las problemáticas sanitarias. No obstante, las intervenciones de los otros sectores serán financiados con cargo a sus propios presupuestos. La definición de las intervenciones intersectoriales se realizará en el marco de los comités que para el efecto existan en el territorio (Se sugiere establecer un NODO de participación que incluya todas las instancias y espacios, inter y transectoriales territoriales)

[56] A desarrollar mediante EPS o IPS no indígenas, para población indígena. Lo anterior mientras se reglamente y se expidan las normas que desarrollan el Decreto 1953 de 2014, donde se define el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

[57] Para ello se deberá tener en cuenta la normativa actual que define la UPC diferencial y lo que cubre.

- La derivación desde las intervenciones de las RIAS tanto de las personas con discapacidad, como aquellas que por una situación de salud particular lo requieran, al proceso de rehabilitación funcional.

- La derivación de la persona con discapacidad y su familia desde y hacia las acciones dispuestas por el territorio en relación con la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC.

- La información y orientación a la persona con discapacidad, desde cualquiera de las atenciones o intervenciones dispuestos en las RIAS, sobre su derecho a la certificación e inclusión en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD.

- El desarrollo de acciones de detección de factores de riesgo para la salud de la familia o personas cuidadoras, asociados con las actividades de cuidado de las personas con discapacidad.

- Tener disponibilidad del servicio de interpretación de legua de señas o utilizar mecanismos y tecnologías disponibles en el país, aprovechando las iniciativas dispuestas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, tales como el "Centro de Relevo" que responde a necesidades de accesibilidad por parte de las personas sordas. Igualmente hacer uso el software denominado ConVertic o aquel que esté dispuesto de descarga gratuita a nivel nacional, dirigido a la población ciega y con baja visión y, en general, todos aquellos mecanismos e instrumentos que materialicen una accesibilidad comunicativa con la población con discapacidad (Circular externa 10 de 2015)

Para población Rrom (especialmente si son víctimas del conflicto armado) tenga en cuenta[58] que para los y las gitanas muchos de los temas a tratar se deben hacer entre hombres y entre mujeres. La mezcla de hombres y mujeres en algunos espacios son inaceptables y de darse se generarían disgustos y riñas.

- Por lo anterior las consultas y procedimientos deberán realizarse por talento humano en salud del mismo género de la persona Rrom a atender. Si se requiere, establezca un diálogo previamente con la autoridad de la Kumpania (el Seré Romengué) quien es el hombre cabeza de familia (el hombre mayor), con quien se establecerán espacios de diálogo constantes para la toma de decisiones, en relación con las intervenciones de las RIAS.

- Tenga en cuenta que entre los Rrom las enfermedades reproductivas y sexuales son un tema tabú que está vedados en las conversaciones cotidianas; y, también es importante mencionar como la reproducción familiar está asociada a prestigio y honor, en tanto que significa que hay estabilidad y prosperidad en la kumpania: a mayor cantidad de descendencia, mayor representación y símbolo de prosperidad ante los demás. Es conveniente concertar con las familias que componen la Kumpania el desarrollo de las atenciones.

Para población Negra, raizal o palenquera (especialmente si son víctimas del conflicto armado) tenga en cuenta:

- En la valoración individual y en el desarrollo de intervenciones colectivas, principalmente, reconocer sus sistemas de creencias, tradiciones, costumbres y rituales como factores protectores y de afrontamiento ante la adversidad;

- Elaborar guías y protocolos para atención en salud teniendo en cuenta las particularidades del curso de vida de esta población y las afectaciones que con mayor proporción se presentan en ellos: enfermedades cardiovasculares, diabetes, miomatosis uterina, anemia de células falciformes, entre otras.

- La mayor prevalencia de diabetes e hipertensión en población negra con respecto a población sin pertenencia étnica puede estar relacionada con los efectos combinados de la migración y la asimilación, la adopción de nuevos patrones de alimentación y la ausencia de factores protectores para el desenvolvimiento en el contexto urbano.[59]

Para población LGBT tenga en cuenta[60]:

- Diseñar protocolos adecuados de valoración integral (incluyendo el examen físico), que reconozca la afectación a su salud por los entornos homofóbicos, lesbofóbicos o transfóbicos, así como el estrés de las minorías sexuales dadas las violencias de que son objeto. Esto implica reconocer que en la anamnesis no se debe presuponer que todas las personas son heterosexuales, tienen familias nucleares-monogámicas, y que, por tanto, es necesario adecuar las preguntas, reconociendo y respetando la auto-identificación de género del consultante. Preste atención a partes del cuerpo menos comunes de presentación de ITS[61] en hombres homosexuales, bisexuales, HSH[62] y trans femeninas.

- Brinde orientación para el cuidado de las personas en caso de transiciones de hombre a mujer (transexuales femeninas o mujeres transexuales) que se realizan implantes de senos, terapias hormonales con estrógenos, depilaciones del vello facial y corporal, operaciones para definir rasgos faciales femeninos y la cirugía de reasignación genital. Explique y valore riesgos asociados y entregue información en relación a prevención del uso de terapias hormonales y quirúrgicas

- En el caso de las personas trans masculinas evalúe y prevenga cáncer de cuello de útero y mamas. Identifique la existencia de enfermedades tiroideas y explore apropiadamente.

d. **Perfiles de talento humano**: si bien, la ruta define el talento humano mínimo para la ejecución de las intervenciones, para algunas de ellas existe la posibilidad de vincular talento humano adicional que facilite el desarrollo de las intervenciones, porque cuentan con el reconocimiento y la confianza de las comunidades; o bien porque se requiere de ciertos perfiles que permitan comprender de forma más exacta a las comunidades (como es el caso de los perfiles de antropología o sociología, talento humano –profesional, técnico o ancestral- de comunidades étnicas, que podrán ser vinculados a los equipos multidisciplinarios[63]).
Adicional a las competencias de los perfiles estipulados en los procedimientos, para el desarrollo de las intervenciones de las RIAS y con el fin de que su accionar respete y concilie las acciones a su cargo con la cultura y las particularidades poblacionales, se requiere que el talento humano reconozca lo siguiente: a) el territorio y su dinámica socio cultural (por ejemplo, con qué tipo de sabedores ancestrales y trabajadores comunitarios de salud cuenta la comunidad); b) la legislación que protege los derechos, especialmente el derecho a la salud de las comunidades étnicas o de las poblaciones con discapacidad o víctimas del conflicto armado o víctimas de violencias; c) la forma en que las diversas poblaciones comprenden la salud –y la enfermedad-[64]: d) los tipos de autoridades en salud de las poblaciones así como la sabiduría ancestral de las comunidades étnicas, la forma de comprender el ciclo de la vida, el sistema y las acciones de cuidado[65]; d)

[58] Orientaciones Metodológicas para atención Colectiva y con perspectiva de Género al Pueblo Rrom o Gitano – PAPSIVI, enero 2017, MSPS.

[59] Tomado de Ariza, y Hernández, M. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, Revista de salud pública 2007.

[60] Basado en Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI) Ministerio de Salud Pública. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Manual. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Derechos Humanos Género e Inclusión-MSP. Quito. 2015. Disponible en: http://salud.gob.ec.

[61] ITS: Infecciones de transmisión sexual

[62] Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Esta categoría cobija a hombres gay, bisexuales, y otros hombres de diferentes orientaciones sexuales —incluida la heterosexual—, que en algunos contextos o determinadas situaciones tienen relaciones sexuales con otros hombres.

[63] Es importante reconocer la efectividad en el control de ciertas enfermedades como la Malaria, en regiones del país como la Orinoquía, que se logró mediante la intervención de microscopistas formados, que apoyaron la búsqueda de sintomáticos respiratorios, entre otros aspectos.

[64] Para el conocimiento sobre las formas de comprender la salud y sobre las formas del cuidado de la salud y la vida de las diversas poblaciones, se podrán adelantar procesos de investigación participativos.

[65] En relación con las poblaciones étnicas se articularán las acciones propias con las interculturales y las alopáticas y se implementarán con la previa concertación entre los sabios y sabedores ancestrales y el grupo de profesionales, técnicos y auxiliares en salud. Con base en esta articulación se realizará la planeación de las actividades para el desarrollo de la RPMS (deben ir juntos a la comunidad y previamente haber concertado las acciones a realizar para recuperar o mantener la salud)

la forma de concertar con poblaciones específicas (étnicas, etarias, con orientación sexual y de género diversas, con discapacidad, entre otras) y las particularidades que deberán incluirse para el desarrollo de las intervenciones a su cargo.
Pero también deberá ser talento humano formado para resolver en terreno, principalmente en ámbitos rural y disperso, las principales contingencias en salud, con apoyo en las TICs, y provistos de los mecanismos para la referencia de los casos que estrictamente así lo ameriten.
Las Direcciones Territoriales de Salud podrán adelantar procesos de desarrollo de capacidades que le permitan al talento humano en salud, ejecutar las intervenciones de las RIAS de acuerdo con los enfoques definidos, los requerimientos territoriales y poblacionales, con la calidad y oportunidad requeridas.

e. **Información en salud:** se realizará la promoción de la salud culturalmente apropiada, tanto desde los mensajes como desde los materiales, no solo para los diferentes grupos étnicos sino también a las características propias de la población a atender, como en el caso de poblaciones LGBTI, población habitante de calle, personas en condición de discapacidad o afectadas por cualquier forma de violencia[66] [67]

f. **Seguimiento y evaluación de resultados:** se requiere concertar con las comunidades los mecanismos para realizar monitoreo y evaluación de forma participativa y, para el caso de las comunidades étnicas, adecuar indicadores que incluyan las enfermedades propias y las acciones propias de su cultura.

En todo caso se sugiere que para adelantar procesos de adecuación se realice: a) sensibilización a actores clave sobre la necesidad de construir un plan de adecuaciones de intervenciones; b) elaboración conjunta con las poblaciones de la propuesta de adecuaciones; c) construcción de línea base institucional de adecuaciones, análisis de brecha de oferta y demanda de atenciones/intervenciones; d) conformación de equipos de adecuación (institucional y poblacional); e) identificación y priorización de cambios a realizar (incluye su costeo y gestión de financiación); f) elaboración de plan de mejoramiento en el sistema de gestión de calidad y definición de acciones en el Plan de Acción en Salud; g) desarrollo de capacidades del talento humano que realizará las adecuaciones.
Todo lo anterior deberá valorarse mediante autoevaluación institucional, auditoría interna y evaluación participativa de las poblaciones[68].

7.2. Progresividad en la implementación

La Ley Estatutaria establece que el derecho fundamental a la salud comporta una serie de principios, entre los que se encuentra el de progresividad, definido como aquel según el cual "*El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*" (Art. 6, inc. 2, lit. g).

El principio de progresividad implica, entonces, un proceso constante de evolución, reconoce la existencia de la obligación estatal de mejorar las condiciones de goce y ejercicio del derecho a la salud, y complementada por el principio de no regresividad, determina la inaceptabilidad de retrocesos en la garantía de este derecho.

[66] Para el desarrollo de estas intervenciones se recomienda revisar las orientaciones para el desarrollo de la información en salud en el marco del PSPIC, que pueden ser adaptadas para su implementación en el marco del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
[67] Es importante realizar, previamente, investigaciones cualitativas para determinar con los grupos étnicos cuáles son sus formas de promocionar la salud y en general el concepto integral de la salud, sobre sus propios Determinantes Sociales de la Salud, que serían la base de las adecuaciones en la materia. Este ejercicio se puede hacer en el marco de la gestión de las intervenciones colectivas, mediante el proceso de gestión del conocimiento.

[68] Trujillo, Julián. op cit.

No obstante que en el país se evidencian desarrollos diferenciados en la garantía del derecho fundamental a la salud[69], el acceso a las intervenciones definidas en la RPMS debe ser garantizado a la totalidad de la población, lo cual debe ser gradual y progresivo. Para ello, debe garantizarse en primera instancia, la cobertura de los grupos poblacionales priorizados por la norma[70] y luego, en un proceso sostenido y continuo, a la totalidad de la población.

De igual manera, se debe realizar seguimiento, monitoreo y evaluación sobre los resultados del progreso en la implementación y sobre el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, expresado en los resultados en salud planteados por la RPMS.

En el proceso de implementación de la RPMS, los integrantes del SGSSS, en el marco de sus competencias, deberán tener en cuenta para definir el plan de implementación respecto a la progresividad, entre otros, los siguientes aspectos:

- Suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud para la implementación de la RPMS.
- Adecuación técnica, sociocultural y participativa de los servicios, tecnologías y modalidades de prestación de servicios para atender a las personas por cada momento de curso de vida y a las poblaciones de especial protección, de acuerdo con los ámbitos territoriales.
- Disponibilidad del talento humano suficiente e idóneo para poder cubrir las intervenciones de la RPMS.
- Adecuación de procesos y procedimientos administrativos de las DTS, las EAPB y sus prestadores, para la implementación de la RPMS.
- Adecuación de los sistemas de información, de acuerdo a los requerimientos de la RPMS.
- Articulación de estrategias, planes, programas, proyectos sectoriales e intersectoriales, que se desarrollan en el territorio, con la RPMS.

Para lo anterior, se deberá incluir en el plan de implementación las actividades necesarias para el despliegue gradual y continuo de la ruta en el territorio, orientando los recursos a las prioridades establecidas y planteando las metas en avance, cobertura y resultados a alcanzar en el horizonte de tiempo establecido.

Se deberá realizar el monitoreo y seguimiento a la ejecución del plan de despliegue e implementación, así como los responsables de hacerlo en el ente territorial; igualmente evaluar el progreso hacia consecución de los resultados en salud, y garantizar que todos los agentes del sistema de salud y los demás actores relevantes se articulen en función de los objetivos propuestos en la RPMS y bajo el propósito de la optimización.

Así mismo, se deben poner en marcha mecanismos de rendición de cuentas en relación con el avance progresivo de la implementación de la RPMS en el territorio y el logro de los resultados en salud, para lo cual se dispondrá de toda la información necesaria.

[69] Debido entre otros, a dificultades relacionas con: la accesibilidad geográfica, la adecuación intercultural de atención en salud, la disponibilidad y suficiencia de los servicios de salud, especialmente en zonas rurales y dispersas, la complementariedad de los planes de beneficios, disponibilidad del talento humano en salud idóneo. Aportes de DTS en el taller "aportando a la construcción del lineamiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud", realizado los días 27 y 28 de septiembre de 2017.
[70] Artículo 11. Ley Estatutaria de Salud. "**Sujetos de especial protección**. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención".

II. *DIRECTRICES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA OPERACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.*

1. ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA PRIMERA INFANCIA

1.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres o cuidadores y niños (as).

1.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 8 días a 5 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

1.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la primera infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Verificar u ordenar el suministro de micronutrientes.
- Verificar u ordenar la desparasitación intestinal.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

1.4 Talento humano

La valoración integral de la salud en la primera infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, cumpliendo con el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales encargados de la valoración integral de la primera infancia deben contar con capacidades técnicas e individuales para la realización del examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual, bucal, mental, sexual, de la dinámica familiar y de las redes de apoyo.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

El tamizaje de agudeza visual incluido en este procedimiento, debe ser realizado por personal entrenado: médico general, especialista u optómetra.

En el caso de los niños de mayor riesgo, la valoración integral debe ser realizada por profesional de pediatría, o por profesionales de medicina general o de medicina familiar, bajo el acompañamiento o la supervisión de pediatría, exclusivamente en los casos en los que no sea posible contar con pediatría.

Se consideran niños con mayor riesgo aquellos con presencia de uno o más de los siguientes factores o antecedentes:

- Bajo peso al nacer (menor de 2500 gramos) (La atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Prematurez (edad gestacional menor de 37 semanas, cuya atención se realizará según los Lineamientos del Programa Madre Canguro que estén vigentes).
- Anomalía congénita mayor o múltiple.
- Hospitalización neonatal mayor a 7 días.
- Patología perinatal o neonatal significativa (por ejemplo, asfixia perinatal, trastornos metabólicos persistentes, convulsiones, trastornos respiratorios, sepsis neonatal temprana que no respondió a primera línea de antibiótico; necesidad de reanimación neonatal, ventilación mecánica, cirugía neonatal, terapia de remplazo renal, punción lumbar, o cualquier otro estudio o procedimiento invasivo).
- Condición crónica (neurológica, cardiovascular, respiratoria, metabólica, endocrinológica, gastrointestinal, renal o de otro tipo).
- Discapacidad (de cualquier tipo o con alto riesgo de presentarla por una condición identificada, por ejemplo, anotia, anoftalmía, agenesia de extremidades, resultados de estudio metabólico para enfermedades neurodegenerativas, etc.).
- Niñas o niños con sospecha de problemas del desarrollo infantil (Por ej: retraso, disociación, desviación o regresión del desarrollo).
- Hijo de madre con sospecha o diagnóstico de depresión postparto.
- Hijo de madre con infección gestacional o perinatal con alto riesgo de malformaciones, problemas del desarrollo o necesidad de atención especial en salud en el niño (Por ejemplo, exposición a Sífilis, Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes virus, VIH, Zika virus).
- Hijo de madre con complicaciones durante la gestación que hayan tenido repercusión en el hijo (en edad fetal, perinatal, neonatal o durante el primer año de vida).
- Niño con tamizaje o estudio positivo para alteraciones congénitas (hipotiroidismo congénito, errores innatos del metabolismo, hipoacusia, problemas visuales, etc.) o con sospecha de síndrome genético (Síndrome de Down, Intersexualidad, etc.).
- Niño con necesidad de tratamiento con medicamentos de forma crónica.
- Niño con antecedente de hospitalizaciones recurrentes (más de 3 en el último año), hospitalizaciones prolongadas (mayores a 2 semanas) o que haya necesitado atención en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Hijo de padres (especialmente la madre) con consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo aquellos con riesgo o sospecha de repercusión por consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo, síndrome de alcoholismo fetal, anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de abstinencia, etc.).
- Hijo de padres con enfermedad mental con impacto en la estabilidad (estructural o funcional) de la familia o en el cuidado de los niños.
- Niño acompañante de mujer en privación de la libertad en centro carcelario.
- Niños con padres o hermanos con enfermedad catastrófica (incluyendo las neoplasias y las condiciones degenerativas), con discapacidad o con otra condición o situación que afecte negativamente el cuidado del niño en primera infancia.
- Niños víctimas de vulneración o violación de derechos humanos con o sin proceso de restablecimiento de derechos en curso (por ejemplo, víctimas de violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono en el ámbito familiar, escolar, institucional, comunitario, etc., intrafamiliar o testigos de violencia intrafamiliar,

abandonados, explotados, secuestrados, traficados o expuestos al consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas).
- Niño perteneciente a un hogar en pobreza extrema o en situación de calle.
- Niños que presenten un evento de interés en salud pública.

1.5 Descripción del procedimiento

A continuación, se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Es importante contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

1.5.1 Anamnesis

Durante el procedimiento se debe realizar una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas o agudas, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, exposición al humo de tabaco, alérgicos, quirúrgicos, vacunación, comportamiento general y relaciones interpersonales.

b. Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje neonatal (auditivo, tamizaje de errores innatos del metabolismo, tamizaje de cardiopatía congénita).

c. Indagar sobre el progreso en los hitos del desarrollo del niño, sobre la adaptación e integración en los entornos de educación inicial, y se debe indagar sobre preocupaciones de los padres o cuidadores respecto al desarrollo de los niños. Debe evaluarse por el desarrollo del lenguaje (indagar aparición tardía de este) y del habla.

d. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, tuberculosis, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedente de muerte en hermanos, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, alteraciones de las emociones o del comportamiento; exposición a violencias, que incluye el maltrato infantil, matoneo, abandono, negligencia, maltrato y violencia intrafamiliar, violencia sexual, víctimas del conflicto armado; sucesos vitales, como duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores. En el caso de exposición a violencias debe derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales. En el caso de exposición al riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, se debe derivar a los padres a la Ruta integral de atención para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

e. Alimentación en los niños menores de 6 meses: la frecuencia y forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), la forma como reconoce el hambre y saciedad del bebé, la alimentación de la madre y cuidado de los senos, inconvenientes con la lactancia, inquietudes, planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a los estudios o al trabajo. En caso de que no lacte se deberá explorar por el tipo, frecuencia, cantidad y modo de preparación y administración de la leche de fórmula, así como el ofrecimiento de alimentos o bebidas diferentes a la leche. Deberá explorarse antes de los seis meses, la comprensión sobre el inicio de la alimentación complementaria. Finalmente, el profesional de la salud deberá reforzar en la madre y / su acompañante la confianza en su capacidad de alimentar adecuadamente a su hijo.

Para confirmar si el niño menor de 6 meses está recibiendo lactancia materna exclusiva, se deben realizar las siguientes preguntas:

1. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió alguno de los siguientes líquidos: agua, agua aromática, jugo, té?
2. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió leche de fórmula?
3. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió leche (vaca, cabra,...) líquida, en polvo, fresca o en bolsa?
4. Durante el día de ayer o anoche ¿(...) recibió algún alimento como sopa espesa, puré, papilla o seco?

Con una sola respuesta positiva, el niño o niña ya está con alimentación complementaria, por lo cual no es lactancia materna exclusiva. Lo único que se acepta que haya recibido es: suero oral, jarabes y gotas

f. Consumo y hábitos alimentarios en el niño mayor de seis meses indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación en las últimas 24 horas o en un día regular. Vale la pena conocer la edad de introducción de los diferentes alimentos durante la alimentación complementaria y la tolerancia a los nuevos alimentos. Debe verificarse si después del año de edad el niño o niña ya consume la dieta familiar.

Las niñas y niños con los siguientes factores de riesgo se les deben ordenar una prueba de hemoglobina y según el resultado derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales:

- Hijos de madres sin control prenatal durante la gestación, inicio de la gestación con bajo peso, bajo peso durante la gestación IMC <20, pobre adherencia a la suplementación con hierro, madre adolescente, anemia durante la gestación y periodo intergenésico corto.
- En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional y/o delgadez durante el periodo de lactancia.
- En caso de madres que durante la gestación tuvieron indicación de suplementación con hierro y no lo consumieron.
- Antecedente de prematuridad o bajo peso al nacer para la edad.
- Pinzamiento precoz del cordón umbilical.
- Consumo de leche de vaca u otros alimentos en los primeros seis (6) meses sin suplemento de hierro.
- Alimentación complementaria deficiente en alimentos ricos en hierro.
- Rezago en el crecimiento.
- Infecciones recurrentes o antecedente de infección controlada en el último mes.
- Pertenencia a un grupo étnico o a una zona endémica de parasitosis.
- Exposición a contaminación por metales pesados (plomo y mercurio).

g. Establecimiento de rutinas y hábitos saludables relacionados con: el sueño (cuántas veces y cuánto tiempo duerme, dónde duerme, cómo y con quién duerme, rutina para dormir y medidas para hacer el sueño seguro), baño, cambio de pañal (cuántas veces al día, características de la deposición), lavado de manos del cuidador y de la niña(o), cuidado bucal (desde el recién nacido) y cepillado de dientes, foto protección, evolución del control de esfínteres a partir de dos (2) años y limpieza del área perineal y juego ó movimiento activo de acuerdo a la edad (cuánto tiempo suma al día).

h. Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo (incluyendo la exposición a televisión o videojuegos) y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otras personas y niños, conocimiento sobre cuándo está enfermo y qué hacer; creencias, prácticas e inquietudes sobre el establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono contra niños y niñas, manejo de rabietas y pataletas, refuerzos positivos), vivencia de violencia en el hogar (testigos, exposición al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos).

i. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del Familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), permitan comprender las condiciones de la familia y especialmente el ajuste de la misma con la crianza del niño(a), capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral incluye la adaptación o ajuste con el nuevo bebé (distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos en caso tal, tiempo para el cuidado de sí mismo, de los cuidadores y para compartir en pareja, adaptación de los otros hijos con el nuevo bebe y como se maneja la situación, planeación y ajuste con el regreso a las actividades laborales de la madre en caso tal); indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

k. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

1.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se debe realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo saturación de oxígeno por pulso oximetría. La tensión arterial debe tomarse a todos los niños mayores de 3 años de edad o a los menores de esta edad, si tienen síntomas recurrentes de cualquier tipo o antecedente de cateterización umbilical en el período neonatal. Esta debe hacerse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se deben realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo*:* se evaluará el desarrollo de los niños en primera infancia a través de la percepción de los padres, cuidadores o maestros sobre el desarrollo del niño, así como a través de la aplicación directa de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 (Anexo 1). Se aplicará también el test m-Chat (Anexo 2) para tamizaje de autismo de manera específica a todos los niños entre los 18 y los 30 meses de edad.[71]

De encontrar alteraciones en el desarrollo o en el comportamiento del niño, o alteraciones en los resultados de la Escala Abreviada de Desarrollo-3 o el m-Chat, se debe derivar a la atención resolutiva para la evaluación a profundidad del desarrollo del niño. Si la alteración fue detectada por profesional de medicina general o de enfermería, se debe hacer remisión inicialmente a pediatría. Si la alteración fue detectada por especialista en pediatría, debe realizar las remisiones y estudios necesarios para establecer el diagnóstico etiológico, funcional y categórico.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos: se realizará tomando las medidas de peso, talla y perímetro cefálico, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad, talla/edad, peso/edad y perímetro cefálico). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente72 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la ruta Integral de atención para la población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.

Valoración de la salud sexual: Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de niñas indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso. Así mismo, en niños debe evaluarse la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y en las niñas la presencia de sinequias vulvares. En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínales y coroides y rojo retiniano. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Se debe valorar la agudeza visual a partir de los tres (3) años de edad usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Esta valoración debe ser realizada por profesional en medicina general con entrenamiento u optómetra.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones de la salud visual, o a atención resolutiva por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). Durante la consulta se debe aplicar el cuestionario VALE (Anexo 5). Así mismo, debe verificarse la realización del tamizaje auditivo neonatal; en caso de no contar con este tamizaje en los tiempos establecidos por la ruta integral de atención en salud materno – perinatal se debe ordenar y garantizar la toma en los primeros tres (3) meses de vida.
Si los resultados de la prueba tamiz son anormales o se identifica algún factor de riesgo o alteraciones relacionadas con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas o a la atención resolutiva por fonoaudiología y por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: dirigida a realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.

[71] Este test podrá ser entregado a los padres y cuidadores, si sus condiciones lo permiten, para su diligenciamiento de forma previa a la consulta, por ejemplo en sala de espera, y en caso de que en alguna pregunta se haya indicado como alteración deberá verificarse durante la valoración.

[72] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si se identifica exposición a lesiones en los niños o niñas por consumo de sustancias psicoactivas del padre o madre, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Si se identifica algún factor de riesgo como trastorno mental, convulsiones o ausencias, situaciones o momentos significativos (duelo o pérdidas), alteraciones o anormalidades relacionadas con la salud mental o neurológica, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia; o a la atención resolutiva por profesional especializado, psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Se debe examinar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis). Indagar sobre la presencia de tos persistente, pérdida o no ganancia de peso en los tres meses precedentes, fiebre mayor de ocho (8) días de evolución e indagar contacto reciente con una persona con tuberculosis.

1.5.3 Información en salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño, padres o cuidadores. Por lo tanto, se recomienda tener en cuenta información sobre: prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos; prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos; promoción de hábitos y estilos de vida saludables, evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas, de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de cuidado bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras incluyendo normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura; promoción de la salud mental; de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia, asma, tuberculosis, manejo adecuado en casa y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

De forma especial para los niños menores de seis (6) meses, se recomienda informar sobre las medidas y estrategias para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, aprender a reconocer el llanto en el bebé y sus necesidades, el establecimiento de prácticas de cuidado especiales como el baño y el cambio de pañales, las medidas para la prevención de la muerte súbita del lactante, signos de alarma y manejo básico de las condiciones prevalentes de la infancia (gripa, diarrea y fiebre), prevención de accidentes, inicio de la alimentación complementaria y pautas para la estimulación del desarrollo.

De manera general brindar información sobre los derechos de las madres, la importancia del empoderamiento de las mujeres para trabajar actividades de cuidado para ella y sus hijos, así como promover el fortalecimiento del rol del padre como cuidador de sus hijas e hijos.

1.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la primera infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo con los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que lo modifique o sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Se debe verificar que al niño o niña se le haya realizado el tamizaje auditivo neonatal, en caso contrario ordenarlo para su realización en los primeros tres meses de vida.
b. Atención para la promoción y apoyo de la lactancia materna.
c. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
d. Desparasitación intestinal: de acuerdo con la edad, se seguirá el siguiente esquema:
   - Niños en edad preescolar 12 meses a 23 meses: albendazol 200 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación
   - Niños en edad preescolar 24 meses a 4 años: albendazol 400 mg vía oral, dosis única, dos veces al año. Junto con la suplementación
e. Suplementación con hierro 1mg/kg/día. En caso de madres con antecedente de bajo peso para la edad gestacional o delgadez durante el periodo de lactancia, se recomienda administrar al niño, desde el nacimiento, un suplemento que aporte 1 mg/kg/día de hierro elemental hasta que se introduzca la alimentación complementaria adecuada, excepto en el caso que el niño o niña a término sea alimentado desde el nacimiento con fórmula láctea.
f. Fortificación casera con micronutrientes en polvo entre los 6 y 23 meses con un ciclo cada seis meses (ver procedimiento fortificación con micronutrientes en polvo).
g. Suplementación con hierro y vitamina A. Para los niños y niñas de 24 a 59 meses de edad se debe suministrar:
   - Hierro en forma fumarato ferroso o hierro polimaltosa; 3mg/kg/día; 2 veces al año.
   - Vitamina A; 200.000 UI en una sola toma; 2 veces al año.
h. Ordenar prueba de hemoglobina si durante la valoración se identifican factores de riesgo.
i. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
j. Educación grupal para la salud que incluye a la familia, de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades de los padres o cuidadores y de las niñas y niños.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños y niñas por parte de los padres, madres o cuidadores, se deberá indicar la realización de sesiones individuales de educación para la salud (dirigida a padres, madres o cuidadores) e incluirla en el plan integral de cuidado primario. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

- Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal o bucal o síntomas recurrentes relacionados con dificultades en el cuidado de la salud.
- Niños en quienes se presentan dificultades para establecer hábitos o rutinas de alimentación, nutrición, sueño, eliminación, etc.
- Niños con problemas de desarrollo relacionados con estimulación del mismo.
- Niños con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.
- Niños con necesidades especiales para el cuidado de la salud y en quien se identifiquen dificultades para lograr el mismo.
- Padres, madres o familiares que tengan dificultades para el cuidado, la alimentación o el aseo de su hijo recién nacido.
- Padres, madres, familiares y cuidadores quienes pese a la información recibida en la consulta o en la educación grupal, aún no tienen claridad sobre cómo iniciar la alimentación complementaria o realizar la fortificación o suplementación de micronutrientes.
- Padres, madres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.
- Padres, madres o familiares con problemas para comprender las necesidades del niño.
- Padres, madres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y niñas que presentan accidentes frecuentes, enfermedades recurrentes (asma), poca estimulación debido a la falta de implementación de medidas para garantizar entornos seguros y protectores.

Asi mismo, en función de los hallazgos y necesidades como parte del plan integral de cuidado primario debe realizarse la canalización a:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

- Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
- Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia (p ej, descuidos en la higiene personal, prácticas y rutinas de alimentación desordenadas e inadecuada de los integrantes de la familia, ausencia de encuentros familiares que se relacionen con sentimientos de soledad y frustración de sus integrantes entre otros).

c. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
d. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
e. Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en niños desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil entre otros.

1.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, Escala Abreviada de Desarrollo-3 y kit de materiales para la aplicación de la Escala Abreviada de Desarrollo-3; Test m-Chat, cuestionario VALE, familiograma, APGAR familiar. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio, equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual etc.), balanza pesa bebé y balanza de pie, infantómetro y tallímetro.

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: Escala Abreviada de Desarrollo-3, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y Apgar familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las niñas y niños.

2. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL, PEDIATRÍA O MEDICINA FAMILIAR, Y ENFERMERIA PARA LA INFANCIA

2.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral (físico, cognitivo, social) de los niños y las niñas.
- Identificar tempranamente la exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los niños (as) mediante la información en salud con padres y/o cuidadores y niños (as).

2.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las niñas y niños de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

2.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la infancia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.

- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar el esquema de vacunación.
- Información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

2.4 Talento humano

La valoración integral de la salud en la infancia debe ser realizada de forma complementaria entre los profesionales de medicina general o familiar y de enfermería, cumpliendo con el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales encargados de la valoración integral de la infancia deben contar con capacidades técnicas e individuales para la realización del examen físico pediátrico, evaluación del desarrollo infantil, evaluación antropométrica y nutricional, valoración de la salud auditiva, visual, bucal, mental, sexual, de la dinámica familiar y de las redes de apoyo.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

2.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento. Se debe contar con la presencia del cuidador y/o acompañante del niño(a) durante la consulta.

2.5.1 Anamnesis

Durante este procedimiento debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, otológicos, condiciones crónicas o agudas, asma, dermatitis atópica, etc.), hospitalarios, transfusionales, farmacológicos, exposición al humo de tabaco, alérgicos, quirúrgicos, consumo de sustancias psicoactivas, esquema de vacunación, comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida. Se debe preguntar por preocupaciones de la salud y de puericultura, y por el cuidado extra-escolar. En caso de consumo de sustancias psicoactivas debe ser derivado a la Ruta integral de atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, y en caso de conducta suicida, de convulsiones o ausencias derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

b. En niñas con menarca, se debe indagar por los antecedentes ginecológicos.

c. Consumo y hábitos alimentarios indagando la frecuencia, cantidad, forma de preparación y tipo de alimentos (incluyendo consumo de azúcar y sal), para lo cual puede ser útil la indagación de la alimentación en las últimas 24 horas. Deben verificarse las prácticas alimentarias, los lugares de comida, el acompañamiento del niño y las preocupaciones de los padres y/o cuidadores sobre la alimentación del niño. Se debe indagar sobre problemas en el hábito de comer.

d. Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, control de esfínteres, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio (uso de la internet o redes sociales etc.).

e. Desarrollo y aprendizaje: en cada consulta, los padres o acudientes del niño o niña, deben informar sobre el rendimiento escolar, la aptitud de aprendizaje, la actitud en el aula y la vida social (juego y conducta con los pares). Este concepto habitualmente es dado por los profesores en las entregas de notas (el cual no se restringe exclusivamente a las notas académicas), y lo ideal es que sea presentado por los padres en la consulta. Se recomienda que el informe del profesor sea respaldado por el orientador del colegio y que se trate del informe más reciente que se les haya entregado. Se debe indagar por las rutinas y hábitos de estudio, problemas de aprendizaje, de lenguaje, de rendimiento escolar o de comportamiento. En caso de identificar problemas o dificultades de aprendizaje o de rendimiento escolar, se debe indagar por el desarrollo del lenguaje (aparición tardía de este) y del habla. Así mismo, debe preguntarse por la percepción de los padres y/cuidadores sobre la audición y la visión del niño (¿Usted cree que su hijo escucha y ve bien?).

f. Prácticas de crianza y cuidado: formas de comunicación con el niño (expresión del afecto al niño, reconocimiento de los gustos o preferencias del niño); actividades para estimular el desarrollo y el juego, cómo se relaciona con su familia y con otros adultos y niños, establecimiento de límites y disciplina para corregir (uso de castigo corporal, diversas formas de violencia), refuerzos positivos, exposición a violencias (víctimas o testigos de diversas formas de violencias, enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, o si al interior de la familia se dan formas de ejercer autoridad y poder que legitiman el uso de la violencia), prevención de accidentes (movilidad –uso de silla especial trasera, cinturón de seguridad, casco-, en la casa, espacios abiertos), exposición a vulneraciones de derechos como el trabajo infantil. En el caso de exposición a violencias debe ser referido a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias de género, interpersonales y en el conflicto armado.

g. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en: enfermedades hereditarias, asma, tuberculosis, dermatitis atópica, problemas de desarrollo infantil, antecedentes de salud mental de los padres, como trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros), conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; duelo o muerte de personas significativas, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, alteraciones de las emociones o del comportamiento.

h. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de desarrollo integral, incluye la indagación sobre distribución de tareas entre cuidadores o red de apoyo respecto a la crianza del niño, labores de la casa y otros hijos; identificar relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

i. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

j. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

2.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en niños y niñas.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo y del rendimiento escolar: evaluar el desarrollo de los niños en infancia a través de la indagación del desempeño del rendimiento escolar, del aprendizaje y del comportamiento de acuerdo a la revisión por sistemas. De encontrarse preocupaciones o quejas sobre el rendimiento escolar, el aprendizaje o la vida social del niño (descrito en el informe o referido por los padres), se debe aplicar el test de la figura humana de Goodenough Harris (Anexo 9) en la misma consulta, el cual tiene un adecuado rendimiento para identificación de niños con déficit cognitivo.

Si el niño tiene un resultado del test de Goodenough Harris sugestivo de déficit cognitivo, antecedente de aparición tardía del lenguaje y/o antecedente familiar de problemas de aprendizaje, debe derivarse a valoración integral por pediatría para ampliación diagnóstica. Así mismo, si el niño tiene problemas de rendimiento escolar o de comportamiento, debe ser derivado a atención resolutiva por pediatría para estudio y manejo respectivo.

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos: se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente[73] y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Si identifica alguna alteración o anormalidad en la valoración nutricional y antropométrica, se debe derivar al niño o niña a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales o a atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud sexual – maduración sexual: evaluar la evolución de los estadios de Tanner (Anexo 10) y realizar la exploración de la región ano-genital para descartar signos de violencia sexual. En los niños debe evaluarse, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), y de varicocele (generalmente para los niños más grandes en momento vital Infancia). Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de niñas indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

En niños y niñas intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

Si identifica un factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad en la valoración de la salud sexual, se debe derivar al niño o niña a una atención resolutiva por pediatría para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del niño.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares. Los primeros son optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros y los segundos incluyen New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud visual, se debe derivar al niño o niña a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a atención resolutiva por oftalmología u optometría, según sea el caso, para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). Durante la consulta se debe aplicar el cuestionario VALE (Anexo 5).

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud auditiva y comunicativa, se debe derivar al niño a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a la atención resolutiva por fonoaudiología o por pediatría, para ampliación de estudios para diagnóstico y tratamiento.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.

Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si se identifica lesiones por consumo de SPA se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Si identifica algún riesgo de problema o trastorno mental aplicar el instrumento de tamizaje Reporting Questionnaire for Children (RQC). (Anexo 11).

De la misma forma, si identifica bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje o de comportamiento, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa, convulsiones o ausencias, detección de problemas de salud mental en el RQC o alteraciones neurológicas, se debe derivar al niño o niña a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia o a la atención resolutiva por el profesional en medicina especializada o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: se debe examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos, valorar la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas. Es necesario verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia) y descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones rotacionales o angulares en los miembros inferiores. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación

[73] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

(escoliosis, cifosis o lordosis). Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. En general, debe realizarse un examen físico completo y de buena calidad, puesto que en pediatría se sabe que muchas veces pueden presentarse alteraciones que no habían sido percibidas por los padres ni por el niño como anormales, o que pueden producir síntomas que muchas veces han sido desestimados.

2.5.3 Información en la salud

Debe hacerse siempre según los hallazgos, las necesidades identificadas en la consulta y las inquietudes o necesidades expresadas por el niño o su acompañante. Se recomienda tener en cuenta información sobre prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos, prevención de violencias, promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo, de la adecuada alimentación, de prácticas para la adecuada manipulación de alimentos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, promoción de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición al humo de tabaco), de prácticas deportivas organizadas, de actividad física y evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, de prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón), de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de cuidado bucal, alertas tempranas de las pérdidas auditivas, conductas protectoras manifestaciones de las perdidas auditivas e importancia de la valoración audiológica y de tamizaje auditivo. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Del mismo, se debe informar sobre signos de alarma para enfermedades prevalentes de la infancia (asma) y educar para consultar a urgencias en los casos necesarios. Se debe incluir información sobre derechos de los niños, derecho a la salud, y mecanismos de exigibilidad de los mismos.

De manera general brindar información sobre los derechos de las madres, la importancia del empoderamiento de las mujeres para trabajar actividades de cuidado para ella y sus hijos, así como promover el fortalecimiento del rol del padre como cuidador de sus hijas e hijos.

2.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del niño o la niña, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la infancia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Si de acuerdo a los hallazgos o a las necesidades se requiere de una valoración diagnóstica con mayor profundidad de la salud integral del niño o la niña, se debe remitir directamente a consulta de pediatría sin pasar previamente por medicina general, lo cual ha sido reconocido en el Artículo 93 de la Resolución 5269 de 2017 o de la norma que la sustituya.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el niño o niña accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas entre 10 y 13 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realice de forma previa a la consulta para garantizar la oportunidad en la lectura.
c. Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal.
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal. A partir de los 10 años.
    - Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas a partir de los nueve años de edad.

d. Educación grupal para la salud que incluye a la familia, de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades de las niñas y niños y de los padres o cuidadores.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado y desarrollo integral de los niños(as) por parte de los padres y/o cuidadores, se deberá indicar la realización de educación individual para la salud e incluirla en el plan integral de cuidado primario. Los siguientes son criterios que podrían sugerir la necesidad de sesiones de educación individual para la salud:

- Niños en quienes se identifican problemas de higiene corporal u oral.
- Niños con hábitos o rutinas (o falta de estas) que están generando alteraciones o problemas con la alimentación, la nutrición, el sueño, el estudio, la eliminación, la actividad física, etc.
- Niños con problemas de comportamiento o de rendimiento escolar cuyos padres o familiares no saben cómo proceder.
- Niños con experiencia de consumo de cigarrillo, alcohol o de otras sustancias psicoactivas, o alto riesgo de consumirlas.
- Padres, familiares o cuidadores que consumen tabaco.
- Padres, madres o familiares que tienen problemas (referidos o identificados) para la crianza del niño.
- Padres, madres o familiares con patrones de crianza nocivos (creencias, actitudes o prácticas) que no tienen en cuenta el grado o las características de desarrollo de los niños y están generando daño o tienen alto riesgo de producirlo con la consecuente vulneración de derechos.
- Padres, madres o familiares que no cuentan con los conocimientos necesarios o no se sienten preparados para acompañar a los niños en su transición a la adolescencia pese a la información recibida en la consulta y la educación grupal.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre su responsabilidad en el cuidado, en el acompañamiento y/o la protección del niño.
- Padres, madres o familiares que requieran claridad sobre estrategias de afrontamiento de sucesos vitales.
- Niños y/o familiares que requieran implementar medidas para garantizar entornos seguros y protectores.
- Niños y/o familiares que requieran mayor conocimiento sobre desarrollo psicosexual y/o derechos sexuales y reproductivos.
- Niños y/o familiares con mala adherencia a tratamientos, seguimientos o manejos crónicos.

Asi mismo, en función de los hallazgos y las necesidades y como parte del plan integral de cuidado primario en salud debe realizase la canalización a:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

    - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
    - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
    - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
    - Familias con algún integrante con discapacidad.

- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.
- Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
- Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo.
- Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
- Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en niños desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil entre otros.
- Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de pediatría, medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, tablas de percentiles de tensión arterial para niños y para niñas, cuestionario RQC, test de Estadios Tanner, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario VALE, Test de la figura humana de Goodenough Harris para déficit cognitivo, familiograma, APGAR familiar, Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, báscula y tallímetro etc.).
Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las niñas y niños.

3. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA ADOLESCENCIA

3.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los adolescentes.
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales que le permitan al/la adolescente alcanzar los resultados en su desarrollo.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de adolescentes, mediante la información en salud con padres y/o cuidadores.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

3.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los adolescentes de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

3.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la adolescencia:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el desarrollo de la autonomía.
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Brindar información en salud a las niñas o niños, a sus familias o cuidadores.

3.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general, medicina familiar o enfermería de acuerdo a lo contemplado en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales que realizan esta atención deben contar con capacidades técnicas e individuales para valorar integralmente los procesos de aprendizaje y desarrollo de los adolescentes, habilidades de comunicación efectiva para abordar las situaciones frecuentes en este momento vital como: ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, diversas formas de violencia, salud mental-prevención del suicidio, prevención consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de adolescentes, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.
El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

3.5 Descripción del procedimiento

Este procedimiento debe realizarse en un ambiente que garantice privacidad, libre de prejuicios y no discriminatorio, los datos suministrados pueden provenir del adolescente, su madre o padre o de la interacción entre ambos, por lo cual se requiere prestar suficiente atención a todas las fuentes.

Si el adolescente acude a la consulta con su madre o padre debe informarle que la primera parte de la consulta preferiblemente se realizará a solas con el adolescente, con el fin de demostrar que se reconoce su autonomía, posteriormente se tendrá un espacio conjunto con el acompañante.

Es conveniente que el padre o la madre estén presentes durante el examen físico, si así lo desea el adolescente, es oportuno en este momento propiciar su participación. Las opiniones del padre o la madre y las interacciones entre ellos y el adolescente, permitirán complementar la información sobre su desarrollo evolutivo, la comunicación y conflictos familiares, así como apoyar recomendaciones sobre el cuidado de la salud.

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

3.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales, médicos (consultas a urgencias, síntomas recurrentes, hospitalizaciones, cirugías, etc.), vacunación, alergias, enfermedades (cardio vasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulino-resistencia, anemia, infecto contagiosas), discapacidad, accidentes, toxicológicos (intoxicaciones, consumo o exposición a tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas – tanto de adolescentes como sus padres-, exposición a agentes químicos), uso de medicamentos (esteroides), sensoriales (problemas auditivos o de visión), desarrollo puberal (menarquia/espermarquia, de cambios de voz en el hombre y aparición de vello púbico, axilar o en otros lugares del cuerpo en el caso de ambos), ginecológicos (alteraciones en el ciclo menstrual), psicosociales (incluyendo diversas formas de violencia, conducta suicida entre otras). En el caso de exposición a riesgos psicosociales o violencias debe derivarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales. En el caso de conducta suicida, debe derivarse a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia.

b. Se debe indagar sobre la asistencia escolar y desempeño académico (identificar deserción o riesgo, repitencia de años, desempeño bajo que puede deberse a problemas de aprendizaje no detectados previamente), comportamiento general y relaciones interpersonales.

c. Se debe preguntar por preocupaciones de salud y por el cuidado extra-escolar.

d. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia.

e. En los antecedentes familiares debe hacerse un especial énfasis en enfermedades hereditarias y en problemas de rendimiento escolar, de conducta o de aprendizaje, así como antecedentes de salud mental y psicosociales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia tales como: trastornos mentales (como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, maltrato y violencia intrafamiliar en padres, divorcio de los padres, problemas en las relaciones de los progenitores, muerte de seres queridos o figuras significativas, alteraciones de las emociones o del comportamiento.

f. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo), vivencia sobre la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género (incluye explotación sexual y comercial (ESCI) y violencia sexual); conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Se sugiere tener como referente el instrumento de valoración de los derechos sexuales y derechos reproductivos (Anexo 13).

g. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación, indagar sobre factores de riesgo o conductas asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.

h. Prácticas y hábitos saludables (juego, actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos y de área perineal), sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, exposición a televisión, videojuegos, uso del tiempo libre y ocio, uso de la internet o redes sociales etc.). Valorar el cumplimiento del mínimo de actividad física recomendada para adolescentes, que según la OMS corresponde a 60 minutos diarios de actividad moderada o vigorosa por lo menos 5 días a la semana.

i. Prácticas de crianza de los cuidadores que incluye la indagación sobre las acciones correctivas (castigo corporal, violencia física, psicológica, sexual, negligencia y abandono). Debe explorarse la posibilidad de que los adolescentes sean testigos o víctimas de actos violentos: i) que estén expuestos al enaltecimiento de conductas violentas en los medios de comunicación, y ii) que al interior de la familia se den formas de ejercer autoridad y poder que legitimen el uso de la violencia. En caso de identificar alguna situación de las descritas anteriormente, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, exposición a diversas formas de violencia, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

k. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

l. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

3.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales. La tensión arterial debe tomarse con el manguito adecuado y debe establecerse su normalidad a través del uso de la tabla de percentiles de tensión arterial en adolescentes.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del desarrollo: debe valorarse su progreso teniendo en cuenta que los adolescentes están en proceso de maduración, los niveles de su desarrollo cambian y progresan y en la parte media y final de la adolescencia dichas funciones en general están ya en su mayoría desarrolladas. Algunos aspectos pueden ser valorados a lo largo de toda la consulta, por tanto es preciso estar atento de la coherencia, capacidad de expresión y comportamientos. Esta valoración incluye los siguientes aspectos:

a. Funciones cognitivas: se valoran teniendo como norte que el objetivo final o el resultado para adolescentes, incluye que i). Demuestren que sus actividades tienen un propósito, se dirigen a un objetivo; ii). Ejercen autocontrol; iii). Exhiben comportamientos fiables, consistentes y pensados; iv). Expresan autoeficacia positiva; v). Demuestran independencia; vi). Demuestran capacidad de resolución

de problemas; vii) Exhiben un locus de control interno; viii) Funciones ejecutivas: valorar la progresividad en su desarrollo y alcances en aspectos como proyectarse a futuro, resolver problemas y autocontrol.

b. Identidad: se orienta a explorar e identificar el proceso y logros en la construcción de identidad, los compromisos que se van construyendo en diferentes dominios y las condiciones que facilitan y promueven o al contrario desafían el buen logro de este desarrollo. Se recomienda tener como referente el instrumento de valoración de la identidad (Anexo 14).

   Las condiciones que facilitan su desarrollo adecuado incluyen factores contextuales que involucran familia, pares, profesores y otros modelos o referentes comunitarios; y factores personales como la apertura a nuevas experiencias, el apoyo percibido, la autoestima, la capacidad de recuperación de la autoconfianza, habilidades cognitivas, de reflexión y capacidad para soportar la separación entre otras.

c. Autonomía: su valoración en lo posible deberá tener en cuenta las opiniones del adolescente y su cuidador lo cual permitirá que el profesional obtenga una mirada integral. En el desarrollo de la autonomía es posible distinguir por lo menos tres componentes: actitudinal, emocional y funcional que deben ser valorados a lo largo de la consulta. Deben valorarse además factores que facilitan su logro, por ejemplo, las relaciones familiares (fijación de límites y fomento de la autodeterminación) y habilidades como la autoestima y autoeficacia. Se sugiere tener como referencia el instrumento valoración de la autonomía (Anexo 15).

Valoración del estado nutricional y seguimiento a los parámetros antropométricos
Se realizará tomando las medidas de peso y talla, para el cálculo de los índices relacionados con los mismos (IMC/edad y talla/edad). La clasificación antropométrica se realizará con base en lo establecido en la normatividad vigente74 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años (Anexo 3).

Valoración de la salud sexual: Realizar la valoración clínica de la maduración sexual a través del seguimiento a la evolución de los estadios de Tanner, (Anexo 10) del mismo modo, la exploración de la región ano-genital permitirá descartar signos de violencia sexual y de género, la presencia de criptorquidia, epi o hipospadias (si no se detectaron previamente), o de varicocele. Evaluar y correlacionar la maduración sexual con el crecimiento físico, que permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad. (Estirón puberal, modificación en la composición corporal).

En adolescentes intersexuales realizar valoración integral y remisión para asesoría. Así mismo, se debe realizar una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

El profesional debe indagar sobre aspectos que pueden interferir en la maduración sexual: aspecto nutricional, glándula tiroidea (tamaño, consistencia, presencia de nódulos o masas), signos clínicos compatibles con patología crónica (acidosis renal, insuficiencia renal, fibrosis quística, enfermedades cardiacas, SIDA, asma severa, DM tipo 1) o cromosomopatía (talla baja o alta, pterigión ocular, implantación pabellón auricular, otros), signos clínicos de hipogonadismo, estrés ambiental, entrenamiento atlético intenso, uso de drogas, exceso de glucocorticoides.

Durante el examen físico ginecológico se le puede entregar a la adolescente un espejo de mano, para que el acto de examen físico se convierta en una experiencia educativa y pueda recibir la explicación del profesional a cargo de la valoración y a su vez observar el examen de sus genitales con el conocimiento de los mismos.

Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual, y en caso de adolescentes indígenas, se deben identificar prácticas nocivas para la vida y la salud, como la mutilación genital femenina o el matrimonio infantil o forzoso.

[74] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides entre otras. Así mismo, se debe indagar sobre preocupaciones de los padres sobre problemas visuales del adolescente.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks).

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o la valoración de la agudeza visual, se debe derivar al adolescente según el hallazgo a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a una consulta resolutiva de optometría u oftalmología según sea el caso.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien?, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe remitir al adolescente a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva según el caso.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de lesiones físicas por exposición a situaciones de violencia intrafamiliar/ maltrato infantil, violencia sexual y de género o por violencia de pares (matoneo), lesiones por consumo de SPA, lesiones autoinflingidas. Si identifica algún riesgo en salud mental se debe aplicar el instrumento de tamizaje Reporting Questionnaire for Children (RQC) (Anexo 11) para los adolescentes entre 12 y 15 años y Self Report Questionnaire (SRQ) (Anexo 12) a partir de los 16 años.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales de los padres, cuidadores u otros integrantes de la familia, consumo problemático de SPA de padres y cuidadores, bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa, disfuncionalidad familiar o alteraciones en los tamizaje; se debe derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Otros aspectos físicos: es importante examinar el cuello para buscar crecimientos de la glándula tiroides y explorar el tamaño de los ganglios linfáticos. Debe examinarse la orofaringe para descartar crecimientos asimétricos significativos en las amígdalas y verificar que no haya crecimiento del tamaño del hígado y del bazo (hepatoesplenomegalia); descartar la presencia de hernias umbilicales, la identificación de deformidades y/o alteraciones en la alineación de miembros inferiores (valgus); indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, se debe examinar cuidadosamente la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis).

3.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos se debe ofrecer la información en salud que se considere relevante dirigida a los adolescentes y a la familia en caso de que lo acompañen, manteniendo la confidencialidad de la consulta. Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos:

Promoción de la salud, del bienestar, del crecimiento, del desarrollo físico y psicosocial esperado y como potenciarlo incluye particularmente el desarrollo sexual, cognitivo, la construcción de identidad, autonomía, agencia; el ejercicio de la sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, identificar los riesgos y cómo prevenirlos, evitarlos o mitigarlos, toma de decisiones como expresión de la autonomía, las relaciones con pares, los padres y la familia, servicios de salud y sociales disponibles para los adolescentes. Y en la caso de la familia como se apoya el proceso de desarrollo, construcción de autonomía e identidad del adolescente, promoción de la alimentación adecuada, de hábitos y estilos de vida saludables (prevención de la exposición al humo de tabaco, promover la cesación del consumo de tabaco), prácticas deportivas organizadas, actividad física y evitación del sedentarismo y el uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas; promoción de la salud mental, prevención de violencias de diversas formas de violencia, prevención de accidentes (incluyendo accidentes de tránsito en calidad de pasajero o de peatón); de cuidado del oído y la visión, hábitos de higiene personal y de higiene bucal. Además, se debe informar sobre las normas de control y manejo del ruido para el mantenimiento de los ambientes tranquilos que propicien una audición segura. Así mismo, sobre el derecho a la salud y mecanismos de exigibilidad.

3.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del adolescente, así como las medidas para promover el desarrollo integral en la adolescencia.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que el adolescente accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Hemoglobina y Hematocrito: Niñas y adolescentes mujeres de 10 a 13 años: una vez en el período - 14 a 17 años: una vez en el período. Para lo cual se sugiere que se realice de forma previa a la consulta para garantizar la oportunidad en la lectura.
c. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para niñas adolescentes incluye las siguientes vacunas:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal. A partir de los 10 años.
    - Vacuna contra el virus del Papiloma humano (VPH): Niñas de 12 a 17 años. Pueden incluirse población de 18 años para completar el esquema iniciado cuando eran niñas menores de 18 años.

d. Consulta de anticoncepción cuando el adolescente presentan prácticas sexuales coitales sin uso de anticoncepción o tienen intención o riesgo de inicio de relaciones sexuales. De preferencia esta consulta debe realizarse de forma inmediata a este procedimiento.

    Nota: En el caso de que un adolescente menor de 14 años, demande un método anticonceptivo de manera autónoma y libre de coacción, se deberá suministrar, según criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva y notificar el caso a las autoridades de protección y poner en conocimiento a las autoridades de justicia para la indagación pertinente, conforme al protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.

e. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:

    - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

f. Educación grupal para la salud de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades en la adolescencia.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de los adolescentes o sus padres. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:

    - En habilidades para la vida

        - Adolescentes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
        - Adolescentes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.

        - Adolescentes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, diversas formas de violencia, Explotación Sexual y Comercial, Consumo de SPA).

        - Adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as

        - Adolescentes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso

    - Fortalecimiento de la alimentación saludable.

    - Cesación de tabaco en adolescentes con tabaquismo o exposición al humo del tabaco.

    - Educación para la salud en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

b. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

c. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

- Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
- Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

d. RIAS de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
e. Intervenciones del PIC de acuerdo a la oferta territorial.
f. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación en adolescentes desescolarizados, apoyo alimentario, transferencias monetarias condicionadas, prevención y atención del trabajo infantil, oferta de ocio y recreación, entre otros.

3.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionarios RQC, SRQ, AUDIT, ASSIST, lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, Test de tanner, familiograma, apgar familiar, ecomapa, instrumentos para la valoración de los derechos sexuales y reproductivos, la autonomía y la identidad. Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual balanza y tallímetro).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, cuestionario VALE y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral del adolescente.

4. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Y ENFERMERIA PARA LA JUVENTUD

4.1 Objetivos

- Valorar y hacer seguimiento de la salud y desarrollo integral y multidimensional (físico, cognitivo, social) de los jóvenes
- Identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo de los jóvenes, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de jóvenes, mediante la información en salud.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

4.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todos los Jóvenes de 18 a 28 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

4.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la juventud:

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, cognitivo y socioemocional).
- Valorar el estado nutricional y antropométrico.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud.
- Información en salud a los jóvenes.

4.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general, medicina familiar o enfermería de acuerdo a lo contemplado en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS.

Los profesionales que realizan esta atención deben contar con capacidades técnicas e individuales para valorar integralmente: el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sospecha de embarazo, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, diversas formas de violencia, salud mental, prevención del suicidio, prevención del consumo de alcohol, prevención del consumo de tabaco y cesación del consumo de tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de joven, manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, indígenas, migrantes, infractores de ley), para el trabajo comunitario y educación en salud, para el fortalecimiento del liderazgo y participación juvenil, entre otros.

El profesional de enfermería podrá ordenar o realizar, según sea el caso, los medicamentos, insumos, dispositivos y procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

4.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

4.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC, asma), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (audición y visuales), problemas visuales (defectos refractivos, glaucoma, estrabismo),

enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de trasmisión sexual, urológicas, alérgicos, traumatismos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, exposición a diversas formas de violencias o riesgos psicosociales para violencia, enfermedades o accidentes laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo), antecedentes ginecoobstétricos: identificar trastornos menstruales.

b. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular y de cáncer de cuello uterino según lo definido en el procedimiento.

c. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, enfermedades degenerativa, genéticas, gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas de los hijos o la pareja.

d. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad o paternidad planeada, interrupción voluntaria del embarazo), vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia sexual, violencia contra la mujer y/o violencia de género; conocimiento de fisiología y anatomía de la sexualidad y la reproducción, conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales.

e. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como "dietas" que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

f. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluye lavado de manos), sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, exposición a televisión, internet o redes sociales, conductas de prevención de accidentes, actividades de tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, práctica frecuente del autoexamen de seno y autoexamen de testículo.

g. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del joven, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

h. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del Apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

i. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades para el cuidado de la salud. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

j. Avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

4.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[75]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[76]), utilizando las siguientes herramientas:

- Finnish Risk Score (Anexo 18)
- Tablas de Estratificación de la OMS (Anexo 19).

En caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, muy alto o riesgo moderado y alto de diabetes, deberá ordenar los siguientes exámenes como insumo para realizar la gestión de riesgo respectiva: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis; según los resultados de los exámenes se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebro vascular metabólica.

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos

[75] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.
[76] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora "Conoce Tu riesgo Peso Saludable" del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.

Se debe prestar atención especial a la detección de signos de violencias física y sexual. Así mismo, realice una atención teniendo en cuenta las particularidades por sexo, género y orientación sexual.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o remitir al usuario según el hallazgo a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien?, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o remitir a una consulta resolutiva.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. En caso de identificarse anormalidades o alteraciones se debe realizar remisión a la atención en salud bucal por profesional de odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: Incluye el examen mental (pensamiento – lógica, contenido y velocidad, lenguaje – coherencia, fluidez-, afecto y estado de ánimo, percepciones, sensorio – orientación, concentración, memoria, cálculos, razonamiento abstracto-, introspección y juicio); y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

Adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o académico, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 21) para tamización de depresión y cuestionario GAD-2 (Anexo 22) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 23) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno o forma de la misma, el color, los pezones y la areola), identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, la cual es relevante buscarlas por ser premalignas. Examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario.

4.5.3 Información en salud

Durante la consulta se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: prácticas de alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, fotoprotección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación, prevención del tabaquismo y promover la cesación del consumo de tabaco.

4.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse conforme a los hallazgos o las necesidades para promover y mantener la salud integral del joven.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que el joven accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.

b. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres en la juventud incluye:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.

c. Tamización para cáncer de cuello uterino (Citología): de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino. En menores de 25 años según riesgo identificado (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud utilizando el esquema de 1-3-3 años.
d. Educación grupal para la salud de acuerdo a los ciclos contemplados para el desarrollo de capacidades en la juventud.
e. Tamizajes para población con identificación de riesgos:

    - Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico[77], incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis
    - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para Hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección y que hayan nacido antes de 1996.
    - Prueba rápida para Hepatitis C, a las personas que recibieron transfusiones de sangre antes de 1996 en Colombia.
    - Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario de la salud:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes. En los jóvenes con las siguientes situaciones se sugiere contemplarla para:

    - Habilidades para la vida:
    - Jóvenes con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional.
    - Jóvenes que presentan compromisos muy fuertes, no han realizado una verdadera exploración en los diferentes dominios de su identidad, hayan presentado problemas de comportamiento; se evidencia falta de recursos para la toma de decisiones como la autoeficacia o no realizan reflexión sobre la toma de decisiones.
    - Jóvenes que habiten en un entorno social de alto riesgo, con pares o padres que ejercen presiones hacia comportamientos negativos, (actividades delictivas, violencia, consumo de SPA).
    - Jóvenes que no cuentan con apoyo familiar o en los que se percibe déficits entre límites y libertad; tienen mala comunicación, desconfianza de sus amigos/as o se sienten apartados/as de ellos/as.
    - Jóvenes con preocupaciones no justificadas por su imagen corporal y su peso
    - Jóvenes con riesgos nutricionales por hábitos inadecuados de alimentación.
    - Jóvenes con tabaquismo o exposición al humo de tabaco.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

    - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
    - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
    - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
    - Familias con algún integrante con discapacidad.
    - Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
    - Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
g. Servicios sociales de acuerdo con la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de educación, búsqueda de empleo, y apoyo alimentario, entre otros.
h. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

4.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: cuestionarios, AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnishrisk score, tablas de estratificación de la OMS lista de chequeo de factores de riesgo para la salud auditiva, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, Materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, balanza y tallímetro, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional y APGAR familiar e instrumentos para la valoración del riesgo cardiovascular.

Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de los jóvenes.

5. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA ADULTEZ

5.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud del adulto.
- Identificar los principales cambios en el desarrollo de la adultez (físico, cognitivo, emocional, social).
- Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno.
- Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud y fortalecer el desarrollo de los adultos.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

5.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 29 a 59 años, 11 meses y 29 días que habitan en el territorio nacional.

[77] Solo en caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, muy alto o riesgo moderado y alto de diabetes, a través de la aplicación del Finnish Risk Score y las tablas de Estratificación de la OMS

5.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la adultez:

- Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual (funcionalidad sexual y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos).
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.
- Brindar información en salud.

5.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar de acuerdo a lo contemplado en el esquema de atención.

Así mismo, se requiere que estos perfiles profesionales cuenten con capacidades técnicas e individuales para realizar las intervenciones en salud oportunamente con un enfoque de curso de vida, que permita reconocer las características y potencialidades de la adultez, reconocer los efectos acumulativos (positivos y negativos) para la salud a lo largo de la vida, reconocer la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud y la importancia de las vidas interconectadas en el desarrollo de los adultos; así como realizar la detección temprana de factores de riesgo, la protección específica y desarrollar procesos de educación para la salud con adultos. Todo lo anterior con el fin de reconocer y fortalecer las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de la salud, promover el mejor nivel de salud en este momento de la vida y en los posteriores y alcanzar los más altos resultados en salud posibles en los adultos, sus familias y comunidades.

5.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

5.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, tuberculosis, gota, hemofilia, glaucoma, enfermedades degenerativas o genéticas, trastornos o problemas mentales (demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, entre otros), maltrato y diversas formas de violencia.

b. Antecedentes personales: Indagar sobre antecedentes médicos (enfermedades metabólicas -diabetes, sobrepeso, dislipidemias-, cardiovasculares -hipertensión, infartos, cerebrovasculares-, pulmonares -EPOC, asma-, tuberculosis, neurológicas, musculo esqueléticas, ginecológicas, urológicas, mentales o del comportamiento, trasmisibles (incluyendo infecciones de trasmisión sexual), cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), enfermedades o accidentes laborales, discapacidad y alteraciones sensoriales (visuales: defectos refractivos, glaucoma, estrabismo y auditivas) , hospitalarios, transfusionales, quirúrgicos, traumatismos, ginecoobstétricos (incluir la identificación de trastornos menstruales y signos de peri o menopausia), estado vacunal, alérgicos, comportamiento y relaciones interpersonales, conducta suicida, diversas formas de violencia, uso de medicamentos (incluir auto medicados y efectos de medicamentos sobre la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión).

c. Indagar sobre presencia de factores de riesgo, sobre prácticas y hábitos saludables: actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), hábitos de descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, foto protección, prácticas del auto examen de seno y auto examen de testículo, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, exposición a violencias, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), antecedentes toxicológicos (consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas -tipo de sustancia, frecuencia, cantidad, tiempo de consumo-), exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: N°paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20). En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 24).

d. Indagar sobre consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

e. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del adulto, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

f. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante explorar: orientación sexual, identidad de género, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor, dificultades y/o disfunciones sexuales, toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, maternidad, paternidad planeada), violencia sexual, violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS.

g. Valorar la salud mental: Incluye el examen mental (apariencia y comportamiento, pensamiento, afecto y estado de ánimo, funcionamiento cognoscitivo, funcionamiento sensorial y motor) y la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.

h. Identificar riesgos psicosociales para violencias; exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, en caso tal, debe derivarse a la ruta integral de

atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, pareja o algún otro integrante de la familia allegado, bajo rendimiento o fracaso laboral o escolar, problemas en el hábito de comer, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley (Anexo 21) para tamización de depresión y Cuestionario GAD-2 (Anexo 22) para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. (Anexo 23) Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas y trastornos mentales y epilepsia.

i. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6); indagar sobre las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en el cuidado de la salud familiar, evaluar el grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, a través del apgar familiar (Anexo 7), comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar, indagar por las expectativas e inquietudes de familia respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud. Así mismo, sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención. Por otra parte se debe identificar las situaciones particulares que ponen en riesgo la salud de la familia y sus integrantes, entre otras, disfuncionalidad familiar, identificar relaciones de poder y autoridad que puedan ir en contra de la dignidad humana, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales. En situaciones de exposición a violencia interpersonal o violencia sexual, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales.

j. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades para el cuidado de la salud. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

k. Verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de alteraciones auditivas, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.

l. Verificar avances en los compromisos acordados en sesiones de educación individual o grupal previas.

5.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas se indica realizar un examen físico completo. Deben tomarse todos los signos vitales.

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta.

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[78]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[79]), utilizando las siguientes herramientas:

- Finnish Risk Score (Anexo 18)
- Tablas de Estratificación de la OMS (Anexo 19)
- Tablas de Framinghan (Anexo 20)

En caso de identificar riesgo cardiovascular medio, alto, o riesgo moderado y alto de diabetes se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio cerebro vascular metabólica.

Valoración de la salud sexual: Se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del momento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor y la menopausia. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: A partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retinales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario según el hallazgo a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual (la otoscopia), y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se deben hacer dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente, aplicar la lista de chequeo de

[78] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

[79] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora "Conoce Tu Riesgo Peso Saludable" del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva o a la ruta de alteraciones auditivas.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Otros aspectos físicos: valoración de las mamas (inspeccionar simetría, contorno y forma de la misma, el color, los pezones y la areola);identificar curvaturas anormales en tórax; identificar lesiones o alteraciones de la piel, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, las cuales son relevantes por ser premalignas; al igual que alteraciones en la sensibilidad (hipostesia o anestesia), las cuales son características de enfermedad de Hansen; valorar presencia de hernias, distención o dolor abdominal, fuerza muscular, movilidad y alteraciones óseas; valorar sistema nervioso; incluir en la valoración genito urinaria la inspección de vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones.

5.5.3 Información en salud

De acuerdo con los hallazgos, se realizará entrega de información en salud que se considere relevante al adulto y su cuidador o acompañante (en caso de asistir). El profesional en medicina debe informar al usuario y cuidador de forma sintética y ordenada los hallazgos positivos y negativos de la consulta, incluyendo la prevención de factores de riesgo y la derivación a otras RIAS. Así mismo, se debe brindar información haciendo énfasis en los siguientes contenidos: cambios esperados en este momento vital (énfasis en peri o menopausia o climaterio masculino), alimentación saludable, actividad física regular, higiene del sueño y postural, foto protección, cuidados para la salud visual y auditiva (incluyendo pautas para el uso de pantallas, dispositivos de audio), riesgos del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y otras drogas), pautas para el manejo del estrés y medidas preventivas de enfermedades laborales de acuerdo a la ocupación.

5.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto.

Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que el adulto accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal por profesional de odontología.
b. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada cinco años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.
c. Remisión para vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y el antecedente vacunal. El esquema de vacunación actual para las mujeres adultas incluye las siguientes vacunas:
    - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
d. Tamización para cáncer según lo definido en el procedimiento de:
    - Cáncer de cuello uterino.
    - Cáncer de mama.
    - Cáncer de próstata.
    - Cáncer de colon y recto.
e. Educación grupal para la salud de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.
f. Tamizajes para población con alguno de los siguientes riesgos:
    - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
    - Prueba rápida para Hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección y que hayan nacido antes de 1996.
    - Prueba rápida para Hepatitis C, a las personas que recibieron transfusiones de sangre edad antes de 1996 en el país. Para toda la población a partir de los 50 años de edad una vez en la vida.
    - Prueba de embarazo en caso de retraso menstrual u otros síntomas o signos de sospecha.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario en salud:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud por perfiles requeridos, según los hallazgos, necesidades, intereses e inquietudes. Se sugiere priorizar las siguientes situaciones:

    - Adultos que se encuentren viviendo sucesos vitales que tienen riesgo potencial de afectar su estado de salud.
    - Adultos con riesgo o dificultades para el afrontamiento emocional y/o débiles redes de apoyo familiar, social y comunitarias.
    - Adultos con riesgos nutricionales por hábitos alimentarios inadecuados.
    - Adultos con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
    - Adultos con riesgos y/o con poca información o información errónea relacionada con su salud sexual y sus derechos sexuales y reproductivos.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:
    - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
    - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.

- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo.
g. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
h. Rutas de atención intersectoriales y/o servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante, por ejemplo, para los servicios de educación, búsqueda de empleo, apoyo alimentario, atención a víctimas, entre otros.
i. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

5.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general o medicina familiar, se debe contar con lo siguiente: cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framighan, tablas de estratificación de la OMS, lista de chequeo de factores de riesgo de enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario de EPOC, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, báscula, tallímetro, cinta métrica, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, APGAR familiar, tablas e instrumentos para clasificación de riesgo cardiovascular y metabólico. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de los adultos.

6. ATENCIÓN EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O FAMILIAR PARA LA VEJEZ

6.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud de la persona mayor incluyendo la identificación de los principales cambios morfológicos y fisiológicos de la vejez.
- Identificar tempranamente exposición a riesgos para su prevención o derivación para manejo oportuno.
- Detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de referirlas para su manejo oportuno
- Potenciar las capacidades, habilidades y prácticas para el cuidado de su salud, el envejecimiento activo y el bienestar de las personas mayores mediante la información en salud.
- Construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado primario.

6.2 Población sujeto

Este procedimiento está dirigido a todas las personas de 60 años y mas que habitan en el territorio nacional.

6.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para el momento de la vejez:

- Valorar la capacidad funcional (fragilidad, actividades básicas e instrumentales).
- Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos.
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud sexual (funcionalidad sexual y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos).
- Valorar la función mental, emocional y social.
- Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud.
- Valorar el estado de salud en relación con el trabajo.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.
- Verificar esquema de vacunación.
- Aplicar, verificar u ordenar pruebas tamiz para detección temprana de alteraciones en la salud del adulto.
- Brindar información en salud.

6.4 Talento humano

Esta atención se realizará a través de una consulta por profesionales en medicina general o medicina familiar con conocimientos y experiencia en gerontología y geriatría, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores; enfoque de curso de vida considerando los efectos acumulativos de las acciones en salud realizadas en momentos vitales anteriores y su impacto en la vejez; envejecimiento activo como proceso de optimización de las oportunidades en salud, participación y seguridad de las personas adultas mayores; el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores como principales indicadores de salud y bienestar; atención primaria en salud; entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos que favorezcan el envejecimiento activo y la independencia; prevención de diversas formas de violencia, uso de tecnologías que incidan en la prevención de la dependencia y la fragilidad; estrategias que impulsen la solidaridad e intercambio intergeneracional que guíen las acciones dirigidas a la población adulta mayor; el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en el género y la cultura incidentes en el proceso de envejecer activamente en las distintas comunidades; conocimientos actualizados en la normatividad vigente y con competencias comunicativas para la atención integral en salud a las personas adultas mayores.

6.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

6.5.1 Anamnesis

Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas. Se recomienda hacer énfasis en:

a. Antecedentes personales: indagar factores de riesgo o presencia de enfermedades metabólicas (diabetes, sobrepeso, dislipidemias) cardiovasculares (hipertensión, infartos, cerebrovasculares), pulmonares (EPOC), tuberculosis, cáncer (cuello uterino, seno, próstata, estomago o colorrectal), alteraciones sensoriales (auditivas, vestibulares y visuales), defectos refractivos, glaucoma, estrabismo, enfermedades neurológicas, musculo esqueléticas, mentales o del comportamiento, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, enfermedades trasmisibles, infecciones de trasmisión sexual, urológicas, alteraciones en la vivencia de la sexualidad, alérgicos, traumatismos, transfusiones, quirúrgicos, hospitalizaciones, uso de medicamentos, vacunación, discapacidad, riesgo para osteoporosis, exposición a riesgos psicosociales para violencias, abandono, enfermedades o accidentes laborales, exposición a factores de riesgo derivados del trabajo (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, mecánicos, psicosociales y ambientales), toxicológicos (consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (tipo de sustancia, frecuencia, cantidad,

tiempo de consumo), exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: N°paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20). En caso de identificar factores de riesgo para EPOC se debe aplicar cuestionario para el mismo (Anexo 24).

b. Antecedentes familiares: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, enfermedad coronaria, cáncer, cerebrovasculares, alergias, asma, tuberculosis, enfermedades degenerativa, genéticas, gota, hemofilia, glaucoma, trastornos o problemas mentales (como demencia, depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, entre otros); conducta suicida, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, diversas formas de violencia.

c. Asimismo, es de relevancia indagar de manera enfática en la presencia de síndromes geriátricos, pues en muchos casos su aparición es prevenible; un diagnóstico adecuado permite identificar riesgos relacionados y definir planes de tratamiento tempranos y prácticos que inciden en la disminución de la morbilidad, discapacidad y mortalidad evitables de las personas adultas mayores:

- **Deterioro cognoscitivo**: se caracteriza por la pérdida o reducción temporal o permanente de las funciones mentales superiores (lenguaje, razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosías etc), siendo el más común la pérdida de la memoria. Las causas pueden ser múltiples debidas a enfermedades de base (anemias, infecciones, origen vascular, entre otras) o debido a cambios relacionados con el envejecimiento como el déficit cognoscitivo leve que puede evolucionar a demencia y por esta razón debe detectarse tempranamente[80]. En este aspecto, es importante indagar por la integridad de las funciones mentales superiores y pérdida de la memoria principalmente.

- **Inmovilidad**: Este síndrome se define como la restricción involuntaria en la capacidad de transferencia y desplazamiento, generalmente debido a dificultades físicas, funcionales y psicosociales. Este síndrome es un desenlace común de varias enfermedades y trastornos que avanzan a la discapacidad permanente en el adulto mayor (CENETEC 2011). Durante la valoración es necesario indagar en antecedentes o presencia de enfermedades osteoarticulares como la artrosis, osteoporosis, fracturas, debilidad muscular, lesiones en los pies, patologías cardiovasculares y trastornos neuropsiquiátricos entre otros factores de riesgo que limiten la movilidad o el desplazamiento de la persona.

- **Inestabilidad y caídas**: Es el riesgo de precipitaciones repentinas al suelo de manera involuntaria, que en algunas ocasiones pueden estar acompañadas con pérdida de la conciencia. Las causas de este síndrome son múltiples como enfermedades osteoarticulares, neuropsiquiátricos, cardiovasculares, causas extrínsecas, efectos secundarios a medicamentos entre otros. En este caso, es fundamental que a toda persona adulta mayor se le evalué los factores de riesgo más frecuentes para caídas: presencia de sarcopenia o debilidad, alteraciones de la marcha, limitaciones de la movilidad, déficit visual, deterioro cognoscitivo, diabetes mellitus tipo II, hipotensión ortostática, consumo de medicamentos con efecto sedante, dependencia funcional, y factores del entorno (tapetes, escaleras sin pasamanos, espacios con baja visibilidad entre otros). Asimismo, preguntar antecedentes de caídas anteriores y analizar los hallazgos de valoración integral.

- **Fragilidad**: Es un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo. Aunque existen varias definiciones de la fragilidad y criterios a valorar, en general deben valorarse a nivel físico, por lo menos los siguientes criterios: la fuerza de presión y la velocidad de la marcha, pérdida de peso, ausencia de energía y poca actividad física; y un fenotipo multidominio basado en un déficit en salud como presencia de enfermedades, discapacidades, anormalidades radiográficas, electrocardiografías o de laboratorio entre otros signos y síntomas.

- **Incontinencia de esfínteres,** además de su significado médico, tiene un profundo impacto en el bienestar de los adultos mayores, comprometiendo la autoestima y la dignidad de los mismos. La incontinencia urinaria es la más frecuente, y de igual manera que en otros síndromes geriátricos, sus causas son diversas tales como: infecciones genitourinarias, delirio o estados confusionales, tratamientos farmacológicos, alteraciones psicológicas, problemas de movilidad que dan origen a incontinencias transitorias pueden generarse por lesiones medulares, debilidad del suelo pélvico, incompetencia del esfínter uretral, vejiga acontráctil, hipertrofia prostática, deterioro cognitivo entre otras. Por consiguiente es importante indagar en factores de riesgo relacionados con las causas anteriormente mencionadas. En mujeres, es necesario valorar riegos como: diabetes mellitus, falta de restitución estrogénica, índice de masa corporal elevado y deterioro de la función cognoscitiva; y el hombres, debe indagarse en factores de riesgo relacionados con síntomas de las vías urinarias inferiores, infecciones del tracto urinario, deterioro funcional y cognoscitivo, trastornos neurológicos y prostatectomía.

- **Depresión**: En el adulto mayor se presenta con algunos síntomas que son infrecuentes en personas jóvenes: deterioro cognitivo que simula una demencia, ansiedad, insomnio y somatización. Se sabe que la persona mayor tiene un mayor riesgo de depresión en relación a los cambios del envejecimiento cerebral, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes, el uso de algunos fármacos, la inmovilización, el duelo y los problemas sociales y económicos que afligen a las personas en este momento del curso de vida. En este caso es necesario indagar en síntomas como: pérdida de peso, irritabilidad, insomnio, cambios del estado de ánimo, somatización, pérdida del apetito, hipoacusia y aislamiento social.

- **Iatrogenia**: La Iatrogenia medicamentosa se ha convertido en uno de los principales problemas de las personas mayores. Esto por dos razones básicas: porque el envejecimiento reduce los índices terapéuticos y también porque los pacientes geriátricos tienden a usar un número mayor de medicamentos, favoreciendo la interacción medicamentosa. Por consiguiente, en cada consulta es necesario analizar los medicamentos y dosis prescritas, así como los automedicados, los naturistas y homeopáticos; identificar posibles interacciones medicamentosas y fármaco-enfermedad.

d. Indagar sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad en sus diferentes componentes (reproductivo, afectivo, erótico y comunicativo- relacional) en condiciones de libertad, equidad y dignidad. Para lo cual es importante indagar por: orientación sexual, identidad de género, número de compañeros sexuales, uso de métodos de anticoncepción y protección usados contra ITS/VIH; dificultades durante las relaciones sexuales (excitación, lubricación, orgasmo, erección, eyaculación, dolor); toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción (autonomía, paternidad planeada), vivencia de la identidad de género (sexismo, homofobia y transfobia), violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos, creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales, anticoncepción, ITS. Evaluar efectos de los medicamentos que afectan la salud sexual, especialmente los medicamentos que comúnmente se utilizan para tratar enfermedades como la hipertensión y la depresión.

e. Consumo y hábitos alimentarios a partir de la regularidad en el patrón de comidas (saltar comidas), el tipo de alimentos consumidos (particularmente alto contenido de energía, grasas saturadas, sodio, azúcar o bajo contenido de fibra, vitaminas, calcio y hierro, entre otros) así como “dietas” que puedan contribuir al desequilibrio nutricional que permitan identificar la ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.

[80] (CENETEC 2011)

f. Prácticas y hábitos saludables (actividad física, higiene oral y corporal (incluyendo lavado de manos), descanso y sueño, hábito intestinal y urinario, fotoprotección, prevención de accidentes, uso del tiempo libre y ocio.

g. Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia a través del familiograma (Anexo 6) y el apgar familiar (Anexo 7), a fin de comprender las condiciones de la familia y especialmente valorar sus capacidades en relación con el proceso de cuidado de la salud, incluye las prácticas de monitorización, establecimiento de límites, apoyo percibido y comunicación familiar. En situaciones como la disfuncionalidad familiar, si está o ha estado expuesto a riesgos psicosociales para violencia, diversa forma de violencia y suicidios.

h. Valoración o actualización de las condiciones de vida, del contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias de la familia, pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa (Anexo 8).

i. Conocer la actividad laboral o económica actual y previa – rastrear antecedente de trabajo infantil y/o adolescente preguntando sobre la de edad de inicio de su actividad laboral. Indagar sobre el tipo de labor, tipo de vinculación laboral y la antigüedad de la misma, la carga laboral-. Indagar sobre la exposición a factores de riesgo e identificar en forma precoz, posibles alteraciones temporales, permanentes o agravadas del estado de salud del joven, ocasionadas por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo. En caso de identificar factores de riesgo o alteraciones relacionados con la actividad laboral o económica se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de enfermedad o accidente laborales.

j. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para detección temprana de riesgo cardiovascular, de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y de colon y recto.

k. Verificar el avance en los compromisos acordados en sesiones de educación individual previas.

6.5.2 Examen físico

Mediante todas las técnicas semiológicas, se indica realizar un examen físico completo Deben tomarse todos los signos vitales incluyendo la saturación de oxígeno por pulsoximetría. Debe inspeccionarse su aspecto personal para reconocer posibles cambios en el estado de ánimo y en el cuidado general (depresión, abandono entre otros).

A continuación, se presenta la descripción de algunos aspectos particulares que se debe realizar en cada consulta:

Valoración de la capacidad funcional: Inspeccione y revise aspectos generales como: fuerza, sensibilidad, reflejos normales y patológicos, equilibrio, coordinación, temblor. Posteriormente, evalué la marcha para lo cual una prueba sencilla y recomendable es la de indicar: "Levántese y ande"; para realizarla se le solicita al paciente: 1) "levántese de su silla" (en lo posible, ésta no debería tener apoyabrazos), 2) "Camine hacia adelante" (tres metros aproximadamente), 3) "De la vuelta, camine hacia su silla nuevamente y siéntese". Mientras la persona realiza la prueba, el profesional de salud debe evaluar el paso de la posición sentado a de pie (es normal si el paciente se para en un único movimiento sin usar las manos). Las características de los pasos (si son normales, pequeños, discontinuos e inseguros, etc.) La estabilidad al caminar y el equilibrio al sentarse. Se considera que la prueba es anormal si tarda más de 15 segundos o si existe incapacidad parcial, es decir, que el paciente requiere alguna maniobra de adaptación para no caerse (uso del apoyabrazos de la silla al incorporarse, tambaleo) o el paciente no puede incorporarse si no recibe ayuda de otra persona). Una prueba anormal predice una mayor incidencia de caídas recurrentes.

Seguidamente, evalué la funcionalidad e independencia de las personas adultas mayores para realizar actividades básicas de la vida diaria y autonomía y capacidades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. En esta valoración debe aplicarse los siguientes instrumentos:

- El índice de Barthel. (Anexo 25).
- La escala de Lawton-Brody (Anexo 26).
- Test de Linda Fried (Anexo 27)

Valoración del estado nutricional, seguimiento a los parámetros antropométricos y valoración de riesgo cardiovascular y metabólico: a partir de la medición del peso, talla, IMC y perímetro de la circunferencia de cintura, circunferencia muscular del brazo, circunferencia de pantorrilla, realizar la clasificación antropométrica según lo establecido en la normatividad vigente[81]; se debe identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación; tener en cuenta pérdida de peso mayor a 3 kg en el último mes. En caso de identificarse factores de riesgo o alteraciones nutricionales se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o alteraciones nutricionales o una atención resolutiva según sea el caso.

En simultánea valore el riesgo cardiovascular y metabólico (probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebro vascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo[82]), utilizando las herramientas validadas y actualizables para Colombia. Por el momento, se deben utilizar las herramientas definidas en el presente lineamiento *(Finnish Risk Score, tablas de estratificación de la Organización Mundial de la Salud y tablas de estratificación de Framinghan, índices de masa corpora)l.*

Valoración de la salud sexual: se debe indagar sobre los conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad, así como identificar cambios físicos y psicológicos propios del envejecimiento que afectan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales; esta valoración incluye los siguientes aspectos: identificación de signos y síntomas relacionados con la funcionalidad sexual, orientación sexual, deseo, exitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, erección, eyaculación, dolor. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual incluyendo la depresión, la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, afasia, parkinson, EPOC y diabetes.

Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscópico se debe explorar y evaluar las estructuras del segmento anterior y posterior, tales como anexos oculares, conjuntiva, cornea, esclera anterior, iris, cristalino, cámara anterior, vítreo, retina, cabeza del nervio óptico, estructuras vasculares retínales y coroides, entre otras. Se puede desarrollar mediante cuatro técnicas: oftalmoscopia a distancia, directa, e indirecta y la biomicroscopia con lentes accesorias.

Durante la consulta se debe valorar la agudeza visual usando optotipos morfoscópicos o angulares; los primeros (optotipos convencionales de Snellen de letras, números, direccional de figuras o C del Landolt, entre otros) y los segundos (New York Flash, dados guerreros o los cubos de fooks). Si la agudeza visual se encuentra reducida por debajo de 20/50, debe derivarse a una consulta resolutiva por optometría para confirmar o descartar un componente refractivo.

Si identifica un factor de riesgo o encuentra alguna alteración o anormalidad durante el examen de oftalmoscopia o en la valoración de la agudeza visual, deberá remitir al usuario a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones visuales o según el hallazgo a una consulta resolutiva por optometría u oftalmología.

[81] La clasificación nutricional/antropométrica se realizará según lo establecido en la Resolución 2465 de 2016 o la normatividad vigente que la sustituya.

[82] El cálculo se puede realizar manual o a través de la calculadora " Conoce Tu Riesgo Peso Saludable " del Ministerio de Salud y Protección Social disponible en Link https://www.minsalud.gov.co/sites/valoraturiesgo/_layouts/15/estilovidasaludable/datosusuario.aspx

Valoración de la salud auditiva y comunicativa: incluye la evaluación del estado del oído y su integridad a través de la inspección visual, la otoscopia, y de las funciones de la articulación, voz, habla y desempeño comunicativo. Durante la consulta se debe realizar dos preguntas de percepción: ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?, ¿Cree usted que escucha bien? y adicionalmente tener en cuenta si la persona es usuaria de ayudas audiológicas o no; antes de evaluar la comprensión del lenguaje y el desempeño comunicativo y las funciones de articulación, voz y habla, se recomienda aplicar la lista de chequeo de factores de riesgo de las enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación (Anexo 4). En caso de identificar alteraciones o anormalidad en la valoración, se debe remitir al adulto mayor a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de alteraciones auditivas y de la comunicación o a una consulta resolutiva de la ruta de alteraciones auditivas según hallazgos.

Valoración de la salud bucal: realizar el reconocimiento del estado de las estructuras dentomaxilofaciales (cara, maxilar y mandíbula, labios y comisura labial, mejillas-carrillos, encía, zona retro molar, piso de boca, superficie ventral y dorsal de lengua, paladar duro y blando, oro-faringe, articulación temporomandibular (ATM) y estructuras dentales) y de su funcionalidad en los procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Si se identifica algún factor de riesgo o se encuentra alguna alteración o anormalidad relacionada con la salud bucal, se debe derivar a la ruta integral de atención en salud para población con riesgo o presencia de alteraciones en salud bucal o valoración específica por odontología para el manejo respectivo.

Valoración de la salud mental: Incluye la valoración de los siguientes aspectos: apariencia y comportamiento (conducta espontánea, atuendo, apariencia, postura, expresiones, ademanes, acciones extrañas, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, postura anormal, contacto visual deficiente, expresiones faciales anormales, manierismos); lenguaje y comunicación (disposición e interés para comunicarse, flujo general del lenguaje; alteraciones del lenguaje; tono y contenido del discurso; relación entre comunicación verbal y no verbal); procesos de pensamiento (velocidad del habla, continuidad del habla, contenido del discurso, temas recurrentes, alteraciones del pensamiento (del curso y del contenido); estado de ánimo y afecto (estado emocional predominante, estado emocional que acompaña el discurso, fluctuaciones en estado de ánimo, correspondencia entre afecto y discurso); funcionamiento cognoscitivo (nivel de concentración, atención y estado de alerta; funcionamiento mnésico (memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermnesia), vocabulario, nivel de conocimientos de acuerdo con contexto personal y social); funcionamiento sensorial y motor (conciencia del entorno, orientación en tiempo, espacio y persona; alteraciones sensoriales; coordinación motora; dificultades motoras). Adicional a lo anterior se debe realizar la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales. Durante el procedimiento se debe valorar signos de violencia interpersonal, violencia de género, sexual y conflicto armado.

Adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales.

Si identifica algunos de los siguientes riesgos: síntomas depresivos, dependencia funcional, trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, la pareja o algún otro integrante de la familia allegado, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley para tamización de depresión (Anexo 21) y cuestionario GAD-2 para tamización de los trastornos de ansiedad (Anexo 22). En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante hallazgos sugerentes de deterioro cognitivo se debe aplicar el Minimental State (Anexo 28). En caso de identificar alteraciones o resultados negativos, se debe remitir a una consulta resolutiva.

Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (Anexo 16) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo 17). En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit (Anexo 23). Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental.

Otros aspectos físicos: identificar lesiones o alteraciones de la piel incluyendo examen de áreas de presión en adultos mayores con algún grado de inmovilidad, heridas o hematomas que permitan identificar posibles traumas o lesiones por exposición al sol tipo queratosis actínicas, al igual que alteraciones en la sensibilidad (hipostesia o anestesia), las cuales son características de enfermedad de Hansen; las cuales es relevante buscarlas por ser premalignas. En el caso de que la persona se encuentre con limitaciones de movilidad deben ser evaluadas las áreas de presión, examinar la columna vertebral pasiva y dinámicamente en búsqueda de alteraciones de la alineación (escoliosis, cifosis o lordosis), la pared abdominal en la búsqueda de hernias, la realización de pruebas para revisar insuficiencia venosa en miembros inferiores y la funcionalidad de las articulaciones. Indagar sobre la presencia de tos con expectoración por más de 15 días y si es contacto reciente de una persona con tuberculosis. Así mismo, inspeccionar vello y piel pubianos, observar si hay presencia de secreciones, alteraciones o lesiones cutáneas, palpación de escroto, ganglios linfáticos inguinales y funcionalidad del sistema urinario. Por otra parte se debe identificar personas con tabaquismo o expuesta al humo de tabaco a quienes se debe aplicar las atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco. En cada consulta

6.5.3 Información en salud

De acuerdo a los hallazgos se debe brindar información en salud que se considere relevante dirigida a las personas mayores y a la familia en caso de que lo acompañen o citándolos cuando la situación así lo amerite, manteniendo la confidencialidad de la consulta, cambios característicos del proceso de envejecimiento y adaptación al mismo, identificación de riesgos del entorno donde se desarrollan los adultos mayores y mecanismos de prevención y mitigación, derechos de las personas adultas mayores, principales signos de alarma para consultar los servicios de salud, cuidado para la salud y hábitos de vida saludables, recomendaciones para el uso del tiempo libre y realización de actividades estimulantes y placenteras, prevención de caídas y fracturas, recomendaciones para el uso de medicamentos, relación con la familia, amigos y cuidadores, oferta de servicios sociales y de salud disponibles para las personas adultas mayores. Asimismo, es necesarios informar a la familia y cuidadores primarios sobre: inclusión de las personas adultas mayores en las actividades y planes familiares, reconocimiento de cambios físicos y emocionales en la persona adulta mayor, fortalecimiento de la autonomía y la movilidad en las personas adultas mayores y motivación a participar en grupos sociales significativos para la persona adulta mayor.

6.5.4 Plan de cuidado

La definición del plan de cuidado debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con el adulto mayor y su cuidador.
Si de acuerdo a los hallazgos el médico identifica una patología, signo o síntoma que no ha sido diagnosticado anteriormente, en esta consulta se podrá generar el diagnóstico y establecer el manejo o tratamiento del evento en salud identificado. El registro de esta atención corresponde a una consulta de valoración integral y detección temprana con un diagnóstico relacionado.

Como parte del plan integral de cuidado primario en salud se debe verificar que la persona adulta mayor accedió a las atenciones definidas en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales, en el caso contrario, ordenar o canalizar para su realización:

a. Atención en salud bucal.
b. Educación grupal en entrenamiento cognitivo y emocional.
c. Tamización para riesgo cardiovascular y metabólico cada cinco años. Incluye: glicemia basal, perfil lipídico (colesterol de alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos), creatinina y uroanálisis.
d. Tamización para cáncer según lo definido en el procedimiento de:
   - Cáncer de cuello uterino.
   - Cáncer de mama.
   - Cáncer de próstata.
   - Cáncer de colon y recto.
e. Vacunación anual contra influenza.
f. Tamizajes para población con algún tipo de riesgo:
   - Prueba rápida treponémica en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para VIH previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para hepatitis B en caso de relaciones sexuales sin protección.
   - Prueba rápida para Hepatitis C. Para toda la población a partir de los 50 años de edad una vez en la vida.
g. Educación grupal para la salud incluye a la familia de acuerdo al ciclo contemplado según la edad.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones e incluirlas en el plan integral de cuidado primario:

a. Consulta de asesoría en anticoncepción cuando el usuario desea iniciar o cambiar algún método de anticoncepción, o para realizar su control.

b. Educación individual para la salud según los hallazgos, necesidades e inquietudes de las personas mayores y/o cuidadores. Se sugiere ordenarla en las siguientes situaciones:

   - Adultos mayores con alteraciones en el estado emocional y deficiente apoyo familiar y social
   - Adultos mayores en riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar.
   - Adultos mayores con baja autoestima y riesgo de suicidio.
   - Adultos mayores con riesgo de fragilidad.
   - Adultos mayores sin información y creencias erradas sobre su sexualidad o conductas sexuales de riesgo o experiencias negativas respecto a la vivencia de su sexualidad relacionadas con la cultura negativa del envejecimiento, cambios morfológicos y fisiológicos, entre otros.
   - Adultos mayores con alteraciones de la movilidad y compromiso de la funcionalidad y su autonomía.
   - Adultos mayores con alteraciones del sueño.
   - Adultos mayores con riesgo de desprotección social y económica.
   - Adultos mayores con riegos de polifarmacia (uso de tres o más medicamentos) y automedicación.
   - Adultos mayores con tabaquismo o expuesta a humo de tabaco.
   - Adultos mayores con riesgo de inestabilidad y caídas, que habitan en entornos inseguros.

c. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.

d. Atención básica de orientación familiar. A continuación se relacionan algunas situaciones familiares que pueden ser objeto de esta atención:

   - Familias con relaciones conflictivas e inadecuado funcionamiento familiar, con desorganización y presencia de conflictos que afectan el bienestar y desarrollo de sus integrantes y la dinámica familiar.
   - Familias con vivencia de sucesos vitales que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y afectar su salud.
   - Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, entre otras).
   - Familias con algún integrante con discapacidad.
   - Familias con deficientes redes de apoyo, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
   - Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

e. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
f. Atenciones básicas para promover la cesación del consumo de tabaco a personas identificadas con tabaquismo Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
g. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial. Es relevante por ejemplo para los servicios de centro día, subsidio al adulto mayor entre otros.

h. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

6.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Escala de Lawton-Brody; Test de linda Fried, Escala de Barthel, Minimental, cuestionarios AUDIT, ASSIST, Preguntas Whooley, cuestionario GAD-2, escala Zarit, Finnish Risk Score, Tablas de Framighan, tablas de estratificación de la OMS, lista de chequeo de factores de riesgo de enfermedades del oído, alteraciones auditivas, vestibulares y de la comunicación, cuestionario de EPOC, familiograma, APGAR familiar, ecomapa, materiales para examen físico (fonendoscopio equipo de órganos, tensiómetro, cinta métrica, pulsoxímetro, báscula, tallímetro, cinta métrica, optotipos morfoscópicos o angulares para agudeza visual, etc.).

Los instrumentos que deben ser aplicados de manera obligatoria en cada consulta son: tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, Escala de Lawton-Brody; Test de linda Fried, Escala de Barthel, Minimental, tablas e instrumentos para clasificación de riesgo cardiovascular y metabólico y APGAR familiar. Se sugiere la aplicación de los demás instrumentos relacionados en el procedimiento, como complemento a la valoración integral de las personas mayores.

7. ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

7.1 Objetivos

- Valorar de manera integral la salud bucal.
- Identificar los principales cambios morfológicos y fisiológicos en la cavidad bucal, propios de cada momento vital.
- Identificar factores de riesgo y factores protectores de la salud bucal.
- Brindar información para la salud.
- Derivar a las rutas que se requieran según las necesidades en salud general y salud bucal identificadas.

7.2 Población sujeto

Todas las personas en los diferentes momentos del curso de vida

7.3 Atenciones incluidas

Este servicio aborda las siguientes intervenciones o atenciones contempladas en la RPMS para los diferentes momentos del curso de vida:

- Valorar las estructuras dentomaxilofaciales y su funcionalidad.
- Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.
- Información en salud bucal.
- Derivación a profilaxis o remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes y detartraje supragingival, según corresponda.

7.4 Descripción del procedimiento

Incluye la aplicación de procesos, procedimientos, técnicas semiológicas y de apoyo, en procura de reconocer el estado de las estructuras dentomaxilofaciales y determinar la ausencia o presencia de alteraciones, para mantener y mejorar la funcionalidad para la masticación, deglución, habla, fonación, socialización, y para favorecer la comunicación, el afecto, la autoestima, entre otras.

7.4.1 Anamnesis

a. Indagar por experiencias previas relacionadas con la presencia de enfermedades bucales (caries, enfermedad gingival/periodontal, sangrado, traumas, mal posiciones, dolor, u otras) y antecedentes de condiciones sistémicas que impactan directamente en la salud bucal (enfermedades inmunes, alteraciones metabólicas como diabetes o VIH/SIDA, cáncer, EPOC, alteraciones metabólicas (diabetes), enfermedades cardiovasculares, otras)

b. Indagar y valorar hábitos e identificar factores de riesgo o protectores:

   - Alimentación: tipo (incluye lactancia materna en la primera infancia), cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, así como si ha tenido que efectuar cambios en su dieta por molestias relacionadas con su boca o dientes, entre otros.
   - Hábitos de higiene: frecuencia de higiene, calidad de la higiene, verificación de si hay apoyo, ayuda y control por cuidador cuando aplique por condiciones de discapacidad, uso de crema dental, tipo de crema dental, acceso a fluoruros a través de la crema dental, consumo de tabaco y alcohol, uso de dispositivos (rehabilitación), entre otros.
   - Consumo de tabaco y alcohol: tipos, cantidad, frecuencia, forma de consumo (incluyendo fumar invertido con la candela hacia adentro).
   - Identificar otros posibles factores protectores o de riesgo, conforme situaciones diferenciales, como costumbres por pertenencia étnica, u otros.

c. Indagar sobre la percepción que tiene sobre sus condiciones de salud bucal, el acceso a servicios odontológicos previos, los tratamientos recibidos y su nivel de conformidad con los mismos, así como sobre la expectativa frente a la atención y el cuidado de la salud bucal.

7.4.2 Examen físico

Aplicar las técnicas semiológicas, como la inspección, palpación y percusión, para realizar la valoración de las estructuras dentomaxilofaciales. Si la persona presenta prótesis removibles, estas deben ser retiradas a fin de evaluar la cavidad bucal de forma adecuada, buscando estomatitis protésica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la prótesis.

a. Cara: identificar ausencia de asimetrías, edema, variaciones de color (lunares, manchas, lentigos, hipopigmentaciones), fibrosis, aumentos de volumen, ulceraciones, u otros procesos.
b. Ganglios linfáticos: identificar variaciones de volumen, consistencia, forma, bordes, extensión a planos profundos y ausencia de dolor; además deben correlacionarse con la información clínica obtenida durante el interrogatorio.
c. Maxilar y mandíbula: verificar ausencia de asimetrías o discrepancias en tamaño, entre otros.
d. Músculos: valorar funcionalidad y ausencia de dolor, en músculos temporal, cigomáticos mayor y menor, maceteros, y pterigoideos, además de los demás músculos de cara, cabeza y cuello.
e. ATM (articulación temporo-mandibular): evidenciar la movilidad, la ausencia de ruidos tipo chasquido o crepitación, la ausencia de desviaciones de la mandíbula en los movimientos de apertura y cierre, la ausencia de dolor, entre otros.
f. Labios (bermellones) y comisura labial: valorar la ausencia de asimetrías, discrepancia en el tamaño de labios, cambios de textura, consistencia, forma y color de labios considerando las diferencias étnicas; verificar la integridad de las comisuras bucales y la delimitación de la unión de la piel con el borde bermellón así como la ausencia de lesiones tipo herpes labial, queilitis, fisuras o lesiones traumáticas por hábitos inadecuados como morderse los labios o morder objetos. Se verificará la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas u otras, previas para el manejo de fisuras labiales.
g. Mucosa de carrillos (parte interna de las mejillas): mediante visualización y palpación, verificar la ausencia de aftas, mucoceles, lesiones por trauma (hábitos de masticarse los carrillos) u otras, teniendo presente que si es normal la presencia de la línea alba oclusal y los gránulos de Fordyce. Verificar en el fondo del surco las salidas de las glándulas parótidas así como el estado de los frenillos laterales y centrales tanto superiores como inferiores.
h. Encía y zona retromolar: valoración de todos los rebordes alveolares, de la encía adherida (normalmente de color rosa coral), de la encía libre (color más intenso que la adherida) y del tamaño y textura de las papilas interdentales. Pueden encontrarse pigmentaciones fisiológicas, o inflamaciones (gingivitis), exostosis, fistulas, entre otros hallazgos.
i. Lengua: valorar superficies ventral y dorsal así como bordes laterales, mediante inspección y palpación. Identificar el estado de las papilas foliadas de la zona postero- lateral, que hacen parte del tejido linfoide del anillo de Waldeyer, del frenillo lingual y de las salidas de los conductos excretores de las glándulas submandibulares. Identificar los diversos tipos de aspectos de la lengua, como la geográfica o fisurada, y la ausencia de condiciones como glositis, ulceras, aftas, entre otras. Es importante también valorar la movilidad de la lengua y el grado de inserción del frenillo, pues ello puede afectar la fonación y/o la deglución.
j. Piso de boca: inspeccionar la mucosa no queratinizada, la red venosa superficial, las glándulas menores y las submandibulares, y verificar la ausencia de alteraciones.
k. Paladar (duro y blando): verificar el color del paladar duro (rosa pálido), y la textura de la mucosa (firme y queratinizada). Se valora su integridad, los cambios de color, la ausencia de úlceras o aumentos de volumen (torus palatino, hiperplasias, neoplasias), entre otros. En el paladar blando se verificara el color (rojizo) y su elasticidad. En todo el paladar se verificará la ausencia de fisuras totales o parciales, e incluso la integridad de los tejidos ante la evidencia de intervenciones quirúrgicas previas para el manejo de las fisuras. También se verifica la ausencia de úlceras, o alteraciones de las glándulas salivales, entre otras.
l. Orofaringe para verificar color y ausencia de exudados en los pilares y en las amígdalas.
m. Tejidos dentales: en el cual deben verificarse entre otros:
   - Número total de dientes temporales y permanentes presentes así como la cronología de la erupción, acorde con la edad y los procesos fisiológicos de erupción. Valorar la no presencia de dientes y determinar posibles anodoncias, incluidos o pérdidas por diversas razones.
   - Estado de las estructuras dentales, para identificar ausencia de signos clínicos de caries (pueden usarse los criterios de la clasificación de caries ICDAS y el COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP).
   - Ausencia de otras alteraciones como fluorosis dental (haciendo uso de la clasificación de Dean), dientes incluidos, atriciones, abrasiones, fracturas o fisuras asociadas a hábitos o prácticas deportivas u otros, enfermedad pulpar, malposiciones, entre otras.
   - Verificar la presencia y estado de cualquier tipo de rehabilitación presente en boca, incluyendo coronas, prótesis fijas o removibles, implantes, etc.
   - Saliva: valorar consistencia y volumen, y valorar la ausencia de alteraciones que generen su reducción.
   - Verificar la funcionalidad de los tejidos y estructuras para cumplir con procesos de masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
   - Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca y la forma de realización de higiene por parte del adulto para el cuidado de la salud bucal.

Conforme a los hallazgos durante la valoración debe realizarse una síntesis ordenada de los riesgos, los factores protectores y el estado de los tejidos y del estado general de la salud bucal.

A partir de lo anterior, se deben realizar acciones de información en salud y definir o actualizar las atenciones individuales y colectivas del plan integral de cuidado primario

7.4.3 Información para la salud

En razón a los hallazgos bridar la información para la salud pertinente, con énfasis en:

a. Derechos en salud.
b. Orientaciones para el cuidado en salud bucal, alimentación, actividad física, higiene personal, entre otros.

7.4.4 Plan de cuidado

La definición del plan integral de cuidado de la salud debe hacerse de acuerdo a la atención que corresponda según los hallazgos y la concertación de compromisos con la persona que recibe la atención y/o su familia.

Se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones del plan integral de cuidado primario para la salud o en caso contrario indicar su realización de acuerdo a lo estipulado en el anexo respectivo y conforme a las frecuencias establecidas para cada momento del curso de vida:

a. Remoción de placa bacteriana (Para mayores de un (1) año en toda consulta de salud bucal de acuerdo a la frecuencia establecida por momento del curso de vida).
b. Aplicación de flúor (Niños, niñas y adolescentes a partir del año de edad hasta los 17 años, en toda consulta de atención en salud bucal).
c. Detartraje supragingival (A partir de los 12 años, según hallazgos en la valoración).
d. Aplicación de sellantes (A partir de los 3 años hasta los 15 años).
e. Consulta de valoración del estado de salud por medicina o enfermería, según el momento del curso de vida.
f. Educación grupal según el momento del curso de vida.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
c. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
d. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial.
e. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

7.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de odontología, se debe contar con lo siguiente: historia clínica odontológica, Odontograma o Cariograma, instrumentos de clasificación de caries como ICDAS, Índices COP y COP-modificado (C(ICDAS)OP) para caries, entre otros, instrumental básico de examen odontológico (espejo, explorador, sonda, pinzas algodoneras).Materiales: modelo dental.

7.6 Atenciones de protección específica para la salud bucal

7.6.1 Profilaxis y remoción de placa bacteriana

Son las acciones en procura de conservar bajos niveles de placa bacteriana o biopelícula, mediante la identificación, demostración de técnicas de higiene oral y eliminación de la placa de las superficies dentales y de los tejidos blandos.

Puede ser realizado por profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del profesional en odontología, por lo que debe realizarse el procedimiento de manera subsiguiente a la consulta de atención en salud bucal. La frecuencia de este procedimiento por momento del curso de vida es:

Primera infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Infancia:	2 veces al año (1 por semestre)
Adolescencia:	2 veces al año (1 por semestre)
Juventud:	Anualmente
Adultez:	Cada dos años
Vejez:	Cada dos años

Se suministran sustancias reveladoras de placa y se brindan las indicaciones para que puedan ser distribuidas en todas las superficies dentales.

Se identifican los gradientes de tinción en las superficies teñidas con la sustancia, que dan cuenta del acumulo de placa y se le muestra al adulto apoyados de un espejo.

Se realiza el registro de las superficies teñidas y se calcula el índice de O'Leary (relación del total de superficies teñidas con la sustancia reveladora sobre el total de superficies dentales presentes, multiplicado por 100 y expresado en porcentaje).

Se evalúa la forma como las personas (niños, niñas, adultos o cuidadores) realizan la higiene diariamente y se realizan las recomendaciones de las técnica de cepillado y uso de los demás elementos de higiene, considerando las capacidades cognitivas, motrices y las diferencias culturales u otras de cada caso.

Según lo evidenciado con la sustancia reveladora y el resultado del índice de O'Leary, se brindan las orientaciones e instrucciones sobre elementos y técnicas de cepillado dental e higiene bucal, en las diversas superficies dentales y demás tejidos de la cavidad oral (lengua, encía, paladar y surco vestibular), así como en las prótesis dentales fijas o removibles o en dispositivos de ortodoncia, que puedan estar presentes.

De acuerdo con los hallazgos individualizados para cada usuario, se prescriben los mejores elementos para la higiene: seda o hilo dental, cepillos dentales, aditamentos de higiene adicionales y cremas dentales, siempre con contenidos de flúor debido a que el efecto tópico favorece el control del riesgo de caries dental.

Finalmente se realiza profilaxis o remoción de placa (bio-película), de todas las superficies de todos los dientes presentes, mediante uso de instrumentos rotatorios con copa de caucho o cepillos u otros aditamentos dispuestos para tal fin y pasta profiláctica, o mediante uso de cepillo dental acorde con la edad y las condiciones particulares encontradas.

Instrumentos, insumos y dispositivos: Instrumental básico y complementario de Odontología, instrumental y equipamiento para profilaxis y detartraje, sustancias reveladoras de placa, micromotor, copas y cepillos de profilaxis, pasta profiláctica, elementos de higiene (cepillos, crema dental, seda dental, otros aditamentos como cepillos interproximales, enhebradores, entre otros), odontograma, periodontograma, clasificación de caries ICDAS, índice de O'Leary, índice COP y COP y COP modificado (C(ICDAS)OP)), índices para determinar severidad de gingivitis y enfermedad periodontal, índice de Dean para fluorosis, entre otros, protocolo de exposición a flúor del INS, material didáctico.

7.6.2 Aplicación de flúor

Este procedimiento aplica para todas las personas en la primera infancia (a partir del primer año de edad), infancia, adolescencia.

Consiste en aplicar o poner en contacto la porción coronal del diente con sustancias que contienen fluoruros, como mecanismo que permite fortalecer la superficie del esmalte dental y producir mayor resistencia a la caries, para controlar la desmineralización y formación de cavidades en el tejido dentario.

La actividad se realiza por el profesional en odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo, una vez cada 6 meses o en personas con alto o mediano riesgo cada 3 meses, por lo que debe realizarse el procedimiento seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Este procedimiento, como medida de protección específica, se realiza con flúor en barniz para reducir el riesgo de ingesta por deglución (particularmente en las primeras edades de vida) y reducir efectos posteriores no deseables.

La aplicación tópica debe realizarse garantizando las debidas medidas para reducir el riesgo de ingesta, considerando las aplicaciones previas que se hayan realizado en otros entornos o en jornadas; haciendo el control adecuado de las cantidades de fluoruro suministrado de forma que no se generen riesgos o situaciones adversas y entregando las recomendaciones necesarias para los cuidados posteriores a la aplicación, de forma que no se pierda la efectividad de la intervención.

En todos los niños en los que se sospeche o pueda identificarse fluorosis dental (por ingesta excesiva flúor provenientes de otras fuentes), debe también aplicarse flúor de forma tópica y en los rangos de tiempo señalados, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia incluso a la caries dental sobre agregada a la desmineralización inicial.

7.6.3 Sellantes

Este procedimiento aplica para todos los niños, niñas y adolescentes entre tres y 15 años de edad, según la erupción dentaria y criterio clínico.

Consiste en modificar la morfología de la superficie dental, mediante la aplicación de una barrera física, a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

La actividad se realiza por el profesional de odontología o por el técnico auxiliar en salud oral bajo la supervisión del odontólogo.

Se verifica la presencia de los sellantes en los molares temporales que acorde con la edad deben estar ya presentes, y que de no encontrarse deben valorarse la situación para ser aplicados acorde con el criterio clínico.

En los niños de 6 a 8 años, se sellan los primeros molares permanentes.

En los niños de 9, 10 y 11 años, se aplican sellantes en los primeros y segundos premolares permanentes que se encuentren presentes y totalmente erupcionados.

Previo a la aplicación de sellantes se debe verificar la presencia de sellantes existentes y realizar la profilaxis para la remoción de la placa bacteriana de las superficies dentales y se realiza el debido aislamiento del campo operatorio.

Se seguirán las instrucciones según el tipo de sellante disponible, para realizar los procesos de grabado con una sustancia ácida (generalmente ácido fosfórico), de las superficies que reciben el sellante, de lavado y de secado de las superficies a fin de que queden dispuestas para la adhesión del material plástico.

Se aplica el sellante con los instrumentos dispuestos según el material, o con cucharilla o explorador recorriendo todos los surcos y fisuras y se realiza su polimerización. Una vez colocado el sellante se evalúa la adherencia y se verifica que no se presenten burbujas.

Finalmente se realiza el control de la oclusión y se eliminan los excesos de ser necesario.

En todas las edades, se realiza control de la permanencia de los sellantes cada 6 meses en personas de bajo riesgo y cada 3 meses en personas de alto y mediano riesgo, debido a que la pérdida total o parcial, se constituyen en un riesgo de acumulo de placa y por tanto en un riesgo de desarrollo de caries dental.

7.6.4 Detartraje supragingival

Este procedimiento se realiza a las personas mayores de 18 años, de acuerdo al criterio clínico del profesional de odontología.

Consiste en remover mecánicamente la placa bacteriana, los depósitos calcificados y manchas extrínsecas de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte dental, por considerarse factores retentivos de placa y factores de riesgo también para la presencia además de caries dental.

Debe ser realizado por el profesional en odontología o por técnico auxiliar en salud oral, con supervisión del profesional, seguido a la consulta de atención en salud bucal.

Previo al procedimiento se debe valorar los sitios que presentan depósitos y manchas extrínsecas, y solo en caso de presentarse se realiza remoción de los depósitos y manchas con el uso de los instrumentos específicos, además de realizar limpieza de superficies con cepillos de profilaxis o copas de caucho y pasta profiláctica.

Si se evidencian depósitos extensos que comprometen los espacios periodontales y la estabilidad del diente, se remite a la RIAS para las alteraciones de la salud bucal-enfermedad periodontal.

NOTA: De no encontrarse depósitos calcificados o manchas extrínsecas en las superficies dentales, esta actividad no debe ser realizada dado que el uso de estos instrumentos puede generar efectos no deseados en tejidos blandos y en la superficie dental.

Instrumentos, insumos y dispositivos: instrumentos manuales (curetas y hoces) u otros instrumentos como los de ultrasonido o rotatorios, para la remoción adecuada de los depósitos.

8. ATENCIÓN EN SALUD PARA LA VALORACIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA

8.1 Objetivos

Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o las personas significativas.

8.2 Población sujeto

Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento.
Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.

8.3 Atenciones incluidas

- Evaluar y promover la lactancia materna exclusiva.

8.4 Talento humano

Esta atención debe ser realizada a través de una consulta por enfermería, medicina o por nutrición, cuyo responsable debe tener conocimiento y habilidades en valoración y consejería en lactancia materna mediante entrenamiento o experiencia probada.

Los profesionales encargados de la atención a niños y mujeres en periodo de lactancia deben ser competentes en diferentes habilidades como la elaboración de historia clínica pediátrica, evaluación antropométrica y nutricional correcta, seguimiento de la lactancia materna y alimentación complementaria.

8.5 Descripción del procedimiento

A continuación se enuncian los principales aspectos que se deben realizar durante el procedimiento.

8.5.1 Anamnesis

a. Indagar frente a las necesidades de la madre sobre la práctica de la lactancia materna.
b. Indagar sobre los siguientes aspectos: preparación prenatal para la lactancia materna, momento de inicio de la lactancia materna, ingesta de leche de fórmula antes del egreso hospitalario neonatal, expectativas de la madre y la familia frente a la lactancia materna.
c. Con qué frecuencia y con cuál duración lacta, forma en la que lacta (postura de la madre y del niño, agarre y succión), reconocimiento de hambre y saciedad del bebé, frecuencia y características de orina y deposición administración de otros alimentos diferentes a la leche materna.
d. Forma como se realiza la extracción, conservación y transporte de la leche en las madres lactantes que lo realizan.
e. Alimentación de la madre: cómo es la composición de la dieta, consumo de líquidos o medicamentos.
f. Cuidado de las mamas: alternancia de senos durante cada alimentación del niño, masaje.
g. Inconvenientes e inquietudes sobre la lactancia.
h. Planes para continuar con la lactancia en caso de retorno a la escuela o trabajo.
i. Dar información sobre la existencia de bancos de leche humana, extracción, donación y continuación de la lactancia materna.

8.5.2 Examen físico

Evaluación de la práctica de la lactancia materna, aplicando la herramienta de verificación de la adecuada técnica de lactancia materna en lo relacionado con posición, succión y agarre; se debe realizar la valoración de las mamas: aspecto, color, presencia de dolor, congestión, signos que sugieran infección.

Debe realizarse también medición del peso del niño para verificar la progresión del mismo e identificar problemas nutricionales de forma oportuna.

8.5.3 Información para la salud

Al mismo tiempo de evaluar la práctica de la lactancia, se debe recomendar a la madre de acuerdo a sus necesidades en los aspectos que se requieran para mejorar la técnica de la misma y se podrán ir resolviendo sus inquietudes.

La consulta debe ser aprovechada para educar a la madre en periodo de lactancia en:

- La importancia y beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé sobre otras formas de alimentación, incluyendo alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.
- Extracción, conservación, transporte de la lactancia materna.
- Cuidado de las mamas.
- Estrategias que pueden apoyar la lactancia materna como el Banco de Leche Humana.
- Los problemas que se pueden presentar relacionados con la lactancia materna y cómo manejarlos: 'poca leche,' bebé rechaza el pecho materno, madre que tiene pezones planos o invertidos, pechos ingurgitados, madre con pezones doloridos o con grietas o mastitis, como mantener la lactancia en un bebé con bajo peso al nacer o enfermo.
- Momento adecuado de inicio de la alimentación complementaria y forma de hacerlo.

8.5.4 Plan de cuidado

De acuerdo a los hallazgos e inquietudes identificados durante la consulta se acordará con la madre en periodo de lactancia las actividades en el plan de cuidado para asegurar el mantenimiento de la lactancia materna de forma exclusiva. En dicho plan es importante tener en cuenta las siguientes actividades:

a. Ayudar a la madre y la familia para la implementación efectiva de la práctica de lactancia materna.
b. En caso de encontrar situaciones como signos de infección en las mamas se deberá remitir a consulta médica resolutiva para su manejo.
c. Educación grupal para padres y cuidadores.

Como parte del plan de cuidado se debe verificar que la persona accedió a las siguientes atenciones que hacen parte del mismo, de acuerdo a la periodicidad establecida en el esquema de atención, o en caso contrario ordenar o canalizar para su realización:

a. Consulta para la valoración integral en salud de la niña o niño.
b. Educación en salud grupal para la primera infancia.
c. Vacunación.

Adicionalmente, en función de los hallazgos, se deberá indicar la realización de las siguientes atenciones, las cuales también deben estar incluidas en el plan integral de cuidado primario:

a. Educación para la salud dirigida al grupo familiar cuando se identifique alguna situación de uno o varios de los integrantes de la familia o se requiera profundizar en aspectos para el cuidado de la salud de la familia en su conjunto.
b. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
c. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial, inlcuyendo grupo de apoyo para el cuidado infantil y lactancia materna.
d. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial, con especial énfasis en los programas de apoyo alimentario o grupos de apoyo para madres lactantes.
e. Realizar la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública identificados durante la consulta.

8.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Carné de salud infantil. Instrumento de valoración de la técnica de la lactancia materna. Modelos de pecho para educación en lactancia materna, Modelos de instrumentos para extracción de la leche materna (bombas extractora, botella caliente), Modelos de instrumentos para almacenamiento (frascos de vidrio, bolsas para almacenamiento de LM).

9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

9.1 Objetivos

Detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber: citología vaginal, pruebas ADN-VPH o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol.

9.2 Población sujeto

Las pruebas de tamización serán realizadas según el grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así:

Citología: La tamización con citología se debe realizar en las mujeres de 25 a 29 años de edad en esquema 1 – 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.

Pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano: La tamización con las pruebas que detectan el ADN de los virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, se deben realizar a todas las mujeres entre 30 y 65 años de edad, con un esquema 1-5-5 (cada 5 años) ante resultados negativos.

Técnicas de inspección visual: Las técnicas de inspección visual están indicadas exclusivamente para las mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud, se deben realizar en esquema 1-3-3 ante resultados negativos.

9.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación sobre el procedimiento y diligenciar carné.
- Toma no quirúrgica de muestra o tejido cervical para estudio citológico o para estudio del ADN del virus del papiloma humano.
- Inspección visual con ácido acético y lugol y tratamiento con crioterapia en mujeres residentes en lugares apartados.
- Control de muestras, gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta Integral de Atención específica de cáncer de cuello uterino según hallazgos.

9.4 Talento humano

Toma de citología y pruebas ADN – VPH: Profesional en medicina, enfermería o bacteriología o cito-histotecnólogo o histocitotecnólogo certificado. En los lugares donde no exista ninguno de los profesionales antes listados, este procedimiento puede ser realizado por un técnico auxiliar de enfermaria entrenado y certificado.

Pruebas de Inspección visual con ácido acético y lugol (VIA – VILI): Sólo podrá ser realizada por médicos o profesionales en enfermería entrenados en la técnica y en el tratamiento inmediato con crioterapia, debidamente certificados.

9.5 Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de cuello uterino; permitir a la mujer expresar si alguno de los exámenes genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer. Así mismo, brindar la siguiente información:

- Explicar los procedimientos a realizar en cada estrategia de tamización.
- Informar posibles conductas según resultados de las pruebas de tamización.
- Aclarar que un resultado positivo de VPH en la prueba de tamización no es igual a un diagnóstico de cáncer.
- Informar que ante resultados de pruebas de tamización positivas es necesario realizar pruebas confirmatorias (colposcopia + biopsia), y en el caso de las técnicas de inspección visual se debe brindar información de la técnica, los resultados obtenidos en el momento del examen y la posibilidad del tratamiento inmediato con crioterapia (en el mismo momento de la tamización), obtener el consentimiento informado.
- Insistir en la importancia de reclamar el resultado.

Todos los procedimientos deben estar registrados en el formato establecido para el procedimiento de toma de la muestra de tamización, la información a registrar es:

Fecha de la tamización, consecutivo de muestra, datos de identificación de la paciente, unidad o IPS donde se realiza la tamización, EAPB, antecedentes ginecológicos y obstétricos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, registrar el uso del dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo si aplica, antecedente de vacunación contra el VPH, fecha de la vacunación, fecha y resultado de la última prueba de tamización de cáncer de cuello uterino y procedimientos anteriores en el cuello uterino.

Cuando la tamización sea con las técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol, el formato debe incluir el resultado de la inspección visual con ácido acético (VIA), con el lugol (VILI), la evaluación final, y la conducta a seguir. Incluir si se hizo tratamiento inmediato con crioterapia, las instrucciones y el control; o incluir si el caso fue remitido a especialista.

Se debe entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la toma de la prueba de tamización, tipo de prueba de tamización utilizada, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información y en los registros administrativos vigentes el resultado de la prueba, la fecha de recepción del informe, fecha de la próxima prueba de acuerdo a lo registrado en el resultado.

Registrar en historia clínica el resultado **negativo** de citología vaginal usando en forma obligatoria el sistema de reporte Bethesda 2014, registrar el resultado **negativo** de la prueba ADN-VPH, o de la inspección visual.

9.5.1 Procedimientos de tamización de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con edad de la mujer y lugar de residencia habitual

Mujeres menores de 25 años, se realizará la tamización de oportunidad con citología, a partir del criterio y evaluación de antecedentes y factores de riesgo por el médico o enfermera que justifiquen realizarla, con el esquema 1-3-3 ante resultados negativos. Considerar antecedentes como: Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales.

Mujeres de 25 a 29 años: Se deben tamizar con citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad).

Ante resultados **positivos**[83] de las pruebas de **citología**, realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un tiempo no mayor a 1 semana; **gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia** (colposcopia + biopsia según hallazgos), en un tiempo no mayor a 30 días cuando el caso requiera el procedimiento.

Una vez se realice la colposcopia a mujeres con citología positiva; registrar en el sistema obligatorio de reporte Bethesda 2014, el resultado anormal de la prueba, la fecha de recepción del informe, la fecha de realización de la colposcopia, si se realizó o no biopsia, informe de la colposcopia y fecha y resultado de la biopsia.

Mujeres de 30 a 65 años: A partir de los 30 años y hasta los 65 años, la tamización obligatoria será con las pruebas ADN-VPH[84].

Teniendo en cuenta que cuando el resultado de la prueba ADN-VPH es positivo, se debe realizar una citología (convencional o en base líquida según disponibilidad) de triage o clasificación para decidir qué casos se remiten a colposcopia + biopsia; es obligatorio que a todas las mujeres a quienes se realice toma de la prueba de ADN-VPH, se les tome en el mismo momento, una muestra para citología (empezando con la muestra para citología, seguida por la muestra para el ADN-VPH), garantizando las condiciones de asepsia y antisepsia para dicha toma, así como las condiciones necesarias para su correcta conservación y almacenamiento. Todas las muestras de ADN-VPH deben ser analizadas; no obstante, sólo se llevarán a lectura las citologías de aquellas mujeres cuya prueba de ADN-VPH resultó positiva, las otras muestras se deben desechar.

Ante resultados **positivos** de las pruebas **ADN-VPH**, se debe realizar la búsqueda activa de las mujeres, gestionar la consulta con medicina general o enfermería en un

[83] Se considera positivo a la tamización un hallazgo citológico de ASC-US o mayor o LEI-BG o mayor.
[84] Considerar que las pruebas a utilizar tengan suficiente evidencia clínica y científica para soportar una tamización primaria (estudios clínicos, pruebas IVD, certificaciones internacionales, participación en programas de calidad con estándares internacionales, implementación en otros países de referencia). Cuando se disponga de **pruebas rápidas para ADN-VPH**, su uso estará restringido únicamente a lugares con población dispersa, unidas a la estrategia de Ver y Tratar, bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

tiempo no mayor a 2 semanas, en los cuales se debe gestionar la lectura y entrega de la citología clasificatoria o de triage en un tiempo no mayor a 1 semana.

- Cuando la prueba de ADN-VPH resulte positiva, pero la citología de triage o clasificatoria sea negativa, la usuaria será citada a un control con prueba de ADN-VPH en 18 meses.

- Cuando la prueba de ADN-VPH y la citología de triage o clasificatoria sean positivas, se debe gestionar la cita para ser referidas a colposcopia y biopsia según hallazgos, en un tiempo no mayor a 30 días y derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer.

  Una vez se realice la colposcopia y la biopsia (según hallazgos); registrar en el sistema de información las atenciones de colposcopia y biopsia con sus correspondientes fechas y resultados.

  Mujeres mayores de 65 años: A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, en los últimos cinco años, específicamente las del ADN-VPH tengan resultado negativo. En caso contrario continuar seguimiento según algoritmos para lesiones pre neoplásicas

  Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización.

Mujeres residentes en ámbitos territoriales rurales y rurales dispersos

Las estrategias de tamización primaria para cáncer de cuello uterino para territorios con población dispersa y de difícil acceso de obligatorio cumplimiento son las siguientes:

Mujeres de 25 a 29 años: Citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad).

Mujeres de 30 a 50 años: Estrategia Ver y Tratar: Incluye la realización de técnicas de inspección visual VIA con ácido acético (VIA) y lugol (VILI) (por sus siglas en inglés) del cuello uterino y tratamiento inmediato con crioterapia u otro método ablativo de destrucción local que haya demostrado su efectividad. Las pruebas rápidas de ADN-VPH podrán ser una alternativa para la tamización en este grupo de edad siempre en combinación con la estrategia Ver y Tratar. Las mujeres con prueba positivas a la prueba rápida se les realizará la inspección visual con ácido acético y lugol (VER) y a las que tengan la indicación TRATAR en forma inmediata o remitir al especialista.

Mujeres 51 a 65 años: Citología de cuello uterino o pruebas de ADN-VPH según disponibilidad. No requieren triage o clasificación con citología.

Si en el momento de realizar la inspección del cuello uterino a través de la especuloscopia para la tamización, se identifican signos que sugieren un carcinoma infiltrante, se debe informar a la mujer, generar una alerta en el sistema y gestionar la atención en los servicios de colposcopia para confirmación mediante biopsia en un tiempo no mayor a 1 semana, sin necesidad de realizar o conocer el resultado de la prueba de tamización.

9.5.2 Información para la salud

- Informar sobre el virus del papiloma humano VPH como infección de transmisión sexual y agente relacionado con el desarrollo de cáncer de cuello uterino.
- Educar en factores de riesgo para cáncer de cuello uterino, medidas de prevención primaria (vacunación contra el VPH) y finalidad de las actividades de tamización.

9.5.3 Plan de cuidado

a. Entrega de resultados: sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir.
   - Si los resultados de las pruebas de tamización son **negativos**: se debe brindar información sobre la importancia de la adherencia al esquema de tamización de cáncer de cuello uterino, prevención de la infección por VPH y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización:

     – Para citología de cuello uterino en mujeres entre 25 y 29 años, citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3
     – Para pruebas ADN VPH en mujeres entre 30 y 65 años, citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5.
     – Para Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años: citar en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3.

   - Si los resultados de las pruebas de tamización son **positivos**: se requiere la realización de una consulta por profesional en medicina general o enfermería, en la cual se debe:
     – Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

   - Cuando el resultado de la citología vaginal reporta en calidad de la muestra insatisfactoria, se debe tomar una nueva citología entre las tres y cuatro semanas siguientes, con el fin de permitir una adecuada reepitelización del cuello uterino.

b. Si el profesional de enfermería que realiza la prueba de tamizaje identifica infecciones vaginales o si la usuaria refiere síntomas sugestivos, se debe referir a una consulta resolutiva por profesional de medicina general.

c. Realizar la notificación obligatoria al Sivigila de todas las mujeres con resultado positivo en la biopsia acorde al protocolo para la vigilancia del evento.

9.6 Gestión para la tamización del cáncer de cuello uterino

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en el prestador de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

a. En zonas rurales dispersas y de difícil acceso a los servicios de salud, se sugiere realizar jornadas de salud coordinadas entre la DTS, la EAPB e IPS en articulación y previa concertación con los líderes comunitarios, asociaciones indígenas, entre otras, que promocionen las actividades de detección temprana para cáncer de cuello uterino. En los prestadores de salud donde se encuentren grupos indígenas, la institución debe contar con la presencia de un referente de la misma comunidad que explique el procedimiento a realizar con enfoque intercultural.

b. Control de las muestras

   - Almacenar, embalar y entregar las láminas de citología y pruebas ADN - VPH, los formularios de toma de muestra, cumpliendo los protocolos y manuales establecidos por el laboratorio centralizado. Las pruebas ADN-VPH deben seguir las indicaciones de almacenamiento y tiempo para el procesamiento del proveedor. Documentar las entregas realizadas al transporte certificado dispuesto por el laboratorio centralizado.
   - El tiempo transcurrido entre la toma y recepción de la muestra en el laboratorio no debe superar los cinco (5) días.
   - Definir los procesos para el archivo de láminas de citologías de cuello uterino (CCU) en la unidad de tamización cuando se toma en forma simultánea con pruebas ADN-VPH, especificando el proceso de búsqueda y envío para la lectura, de las láminas que correspondan a mujeres con resultados positivos de

pruebas ADN VPH, y detallar los procedimientos de desechos de láminas de CCU, en los casos que las pruebas ADN VPH sean negativas.

- Realizar los procedimientos de control de calidad interno y externo conforme las directrices vigentes y las que serán expedidas por la entidad competente.
- Tanto las citologías como las pruebas de ADN-VPH, deben mantener el control de calidad dispuesto por la entidad competente, teniendo en cuenta que los laboratorios que procesen las pruebas de ADN-VPH, deben utilizar pruebas que tengan los respectivos controles internos manteniendo las recomendaciones del fabricante, y adicionalmente realizar el control de calidad externo con alguna entidad nacional o internacional reconocida para tal fin, según lo disponga la entidad competente.
- Se recomienda que el procesamiento de las citologías, pruebas de ADN-VPH y lectura de las biopsias se realice en laboratorios centralizados, propendiendo una mejor calidad y control de las mismas.

c. Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.

d. Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del laboratorio centralizado y generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.

e. Recepcionar y verificar los resultados de la citología y pruebas ADN-VPH entregados por el laboratorio centralizado (concordancia del número de pruebas enviadas frente al número de resultados entregados).

f. Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de las pruebas ADN-VPH y citología, gestionar la entrega de los resultados en un tiempo no mayor a 15 días.

9.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino, se debe contar con los elementos indispensables para la toma de citología, la toma de pruebas de ADN-VPH según las indicaciones del fabricante para la prueba que se vaya a usar. Así mismo, en los casos de tamización con ácido acético y lugol, se debe contar con los elementos necesarios para el examen ginecológico: guantes y espéculos desechables, aplicadores y algodón, ácido acético al 5% y solución de lugol.

Adicionalmente, disponer de material de información, educación y comunicación que permitan orientar frente a los procedimientos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Es necesario contar con formatos de consentimiento informado para la realización de las pruebas de tamización y con el carné del programa de tamización de cáncer.

10. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

10.1 Objetivos

Detectar lesiones de cáncer de mama en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer.

10.2 Población sujeto

Mujeres a partir de los 40 años**:** examen clínico de la mama.
Mujeres a partir de los 50 años hasta los 69 años: mamografía bilateral.

10.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización: finalidad y beneficios; así como en la importancia de reclamar el resultado.
- Examen clínico de la mama.
- Mamografía.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o a la ruta integral de atención en salud para la población con presencia o riesgo de cáncer – cáncer de mama.

10.4 Talento humano

Profesional en medicina general, especialista en medicina familiar o enfermería, entrenado y certificado para la realización del examen clínico de la mama.

Profesional en medicina, especialista en medicina familiar, ginecología, cirugía general, radiología o cirugía de mama entrenado para la realización de la mamografía.

10.5 Descripción del procedimiento

Se debe propiciar un ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de mama; permitir a la mujer expresar si el examen genera dolor y entablar un diálogo asertivo que favorezca la comprensión y la comodidad de la mujer.

En la anamnesis enfatizar en la identificación de factores de riesgo heredo-familiares y personales, en caso de identificar estos factores de riesgo, derivar a la Ruta Integral de Atención de Cáncer de Mama para la intervención correspondiente.

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera la toma de la mamografía.

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización.
Entregar a las mujeres un carné que incluya: fecha de la tamización, pruebas realizadas, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer mama y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la toma, tipo de muestra (examen clínico, mamografía o ambos) y los resultados.

10.6 Procedimientos de tamización de cáncer de mama

Mujeres a partir de los 40 años: Examen clínico de la mama cada año.

Mujeres de 50 a 69 años: Mamografía de 2 proyecciones cada 2 años.

Ante resultados **NORMALES** de la mamografía (BI-RADS 1 Y 2) continuar esquema de tamización cada 2 años hasta los 69 años.

Ante resultados de mamografía BI-RADS 3 adelantar las intervenciones diagnósticas o de seguimiento en concordancia con lo definido en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.

En caso de resultados **ANORMALES** (BI-RADS 4A, 4B, 4C y 5): realizar búsqueda activa de las mujeres y asignar con carácter prioritario la cita de entrega de resultados con profesional de medicina general o enfermería entrenado quien deberá emitir orden para biopsia; el equipo administrativo deberá adelantar la gestión para la realización de la misma.

En pacientes con resultados **ANORMALES** en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.

10.7 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de mama.
- Autoexamen de mama.
- Importancia del examen clínico de mama a partir de los 40 años y de la mamografía a parir de los 50 años.

10.8 Plan de cuidado

Sin distingo del resultado de las pruebas de tamización, gestionar de forma ágil la entrega de resultados a las mujeres, garantizando que las mismas conozcan oportunamente sus resultados y pasos a seguir.

Promover y educar a todas las mujeres en el autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma para que en caso de que exista alguna de ellas asista a su servicio de salud para conducta resolutiva.

Las señales de alarma son:
- Masas en la mama o axila
- Engrosamiento de la piel o retracción
- Cambio en el color de la piel
- Retracción del pezón de reciente aparición
- Asimetría de las mamas de reciente aparición
- Ulceraciones en la mama o pezón
- Secreciones espontáneas o sangrado por el pezón

Es importante precisar a la mujer, que la práctica del autoexamen no reemplaza la realización de las pruebas de tamización en las edades indicadas.

Indicar el examen clínico de mama anual a partir de los 40 años

10.9 Gestión para la tamización de cáncer de mama

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar la oportunidad en el examen clínico de la mama, y solicitar exámenes complementarios (ecografía de seno y/o mamografía) cuando el examen clínico sea anormal.
- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con mamografía (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de radiología, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la mamografía.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos.

10.10 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Radiología e imágenes diagnósticas, consulta de medicina general, medicina familiar, ginecología o enfermería, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad de la mujer y batas desechables.

Así mismo disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de mama.

11. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

11.1 Objetivos

Detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad, ajustadas a la edad del hombre.

11.2 Población sujeto

Hombres entre 50 años y 75 años.

11.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Realización de tacto rectal.
- Orden de PSA (cuantitativo).
- Gestión y entrega de resultados.
- Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios o Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer de próstata según hallazgos clínicos o factores de riesgo identificados en el paciente.

11.4 Talento humano

Profesional en medicina general entrenado o médico especialista en urología.

11.5 Descripción del procedimiento

Realizar la evaluación clínica e identificación de factores de riesgo y síntomas individuales relacionados con el desarrollo del cáncer de próstata, con el fin de determinar si hay riesgo y/o sospecha de enfermedad y determinar la conducta a seguir (tamización o proceder con el diagnóstico según hallazgos).

Informar los procedimientos a realizar y posible malestar que genera el tacto rectal.

Informar las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización.

Entregar a los hombres un carné que incluya: fecha de la tamización, profesional que realiza el procedimiento, información frente a la importancia de regresar por el resultado de su prueba, derechos y deberes en salud.

Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de próstata y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la tamización: fecha del tacto rectal, fecha del informe de la PSA, resultados del tacto rectal, y del PSA.

11.6 Procedimientos de tamización de cáncer de próstata

Hombres entre 50 y 75 años: Examen clínico de la próstata (tacto rectal) cada cinco (5) años; o en mayores de 40 años con factores de riesgo (antecedentes familiares o que sean de raza negra).

Hombres entre 50 y 75 años: Antígeno prostático en sangre y la realización del tacto rectal por parte del profesional en medicina general entrenado, con una frecuencia de cada cinco (5) años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada.

Nota: En los hombres susceptibles de tamización, se debe solicitar el antígeno prostático específico (PSA), para que cuando asista a la consulta de medicina general ya esté disponible el resultado y se proceda a la realización del tacto rectal. Si la entrada es por la consulta de medicina general, primero se realizará el tacto rectal y se solicitará el PSA, el cual se debe realizar después de 10 días de realizado el tacto rectal, agendando la toma de la muestra y la consulta para la entrega y lectura de los resultados.

Nota: En aquellos hombres con identificación de factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de próstata en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica

para cáncer de próstata y las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

Si los resultados de los **dos exámenes son normales**: se comunicarán estos resultados al usuario y se fijarán los controles a seguir.

Si el resultado **del antígeno prostático es anormal**, pero el **tacto rectal es normal** se repetirá un nuevo antígeno prostático en el curso de los siguientes meses, si persiste elevado se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

Si el resultado **del tacto rectal es anormal** se remitirá y gestionará la consulta con el especialista en urología en un tiempo no mayor a 4 semanas, de acuerdo a lo definido en la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

En pacientes con resultados **anormales** en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer- cáncer próstata.

11.7 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo para cáncer de próstata.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Procedimientos de tamización, en especial en la realización del tacto rectal y la necesidad de hacerlo combinado con el PSA cuantitativo.
- Condiciones físicas para la toma del PSA.
- Conductas según resultados de la tamizaciónResultados de las pruebas de tamización son positivas, es necesario realizar pruebas confirmatorias

La realización de las actividades de asesoría, educación e información se debe registrar en la historia clínica y en los registros administrativos vigentes.

11.8 Plan de cuidado

a. Brindar asesoría sobre el resultado e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
b. Registrar en historia clínica el resultado anormal.
c. Registrar resultados y observaciones en el carné.

11.9 Gestión para la tamización de cáncer de próstata

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización con PSA (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico, generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de la PSA.
- Registrar en el sistema de información del programa y en los registros administrativos vigentes: la fecha de toma de la muestra de PSA, la fecha del resultado de la PSA, el resultado de la PSA, la fecha de recepción del informe, los valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, el valor cuantificado del PSA en mg/d, fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado. .
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de resultados negativos de PSA.
- Registrar en historia clínica el resultado **normal** de la PSA y anotar la fecha de la siguiente tamización.

11.10 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, consulta de medicina general, medicina familiar, urología o enfermería; el laboratorio clínico debe contar con los insumos para generar el reporte cuantitativo de la PSA.

Así mismo, se debe contar con un espacio que propicie la privacidad del hombre para la realización del tacto rectal, guantes de látex, bata desechable, lubricante de uso médico con o sin anestésico local (vaselina, aceite mineral, lidocaína jalea).

Finalmente, disponer de material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de próstata.

12. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

12.1 Objetivos

Detección del cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombres y mujeres.

12.2 Población sujeto

Hombres y mujeres entre 50 años y 75 años.

12.3 Atenciones incluidas

- Brindar información y educación frente a la toma de las pruebas de tamización y la importancia de reclamar el resultado.
- Orden de test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica (3 muestras en días diferentes) o colonoscopia según disponibilidad.
- Gestión de resultados y entrega de resultados.
- Registro de información
- Registrar en el sistema de información del programa de cáncer de colon y recto y en los registros administrativos vigentes, el componente de tamización que debe incluir mínimo: fecha de la consulta, fecha de la orden las pruebas de tamización, realización y hallazgos de las pruebas de tamización.

12.4 Descripción del procedimiento

Realizar las pruebas de tamización poblacional organizada para la detección temprana del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres mayores o iguales a 50 años y en grupos de individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para cáncer colorrectal.

Realizar la prueba de tamización según grupo de riesgo así:

Hombres y mujeres iguales o mayores a 50 años: sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años cuando esta se encuentre disponible.

Ante la presencia de factores de riesgo en el individuo, este debe ser derivado a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon para que la tamización sea realizada siguiendo las indicaciones allí definidas. Se consideran los siguientes grupos de riesgo:

- Individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.
- Individuos con antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa. familiar (PAF) clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal.
- Individuos con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario.

- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.
- Individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon.
- Individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon.

Nota: En aquellos individuos con identificación factores de riesgo individual o hallazgos clínicos, se debe establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en concordancia con los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para este cáncer y las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto.

En caso de resultados **anormales** de las pruebas de tamización, registrar en historia clínica el resultado, realizar búsqueda activa de los individuos y asignar cita de entrega de resultados con médico general o enfermera profesional entrenada quienes solicitarán la colonoscopia y/o biopsia respectiva.

En pacientes con resultados **anormales** en la colonoscopia y/o biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención Específica de Cáncer de colon y recto

Se debe instruir a los pacientes que ante la presencia de síntomas debe acudir a su servicio de salud para valoración y solicitud de exámenes complementarios.

12.4.1 Información para la salud

Durante el procedimiento se debe brindar la siguiente información:

- Factores de riesgo y síntomas de alarma (pérdida de peso, melenas o sangrado rectal activo, masa abdominal palpable, cambio en el hábito intestinal).
- Consumo de alimentos ricos en fibra como frutas y verduras y granos integrales, evitar el consumo de carnes procesadas o embutidos, practica de actividad física regular.
- Promover el uso de los servicios de salud cada dos años para propiciar la realización de pruebas de tamización poblacional organizada a partir de los 50 años, o antes si existen factores de riesgo o sintomatología para ofrecer las pruebas correspondientes en concordancia con las intervenciones definidas en la Ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto.
- Educar sobre los procedimientos a realizar.
- Conductas según resultados de la tamización.
- Resultados de las pruebas de tamización son positiva es necesario realizar pruebas confirmatorias.
- Importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.

12.4.2 Plan de cuidado

El referente o encargado del programa de tamización o de la unidad de atención de cáncer de colon y recto, debe hacer búsqueda de los resultados de exámenes solicitados y los interpretará definir la conducta a seguir.

Los resultados de exámenes normales se los comunicará a los pacientes, y fijará los controles a seguir.
Con resultados positivos se los comunicará al paciente y gestionará la realización de la colonoscopia, biopsia o consulta con especialista indicado en forma prioritaria, asignándole cita durante la misma visita.

Derivar a la ruta integral de atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de colon y recto para proceder de acuerdo con los resultados de las pruebas diagnósticas con el tratamiento requerido considerando las intervenciones descritas en la mencionada RIAS.

12.4.3 Gestión para la tamización de cáncer de colon y recto

Como parte de la gestión a cargo del coordinador de la unidad de tamización en la institución de servicios de salud, se deben realizar las siguientes acciones:

- Garantizar que la oportunidad en el proceso de tamización (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.
- Realizar el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de laboratorio clínico y de colonoscopia; generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.
- Recepcionar y verificar los resultados de las pruebas de tamización que fueron realizadas.
- Registrar en el sistema de información del programa: la fecha de toma del test de sangre oculta en materia fecal o la colonoscopia, la fecha del resultado de las pruebas realizadas, el resultado de las pruebas realizadas, la fecha de recepción del informe, los Valores de referencia de la prueba según la casa comercial del kit, la fecha de la próxima tamización de acuerdo a lo registrado en el resultado.
- Revisar, interpretar y seleccionar los informes de **resultados negativos o normales** de las pruebas de tamización y anotar la fecha del siguiente examen. En este caso informar a la persona, brindar pautas de cuidado y definir fecha de la nueva tamización.

12.5 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para el Servicio de Laboratorio clínico, endoscopia digestiva, consulta de medicina general, medicina familiar o gastroenterología; el laboratorio clínico debe realizar la técnica de inmunoquímica para el procesamiento de la muestra de materia fecal.

Así mismo, se debe contar con material de Información, educación y comunicación, como cartillas, manuales o rotafolios que permitan la entrega de información y comprensión de los procedimientos para la detección temprana del cáncer de colon y recto.

13. ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA ANTICONCEPCIÓN

13.1 Objetivos

- Brindar a las mujeres, hombres y sus parejas asesoría, información, y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.
- Asegurar la provisión efectiva de los métodos anticonceptivos de elección de la mujer, el hombre o la pareja, dentro de la consulta o en el menor tiempo posible posterior a la misma, para garantizar el ejercicio pleno y autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Responder a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva, en situaciones especiales como el embarazo no planeado, especialmente en adolescentes, embarazos de alto riesgo, mujeres después de los 40 años, mujeres con discapacidad, personas con riesgo o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH.
- Promover el bienestar y desarrollo social de la población, promoviendo la paternidad y maternidad intencionada y responsable.
- Cumplir con los criterios de calidad y seguridad clínica en la provisión de los métodos anticonceptivos.
- Espaciar los periodos intergenésicos y disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil y reducción del aborto inseguro, mediante el acceso a provisión efectiva de anticoncepción en el post evento obstétrico antes de las 48 horas post parto o post aborto, o antes del alta hospitalaria.
- Incentivar la participación de los hombres en la prevención de los embarazos no deseados.

13.2 Población sujeto

Mujeres y hombres en edad fértil, quienes desean iniciar un método anticonceptivo, incluye aquellos que tienen intención de iniciar relaciones sexuales penetrativas. Se

puede acceder a esta consulta por demanda espontanea o derivada(o) de otra atención.

13.3 Atenciones incluidas

Este procedimiento incluye las siguientes atenciones:

- Atención en salud para la asesoría en anticoncepción.
- Elección y suministro de métodos anticonceptivos.
- Atención en salud para la asesoría en anticoncepción – Control.

13.4 Talento humano

Esta atención se realizará por profesional de enfermería, medicina general, medicina familiar o ginecología, según lo definido en el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales por momento de curso de vida, el talento humano debe contar con conocimientos sobre el uso, formulación y procedimientos, del método seleccionado por la persona, luego del proceso de elección libre e informado y aplicación de métodos anticonceptivos según normatividad y criterios de elegibilidad de la OMS vigentes, sensibilizados, con habilidades comunicativas y entrenados para abordar los diferentes tópicos de la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva, desde la perspectiva de derechos.

El profesional de enfermería podrá realizar los procedimientos y ordenar los medicamentos, insumos, dispositivos y otros procedimientos de acuerdo con lo definido en esta intervención/atención.

13.5 Descripción del procedimiento

Esta atención se debe desarrollar en un lugar que garantice la privacidad, y generar un ambiente de confianza, calidez y empatía, hacer uso de un lenguaje sencillo y claro, evitando actitudes autoritarias, paternalistas, hostiles o de crítica, para que las personas puedan escoger el método que les parezca más conveniente para sí mismos. En el caso de las y los adolescentes, pueden asistir solos o con un acompañante si él o ella lo prefieren.

La asesoría es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de su(s) vida(s) reproductiva(s). La asesoría debe brindar información clara y precisa en anticoncepción, además permitir aclarar/resolver las dudas y preocupaciones de la persona y/o la pareja que se atiende, con el fin de facilitar una elección libre e informada, acorde a las necesidades individuales, por lo cual debe contener como mínimo los siguientes elementos:

- Enmarcar la anticoncepción dentro de los derechos en salud sexual y salud reproductiva, informar a la persona, sobre su derecho a la autonomía reproductiva (decidir la cantidad, intervalo y el momento oportuno tener hijos o no, y los medios para lograrlo, su derecho a la información, la libertad de decidir, la privacidad, la vida libre de daño, la igualdad y la justicia sanitaria.
- Indagar sobre las opciones frente a la posibilidad de un embarazo y planes de vida.
- Indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la persona, con base a su necesidad, lo que espera de un método anticonceptivo, tiempo de duración, uso previo de métodos anticonceptivos y dirigir la asesoría de acuerdo a necesidades y expectativas.
- Indagar los antecedentes médicos, familiares, psicosociales, laborales, ginecológicos, obstétricos y el uso actual de métodos de anticoncepción (Tipo de método, tiempo de duración, satisfacción con el mismo, efectos secundarios y su manejo, quién lo indico y prescribió, último control de anticoncepción y la razón de preferencia de dicho método o razones de discontinuación de métodos anticonceptivos. Esta indagación debe hacerse especialmente para la consulta de control.
- Valorar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos –DSDR.
- Brindar información acerca del sistema reproductivo.
- Brindar información sobre todos los métodos anticonceptivos elegibles, sin omitir ninguno; (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de anticonceptivos, razones de discontinuación del método y posibles barreras de acceso a los diferentes métodos), ofertar con especial énfasis los métodos de larga duración reversibles (implante hormonal y dispositivos intrauterinos).
- Acompañamiento en elección informada y voluntaria del método más adecuado, de acuerdo con los elementos brindados en la asesoría.
- Realizar el examen de acuerdo con los procedimientos seleccionados por la OMS para proveer métodos anticonceptivos85.

Para el caso de menores de 14 años que hayan iniciado relaciones sexuales penetrativas, se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, iniciar el método seleccionado, y activar ruta de atención de violencia sexual, cumplir con las responsabilidades que impone la Ley, de la protección de las personas víctimas de delitos sexuales e informar a las autoridades competentes; en ningún caso limita o modifica la atención en salud que debe entregarse a la usuaria.

13.5.1 Elección y suministro de métodos anticonceptivos

De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado y orientar e informar a la persona sobre:

- Signos de alarma por los que debe consultar.
- Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
- Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).

A continuación se relacionan los métodos de anticoncepción a los que pueden acceder las personas:

13.5.1.1 Métodos de anticoncepción

Son métodos o procedimientos que evitan o previenen los embarazos en mujeres o parejas sexualmente activas. Existen diferentes tipos de anticonceptivos en el mundo, los cuales se diferencian en el mecanismo de acción, principio activo, tiempo de duración, vía de administración, formas de uso, y eficacia. Los métodos anticonceptivos se dividen en hormonales y no hormonales; entre los no hormonales se encuentran los reversibles, irreversibles, de barrera, amenorrea de lactancia y abstinencia periódica.

La eficacia de los métodos anticonceptivos (Cuadro 1.) se evalúa durante el uso perfecto o ideal, en donde los embarazos ocurridos durante el uso correcto y consistente del método son atribuibles a falla intrínseca del método, y el uso habitual o típico, que incluye todos los embarazos que se producen durante su uso y que se pueden atribuir al uso incorrecto, uso no sistemático, y fallas técnicas del método. Esta eficacia en general se expresa en el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

Cuadro 1. Porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no deseado durante el primer año de uso de un método anticonceptivo.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	% DE EMBARAZOS EN EL PRIMER AÑO (ÍNDICE DE PEARL)		% DE MUJERES QUE CONTINÚAN USÁNDOLO UN AÑO DESPUÉS
	USO HABITUAL O TÍPICO	USO PERFECTO	
DIU COBRE	0.8	0,6	78
Sistema Intrauterino con Levonorgestrel	0.1	0.1	81
Implantes progestágenos	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100

[85] Fuente: Wolrd Health Organization Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

Esterilización masculina	0.15	0.10	100
Progestágenos inyectables	3	0.3	56
Inyectable combinado	3	0.05	56
Anticonceptivos orales combinados	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0,3	68
Parche transdérmico	8	0,3	68
Condón Masculino	15	2	53
Condón Femenino	21	5	49
Diafragma (con espermicida)	16	6	57
Abstinencia Periódica	24	1-9	51
Coito interrumpido	27	4	43
Sin método	85	85	NA

0-1 Muy efectivo 2-9 Efectivo 10-30 Algo Efectivo

Fuente: Sociedad Española de Contracepción. Documentación del grupo de revisión bibliográfica. Protocolos de Anticoncepción. Capítulo 4.

La seguridad de los métodos anticonceptivos se basa en los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, que resumió en un documento final[86] las recomendaciones principales en las siguientes categorías:

Categoría 1	Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo.
Categoría 2	Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados.
Categoría 3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método.
Categoría 4	Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa.

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplace el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

El mejor método anticonceptivo será el que se elija después de una verdadera elección informada, por lo tanto, se debe garantizar que las personas, una vez hayan elegido el método que se ajusta a sus necesidades, entiendan adecuadamente su uso, conozcan en qué situaciones se considera se está haciendo un uso incorrecto y cuáles son las medidas para lograr la efectividad y la adherencia buscadas.

A continuación se presentan los anticonceptivos disponibles:

Anticonceptivos de solo progestágeno

La mayoría de las mujeres pueden usar con seguridad los anticonceptivos de sólo progestágeno, son altamente efectivos y reversibles. (Cuadro 1).

Mecanismo de acción: Inhibición de la ovulación, modifican el moco del cuello del útero, que lo hace más espeso y con ello se hace más difícil el paso de los espermatozoides.

Indicación: Tiene los mismos usos que los anticonceptivos orales combinados en mujer con ciclos menstruales o amenorrea diferente al post parto y post aborto.

- En post parto (lactancia materna)
    - Menos de 6 semanas después del parto: Generalmente se puede insertar un implante (categoría MEC 2).
    - De 6 semanas a 6 meses después del parto y amenorrea: Se puede insertar un implante. Si la mujer está amamantando completa o casi completamente, no se necesita protección anticonceptiva adicional.
    - Más de 6 semanas después del parto y los ciclos menstruales han regresado: El implante se puede insertar como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.

- En postparto (no lactancia materna)
    - Menos de 21 días después del parto: Se puede insertar un implante (categoría MEC 1). No se necesita protección anticonceptiva adicional. Es altamente improbable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días posparto.

Inicio del método: se pueden iniciar dentro de los siete (7) días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Cuando han transcurrido más de siete (7) días puede administrarse si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos siete (7) días al inicio.

Entre los anticonceptivos de solo progestágeno (APS) se incluyen los siguientes:

1. Implantes de sólo progestágeno

La vía de administración del implante es subdérmico. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. Los tipos de implantes disponibles son:

2. Progestágeno inyectable de depósito

Se encuentra disponible en Colombia, el Acetato de Medroxiprogesterona de depósito de 150 mg para uso intra muscular; cada 3 meses y puede aplicarse hasta con 4 semanas de retraso para inyección repetida sin necesidad de protección anticonceptiva adicional: si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. Tendrá que abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 7 días. A diferencia de los demás anticonceptivos hormonales de sólo progestágeno, en las primeras 6 semanas post parto inmediato en mujer lactante la OMS lo considera categoría 3 pero en criterios de elegibilidad médica de anticonceptivos de CDC de Atlanta, está en categoría 2; el profesional de la salud, en razón a las condiciones de acceso a consulta de anticoncepción y entrega de método anticonceptivo post parto, deberá entregar este tipo de método, si considera que la usuaria está en riesgo de no iniciar método en el primer año post parto. A las 6 semanas post parto a 6 meses post parto y amenorrea en mujer lactante se puede administrar la primera inyección de PID en cualquier momento y no se necesita protección anticonceptiva adicional. En mujer post parto no lactante menos de 21 días, se puede administrar la primera inyección y no necesita protección anticonceptiva adicional.

3. Píldoras de sólo progestágeno

Tienen mecanismo de acción y usos similares a los implantes de sólo progestágeno.

En mujeres con ciclo menstruales es dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. Más de 5 días desde el inicio del sangrado menstrual pueden iniciarse si es razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Si falta tomar una píldora o más píldoras por más de 3 horas la mujer debe tomar 1 píldora tan pronto como sea posible y luego tomarlas diariamente a la misma hora cada día. También se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional durante los próximos 2 días. Tal vez se deba considerar el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.

[86] Grupo de Trabajo de la OMS reunido en Ginebra los días 21-24 de octubre de 2003 [1] y ratificado en actualización de 2015.

Dispositivos intrauterinos

Son métodos reversibles de larga duración, altamente eficaces y costo efectivos para todas las mujeres en edad fértil incluso en mujeres nulíparas y adolescentes (CME2).

Actualmente el dispositivo intrauterino disponible en la RPMS es el DIU Cobre (DIU-Cu).

1. DIU T de Cobre (Tcu)

Es un método anticonceptivo reversible de alta eficacia, y seguridad, no depende de la usuaria, y no hay fallos por uso incorrecto (Cuadro 1) Las tasas de expulsiones oscilan entre 2,4 y 8,2%[87] Existen diferentes tipos de Dispositivos intrauterinos T Cu, el más usado en Colombia es el DIU T Cu380, que es el que tiene evidencia de mayor eficacia y más larga duración (10 a 12 años).

Mecanismo de acción: En los DIUs liberadores de cobre participan diversos mecanismos así como cuerpo extraño produce reacción inflamatoria local, perceptible en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia del cobre, el cual alcanza concentraciones elevadas en fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital femenino, lo cual ejerce una acción tóxica para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y viabilidad de los gametos. Su efecto demuestra una relación dosis-dependiente, a mayor carga de cobre mayor eficacia anticonceptiva durante más tiempo. El uso del DIU de cobre no altera la fertilidad de las mujeres. En el primer año después del retiro, 80 de 100 mujeres pueden embarazarse.

Indicación: La inserción del DIU puede hacerse en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia, se puede insertar un DIU-Cu dentro de las primeras 48 horas después del parto, incluso inmediatamente después de retirar la placenta y antes de cerrar el útero en caso de cesárea. Entre 48 horas y 4 semanas después del parto no es recomendable insertar un DIU-Cu (Categoría 3 CME). 4 o más semanas después del parto y amenorrea en mujer con lactancia, se puede insertar un DIU Cu si se está razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional. Si la mujer no está en lactancia materna, se puede insertar un DIU-Cu si se puede determinar que la mujer no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- En el posaborto. Se puede insertar un DIU-Cu inmediatamente después de un aborto en el primer trimestre, (Categoría 1 CME), en abortos de segundo trimestre generalmente se puede insertar un DIU de Cu. No debe insertarse inmediatamente después de un aborto séptico (Categoría 4 CME).

Inicio del método: En mujeres con ciclos menstruales, se puede insertar un DIU-Cu dentro de los 12 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, en la conveniencia de la mujer, no sólo durante la menstruación. Sin anticonceptivos adicionales. Más de 12 días desde el inicio del sangrado menstrual se puede insertar un DIU-Cu a conveniencia de la mujer si se está razonablemente seguro de que no está embarazada. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

[87] Martínez Benavides M, Navalón Bonal Z, Labrador Baena R. Protocolos SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia)/SEC (Sociedad Española de Contracepción). Anticoncepción intrauterina. Disponible en: http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf

Vía de administración: El DIU-Cu, debe ser administrado en la cavidad uterina. El examen físico, debe incluir palpación bimanual, visualización del cuello uterino con espéculo en condiciones de asepsia, inserción sin contacto (técnica de "no tocar"). (No permitir que el DIU toque una superficie no esterilizada). Explicar a la usuaria cada etapa del procedimiento, las molestias que puede presentar y enseñarle el DIU que se va a insertar. En mujeres asintomáticas, no se requiere detección de rutina de microorganismos en el tracto genital inferior previa a la inserción. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. En casos de elevado riesgo de ITS, es recomendable esperar tener una prueba fiable que descarte la infección y si no se dispone de ella, tratar profilácticamente en poblaciones con alta prevalencia de ITS. El embarazo y la sepsis puerperal son contraindicación absoluta (CME4) para la inserción de un DIU-Cu.

Extracción: El DIU-Cu, puede ser retirado en cualquier momento del ciclo, siempre que la mujer lo desee, realizar indagación de las razones, para resolver mitos infundados; se debe retirar en caso de infección pélvica que no responde al tratamiento antibiótico, perforación uterina, cáncer cervical, o de endometrio, expulsión parcial, sangrados excesivos que pongan en riesgo la salud de la mujer, o al terminar su periodo de vida útil. En caso de menopausia, se recomienda retirarlo un año después. Se debe advertir que el retorno a la fertilidad es inmediato, por lo que debe usar otro método anticonceptivo u otro DIU, en caso de no desear un embarazo.

Efectos secundarios: En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como: dolor pélvico durante el período menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual que puede manejarse con antiinflamarios no esteroideos.

Es importante informar a la usuaria que el DIU puede ser expulsado espontáneamente durante la menstruación, enseñar a revisar los hilos, y recomendar que acuda al servicio de salud si tiene los siguientes signos de alarma: Fiebre o escalofríos, dolor o sensibilidad pélvica, flujo vaginal purulento o sangrado vaginal anormal excesivo. Se debe recalcar la importancia de acudir a las consultas de control y el uso de condón para prevenir ITS.

Anticonceptivos hormonales combinados

Se refieren a los productos anticonceptivos reversibles de corta duración, que contienen un estrógeno combinado con un progestágeno. Las presentaciones y concentraciones que existen son las siguientes:

1. Anticonceptivos orales combinados (ACO)

Son los anticonceptivos que contienen un estrógeno y un progestágeno o progestina, en dosis variable, de acuerdo con los principios activos. Existen dos tipos de ACO, los monofásicos (son la mayoría), en los que el contenido de estrógeno y progestágeno es igual en todas las píldoras. Los más usados y evaluados, son los que contienen levonorgestrel 150 mcg y etinilestradiol 30mcg. Otros progestágenos usados además del levonorgestrel como el linestrenol, desogestrel, gestodeno, norgestimato, acetato de cormadinona, drosperinona (moléculas no incluidas en el plan de beneficios actual), y etinilestradiol. En más bajas dosis, tienen menor evaluación y los multifásicos, contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración y no hay evidencia que sean mejores, o más seguros que los monofásicos y son en general de mayor costo. Los ACO, en general son efectivos y depende del uso.

Mecanismo de acción: Protege contra el embarazo principalmente al inhibir la ovulación y ocasionar cambios en el moco cervical.

Entre los efectos benéficos descritos, se encuentra reducción importante del riesgo de cáncer de endometrio, y de ovario, del embarazo ectópico, reducción y regulación de sangrados uterinos, alivio de la dismenorrea y síntomas premenstruales; disminución de riesgo de presentar quistes de ovario funcionales entre otros.

Indicación: Según criterios médicos de elegibilidad de la OMS

- Antes del primer embarazo.
- En el período intergenésico.
- En postaborto inmediato. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- En posparto o pos cesárea en mujer lactante, se pueden iniciar anticonceptivos hormonales orales combinados 6 meses después del parto.
- En post parto o post cesárea en mujer no lactante, se pueden usar anticonceptivos orales combinados 21 días o más después del parto, en el caso de las mujeres sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso.

Inicio del método: Dentro de los 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No necesita ninguna protección anticonceptiva adicional. Más de 5 días, desde el inicio del sangrado menstrual, se puede iniciar si se está razonablemente seguro de que no está embarazada, se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino o anticoncepción de emergencia) durante los próximos 7 días.

La mujer debe tomar la píldora vía oral, de preferencia a la misma hora todos los días, durante 21 días y comenzar un nuevo blíster 7 días después, periodo en el cual generalmente presentará sangrado uterino. Las presentaciones de 28 píldoras, 7 son placebo, y permiten la ingesta continua, lo que disminuye la posibilidad de olvido o retraso en el inicio de nuevo envase. Es importante que se dispense al menos 3 meses continuos de protección anticonceptiva, para que se no se postergue el inicio de nueva caja, se genere adherencia al método y se disminuya el riesgo de embarazo.

Efectos secundarios menores: algunas mujeres pueden presentar cefalea, náuseas, vómitos, mareo, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. Puede presentarse cloasma, manchado intermenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo.

Efectos secundarios severos: Enfermedades del sistema circulatorio: De muy rara presentación en mujeres jóvenes. En mujeres mayores de 40 años, el uso de ACO tiene asociación con mayor riesgo de enfermedades del sistema circulatorio, cuando se suman otros factores de riesgo, como hipertensión y uso de cigarrillo. Cáncer de Mama: Las usuarias de ACO con 30 o más mcg de etinilestradiol tienen un riesgo bajo pero estadísticamente significativo de aumento de riesgo de cáncer de mama (RR 1,2), que disminuye paulatinamente al suspender el uso.

2. Parche anticonceptivo combinado

Sistema anticonceptivo transdérmico, libera 20 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de norelgestromin al día, El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados.

Vía de administración: Es dérmica, debe aplicarse en piel sana, intacta, limpia seca y sin vello, (glúteos, abdomen, porción superior externa del brazo o en la parte superior del torso). En un lugar que no roce la ropa apretada. Se coloca un parche semanal por 3 semanas, seguidas de 1 semana sin parche, en un lugar diferente, con las mismas indicaciones de uso que los anticonceptivos orales combinados.

3. Anillo vaginal combinado

Es un anillo flexible, que libera 15 mcg de etinil estradiol y 120 mcg de etonorgestrel al día. El mecanismo de acción, indicación, inicio del método, efectividad y efectos secundarios es similar a los anticonceptivos orales combinados, este método es el que contiene menor dosis de estrógenos y mejor control del ciclo menstrual.

Vía de administración: Es vaginal (doblar el anillo entre los dedos e introducir profundamente en la vagina). Se debe colocar un anillo para tres semanas de uso continuo, se debe retirar durante 7 días y se introduce nuevamente.

4. Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)

Anticonceptivos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno. En Colombia se encuentran disponibles dos presentaciones: Acetofenido dihidroprogesterona y enantato de estradiol (Perlutal, Synovular) acetato de medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (Cyclofem, Femelin o Novafem) y enantato de noretisterona y valeraniato de estradiol (Mesigyna, Nofertyl)

El mecanismo de acción, la indicación, la efectividad y los efectos adversos son similar a los anticonceptivos orales combinados excepto el sangrado menstrual, que suele ser más irregular.

Inicio del método: Dentro de los 7 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, y no necesita protección anticonceptiva adicional. Más de 7 días después del sangrado puede administrarse si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. Se recomienda abstenerse de tener relaciones sexuales o usar protección anticonceptiva adicional (condón masculino o femenino) durante los próximos 7 días.

Vía de administración: Intramuscular profunda, con intervalos de cada cuatro semanas. El sangrado ocurre alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe informar a la mujer que la fecha del sangrado no determina la fecha de la nueva inyección sino la fecha de la administración.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE), o anticoncepción postcoital, son métodos de anticoncepción que pueden usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después del coito. Están diseñados para el uso de emergencia después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos (como píldoras olvidadas, ruptura o deslizamiento de condón, expulsión de DIU, relaciones sexuales en periodo fértil, falla del retiro), violación o sexo forzado.

Existen disponibles cuatro (4) métodos anticonceptivos de emergencia: el dispositivo intrauterino de cobre (Cu-DIU) para AE y tres tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): acetato de ulipristal, levonorgestrel y combinadas de estrógeno-progestágeno:

1. **Los DIU de cobre (Cu-DIU) para la AE:** El Cu-DIU es un método AE efectivo que reduce el riesgo de embarazo en más del 99% si se inserta dentro de las 120 horas posteriores al coito, después de relaciones sexuales sin protección.

2. **Píldoras anticonceptivas de emergencia de Levonorgestrel:** Se recomienda dosis única 1,50 mg (dos comprimidos de 0,75 mg o uno de 1,50) causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas.

3. **Acetato de ulipristal:** Se recomienda dosis única 1 tableta de 30mg. El acetato de ulipristal, puede ser más efectivo que las otras opciones entre las 72 horas y 120 horas después de la relación sexual sin protección. Causa menos náuseas y vómitos que las PAE combinadas. En caso de vómito dentro de las primeras 3 horas después de tomar la dosis de ulipristal se recomienda tomar otra dosis tan pronto sea posible. Después de administrar acetato de ulipristal la mujer puede iniciar cualquier método que contenga progestágeno al sexto día después de tomar el ulipristal.

4. **Píldoras anticonceptivas combinadas de estrógeno-progestágeno:** Se recomienda dosis dividida de 100 microgramos de etinilestradiol + 0,50 mg de levonorgestrel cada 12 horas.

Cualquiera de las cuatro opciones, son seguras de usar para la mayoría de las mujeres. La efectividad de cada método varía de acuerdo con las circunstancias individuales, incluyendo el tipo de AE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre la relación sexual sin protección y el inicio de las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). Cuando las PAE se usan dentro de las 120 horas la tasa estimada

de embarazos es de 1,1% a 1,3% para levonorgestrel y alrededor de 3,2% es decir previene alrededor del 85% de los embarazos estimados. Además, la eficacia de las PAE puede reducirse con actos adicionales de coito sin protección en el mismo ciclo, el uso de otros medicamentos (por ejemplo, los inductores enzimáticos del citocromo P450 3A4 [CYP 3A4]) y un mayor peso corporal o índice de masa corporal (IMC) -7).

Indicación: Idealmente los tres tipos de PAE deben tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección, dentro de las 120 horas. Son más efectivas en las primeras 72 horas, siguen siendo eficaces hasta las 120 horas, pero su eficacia va disminuyendo con el tiempo. Las más efectivas son las de acetato de ullipristal, seguidas de las de Levonorgestrel y finalmente las menos eficaces las combinadas.

El suministro de la Anticoncepción de Emergencia debe ser acompañado de una asesoría en anticoncepción de calidad para promover el uso correcto y consistente de un método regular, ajustado a las necesidades de la usuaria y debe estar disponible para entregar a todas las mujeres en edad fértil sexualmente activas tan pronto como sea posible después de relaciones sexuales sin protección. Después del uso de las PAE de levonogestrel y combinadas, se puede iniciar cualquier método anticonceptivo inmediatamente incluyendo el DIU-Cu. Si regresa después se puede iniciar cualquier método de acuerdo con sus indicaciones de uso, si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada y realizar prueba de embarazo si no se produce sangrado durante las 3 semanas siguientes. Aunque el uso repetido no es aconsejable porque las PAE son menos efectivas que los métodos anticonceptivos de uso regular, por criterios médicos de elegibilidad no existen razones que impidan usarla nuevamente.

Métodos de días estándar

El Método de Días Estándar (MDE), es un método basado en el conocimiento de la fertilidad (FAB). Los métodos FAB, que también incluyen el método de ovulación, el método de dos días y el método sintotérmico, pueden usarse en combinación con métodos de abstinencia o barrera durante el tiempo fértil. Específicamente, con SDM, una mujer con un ciclo regular de 26-32 días de duración debe evitar relaciones sexuales sin protección en los días de ciclo 8-19.

Las mujeres con condiciones que hacen que el embarazo sea un riesgo inaceptable deben ser advertidas que la MDE para la prevención del embarazo puede no ser apropiada debido a las tasas relativamente más altas de fracaso de uso típico.

Para ayudar a determinar si las mujeres con ciertas condiciones o características médicas pueden usar con seguridad tenga en cuenta lo siguiente:

- Iniciación de MDE.
- Provisión inicial de MDE para mujeres cuyos ciclos menstruales están dentro del rango de 26-32 días se debe proveer otro método anticonceptivo para la protección en los días 8-19 si la mujer lo desea. Dar suministros por adelantado.
- Los usuarios de MDE que tienen relaciones sexuales sin protección entre los días 8-19, debe considerarse el uso de anticonceptivos de emergencia, si es apropiado.
- El uso de MDE en mujeres que tienen dos o más ciclos fuera del rango de 26-32 días, dentro de un año de uso debe advertirse a la mujer que el método puede no ser apropiado debido a un mayor riesgo de embarazo y recomendar otro método.
- La probabilidad de embarazo aumenta cuando el ciclo menstrual está fuera del intervalo de 26 a 32 días, incluso si se evita el coito sin protección entre los días 8-19.

Método de amenorrea por lactancia materna

Es un método anticonceptivo usado en los primeros seis (6) meses pos parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el pos parto y durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un período de infertilidad que puede durar entre 2 meses y 2 años o más.

Indicación: siempre y cuando se garantice las siguientes condiciones:

- Amamantar exclusivamente.
- Estar en amenorrea hasta los seis (6) meses de edad del hijo.

En estas condiciones la tasa de fallas es de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

Retiro (coito interrumpido)

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación y eyacular fuera de esta, cerciorándose de que el semen no entre en contacto con los genitales externos. Esto se realiza con el fin de impedir que el esperma entre en la vagina. La efectividad de este método si se usa de manera perfecta es del 96%, (de forma correcta y sostenida), con el uso típico la efectividad es de 73% (Trussell, 2009). El retiro o coito interrumpido, es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina y adicionalmente se pueden encontrar espermatozoides en el líquido pre eyaculatorio. No protege de ITS/VIH.

Condón masculino y femenino

El condón masculino de látex es efectivo como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS - VIH si se usa de manera continua, correcta y consistente. Su efectividad para prevenir embarazos no planeados si se realiza un uso perfecto es de 98%, y con el uso habitual disminuye la efectividad al 82% es decir, la tasa de falla de 18%. Está contraindicado en personas alérgicas al látex.

Indicación:

- Hombres y mujeres en edad fértil sexualmente activos de manera individual o en pareja, para prevenir embarazos no planeados.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de VIH al menos en uno de sus miembros.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico confirmado de Hepatitis B o hepatitis C al menos en uno de sus miembros.
- Parejas sexualmente activas con diagnóstico y tratamiento de ITS.

Se suministrarán 15 unidades por mes, por periodos mínimos de 3 meses. Para tal efecto deben estar disponibles en toda la red prestadora de servicios de salud.

Los condones femeninos son efectivos y seguros, pero no son utilizados tan ampliamente por los programas nacionales como los condones masculinos, no obstante, se debe hacer uso adecuado del mismo[88]. El suministro se realizará en las mismas cantidades y para los mismos tiempos de dispensación que el condón masculino.

Las condiciones de calidad, adquisición, manufactura, y almacenamiento están descritas en el manual para la adquisición, suministro y distribución de condones en Colombia.[89]

Métodos permanentes quirúrgicos

El acceso a procedimientos de esterilización quirúrgica femenina y masculina, deben estar disponibles sin barreras de acceso y oportunos.

1. **Esterilización quirúrgica masculina**

Técnica realizada por profesional en medicina especialista en urología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses post-procedimiento, por ser el tiempo requerido para que el

[88] https://docs.google.com/file/d/0BwBWn8qWcbwFdGFBaVRkU1EtNnc/edit
[89] http://bit.ly/2afM8hF

recuento espermático sea negativo. El usuario debe recibir información y consejería clara y apropiada[90].

2. Esterilización quirúrgica femenina

Técnica realizada por profesional en medicina especialista en ginecología, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

Indicación: El procedimiento se puede realizar en intervalo primeros siete (7) días del ciclo menstrual, postaborto, posparto o intra-cesárea. Puede ser por laparoscopia o mini laparotomía, en esta siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles.

Es preciso entregar instrucciones posoperatorias, se recomendará evitar actividad sexual en primera semana post operatoria, e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección. Uso típico 0.5, uso perfecto 0.5% uso continuo 100%. (Cuadro 1).

13.5.2 Plan de cuidado

a. Aplicación de criterios de elegibilidad: una vez realizada la elección informada del método, se procederá a la aplicación de los criterios de elegibilidad de la OMS vigentes para verificar la elección del método, por parte de la persona. Se requiere el diligenciamiento completo de la historia de anticoncepción y el consentimiento informado según protocolo de la institución (Se debe registrar en la historia clínica la evaluación de criterios médicos de elegibilidad).

b. Descartar que la mujer está en gestación: para identificar la posibilidad de embarazo en la usuaria que está solicitando un método anticonceptivo proceda a indagar y verificar los criterios de la "Guía para evaluar si una mujer está o no en embarazo"[91], que a continuación se describen:

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación normal.
- Ha utilizado correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.
- Está dentro de los primeros 7 días después de la menstruación.
- Está dentro de las primeras 4 semanas post parto (mujeres no lactantes).
- Está dentro de los primeros 7 días después del aborto o aborto espontáneo.
- Está amamantando total o casi completamente, está en periodo de amenorrea, y menos de seis meses post parto.

Si la usuaria tiene por lo menos uno de los criterios mencionados anteriormente y está libre de signos o síntomas de embarazo, suministre el método seleccionado en cualquier momento del ciclo menstrual teniendo en cuenta los criterios de inicio de cada método. Y si no se puede descartar el embarazo, se recomienda esperar su menstruación o hacer prueba de embarazo. *(En caso de requerir prueba de embarazo, se recomienda la práctica de prueba rápida de manera inmediata, la cual debe estar disponible en la consulta).*

c. Entrega y/o aplicación del método anticonceptivo: se debe hacer dentro de la consulta sin importar el momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la usuaria, con base en los parámetros técnicos establecido para el manejo de anticonceptivos y estar disponibles en toda la red prestadora de servicios de salud. En el caso de adolescentes es deseable que el suministro no requiera su trámite en farmacia de manera que se garantice la confidencialidad.

"Todos los métodos deben estar disponibles en la consulta y en todos los niveles de atención"

13.5.3 Información en salud

[90] Debe firmarse el consentimiento informado (artículo 15, Ley 23 de 1981 del Código de Ética Médica).
[91] Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016, Wolrd Health Organization

Luego de entregar o iniciar el método anticonceptivo, se debe educar como mínimo en los aspectos que a continuación son señalados:

a. Signos de alarma frente al uso del método.
b. Manejo en casa de posibles efectos secundarios.
c. Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de trasmisión sexual, es necesario el uso de condón en toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.
d. Uso de anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:
   - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.
   - Uso incorrecto de un método anticonceptivo.
   - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino.
   - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino.
   - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
   - Olvido de una o varias tabletas anticonceptivas.
   - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.
e. Dar cita de control de acuerdo al método elegido. Cuadro 2 y orientar a la usuaria que puede consultar antes si se presentan efectos secundarios o algún inconveniente.

Cuadro 2: Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Sub dérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de Intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracesárea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años,
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año
Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria o cuando el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacer una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.	

Fuente: Wolrd Health Organization Criterios de Elegibilidad OMS 2015 y Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

13.5.4 Atención en salud para la asesoría en anticoncepción - Control

El objetivo de esta atención es hacer seguimiento a mujeres, hombres y sus parejas que están usando algún método de anticoncepción, con el fin de identificar efectos secundarios, adherencia al método, reforzar señales de alarma y hacer provisión efectiva del método anticonceptivo, para dar continuidad al proceso de anticoncepción.

Esta consulta incluye:

a. Indagación de la satisfacción de la usuaria con el método, presencia de efectos secundarios y manejo del método en casa.
b. Brindar información que aclare las dudas de los usuarios frente al uso del método seleccionado, se recomienda los siguiente aspectos:
   - Identificación de signos de alarma frente al uso del método.
   - Recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de trasmisión sexual y reiterar la necesidad del uso de condón en toda relación sexual penetrativa como mecanismo de doble protección.
c. Brindar información relacionada con el uso correcto de la anticoncepción de emergencia si se presenta uno de los siguientes casos:
   - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo, especialmente en el período fértil.
   - Uso incorrecto de un método anticonceptivo.

- Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.
- Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino, si no se está utilizando un método anticonceptivo.
- Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino

d. Brindar orientaciones generales acerca de los próximos controles y corroborar que la información brindada a la usuaria queda plenamente clara, así mismo indicar fecha del próximo control.
e. Indicar periodicidad para el suministro o dispensación del método anticonceptivo. Para lo cual se recomienda:
   - **Anovulatorios orales e Inyectables mensuales:** Provisión cada tres meses para tres ciclos.
   - **Inyectable trimestral:** Provisión cada seis meses (dos dosis)
   - **Condones:** Provisión cada tres meses, 15 condones por mes.

13.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de anticoncepción, se debe contar con: historia clínica de la paciente incluida la anticoncepción, el consentimiento informado firmado y archivado en la historia clínica según protocolo de la institución.

Materiales e insumos: Todos los métodos anticonceptivos deben estar disponibles en el momento de la consulta de control, pruebas rápidas de embarazo, condón masculino y femenino, modelos para uso de condón masculino y femenino, material pedagógico para la información y educación en derechos sexuales y reproductivos. Al igual métodos anticonceptivos educación y reforzamiento en el método que está utilizando a la usuaria (preservativos, dispositivo intrauterino, anticonceptivo oral combinado, anticonceptivos inyectable mensual, anticonceptivo inyectable trimestral, anticonceptivos de emergencia, implante subdérmico).

Para la aplicación de algunos métodos como los Implantes subdérmicos, DIUs y esterilización quirúrgica masculina y femenina se requieren el consentimiento informado por escrito por parte de la mujer.

14. FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES EN POLVO

14.1 Objetivos

Realizar fortificación con micronutrientes en polvo en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad con el fin de prevenir y reducir la anemia nutricional.

14.2 Población sujeto

Niños y niñas de 6 a 24 meses de edad

14.3 Atenciones incluidas

Fortificación con micronutrientes en polvo para todos los niños y niñas de 6 a 24 meses de edad.

14.4 Descripción del procedimiento

La fortificación con micronutrientes en polvo ayudan a prevenir y tratar la anemia y otras deficiencias de micronutrientes. Este procedimiento consiste en agregar a los alimentos sólidos o semisólidos tales como: purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, fríjoles preparados en casa, a manera de complemento, vitaminas y minerales contenidos en un sobre individual de 1 gramo en forma de polvo. El contenido del sobre debe mezclarse con las comidas ya servidas en el plato del niño o la niña, listos para su consumo.

Los niños y niñas que reciben la fortificación con micronutrientes deben continuar la lactancia materna acompañada de la alimentación complementaria adecuada para la edad, así como recibir diariamente una alimentación completa que incluya alimentos de todos los grupos y que permita fomentar hábitos alimentarios saludables.

Para el suministro de micronutrientes tenga en cuenta la siguiente información:

a. Composición:

MICRONUTRIENTES	CANTIDAD EN 1 GRAMO
Vitamina A	300 µg ER
Vitamina C	30 mg
Vitamina D	5.0 µg
Vitamina E	6 mg *a*-TE
Vitamina B1	0.5 mg
Vitamina B2	0.5 mg
Vitamina B6	0.5 mg
Vitamina B12	0.9 µg
Ácido fólico	160 µg
Niacina	6 mg
Hierro*	12.5 mg
Zinc**	5 mg
Cobre	0.3 mg
Yodo	90 µg
Selenio	17 µg

*En forma de fumarato de ferroso encapsulado, hierro aminoquelado o hierro protegido
** En forma de gluconato de zinc, zinc aminoquelado o zinc protegido

14.4.1 Descripción general del micronutriente en polvo

Nombre genérico del alimento o denominación común internacional	Micronutriente en Polvo
Vía de administración:	Oral
Concentración del producto por unidad de dosificación	1 gramo
Presentación del producto: Unidades por empaque primario	Sobres de 1 g. 30 sobres por caja (empaque secundario).
Período de vida útil	2 años. En el certificado de venta libre expedido por la autoridad sanitaria del país de origen se deberá especificar la vida útil del mismo.
Período de Vida Útil mínimo requerido al momento de recibir el micronutriente	Al momento del recibo del alimento en polvo en el almacén, la vida útil será mínimo 18 meses que equivalen al 75%.
Población destinataria del consumo	6 a 24 meses de edad.

14.4.2 Dosis y frecuencia de los micronutrientes en polvo

A cada niño y niña se le debe suministrar un (1) sobre al día durante 60 días continuos, incluyendo los festivos y fines de semana. Después de finalizado el esquema, se deja un receso de cuatro meses y luego el niño o niña vuelve a recibir la fortificación por 60 días continuos; es decir, entre los seis y los 23 meses de edad el niño o niña debe recibir y consumir 240 sobres en total.

La frecuencia de administración será a los 6, 12, 18, 24 meses de edad.

Dado que la presentación es en polvo empacado en sobres individuales de 1 gramo, no se generan riesgos por consumo excesivo, siendo un producto seguro para los niños y las niñas. Difícilmente se generarían intoxicaciones lo cual sucedería únicamente si se consumen cantidades superiores a 20 sobres por día.

14.4.3 Uso de los micronutrientes en polvo

Dada su presentación en polvo y en sobres individuales son de fácil y práctico manejo. Sin embargo, se sugiere recomendar a las madres y/o cuidadores los siguientes pasos para su uso:

- Lavarse muy bien las manos con agua y jabón antes de abrir el sobre con los micronutrientes.
- Preparar y servir los alimentos para el niño o niña, como habitualmente lo realiza. Cerciórese que el alimento se encuentra a la temperatura que usualmente lo consumen.
- Cortar o rasgar una esquina superior del sobre y vertir todo el contenido a una porción del alimento de consistencia sólida o semisólida (purés de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, fríjoles, etc.) la que más le guste al niño o niña y asegurarse de que ésta sea la que primero se come para garantizar el consumo completo del micronutriente.
- Ofrecer al niño o niña el contenido de un sobre por día en cualquiera de las comidas. Es importante no suministrar más de un sobre por día, dado que es la cantidad necesaria de minerales y vitaminas que requiere un niño o niña.
- No compartir el contenido del sobre de micronutrientes en polvo con otros miembros de la familia. Tampoco se debe compartir la comida en la que se han mezclado, pues si se hace no se logra el objetivo propuesto.
- Nunca deberán agregarse durante la preparación y cocción, ni cuando los alimentos estén muy calientes (la comida puede volverse de color oscuro y toma sabor metálico).
- Evitar agregarse a alimentos líquidos o bebidas (jugos, agua, leche, etc.), ya que no logra disolverse adecuadamente y el micronutriente quedará adherido a las paredes del recipiente sin que sea consumido por el niño o niña.

14.4.4 Criterios de contraindicación de uso

- Niños y niñas menores de 6 meses de edad y mayores de 24 meses de edad.
- Niños y niñas que estén recibiendo actualmente suplementos de micronutrientes.
- Niños y niñas que estén recibiendo tratamiento antimalárico. En caso de estar recibiendo este tratamiento, se recomienda terminarlo e iniciar el suministro de micronutrientes una semana después.
- Niños y niñas que presenten algún proceso infeccioso, en cuyo caso deberá recibir el tratamiento para este y luego iniciar el consumo de micronutriente.

15. ATENCIÓN A LA FAMILIA

La Atención integral en salud a las familias, implica garantizar su reconocimiento como sujeto, el acceso e integralidad en la atención, en el marco de un proceso que permita dinamizar, actualizar y gestionar acompañamiento y continuidad. Garantizar la continuidad implica además de las acciones promocionales, la conexión y remisión a procesos resolutivos y de acompañamiento permanente según situación.

La familia como sujeto de derecho y sujeto centro de la atención en salud,[92] recibirá atenciones que permitirán reconocer tanto capacidades y factores protectores que definan su acompañamiento y apoyo[93] así como en la identificación del riesgo de sus condiciones y situación familiar.[94]

De este modo, la atención a las familias, debe ser un proceso informado y concertado, considerando la decisión y compromiso de éstas, en su proceso de fortalecimiento y mejora de la salud familiar en un marco promocional. Esta atención integral a las familias, se debe realizar en alineación con la acción de la entidad territorial[95] en su competencia como autoridad territorial, desde la identificación de características poblacionales de las familias del territorio, así como desde la caracterización de la población afiliada que realiza EPS e IPS, a fin de que haya complementariedad entre las intervenciones.

En este reconocimiento como sujeto de derechos, la familia decide con quien accede a los procedimientos contemplados en la RPMS para la familia, pudiendo ser direccionada hacia aquella EAPB que tenga afiliada al mayor número de los integrantes de la familia. Siendo en todo caso de obligatorio cumplimiento el que todos los aseguradores oferten y brinden todas las intervenciones individuales a la familia establecidas.

De acuerdo con lo anterior, la familia es abordada en los siguientes procedimientos:

1. Atención en salud por momento de curso de vida (valoración del componente familiar).
2. Atención básica de orientación familiar.
3. Educación para la salud dirigida a la familia.

Valoración del componente familiar

Esta atención está incluida en el procedimiento de atención en salud por momento de curso de vida o en el procedimiento de atención básica de orientación familiar cuando la familia demanda espontáneamente.

Teniendo en cuenta que se realiza como una actividad de las consultas de valoración integral en cada uno de los momentos del curso de vida, el talento humano corresponde al definido para éstas. En los casos en donde la familia demanda espontáneamente, será realizado por los perfiles de talento humano considerados en el procedimiento de atención básica de orientación familiar.

Descripción de la valoración del componente familiar

La valoración integral a la familia implica conocer la estructura, las relaciones y dinámicas que se determinan al interior de la familia; las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan la familia como sistema abierto; las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar.

Adicionalmente, la red de apoyo con la que cuenta. Todos los anteriores son factores de riesgo o protectores que afectan positiva o negativamente la salud familiar y su capacidad de respuesta y adaptación. La identificación del riesgo se apoya en la evaluación del grado de satisfacción de la funcionalidad familiar, principalmente mediante la aplicación del instrumento del Apgar familiar. Es recomendable que éste instrumento sea utilizado conjuntamente con otros instrumentos sugeridos en este anexo para la valoración familiar.

La valoración familiar se realiza mediante la indagación con: la persona y/o sus acompañantes familiares en el marco de las consultas de valoración integral en los diferentes momentos del curso de vida y también con dos o más integrantes del grupo familiar directamente en el caso de la atención básica de orientación familiar.[96]

Esta atención debe realizarse de acuerdo a las frecuencias establecidas para la atención en salud en cada momento del curso de vida o cuando el grupo familiar demande la atención básica de orientación familiar.

La información resultante de la valoración familiar, debe estar disponible de manera permanente, y cuando los integrantes de la misma, reciban cualquier tipo de atención en salud, de tal modo que pueda ser actualizada, ampliarse, verificarse o profundizarse. Es de anotar, que toda información derivada de la valoración familiar debe manejarse

[92] Las familias constituyen sujeto de atención integral en salud, junto con las personas y comunidades como se plantea en coherencia con la legislación vigente, la Política sectorial y el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS-.
[93] La atención integral en salud a las familias, se debe apoyar desde estos lineamientos y en alineaciones con la política de apoyo y fortalecimiento a las familias, así como los demás lineamientos y orientaciones técnicas vigentes, expedidas por el Ministerio de Salud Y Protección Social en tal sentido.
[94] Apoyado en la aplicación del Apgar familiar que permite identificar percepción de disfuncionalidad familiar.
[95] Considerando el análisis situacional, los procesos de caracterización poblacional y recurriendo a fuentes secundarias sectoriales e intersectoriales o procesos de caracterización definidos según prioridades de su plan territorial en salud.
[96] En el caso del abordaje directo a la familia, se deber realizar como mínimo con dos integrantes de la misma, incluyendo siempre un adulto. De manera especial, en contextos de zona rural y dispersa, se deben desplegar todas las medidas posibles para adelantarla en el entorno hogar a fin de poder conocer y verificar las condiciones de vida de la familia y facilitar la interacción con más integrantes. El reconocimiento de la situación de la familia deberá ser actualizado en la consulta de valoración de cualquiera de sus integrantes.

como perteneciente a la historia clínica y por tanto debe cumplir con todos los requisitos de protección de datos.

En la anamnesis de las consultas de valoración integral de las personas en los diferentes momentos del curso de vida y en la atención básica de orientación familiar se deben indagar por los siguientes aspectos que configuran el componente de la valoración familiar:

a. **Estructura y dinámica familiar** mediante la realización del Familiograma y Apgar familiar identificar:
    - Conformación de la familia y las relaciones entre sus integrantes a fin de identificar situaciones que repercutan en la salud y desarrollo.
    - Momento de curso vital de la familia (por ej. formación, extensión, contracción, disolución)
    - Vivencia de sucesos normativos y no normativos en la familia y sus integrantes y si se están afrontando de forma adecuada.

b. **Situaciones particulares en salud de la familia y sus integrantes.** Entre otras, discapacidad o personas que sufren patologías crónicas o enfermedades o huérfanas o terminales.

c. **Expectativas e Inquietudes de familia** respecto al cuidado de su salud y sobre el acceso a los servicios de salud para sus integrantes. Así mismo, indagar sobre sus visiones frente a condiciones que afectan su salud y la de su familia, en los entornos en donde se desarrolla, y sobre experiencias previas de atención.

Cuando la valoración familiar se realice en el procedimiento de atención básica de orientación familiar la indagación puede contemplar:

a. **Contexto sociocultural de la vida familiar y redes de apoyo**, como la pertenencia social y cultural que considere pertenencia étnica, que permita conocer las capacidades y recursos con los que cuenta la familia derivados de su relación con éstos y que redundan en sus posibilidades de desarrollo. Para lo cual se hará uso del Ecomapa.

b. **Condiciones generales de vida, acceso a satisfactores básicos y acceso a servicios de salud,** ocupación de los perceptores de ingresos en el hogar, suficiencia de los ingresos para satisfacción de necesidades básicas incluyendo alimentación, vivienda (material de pisos, techo y paredes, cantidad de habitaciones e indagación de hacinamiento, presencia de roedores, ubicación de la vivienda en zonas de riesgo –por ej.: inundación, deslizamiento entre otros); acceso a servicios públicos (agua potable, alcantarillado o en su defecto disposición de excretas luz eléctrica, gas o material con el que se cocina); composición básica de la dieta, oportunidades para el ocio y recreación; acceso a educación básica, secundaria y terciaria, y acceso a servicios sociales.

A partir de los hallazgos de la valoración del componente familiar y principalmente de los resultados de la aplicación del Apgar familiar[97] se debe clasificar el riesgo de las familias así:

- Riesgo alto: Menor a 9 puntos.
- Riesgo medio: 10 a 12 puntos.
- Riesgo bajo: 13-16 puntos.

Adicionalmente, según criterio del profesional que realiza la valoración por momento de curso de vida, se pueden considerar otros criterios que permitan definir el riesgo de las familias, por ejemplo se sugiere los siguientes criterios para la derivación a la atención básica de orientación familiar:

[97] La valoración del riesgo de la salud familiar, se considera a partir de la aplicación de los instrumentos como el APGAR Familiar, el familograma y el ecomapa. Considerando de manera privilegiada los resultados del APGAR familiar como orientador básico de la percepción de satisfacción del funcionamiento familiar, y por ende un indicador de potencial riesgo.

- Familias con vivencia de sucesos vitales y de los momentos vitales de la familia que puedan sobrepasar la capacidad de la familia para su afrontamiento y puedan afectar su salud.
- Familias en situaciones de vulnerabilidad social que pueden afectar la salud familiar, (por ej: familias con varios integrantes en condición de dependencia y un solo proveedor, familias en contexto de mayor exposición a violencias, consumo SPA, explotación sexual o económica, pandillismo, familias dedicadas al reciclaje, etc).
- Familias con algún integrante con discapacidad.
- Familias con redes de apoyo deficientes, o sostenimiento de relaciones sociales y comunitarias que generen riesgo o afectación de la salud familiar.
- Familias con prácticas del cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado la salud de la familia.

De acuerdo a la clasificación del riesgo de la familia se sugieren realizar las siguientes actividades:

a. **Familias valoradas en situación de bajo riesgo**: Información en salud, acorde con sus particularidades y, si es pertinente, serán canalizadas a servicios sociales.

b. **Familias de riesgo medio:** Deben ser derivadas a la consulta de orientación básica familiar.

c. **Familias identificadas en riesgo alto o en las que se detecte un evento que esté afectándolas** deben derivarse a las rutas de riesgo o de evento según sea el caso de acuerdo al análisis de la problemática familiar que presenten sin perjuicio de la canalización a los servicios sociales que resulten pertinentes.

Las familias pueden ser derivadas al procedimiento de educación para la salud grupal, acorde con intereses o necesidades identificados y concertados.

15.1 Atención básica de orientación familiar

15.1.1 Objetivos

- Ampliar la valoración de las capacidades y condiciones de funcionalidad de la familia, identificando factores protectores y de riesgo para la salud.
- Brindar orientaciones básicas acordes con la situación familiar particular, el estado de las relaciones y la salud familiar, que aporten a su dinámica y equilibrio en función del logro en salud.
- Definir las atenciones requeridas de acuerdo a las particularidades de la situación y lo concertado con las familias que harán parte del plan integral de cuidado primario.

15.1.2 Población sujeto

- Familias con situaciones o condiciones de riesgo medio para la salud, identificadas en las intervenciones/atenciones en salud individuales.
- Familias canalizadas desde las intervenciones del PIC.
- Familias que demandan espontáneamente en conjunto o por alguno de sus integrantes aduciendo alguna necesidad de orientación familiar.

15.1.3 Talento humano

Esta atención puede ser desarrollada por profesional en medicina o medicina familiar, psicología, trabajo social o enfermería.

15.1.4 Atenciones incluidas

Valorar la estructura y dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias.

15.1.5 Descripción del procedimiento

Esta consulta de atención básica de orientación familiar, implica un abordaje profesional que tiene como premisa el diálogo y la escucha activa con la familia a fin de brindar orientación, asesoría integral y apoyo en salud centrado en aspectos de la situación y dinámica familiar que permiten a los participantes de la atención , identificar posibilidades de fortalecimiento, resolución de conflictos, identificación de recursos, estrategias de afrontamiento y oportunidades de actuación que redunden en beneficio de su salud familiar.

Es necesario que asista preferiblemente el núcleo principal de la familia, como mínimo con dos integrantes, de preferencia con la presencia de un adulto[98], bien sea cuando la familia accede por demanda espontanea, o cuando es canalizada, o es derivada de una atención individual de una RIAS[99] u otra atención. Además, si es necesario evaluar otros aspectos o profundizar en el abordaje, se buscará la participación de otros integrantes. Esta consulta de atención básica de orientación familiar, comprende:

Análisis de las condiciones de la dinámica familiar

El propósito de este análisis es profundizar o ampliar la información de la conformación y dinámica de la familia, así como reconocer e identificar los siguientes aspectos para el análisis y abordaje de la salud familiar:

- Capacidades de desarrollo y cuidado de la salud para fortalecer en familias.
- Prácticas del cuidado familiar que pongan en riesgo la salud familiar o que requieran ser fortalecidas de acuerdo a la situación.
- Situaciones y dinámicas familiares afectadas por manejo de conflictos, estilos de comunicación. Por ej. Dificultad en la delimitación de roles y funciones, dependencia o desprendimiento excesivo, frustración de expectativas, lucha de poder y autoridad, conformación multigeneracional, presencia de integrantes en un momento vital como adolescencia, vejez con inadecuado manejo de relaciones, entre otros.
- Sucesos vitales y/o de los momentos del curso de vida de la familia que puedan requerir acompañamiento para su adecuada resolución. Por ej. en proceso de asunción de roles y tránsito entre la formación, consolidación, disolución de las familias y relaciones, o con escasos recursos y estrategias de afrontamiento de acontecimientos como pérdidas, separación, entre otros.
- Situaciones de vulnerabilidad social que demanden esfuerzos adicionales a la familia y sus miembros, incidiendo en factores que sostienen o afectan su salud. Por ej. Recursos, estrategias y estilos de afrontamiento de situaciones de presión social a las familias o algunos de sus integrantes como consumo SPA, pandillismo, actividades delictivas, exigencia social de consumo, diversas formas de violencia, entre otros.
- Situaciones de familias con algún integrante con discapacidad que requieran apoyo para promover dinámica armónica de sus relaciones.
- Situaciones que requieren atención resolutiva mediante intervención familiar (intervención en crisis, terapia familiar), como: disfunción familiar, sucesos o crisis no resueltas (normativas y no normativas), trastornos y problemas en salud mental, violencias entre otros.
- Identificación y valoración de cuidadores mediante la aplicación de la escala de Zarit para descartar sobrecarga del cuidador en familias con esta situación.

Orientación en salud familiar

[98] Respetando las orientaciones y recomendaciones que para cada momento de vida se expidan, como en el caso de la adolescencia, y en consideración de la autonomía y decisión de las personas. En el caso de primera infancia, infancia y adolescencia, se considera importante contar con la participación de los padres o aquellos responsables de su cuidado con los que convive. Cabe señalar en el caso de los adolescentes, que se debe privilegiar la consulta individual inicialmente, respetando la decisión del adolescente de permanecer solo en la misma o acompañado por uno de los padres y/o cuidadores. Pero, siempre se debe acompañar el proceso con el abordaje familiar en situaciones de alto riesgo para la seguridad misma del adolescente y/o su familia. En el caso de gestantes, se debe considerar la pareja con la que convive, si no tiene o no convive con ella o por decisión propia, o es menor de edad, los padres o referentes inmediatos. En el caso de adultos mayores y enfermos crónicos, el cuidador primario y otro familiar (preferiblemente padres o hermanos del enfermo). Cuando la consulta familiar es derivada de la consulta individual, el individuo que genera el caso índice, debe hacer un consentimiento informado de la participación de la familia en la consulta. Esto en el caso de jóvenes, adultos y adultos mayores.

[99] Ruta integral de promoción y mantenimiento de salud, rutas específicas y otras atenciones.

Se debe orientar a la familia de acuerdo a la situación familiar, las capacidades, intereses, expectativas y riesgos identificados; que implica escucha activa y comprensiva, y dando orientaciones generales que aporten a la reflexión al interior de la familia, y la adopción de relaciones de cuidado y transformación de conflictos, entre otros, lo cual debe superar la visión de información, sin que constituya una intervención resolutiva;[100] implica una atención que permite ampliar el análisis conjunto, centrado en el reconocimiento de causas, motivadores o disparadores de situaciones que inciden en la salud familiar, considerando condiciones y contextos particulares del funcionamiento familiar. Esta atención contribuye a la consolidación del plan integral de cuidado primario teniendo presente capacidades, factores protectores y riesgos.

15.1.6 Plan de cuidado

Como parte del plan integral de cuidado primario, se debe realizar la verificación o derivación a las siguientes intervenciones:

a. Atenciones del esquema de intervenciones en salud individuales de cada uno de los integrantes de la familia de acuerdo con el momento de curso de vida.
b. Educación en salud para la familia para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades de la familia que se identifiquen como necesarias para trabajar, teniendo como uno de los ejes fundamentales, el cuidado y promoción de la salud.
c. Rutas Integrales de Atención en Salud de grupos de riesgo o servicios resolutivos.
d. Intervenciones del PIC de acuerdo con la oferta territorial.
e. Servicios sociales de acuerdo a la oferta territorial para apoyar a las familias con las situaciones priorizadas.

15.1.7 Instrumentos

Se debe contar con lo siguiente: Familiograma, Apgar familiar, Ecomapa, Escala de Zarit.

15.2 Educación para la salud dirigida a la familia

Este procedimiento se realiza de acuerdo con el procedimiento de educación para la salud.

16. EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Es el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas.

Este proceso se manifiesta en la implementación de acciones educativas, diseñadas pedagógicamente, que generan la oportunidad para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar para aportar a la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autorrealización, autogestión y autonomía individual y colectiva, como expresión de la garantía del derecho a la salud. Se trata de generar condiciones subjetivas para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas –saludables- puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible.

En este sentido, se colige que la Educación para la salud está organizada desde la lógica de la salud (no desde la lógica de la enfermedad) y se verá reflejada en el

[100] Hace referencia a la intervención que se realiza ante situaciones de crisis mayor que requieren tratamiento especializado.

desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias para comprender y transformar la (su) realidad y por tanto para convertirse en agentes sociales de cambio.

Lo anterior, exige la implementación de procesos educativos con fundamento pedagógico que promuevan acciones de cuidado (incluido el autocuidado, pero no exclusivamente), el logro de las metas del país en materia de salud pública y de transformaciones psicológicas, sociales y culturales que se reflejen en los resultados en salud; teniendo en cuenta el marco conceptual y metodológico del documento *educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS*[101].

A continuación, se presentan las orientaciones operativas para el desarrollo de los procesos educativos a nivel individual, grupal, familiar y colectivo en cada uno de los momentos del curso de vida.

16.1 Objetivo

Desarrollar las capacidades de las personas, familias, comunidades y organizaciones para comprender las situaciones de vida y salud que contribuyan a su desarrollo mediante la construcción, apropiación e implementación de saberes y prácticas que aporten al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud (tanto individuales como colectivas, en sus contextos específicos) y contribuir, como agentes sociales de cambio, en la garantía del derecho a la salud.

Objetivos específicos por momento del curso de vida.

Primera infancia e infancia

a. Acompañar a padres y cuidadores en el fortalecimiento de sus capacidades para la crianza, el cuidado de la salud y protección que promuevan la salud y el desarrollo humano integral de niños(as) mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas para el cuidado y protección propios, de sus familias y de los entornos.

Adolescencia

a. Reforzar las potencialidades de todos los adolescentes, en lo relacionado con su capacidad de agencia, autonomía y construcción de identidad.
b. Acompañar al adolescente en el reconocimiento, comprensión y reflexión sobre los procesos emergentes del momento vital relacionados con los cambios fisiológicos, psicológicos, proyecto de vida, la sana convivencia, la sexualidad y la reproducción.
c. Desarrollar o potenciar capacidades para el ejercicio de sus derechos con el fin que estos procesos contribuyan a su desarrollo integral y su calidad de vida presente y futura; así como para el cuidado de su salud.
d. Desarrollar capacidades en los padres y cuidadores que les permitan comprender y gestionar los cambios que suceden en la adolescencia, encontrar formas de renegociar las relaciones parento-filiales, resolver los problemas de forma productiva, apoyar el desarrollo de la autonomía e identidad y mantener un vínculo positivo y de apoyo emocional.

Juventud

a. Desarrollar capacidades en las y los jóvenes para transformar saberes y prácticas en pro de una vida saludable, relacionadas con el ejercicio de la sexualidad y reproducción libre e informada, la sana convivencia, la educación para el trabajo y el desarrollo humano en los diferentes escenarios durante el curso de vida, la capacidad política y la autonomía para agenciarse y relacionarse con otros/as.

Adultez

a. Desarrollar capacidades con los adultos para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.

[101] Documento Educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, define orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas y se constituye en una herramienta para que los equipos técnicos de salud (tanto del Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC como los que sean contratados mediante el Plan de Intervenciones Colectivas o de las Direcciones Territoriales de Salud que adelantan las respectivas acciones de Gestión de la Salud Pública), adelanten las acciones de Educación para la salud en el marco de las RIAS.

Vejez

a. Desarrollar capacidades con las personas adultas mayores para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud, mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.
b. Mantener conservadas, el mayor tiempo posible las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas adultas mayores, a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales.

16.2 Población sujeto

En el marco de la garantía de derechos, las personas, familias y comunidades podrán ser sujeto de atención en cualquiera o varias de las modalidades de la educación para la salud (individual, grupal o colectiva[102]), buscando que haya complementariedad de las mismas, con el fin de lograr el mayor impacto en los resultados de salud esperados.

La **educación individual** va dirigida a un individuo (por ejemplo: adolescentes, padres y cuidadores de niños o adultos mayores, etc.), o a una familia (asumiendo a la familia como sujeto de la atención educativa, con la participación de dos o más de sus integrantes); cuando el profesional responsable de un determinado servicio de salud considere que cualquiera de los dos requiere[103]:

1. Comprender y apropiar ciertas prácticas de cuidado de su salud, para evitar mayores riesgos.
2. Privacidad en el manejo de la información por la condición o situación del afiliado.
3. Estrategias didácticas específicas e individualizadas para lograr el aprendizaje que se espera según los hallazgos de la consulta de valoración y condiciones particulares del individuo o familia (Ej. por discapacidad, pertenencia étnica, entre otras)[104].
4. Por solicitud del sujeto.

La **educación grupal** en la RPMS está dirigida a la siguiente población:

1. Grupos que comparten un mismo momento vital o el mismo riesgo y en los que pueden participar padres y/o cuidadores (este último caso para primera infancia, infancia, adolescencia y vejez o para cualquier momento vital en los casos en que el sujeto requiera acompañamiento de su cuidador).
2. Grupo de familias que comparten una condición o situación de salud.

La **educación colectiva** está dirigida a un conjunto de personas o familias que comparten una condición, situación, entorno (educativo, comunitario, hogar, laboral con énfasis en la informalidad o institucional) o territorio (por ejemplo: barrio, vereda, comuna); por ejemplo:

1. Colectivos que comparten una condición o situación o pertenencia étnica. Ejemplo: poblaciones afrodescendientes, población LGBTI, mujeres víctimas de ataques con ácido, personas con discapacidad, etc.
2. Colectivos de personas que viven en un determinado entorno o territorio. Ejemplo: pobladores de una vereda o conjunto de veredas, conjunto de familias de un barrio o un micro territorio, comunidad educativa, etc.
3. Colectivos que comparten un momento del curso de vida y se encuentran en un entorno o en un ámbito urbano, rural o disperso específico. Ejemplo: estudiantes de un colegio; niños y niñas de jardines infantiles, jóvenes que trabajen en una actividad económica informal, etc.

[102] La educación individual y grupal estará a cargo de las EAPB, asegurando la cobertura para su población afiliada, como parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC. La educación colectiva estará a cargo de la Dirección Territorial de Salud, en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.
[103] La educación individual puede complementar la información en salud que se realiza en la consulta de valoración teniendo en cuenta las orientaciones de EpS y las orientaciones de la tecnología de Información en Salud (ver repositorio institucional del MSPS), ya que cada uno tiene su propio alcance y especificidad metodológica.
[104] Aunque una persona haya sido atendida en sesión educativa individual, podrá participar de futuras sesiones grupales, si se requiere.

Nota: Las campañas informativas masivas hacen parte del proceso de información en salud y no constituyen educación para la salud. Idealmente deberían ser complementarias para afianzar los saberes.

16.3 Talento humano

Las sesiones educativas serán implementadas por uno o varios profesionales, técnicos y tecnólogos de las ciencias de la salud, salud ambiental y de las ciencias sociales y humanas, con el apoyo de auxiliares del equipo de salud con las competencias para desarrollar metodológica, pedagógica y técnicamente el proceso. En el caso del ciclo educativo de entrenamiento cognitivo y emocional para la vejez, deberá ser desarrollado por profesionales en gerontología, enfermería, psicología, medicina, nutrición y dietética, terapia ocupacional o psicopedagogía.

Las acciones de Educación y comunicación para la salud, dirigidas al fomento de la salud y el buen vivir y a la protección frente a las desarmonías de los pueblos indígenas, podrán ser desarrolladas por el personal de salud propio de dichos pueblos, las cuales se podrán adelantar en el marco de los ciclos de educación que se adelanten tanto en lo grupal (a cargo de las EPS) como en lo colectivo (a cargo de las Entidades Territoriales); este aspecto, será definido como resultado de la adaptación de las RIAS.

Es recomendable que para el diseño pedagógico y metodológico de la educación para la salud se cuente con el apoyo de un profesional en pedagogía, psicopedagogía o psicología educativa. En caso de que en la educación grupal participen varios profesionales, es conveniente que se cuente con una persona del equipo que lidere la organización e implementación del proceso (incluyendo el momento de la evaluación).

El talento humano encargado de estructurar y ejecutar los ciclos educativos debe contar con los siguientes conocimientos, competencias y experiencia general:

a. Capacidades para desarrollar procesos educativos, teniendo como referencia las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas del documento marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.
b. Habilidades de comunicación efectiva en actividades individuales, familiares y comunitarias.
c. Capacidades de análisis de los determinantes sociales de la salud en los contextos específicos de trabajo con las personas, familias y comunidades.
d. Capacidad de empatía, respeto y confidencialidad.
e. Manejo para la intervención de grupos específicos en situación de vulnerabilidad (diversidad sexual, discapacidad, grupos étnicos, migrantes, infractores de ley, etc.).
f. Conocimiento del SGSSS y de la oferta de servicios de salud en cada uno de los planes de beneficios.
g. Conocimiento de la oferta de servicios sociales y comunitarios.

Adicional a lo anterior, y teniendo en cuenta los resultados esperados, capacidades a desarrollar y contenidos descritos más adelante en el presente documento, es clave que el talento humano cuente con los siguientes conocimientos específicos, según el momento del curso de vida de la población sujeto de las acciones de educación y comunicación para la salud:

Primera infancia: Derechos de los niños, desarrollo integral en la primera infancia, vínculo, apego seguro, crianza humana y puericultura, incluyendo prevención y manejo de enfermedades prevalentes de la infancia, reconocimiento de signos de alarma de enfermedades prevalentes de la infancia, consejería en lactancia materna y en alimentación complementaria, patrones de crecimiento vigentes para el país, tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años.

Para adelantar experiencias pedagógicas dirigidas a este grupo de población, el talento humano debe reconocer que el aprendizaje de los niños y niñas se da a través de sus actividades cotidianas caracterizadas por la exploración y el juego en donde el cuidado y la crianza juega un papel fundamental. Por lo anterior, en cualquier proceso de educación inicial es clave que el facilitador del proceso, reconozca y fortalezca las capacidades de los padres o cuidadores y familias para realizar el cuidado y acompañamiento al desarrollo de los niños y niñas.

Infancia: Derechos de los niños, desarrollo integral en la infancia, crianza humana, incluyendo el acompañamiento en el proceso de aprendizaje y la detección temprana de problemas en éste, vínculo, patrones de crecimiento vigentes para el país, tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años.

Para adelantar experiencias pedagógicas dirigidas a este grupo de población, el talento humano debe reconocer que el aprendizaje de los niños y niñas se da a través de sus actividades cotidianas caracterizadas por la exploración y el juego en donde el cuidado y la crianza juega un papel fundamental. Por lo anterior, en cualquier proceso de educación inicial es clave que el facilitador del proceso, reconozca y fortalezca las capacidades de los padres o cuidadores y familias para realizar el cuidado y acompañamiento al desarrollo de los niños y niñas.

Adolescencia: Derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, enfoque de curso de vida, habilidades para la vida, estrategias de afrontamiento de sucesos vitales, promoción de la salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, patrones de crecimiento vigentes para el país, habilidades para la vida, promoción de estilos de vida saludables, promoción de la participación social, conocer sobre los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y el efecto del consumo de bebidas energizantes.

El talento humano a cargo de diseñar, implementar, monitorear y evaluar acciones de educación para la salud en este grupo de edad, debe estar en capacidad de desarrollar las capacidades necesarias para enfrentar las demandas sociales que se presentan en este momento de la vida, particularmente: riesgos o alteraciones relacionados con el consumo de SPA, el inicio o mantenimiento de relaciones sexuales desligadas de sus propias necesidades, la vinculación a grupos o actividades asociadas a la violencia juvenil, la legitimación de la discriminación o violencia por razón de identidades no hegemónicas o de género, relaciones de pareja abusivas u otras prácticas deletéreas para la salud relacionadas con el consumo de alimentos o actividad física, entre otros; a fin de potenciar su desarrollo e impactar su susceptibilidad al riesgo.

Juventud: Experiencia de atención a los jóvenes y sus familias, en sus contextos[105]. Así mismo deberá contar con: capacidades para desarrollar procesos educativos con jóvenes relacionadas con derechos humanos, sexualidad, derechos sexuales, derechos reproductivos, anticoncepción, ITS-VIH-SIDA, maltrato y abuso, salud mental, prevención del suicidio, prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas, aspectos bioéticos y legales en la atención de jóvenes; capacidades para el fortalecimiento del liderazgo y la participación juvenil; tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, patrones de crecimiento vigentes para el país, conocer sobre los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y el efecto del consumo de bebidas energizantes.

Adultez: Experiencia en atención en salud y educación de población adulta. Conocer el enfoque de curso de vida, considerando las características y potencialidades de este momento del desarrollo, reconocer los efectos acumulativos (positivos y negativos) para la salud a lo largo de la vida, reconocer la influencia de los sucesos vitales sobre el estado de salud y la importancia de las vidas interconectadas en el desarrollo de los adultos. Reconocer la detección temprana de factores de riesgo, realizar prevención de enfermedades crónicas y de uso de sustancias psicoactivas, realizar promoción de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, envejecimiento saludable y activo, alimentación y nutrición saludable y segura, seguridad laboral, salud mental, habilidades para la vida, promover el cuidado de sí, de los otros y de la naturaleza y promover la participación social y las redes de apoyo social y comunitario.Tener

[105] Las acciones de los servicios de salud pueden ser poco eficaces porque no afectan los contextos en los que crecen y viven los/as jóvenes, particularmente en esta etapa las intervenciones que afecten a los grupos de referencia (pares y familia) pueden tener mayores resultados.

conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de 2 años y peso saludable.

Vejez: Ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional: Andragogía con entrenamiento específico en diseño, planeación y ejecución de programas y estrategias de estimulación cognitiva y emocional para adultos mayores.

Ciclo de promoción y mantenimiento de la salud: Derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores; enfoque de curso de vida considerando los efectos acumulativos de las acciones en salud realizadas en momentos vitales anteriores y su impacto en la vejez; envejecimiento activo (proceso de optimización de las oportunidades en salud, entornos físicos, familiares, sociales, económicos y políticos que favorezcan el envejecimiento activo y la independencia, participación y seguridad de las personas adultas mayores); el mantenimiento de la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores como principales indicadores de salud y bienestar; uso de tecnologías que incidan en la prevención de la dependencia y la fragilidad; estrategias que impulsen la solidaridad e intercambio intergeneracional que guíen las acciones dirigidas a la población adulta mayor; el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en el género y la cultura incidentes en el proceso de envejecer activamente en las distintas comunidades; conocimientos actualizados en la normatividad vigente y con competencias comunicativas para la atención integral en salud a las personas adultas mayores. tener conocimiento sobre las guías alimentarias para la población mayor de dos (2) años, peso saludable, identificar el tipo de alimentos más tolerados, la consistencia apropiada, formas de preparación que se adapte a este grupo de edad y a la cultura.

Familias: Estrategias para la orientación y consejería familiar para promover el desarrollo y cuidado de la familia y el fortalecimiento de vínculos afectivos, el apego, la disciplina positiva, la convivencia y la transformación positiva del entorno.

16.4 Descripción del procedimiento

16.4.1 Duración e intervalo de las sesiones

Educación individual (a cargo de las EAPB): Cada sesión educativa individual, así como la grupal para una familia tendrá una duración de 20 a 30 minutos.

Educación grupal (a cargo de las EAPB): Las sesiones educativas grupales estarán integradas en dos (2) ciclos por momento de curso de vida (cada ciclo tendrá mínimo tres (3) sesiones y máximo seis (6) – desarrollando cada ciclo entre uno (1) y tres (3) meses. Duración entre 90 y 120 minutos.

En total, una persona debería asistir a mínimo 12 ciclos educativos en el curso de su vida. En la familia se realizará como mínimo un ciclo cuando se defina en función de los hallazgos de la valoración.

La EAPB tendrá una oferta permanente de ciclos educativos para garantizar la cobertura a todos sus afiliados, por momento de curso de vida.

Educación colectiva (en el marco del Plan de salud pública de intervenciones colectivas):

Mínimo dos (2) ciclos al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos para desarrollar el proceso. Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo, a fin de favorecer el logro de un resultado concreto –acorde con el PTS-, el número de sesiones y contenidos deberá ser previamente definido y acordado con los participantes.

En zona rural dispersa, se realizará mínimo un (1) ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado en los entornos. En zona rural y urbana, se realizará como mínimo dos (2) ciclos al año. (Si el área rural es de difícil acceso o queda a más de cuatro (4) horas de la cabecera municipal se podrá desarrollar un (1) ciclo al año)

Cada sesión de educación colectiva tendrá una duración de 2 a 3 horas.

16.4.2 Consideraciones generales de operación y complementariedad

a. Realizar las sesiones educativas en los entornos que garanticen la mejor cobertura[106].
b. No duplicar acciones con la misma población o en el mismo entorno. Esto implica generar espacios de concertación entre las respectivas Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, de tal manera que se establezcan procesos de complementariedad tanto en relación con los territorios y poblaciones que se abordan, como en relación con las capacidades a desarrollar.
c. Considerar la realización de las sesiones en jornada extracurricular, extra laboral o los fines de semana (en la medida de lo posible, concertarlo con las comunidades o grupos de participantes).
d. Considerar opciones de virtualidad, con supervisión, dadas las dificultades para la movilización, o bien, dadas las características socio psicológicas de ciertos grupos, por ejemplo, los adolescentes.
e. Construir material didáctico apropiado para cada tipo de población y disponer de lugares amplios, donde se puedan mover las sillas, se cuente con mesas de trabajo, sea iluminado, sin ruidos que interrumpan las acciones, con suficiente ventilación y luz natural, entre otros aspectos.
f. Para el desarrollo metodológico de los ciclos educativos grupales dirigidos a niños y niñas, se sugiere contemplar la participación de padres y cuidadores en compañía de los niños(as), especialmente cuando no han ingresado a la educación inicial, de manera que, durante los contenidos que impliquen el diálogo con adultos, se pueda disponer de un apoyo para su cuidado y que los contenidos que implican un desarrollo práctico involucren al niño(a) facilitando la apropiación mediante la experiencia vivencial.
g. La definición de las condiciones para el desarrollo de las sesiones (lugar, contenidos, tiempos, etc) deberan ser concertados con la población sujeto.

16.5 Resultados, capacidades y contenidos a desarrollar mediante educación para la salud

La RPMS sugiere por momento de curso de vida los contenidos a desarrollar para alcanzar los resultados. En este sentido, las Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB, diseñarán e implementarán los respectivos ciclos pedagógicos y sesiones educativas teniendo en cuenta lo establecido a continuación y las temáticas que sean más pertinentes según la caracterización poblacional de los afiliados a las EAPB o de acuerdo con las tensiones identificadas en el proceso de planeación territorial en salud y conforme a las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

Para la planeación de las sesiones ejecutadas a nivel grupal y colectivo, se podrán seleccionar algunos de los contenidos propuestos en este procedimiento; ahora bien, no es imperativo desarrollarlos todos, sino que se debe seleccionar aquellos que tengan mayor potencial movilizador de la capacidad a desarrollar, y los que se requieran abordar con mayor énfasis, según los hallazgos de las consultas o los intereses y necesidades manifestados por los individuos, familias, trabajadores informales o comunidades.

En conclusión, las capacidades y los contenidos de los ciclos de educación para la salud pueden ser ajustados de acuerdo con i) la identificación de capacidades a ser fortalecidas con las personas o familias, ii) Las necesidades de salud identificadas, y iii) las inquietudes de los grupos con los que se trabajará y iv) las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de educación (y comunicación) para la salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

[106] Los prestadores identificarán la cantidad de personas y familias afiliadas que comparten un determinado territorio o entorno, para implementar las sesiones educativas en aquellos lugares donde se logre mayor cobertura y se facilite el acceso de los participantes en el proceso (modalidad extramural). De esta forma, adicionalmente, se logra adherencia al mismo y se reducen barreras de acceso a los procedimientos definidos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

16.5.1 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la primera infancia

<table>
<tr><td colspan="5">Resultados de salud esperados
• Padres, madres y cuidadores con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario en niños y niñas.
• Niños y niñas alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.
• Niñas y niños con hábitos alimentarios saludables.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores</td></tr>
<tr><td colspan="5">• Conocen la importancia y aspectos claves para el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva que les permitan amamantar de forma exclusiva en los primeros seis meses.
• Conocen cómo suministrar una alimentación saludable de acuerdo con la edad de los niños y sus requerimientos nutricionales.
• Conocen la forma de iniciar y continuar la alimentación complementaria, lo que les permite hacerlo de forma adecuada.
• Conocen cómo garantizar una alimentación saludable con lactancia materna de forma complementaria hasta los dos años y cómo administrar los micronutrientes que les permite alimentar al niño de forma balanceada, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales, la disponibilidad de alimentos y las costumbres alimentarias.
• Conocen cómo realizar el destete cuando así lo desee la madre y los requerimientos del niño lo permitan.
• Reconocen los contenidos de los rótulos (etiquetas) y saben qué alimentos pueden o no suministrar, de acuerdo con la edad de los niños.
• Saben cómo es posible mejorar la alimentación de sus hijos y su familia, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional.
• Padres y cuidadores reconocen los factores que favorecen la práctica de hábitos alimentarios saludables de sus hijos, lo que les permite la adquisición y preparación de alimentos sanos e inocuos.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Contenidos de las sesiones educativas</td></tr>
<tr><td>Menores de 6 meses</td><td>6 a 11 meses</td><td>12 a 23 meses</td><td>2 a 3 años</td><td>3 a 5 años</td></tr>
<tr><td colspan="5">Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, no uso de biberón, inicio de alimentación del niño o niña a partir de los 12 meses y el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).</td></tr>
<tr><td colspan="5">Conocimiento sobre crecimiento e incremento de peso adecuado (gráficas de crecimiento).</td></tr>
<tr><td>El papel de la lactancia materna en la construcción del vínculo afectivo.
Resolución de dudas sobre la lactancia (p ej técnica y frecuencia para amamantar, reconocimiento del hambre y saciarse del niño, extracción, transporte y almacenamiento de la leche materna, cuidado adecuado de las mamas y alimentación de la madre durante la lactancia).</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Recomendaciones de la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, para promover el vínculo afectivo, el neurodesarrollo adecuado; el desarrollo de cara y de funciones como deglución, masticación y la digestión; proteger el niño de alergias y entero infecciones y del aparato respiratorio; favorecer el inter relacionamiento con las personas; prevenir el sobrepeso, la obesidad, cáncer del sistema hematopoyético, etc.</td><td>La importancia de introducción y evolución adecuada de la alimentación complementaria de acuerdo con la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias; que provea las calorías y nutrientes necesarios y favorezca los procesos de masticación, deglución, y desarrollo motor y promueva el adecuado neurodesarrollo.

Importancia del mantenimiento de la lactancia materna.

Alimentación perceptiva.</td><td>Continuidad de la lactancia materna como un factor protector y nutricional.

Orientación sobre suplementación con micronutrientes.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Orientaciones para el inicio adecuado de la alimentación complementaria de acuerdo a la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias.

Condiciones de higiene en el almacenamiento y preparación de los alimentos.</td><td>Alimentación saludable de acuerdo a la disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias, lactancia complementaria y suplementación con micronutrientes.

Rutinas en la alimentación y el inicio de alimentación sola del niño.

Orientación sobre el destete.</td><td>La alimentación adecuada y como espacio de interacción con la familia</td><td>Resolución de dudas sobre la alimentación y orientación para la preparación de loncheras saludables</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">• Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias, cuando aplique (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados para la población menor de cinco años), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">• Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros
• Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.
• Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales.
• Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas.
• Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Resultados de salud esperados
• Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños.
• Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico motor, socio-emocional y cognitivo.</td></tr>
<tr><td colspan="5">Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores</td></tr>
<tr><td colspan="5">• Comprenden la importancia del vínculo afectivo y del apego seguro en la crianza para el desarrollo integral, lo que les permite establecer una vinculación afectiva y comunicación asertiva entre ambos padres y la familia con el niño/a.
• Conocen los derechos de los niños, con énfasis en el derecho a la salud, para su exigibilidad.
• Padres y cuidadores crean un clima de buen trato con los niños y al interior de la familia, y previenen el maltrato a los niños.
• Comprenden la importancia y los aspectos clave de la crianza para favorecer el desarrollo y promover la salud y los contrastan con sus creencias sobre ésta, a partir de su experiencia cuando eran niños o con sus hijos anteriores.
• Acompañan el desarrollo de su hijo a través de una crianza favorecedora del desarrollo integral y promotora de la salud.</td></tr>
</table>

• Conocen las necesidades cotidianas y formas de comunicación del bebé, lo que les permite establecer sus rutinas de cuidado y hábitos de forma segura. • Son amorosos seguros y pacientes para asegurar los cuidados básicos al bebé. • Reconocen la importancia del rol compartido en la crianza entre cuidadores que les permite definir tareas compartidas. • Reconocen los cambios esperados en el desarrollo según la edad, que les permite realizar las acciones clave para acompañarlo y buscar ayuda cuando lo consideren necesario. • Conocen algunos aspectos clave para prepararse como familia y preparar al niño al ingreso a la educación inicial y escolar. • Reconocen los riesgos de los entornos cotidianos para el desarrollo, lo que le permite implementar las medidas para garantizar entornos seguros y protectores.				
Capacidades a trabajar con los niños y niñas de 3 a 5 años • Reconoce su cuerpo y comienza a apropiar mensajes claves para el cuidado del mismo.				
Contenidos de las sesiones educativas				
Menores de 6 meses	**6 a 11 meses**	**12 a 23 meses**	**2 a 3 años**	**3 a 5 años**
Reconocimiento de cambios esperados en el desarrollo del niño o niña según la edad y desarrollo de autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia.				
Importancia del vínculo afectivo y del apego seguro en el cuidado y desarrollo del niño por parte de ambos padres y cuidadores y la familia.				
Reflexión sobre las creencias relacionadas con las pautas crianza y su relación con las metas de desarrollo.				
El papel de la exploración del mundo por parte del niño en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad, con énfasis en comunicación asertiva y desarrollo psicomotor.	El papel del juego en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en desarrollo psicomotor, autorregulación, exploración independiente, inicio del establecimiento de límites y disciplina – manejo de rabietas o pataletas-, enseñanza con el ejemplo, manejo de conflictos familiares.	El papel de la lectura en el desarrollo. Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en: desarrollo psicomotor, comunicación de gustos e intereses, lenguaje, interacción social, manejo de la variación del comportamiento mediante establecimiento de límites sin castigo – manejo de rabietas y pataletas.	Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en desarrollo psicomotor, exploración repetitiva y perfeccionista, autoconfianza, imitación, estímulo a elecciones independientes, aprendizaje de reglas básicas para la interacción familiar, lenguaje, comunicación e interacción social con sus pares, preparación para el ingreso a la educación inicial.	Estrategias para estimular el desarrollo integral en el rango de edad con énfasis en destrezas motoras -coordinación, estabilidad, equilibrio-, curiosidad, imaginación y manejo de temores, reconocimiento de sentimientos propios y de otros, estímulo y aprendizaje de reglas para la interacción social y con sus pares de forma asertiva, propiciar la toma de elecciones, lenguaje y comunicación, exploración sexual, preparación para la transición al colegio.
Necesidades básicas de cuidado del bebé. Manejo del llanto que genere apego seguro Resolución de dudas sobre el establecimiento de rutinas de cuidado y hábitos con seguridad: sueño seguro, cambio de pañal-lavado de manos, el baño, cuidado bucal, la alimentación; modulación del estado de ánimo, fotoprotección.	Acompañar la instauración de las rutinas: Quedarse dormido solo, limpieza de la boca y dientes, no exposición a pantallas.	Acompañar la instauración y mantenimiento de las rutinas: baño diario, cepillado de dientes, lavado de manos, horarios establecidos para las rutinas (sueño, comida), restricción al uso de pantallas con supervisión, juego y actividad física incluyendo al aire libre, sonarse, entrenamiento para control de esfínteres y uso de la bacinilla.	Resolución de dudas para mantener las rutinas trabajadas.	Acompañar el mantenimiento de las rutinas que el niño comienza a realizar independiente (comer, bañarse, vestirse y cepillar los dientes, lavado de manos, limpieza genital con supervisión) y resolver dudas para mantener las demás.
Establecimiento de roles en la crianza de los cuidadores y redes de soporte.				
				Contenido dirigido a las niñas y niños: Reconocimiento del cuerpo, el respeto al mismo y a su privacidad. Mensajes claves sobre los hábitos para el cuidado del mismo por parte del niño (baño, lavado de manos, cepillado de dientes, comer sanamente).
Resultados de salud esperados • Padres, madres y cuidadores con capacidades para identificar signos de alarma o complicaciones en el estado de salud de sus hijos/as				
Capacidades a trabajar con los padres, madres y cuidadores				
• Conocen y ponen en práctica las medidas de prevención para las enfermedades o problemas de salud más frecuentes en los niños y en caso de presentarse saben cuándo buscar atención en salud así como hacer un manejo adecuado en casa. • Actúan con seguridad y tranquilidad frente al manejo adecuado de enfermedades del niño.				
Contenidos de las sesiones educativas				
Menores de 6 meses	**6 a 11 meses**	**12 a 23 meses**	**2 a 3 años**	**3 a 5 años**
• Medidas claves para la prevención de enfermedades en el primer año (p ej infecciones respiratorias, diarrea, muerte súbita del lactante, broncoaspiración, transmitidas por alimentos, transmitidas por vectores) incluyendo la importancia de las vacunas y controles. • Uso del termómetro • Reconocimiento de signos de alarma para la búsqueda de atención en salud y acciones para el manejo adecuado ena de gripa, diarrea, fiebre y problemas comunes (constipación, sarpullido o brotes).		• Resolución de dudas sobre las medidas claves para la prevención de enfermedades, signos de alarma para la búsqueda de atención en salud y acciones para el manejo en casa adecuado en casa de enfermedades o problemas comunes. • Signos de sospecha de maltrato y abuso sexual.		

16.5.2 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la infancia

Resultados de salud esperados
• Padres y cuidadores con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario en niños y niñas. • Niñas y niños con hábitos alimentarios saludables. • Individuos con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten promover un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario.
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores
• Conocen cómo puede suministrar una alimentación saludable de acuerdo con la edad de los niños y sus requerimientos nutricionales. • Reconocen los contenidos de los rótulos (etiquetas) y saben qué alimentos puede o no suministrar, de acuerdo con la edad de los niños. • Saben que es posible mejorar la alimentación de sus hijos y su familia, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Comprenden las gráficas de crecimiento y la importancia del control de crecimiento y desarrollo.
Capacidades a trabajar con los niños
• Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, e interactúa con los demás integrantes. • Los niños conocen cuáles son los alimentos saludables y están familiarizados con su consumo y formas de presentación. • Los niños y las niñas eligen los alimentos saludables y están familiarizados con su consumo y formas de presentación. • Los niños reconocen los alimentos no saludables y conocen los riesgos del consumo. • Los niños y las niñas participan en la selección de los alimentos a consumir.

Contenidos de las sesiones educativas	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
• Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros). • Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias. • Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros. • Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista). • Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales. • Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas. • Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano. • Comprensión de las gráficas de crecimiento y la importancia del control de crecimiento y desarrollo.	

Resultados de salud esperados	
• Padres y cuidadores con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños.	
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores	
• Comprenden las pautas de crianza (comportamientos, actitudes y prácticas) que promueven el desarrollo del niño según su edad y sucesos vitales (incluyendo la transición a la adolescencia). • Aceptan el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o niña lo que les permite afianzar prácticas de crianza que promueven su desarrollo. • Aceptan los cambios que se producirán con la adolescencia a nivel individual y familiar. • Valoran los resultados de sus pautas de crianza aprendidas mediante el proceso educativo en salud. • Comprenden los elementos para la prevención de accidentes, violencias y abuso sexual, lo que les permite garantizar entornos seguros, protectores y promotores del desarrollo integral. • Discriminan los riesgos de accidentes, lesiones y violencias que enfrentan los niños en su transición a la adolescencia y conocen las medidas que deben tomarse para protegerlos. • Valoran la seguridad y protección de los entornos en los que permanecen. • Disfrutan una relación que les permite comunicarse profundamente con sus hijos. • Conocen los derechos de los niños a la atención en salud. • Conocen las rutas intersectoriales de protección de los derechos de los niños.	
Capacidades a trabajar con los niños	
• Comprenden los cambios relacionados con la pubertad. • Conocen y afianzan nuevas medidas para prevenir accidentes y violencias. • Toman medidas para fortalecer la seguridad de sus entornos de vida. • Valoran la seguridad y protección de los entornos en los que permanecen. • Disfrutan una relación que les permite comunicarse profundamente con sus padres. • Comunican las situaciones en las que se han sentido agredidos física, psicológica o sexualmente. • Conocen sus derechos y la posibilidad de exigirlos ante la familia, la sociedad y el Estado. • Se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados.	
Contenidos de las sesiones educativas	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
• El niño según la edad y las características del desarrollo integral: Nuevas habilidades del niño (motrices, adaptativas, comunicativas, psicológicas, etc.), Interacciones sociales del niño. • Patrones de crianza que promueven y fortalecen el desarrollo integral del niño. • Expresión positiva de emociones y manejo de estrés • Estilos de comunicación al interior de la familia, que fomenten la expresión de ideas, emociones y posturas de forma constructiva.	
• Preparación sobre el inicio de la pubertad (inicio de estirón de crecimiento, menstruación y eyaculación). Que conozcan que esta situación puede darse tempranamente en la vida y puede presentarse al final de la infancia (es preparativo). • Acciones para garantizar entornos seguros y protectores: Prevención de accidentes (uso de protectores para las prácticas deportivas, medidas para la movilidad segura de los niños, uso supervisado de computadores y redes sociales, evitar contacto con armas). • Prevención y reconocimiento de síntomas de violencias y de abuso sexual. • Medidas para evitar exposición y consumo de sustancias psicoactivas. • Derechos de los niños, con énfasis en lo relacionado con la atención en salud.	• Transición a la adolescencia (refuerza lo del ciclo de 6 a 8 años). • Acompañamiento en proyecto de vida, sexualidad (Desarrollo puberal, menstruación, eyaculación, autonomía en la vivencia de la sexualidad libre e informada, explicación sobre los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales del desarrollo puberal; identidad de género, postergación del inicio de relaciones sexuales, responsabilidades de la maternidad y paternidad).
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores	

• Comprenden las prácticas y medidas más importantes para que los niños disfruten del mejor nivel posible de salud, lo que les permite ofrecer oportunidades para su desarrollo y acompañar a los niños en el aprendizaje de los hábitos y estilos de vida saludable. • Aprecian y practican hábitos y estilos de vida saludables ellos mismos y los promueven en los niños.	
Capacidades a trabajar con los niños	
• Consolidan su aprendizaje y práctica de hábitos y estilos de vida saludable. • Reconocen la importancia de la actividad física en su desarrollo y la practican. • Mantienen rutinas y hábitos de cuidado de todo su cuerpo (incluyendo el cuidado de su boca) como una expresión de su autoconcepto positivo.	
Contenidos de las sesiones educativas	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
Pautas de crianza para acompañar el establecimiento o mantenimiento de hábitos y prácticas saludables: Control de esfínteres, alimentación apropiada y balanceada para el crecimiento y peso saludable, actividad física y deportes organizados, uso de pantallas y dispositivos de audio, aprendizaje de hábitos de higiene corporal y de higiene oral que realice el niño de forma independiente, foto protección, ergonomía postural, uso periódico de los servicios de salud, autoconcepto y autovaloración (expresado en auto cuidado).	Pautas de crianza para mantener los hábitos y prácticas saludables en la transición a la adolescencia: alimentación apropiada y balanceada para el crecimiento y peso saludable, actividad física y deportes organizados, preocupaciones sobre peso e imagen corporal (auto imagen), uso de pantallas a esta edad, mantenimiento de hábitos de higiene corporal y de higiene oral, foto protección, uso periódico de los servicios de salud (valoración de los mismos para su cuidado).
• Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar) • Reconocimiento de valores y creencias del niño frente a la salud.	
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores	
• Conocen los derechos de los niños y comprenden su rol de corresponsables en la garantía y la exigibilidad de los mismos. • Reflexionan sobre sus patrones de crianza a la luz de los derechos de los niños. • Aprecian e incorporan los derechos de los niños en sus patrones de crianza y sus prácticas de cuidado. • Son corresponsables en la garantía de los derechos del niño y en su exigibilidad incluyendo la transición infancia-adolescencia.	
Capacidades a trabajar con los niños	
• Los niños conocen sus derechos y la posibilidad de exigirlos ante la familia, la sociedad y el Estado. • Se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos, lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados. • Conocen formas de prevención y detección temprana del abuso.	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
• Protección integral de la niñez: ¿Por qué son importantes los derechos?, ¿Cuáles son los derechos?, ¿Cómo se garantizan los derechos de los niños en todos sus entornos de vida?, ¿Cuáles son las vulneraciones de los derechos de los niños?, ¿Cómo se exigen?, ¿Cómo se restablecen?, ¿Quiénes son los responsables de garantizarlos? • Derechos de los niños a la atención en salud. • Prevención y detección temprana del abuso.	
Resultados de salud esperados	
• Niñas y niños que afrontan adecuadamente los sucesos vitales	
Capacidades a trabajar con los padres y cuidadores	
• Escuchan activa y empáticamente a los niños y niñas. • Reconocen los cambios que indican sufrimiento emocional en los niños. • Comprenden las capacidades que requieren los niños para afrontar adecuadamente los sucesos vitales y les ayudan a desarrollarlas	
Capacidades a trabajar con los niños	
• Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden y comprenden que tienen recursos propios para afrontarlos adecuadamente	
Contenidos de las sesiones educativas	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
• Comprensión de los eventos vitales y su influencia en la salud presente y futura. • Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas). • Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo. • Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida). • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitarias (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas).	
Resultados de salud esperados	
• Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles.	
Capacidades a trabajar con los padres, madres, cuidadores	
• Conocen los factores que favorecen la salud bucal de los niños/as desde el nacimiento (y el desarrollo de funciones como deglución, masticación, fonación, socialización, entre otros), lo que les permite realizar un cuidado adecuado de la salud bucal en la vida cotidiana. • Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal. • Conoce los derechos para la atención en salud bucal.	
Contenidos de las sesiones educativas	
Niños(as) de 6 a 8 años	**Niños(as) de 9 a 11 años**
• Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica). • Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos). • Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados). • Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros. • Beneficios del reconocimiento, auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros). • Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés. • Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca.	

16.5.3 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la adolescencia, la juventud y adultez

Resultados de salud esperados • Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales. • Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud. • Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional. • Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes. • Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud. • Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros). • Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias. • Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros. • Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista). • Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales. • Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas. • Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano. • Opciones de elecciones de preparaciones y platos saludables cuando se consume la alimentación fuera de casa. • Concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento del mismo.
Resultados de salud esperados • Personas con prácticas para el cuidado de su salud
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Construye su propia identidad, actitudes y comportamientos a partir del análisis crítico de los contextos, desnaturalizando normas y modelos sociales y problematizándolos desde un enfoque de derechos, para elegir sus propias opciones en la vida. • Comprenden los cambios esperados en el momento de vida que atraviesa y la cultura del envejecimiento activo y saludable, lo que les permite generar hábitos y prácticas de cuidado para el mantenimiento de su salud y la prevención de condiciones crónicas • Toma decisiones constructivas respecto de su propia vida, tendiendo a ser más autónomo, a enfrentar presiones e influencias negativas, a actuar consecuentemente con su identidad, con iniciativa y responsabilidad ante su propia vida.
Contenidos de las sesiones educativas
• Análisis de las formas que comúnmente emplean las personas para tomar decisiones para ver sus pro y sus contra. • Identificación y clarificación de los pasos para tomar decisiones adecuadamente, teniendo como base la propia identidad y proyecto de vida. • Reflexión sobre los conflictos éticos, racionales y emocionales que pueden involucrarse al tomar una decisión. • Identificación de las condiciones, prácticas culturales, presiones de pares o pareja que pueden limitar el ejercicio de toma de decisiones.

• Entrenamiento y desarrollo de habilidades para el análisis de alternativas, ventajas, desventajas, toma de decisiones. • Cambios psicosociales y físicos que suceden en cada momento del curso de vida y las oportunidades para aprovechar las potencialidades del momento vital, convirtiendo las dificultades en opciones de desarrollo. • Beneficios de las prácticas de bienestar y cuidado de la salud y su relación con riesgos para la salud: salud bucal, visual y auditiva; ergonomía visual y postural; higiene del sueño; foto protección; no consumo de sustancias psicoactivas; consumo responsable de bebidas alcohólicas; actividad física, práctica deportiva, ocio activo, juego, recreación y deporte; manejo seguro de medicamentos; actividades que estimulen las capacidades cognitivas. • Importancia de realizar los exámenes de tamizaje definidos por momento de curso de vida • Prácticas para la realización del auto examen de mama en hombres y mujeres y auto examen de testículo. • Cultura del envejecimiento activo y saludable. • Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar)
Resultados de salud esperados • Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la salud bucal y a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal. • Conoce los derechos para la atención en salud bucal.
Contenidos de las sesiones educativas
• Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica) • Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos). • Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados). • Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros. • Beneficios del reconocimiento auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros). • Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés • Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca. • Riesgos por inicio y consumo de tabaco y alcohol. • Recomendaciones de cuidados e higiene de dispositivos en boca, como piercing, aparatología de ortodoncia o prótesis dentales.
Resultados de salud esperados • Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Reconocen y aceptan su cuerpo y construyen su identidad y orientación de género y sexo. • Identifican sus posibilidades de dar y recibir afecto, lo que les permite reconocer su necesidad de sentir y vivir el placer de las relaciones humanas, sin estigmatización por sus preferencias. • Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros, lo que les permite su inserción social desde una ética basada en la equidad y el respeto. • Revisan sus creencias sobre la sexualidad y la reproducción de acuerdo con el enfoque de derechos.

- Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas en relación con la expresión de su sexualidad.
- Mantienen un ejercicio libre, responsable y placentero de su sexualidad y reproducción.
- Usan métodos de anticonceptivos de forma efectiva para evitar gestaciones no deseadas y evitar contraer o transmitir ITS.
- Conocen e identifican los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y adquieren elementos para tomar la decisión de iniciar su uso cuando lo estimen necesario.

Contenidos de las sesiones educativas

- Reconocimiento de los discursos que hay alrededor de la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivo y del cuerpo: "normalidad, belleza, orientación sexual, identidad de género" y la posibilidad de recrearlos desde la diversidad.
- Trascender la imagen como valor social central que puede limitar el desarrollo de otras cualidades humanas.
- Identificación del cuerpo y la sexualidad como el primer territorio en el que se es sujeto, incluye identificar sus propias necesidades e intereses en torno a lo erótico para evitar ser objeto de intereses de otras personas.
- Discursos alrededor de la sexualidad y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos como marco ético de la vivencia de la sexualidad.
- Construcciones sociales de género que legitiman la desigualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y personas transgénero, así como entre las diferentes orientaciones sexuales.
- Manifestaciones de estas construcciones de género en lo afectivo, lo erótico, las expectativas que se tienen sobre sí mismo/a o en situaciones como la violencia contra la mujer o el embarazo temprano, promoviendo identidades de género más sanas y flexibles que trasciendan dichas normas sociales.
- Análisis crítico de los mensajes hiper-sexualizados que se promueven en mensajes publicitarios y contextos sociales y que convierten la experiencia sexual en algo desarticulado de su bienestar, sus motivaciones, intereses y necesidades.
- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a la sexualidad, como tener relaciones sexuales, escoger las(los) compañeros sexuales, decidir si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o, sobre el uso del preservativo, entre otros.
- Generalidades sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Mito de la maternidad y paternidad como única vía de realización personal; re significación en hombres y mujeres y relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Promoción de prueba voluntaria para VIH.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.
- Fortalecimiento del rol femenino y del rol masculino para la construcción de nuevas formas de expresión.
- Uso regular de métodos de protección (condón masculino o femenino) para el inicio de relaciones sexuales., como mecanismo de prevención de ITS.
- Métodos anticonceptivos, beneficios, indicaciones y forma de uso.
- Brindar información sobre medidas preventivas frente al VPH, haciendo énfasis en la eficacia y seguridad de la vacuna contra el VPH.
- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a la sexualidad, como tener relaciones sexuales, escoger las(los) compañeros sexuales, decidir si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o, sobre el uso del preservativo, entre otros.

Resultados de salud esperados

- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental.

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Reconoce y verbaliza las propias emociones con el fin de dirigirlas de forma eficaz y adquirir autonomía afectiva y emocional.

Contenidos de las sesiones educativas

- Importancia del mundo emocional como necesidad humana (establecimiento de vínculos con otras personas que son imprescindibles para la supervivencia y para la estabilidad emocional).
- Sintonización con el mundo interior, implica saber desde su autobiografía, qué le causa miedo, rabia, dolor, cómo interviene, por ejemplo, la educación de género en lo afectivo.
- Identificación de la manera en que los sentimientos podrían estar siendo proyectados a otras personas o situaciones que revivan en su vida ese momento de su pasado que limiten tener confianza en otros, o al contrario buscar siempre su aprobación limitando su autonomía.
- Importancia de reflexionar y concluir asuntos, buscar la armonía interior, perdonar lo pasado y reconciliarse con aquellos dolores que siguen vigentes.

- Identificación de emociones y sentimientos y las diversas formas de expresarlos.
- Maneras apropiadas de responder ante situaciones que le producen rabia o miedo evitando causarse daño a si mismo, a las demás personas y a su entorno.

En relación con los Derechos sexuales/Derechos Reproductivos:

- Reconocimiento del amor y el enamoramiento como parte de los procesos normales de la adolescencia y forma de expresión de la necesidad de vinculación afectiva en el tránsito evolutivo de las figuras de apego. Implica reconocer las propias necesidades afectivas y desarrollar las habilidades sociales necesarias para satisfacerlas.
- Identificación de cómo la vinculación afectiva previa y las normas sociales de género, en gran medida, determinan los estilos de relación de pareja.
- Desarrollar recursos que permitan evitar relaciones basadas en la dependencia – dominación, en las que sea posible satisfacer las necesidades afectivas y eróticas.
- Formas de orientación del deseo y la afectividad, generar actitudes encaminadas hacia el respeto a la diversidad de opciones sexuales.

Si se trabaja alrededor de la convivencia:

- Entrenamiento en la toma de decisiones alrededor de asuntos relativos a: forma de establecer relaciones con pares y adultos, participar en situaciones de violencia, consumo de SPA u otras relacionadas.

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

Interactúa con las demás personas de forma asertiva y empática lo que le permite establecer, mantener o terminar vínculos.

Contenidos de las sesiones educativas

- Análisis del significado de la empatía y entrenamiento en cómo ponerla en práctica permanentemente para fortalecerla.
- Reconocimiento y comprensión de las emociones y sentimientos de otras personas.
- Identificación de la red de interacciones y vínculos que actualmente tiene cada uno y qué le aportan a sus relaciones.
- Importancia de una adecuada comunicación en las relaciones interpersonales y desarrollo de capacidades para comunicar lo que se piensa, siente y quiere, de manera asertiva, así como de afrontar barreras y obstáculos que surgen en los procesos de comunicación entre las personas.

Si se trabaja alrededor de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos:

- Reconocimiento de la sexualidad como una forma de expresión, comunicación y relación con otros/as.
- Empatía como capacidad de interpretar adecuadamente las necesidades del otro y como forma de prevenir acosos y agresiones en el aspecto sexual.
- Reconocimiento de las relaciones afectivas basadas en la explotación, la manipulación o la violencia, estableciendo como límite el respeto de la dignidad y libertad humanas.
- Ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de una manera firme, sin hacerse ni hacer daño a las demás personas o al entorno.

Si se trabaja alrededor de la convivencia:

- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, y en su entorno social, fomentando relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Relaciones significativas que apoyan su bienestar emocional.

Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos

- Incorpora herramientas constructivas, creativas y pacíficas para afrontar dificultades y conflictos cotidianos, como una forma de promover una cultura de la paz.
- Estimula su pensamiento creativo como forma de responder de manera adaptativa y flexible a las situaciones que se presentan en la vida cotidiana.

Contenidos de las sesiones educativas

- Conceptualización sobre lo que es un conflicto y los elementos presentes en los conflictos interpersonales.
- Formas inadecuadas de afrontar los conflictos incluyendo los prejuicios, particularmente la indeseabilidad de la violencia como forma de resolución de conflictos.
- Estrategias y pasos recomendados para la solución de los conflictos de forma pacífica, creativa y constructiva.
- Desarrollo de habilidades personales para generar e implementar ideas nuevas, aumentando así la capacidad creativa.

• Entrenamiento en llevar a la práctica estas estrategias en conflictos comunes en la vida cotidiana de los adolescentes. • Reconocimiento de las estrategias y rutas para actuar en casos de violencia de pares, acoso, violencia de pareja, sexual u otra.
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros. • Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia. • Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social. • Conocen y practican habilidades para la vida
Contenidos de las sesiones educativas
• Autorregulación y mutua regulación sin daño, como mecanismos que permite el cambio y/o fortalecimiento de normas sociales favorecedoras de la convivencia. • Resolución pacífica de conflictos, establecimiento de acuerdos en el marco de la legalidad, confianza interpersonal y respeto mutuo. • Transformación de prejuicios y estereotipos negativos hacia poblaciones específicas. • Identificación, abordaje y apropiación de espacios protectores para los adolescentes, jóvenes y adultos. • Habilidades para la vida comprende el trabajo sobre un conjunto de 10 habilidades sociales, emocionales y cognitivas [107]cada una de ellas puede trabajarse en una o más sesiones de aprendizaje y cada habilidad puede involucrar uno o varios contenidos temáticos, lo cual dependerá de las necesidades de la población a abordar.
Resultados de salud esperados • Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales
Capacidad a trabajar con los adolescentes, jóvenes y adultos
• Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden e identifican recursos propios para afrontarlos adecuadamente. • Comprenden las transformaciones de su proceso vital y se adaptan a los cambios de forma positiva, aprendiendo de su propia experiencia. • Reconocen las formas de afrontamiento y adaptación frente a los puntos de inflexión, trayectorias y transiciones en el marco del curso de vida.
Contenidos de las sesiones educativas
• Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos. • Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas). • Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo. • Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida). • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas). • Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos. • Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.

[107] Ver propuesta Módulo de Habilidades para la Vida. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2009)

16.5.4 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos para la vejez

Para la educación grupal en este momento del curso de vida, se contemplarán dos tipos de ciclos educativos, los cuales se describen a continuación:

Ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional

A pesar de algunos cambios típicos de la vejez (como el debilitamiento de la visión y la audición, la disminución de la sensibilidad, el enlentecimiento para el aprendizaje y la capacidad de reacción, las dificultades para mantener la concentración y la retentiva) que afectan directamente el funcionamiento cotidiano, el estado de ánimo y la conducta de la personas adultas mayores sanas y con patologías crónicas, son funciones que se pueden mantener conservadas si se entrenan continuamente (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012), como parte de la atención integral de la vejez, se contempla un ciclo de educación[108] de entrenamiento cognitivo y emocional para todos las personas mayores, que debe considerar las condiciones fisicas, psicológicas y culturales de cada persona.

Este ciclo educativo debe ser desarollado por lo menos una vez durante la vejez; integrando a los cuidadores en este proceso, en la medida de lo posible, de manera tal que puedan reforzar los contenidos y capacidades del ciclo educativo en las actividades de la vida cotidiana.

El desarrollo del ciclo de entrenamiento cognitivo y emocional contempla las siguientes capacidades y contenidos temáticos, los cuales podrán ser ajustados en su orden, conforme a los hallazgos de la valoración, abordando primero los de mayor necesidad en cada persona, pero se debe garantizar el abordaje de la totalidad de los mismos durante el ciclo[109].

Objetivo

Mantener conservadas, el mayor tiempo posible las habilidades intelectuales de atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias, así como la autonomía en las personas adultas mayores, a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, el fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales.

Resultados de salud esperados • Personas adultas mayores que conservan las capacidades cognitivas.
Capacidad a trabajar con las personas adultas
• Mantiene un desempeño autónomo y funcional que le permite tomar decisiones de forma independiente. • Refuerza y mantiene sus capacidades cognitivas y del lenguaje (atención, concentración, razonamiento, control atencional, memoria, comunicación, expresión, compresión y vocabulario, interpretación de significados e información –percibida por diversos sentidos-, capacidad práxica y visoconstructiva, mecánica de la escritura y cálculo simple) .
Contenidos de las sesiones educativas
Ejercicios para mejorar y mantener la concentración y atención.

[108]Estos aprendizajes deben continuarse y fortalecerse en las sesiones de educación colectiva, mediante la interacción con pares, familias y comunidades.
[109]La orientación más específica para el desarrollo de los contenidos se puede consultar en las herramientas que dispondrá el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

- Entrenamiento de las funciones ejecutivas: planificación temporal de la propia conducta, capacidad de secuenciar y organizar información, supresión de datos irrelevantes, comprensión de lenguaje abstracto y razonamiento sobre información visual.
- Lenguaje y comunicación oral: denominación de objetos, significado de palabras, sonido y fonología de palabras, sinonimia y antonimia, uso de verbos y ordenamiento de palabras, etc.
- Memoria: recuerdo de información verbal, visual, gráfica, historias, acontecimientos, etc.
- Percepción: reconocimiento de caracteristicas importantes de los estímulos visuales como forma, color, tamaño, contorno, ubicación, bordes, etc.
- Lectoescritura y visoconstrucción: dibujo de objetos y significados, ejercicios de conteo, ejercicios con pautas de escritura.

Ciclo de promoción y mantenimiento de la salud

Objetivo

Desarrollar capacidades con las personas adultas mayores para la promoción y mantenimiento de su salud, con la finalidad de aportar al goce efectivo del derecho a la salud mediante un proceso de construcción colectiva de saberes y prácticas.

Resultados de salud esperados
- Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional.
- Personas adultas mayores saludables, que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, teniendo en cuenta su singularidad y diversidad.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
- Comprende y resuelve sus inquietudes sobre los cambios biopsicosociales que se experimentan en la vejez.
- Comprende las transformaciones que debe hacer en su estilo y modo de vida para lograr el mayor bienestar posible durante la vejez
- Comprende las pautas de cuidado ergonómico que requiere incorporar en sus rutinas personales y laborales, lo que le permite ponerlas en práctica.
- Se siente comprometido con la implementación de las acciones para el cuidado de su salud que requiere en su vida para lograr bienestar.
- Siente satisfacción de incluir una rutina de actividad física consciente, todos los días de su vida.
- Implementa acciones de cuidado de su propio ser, de acuerdo con los cambios que está experimentando y de acuerdo con su proyecto de vida.
- Mantiene hábitos de consumo responsable de medicamentos.

Contenidos de las sesiones educativas
- Cambios esperados en el proceso de envejecimiento (fisiológicos, psicológicas, cognitivos, sexuales, emocionales y sociales).
- Cultura del envejecimiento activo y saludable.
- Beneficios de prácticas de cuidado de la salud y pautas para realizarlas de forma segura e independiente, de acuerdo con las posibilidades del adulto mayor y su entorno: higiene corporal, cuidado bucal incluyendo prótesis, alimentación saludable, foto protección, higiene del sueño, actividad física, deporte, recreación y ocio, cuidado de la visión y la audición; pautas de cuidado ergonómicas en las rutinas personales y laborales.
- Fortalecimiento de autoestima, de la capacidad de tomar decisiones que promuevan su salud y bienestar de forma autónoma (respetando los derechos de los demás).
- Adecuación de entornos para prevenir accidentes (ej. tapetes, dispositivos de apoyo en escaleras y baño, antideslizantes, uso de bastón o caminador de apoyo, etc.).
- Importancia de los exámenes de tamizaje de riesgo cardiovascular y metabólico y cánceres.
- Auto examen de mama en hombres y mujeres. Auto examen de testículo.

Resultados de salud esperados
- Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
- Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales.
- Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud.
- Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional.
- Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes.
- Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud.
- Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.

Contenidos de las sesiones educativas
- Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).
- Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.
- Beneficios del control médico periódico a fin de valorar prácticas de consumo de alimentos y establecer el estado nutricional de las personas, entre otros.
- Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista).
- Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales
- Resolver las inquietudes frente a mitos y creencias sobre el consumo de alimentos y bebidas.
- Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.
- Opciones de elecciones de preparaciones y platos saludables cuando se consume la alimentación fuera de casa.
- Concepto de peso saludable y estrategias para reconocimiento del mismo.

Resultados de salud esperados
- Personas adultas mayores y sus familias con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
- Reconoce los sucesos vitales durante la vejez y las estrategias para su afrontamiento, de forma que le permitan fortalecer sus habilidades para actuar con resiliencia.
- Reconoce que tiene fortalezas psicológicas y cómo pueden utilizarlas en momentos de transformaciones (sucesos) normativas o no normativas.
- Identifica las oportunidades de mejora que le plantean la situaciones familiares o laborales para el mantenimiento de su bienestar.

Contenidos de las sesiones educativas
- Comprensión de los eventos vitales y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos.
- Autopercepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas).
- Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo.
- Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida).

Resultados de salud esperados
- Personas adultas mayores con prácticas y dinámicas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas.

Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia.
- Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social.
- Conocen y practican habilidades para la vida.

Contenidos de las sesiones educativas
• Reconocimiento de emociones propias y de las emociones derivadas de la adaptación al proceso de desarrollo a lo largo del curso de vida: conciencia y atención emocional. • Habilidades para la vida.
Resultados de salud esperados
• Personas adultas mayores que ejercen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos
Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
• Revisa sus creencias sobre la vivencia de la sexualidad y la reproducción. • Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas que le permiten sentirse cómodo y expresar su sexualidad de forma satisfactoria. • Expresa sanamente el afecto hacia otras personas y comparte sentimientos.
Contenidos de las sesiones educativas
• Fortalecimiento de la autoestima y autonomía para el ejercicio de la sexualidad: Reconocimiento y valoración del propio cuerpo y sus cambios y el mantenimiento de una sexualidad satisfactoria, Expresión de afecto y emociones, Ética del cuidado, Relaciones equitativas y respetuosas con la pareja, Toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción (elección de(los) compañeros sexuales, sobre el estado civil, anticoncepción y protección contra ITS, deseo de hijos). • Resolución de dudas sobre las ITS y medidas para su prevención. • Cuidado de su imagen exterior. • Uso de métodos de anticonceptivos como forma efectiva para evitar gestaciones no deseadas y evitar contraer o transmitir ITS.
Resultados de salud esperados
• Personas con adecuado estado de salud bucal sin daño o pérdida de dentición por enfermedades prevenibles.
Capacidad a trabajar con las personas adultas mayores
• Conocen los cambios de la cavidad bucal a través de los momentos del curso de vida y los factores que desde el nacimiento, contribuyen a la salud bucal y a la presencia de enfermedades bucales, que les permite identificar oportunamente las necesidades de atención odontológica y acompañar o realizar adecuadamente las prácticas de salud bucal. • Conoce los derechos para la atención en salud bucal.
Contenidos de las sesiones educativas
• Procedimientos e intervenciones de odontología para la detección temprana, protección específica y demás, a los que tienen derecho la persona acorde con su afiliación al sistema de salud, edad o necesidades particulares y los mecanismos para acceder efectivamente a los mismos (en concordancia con las RIAS: consulta odontológica, valoración del riesgo y de estructuras dentomaxilofaciales, aplicaciones de barniz de flúor, sellantes, profilaxis e higiene en consulta odontológica) • Adecuadas prácticas de higiene bucal, incluye; beneficios del uso de elementos de higiene bucal y como hacer buen uso de los mismos. (Cepillos uni-dedales, cremas dentales con flúor, enjuagues bucales, otros aditamentos de higiene, uso limitado de cantidades de crema, frecuencia y técnicas de cepillado, no compartir cepillos). • Riesgos del consumo de alimentos no saludables (excesos de azúcares, grasas trans, otros en alimentos procesados). • Signos y síntomas que alertan la presencia de enfermedades bucales (dentales y de los demás tejidos) y sus consecuencias: dolor, malestar, abscesos, inflamaciones, baja autoestima, alteraciones de los procesos de alimentación, complicaciones de enfermedades generales presentes, pérdida dental, otros. • Beneficios del reconocimiento en los niños y auto reconocimiento y auto examen de los tejidos en boca, para identificar enfermedades bucales, que generan riesgo ante la presencia de condiciones sistémicas o en etapas como la gestación y que conllevan a complicaciones (bajo peso al nacer, preeclampsia, parto pre término, enfermedades cardiovasculares, lesiones en paciente diabético y con EPOC, entre otros). • Riesgos de hábitos como onicofagia, morder objetos, entre otros y su relación con la autoestima y el manejo adecuado del estrés • Beneficios del uso de elementos de protección bucal, durante prácticas deportivas y otras actividades de riesgo de trauma en cara y boca. • Riesgos por inicio y consumo de tabaco y alcohol • Recomendaciones de cuidados e higiene de dispositivos en boca, como piercing, aparatología de ortodoncia o prótesis dentales.

16.5.5 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos sugeridos dirigidos a la familia

En el caso de la educación individual y la grupal para una familia, los contenidos dependerán de los resultados de la valoración integral de la situación de salud y clasificación del riesgo familiar, así como, de las capacidades con que cuenta cada persona y su familia relacionadas con el cuidado de la salud. Las sesiones de educación dirigidos a las familias deberán priorizar el desarrollo de la (s) capacidad(es) que tengan mayor incidencia en el logro de resultados en salud.

Objetivo

Desarrollar las capacidades de la(s) familia(s) relacionadas con la generación y fortalecimiento de vínculos afectivos, de condiciones que promuevan la convivencia y el cuidado mutuo y de redes de apoyo familiar y social, como aporte al logro de la salud familiar y de sus integrantes.

Resultados de salud esperados
• Familias con reconocimiento de su dinámica familiar
Capacidades a trabajar con las familias
• Reconocen su dinámica familiar y estilos de funcionamiento.
Contenidos de las sesiones educativas
• Curso de vida de las familias-momentos del desarrollo familiar. • Interacción familiar, roles y acontecimientos familiares cotidianos. • La familia como sistema y derecho a pertenecer y ser parte de él, en el marco del respeto mutuo, el equilibrio entre dar y recibir, el agradecimiento y la consideración. • Reconocimiento de factores protectores y de riesgo en casos particulares (social, cultural, condiciones de discapacidad, enfermedad, etc.).
Resultados de salud esperados
• Familias con vínculos afectivos fortalecidos
Capacidades a trabajar con las familias
• Identifican la importancia de los vínculos afectivos en el desarrollo de los integrantes de la familia y promueven su fortalecimiento. • Identifican sus posibilidades y capacidad de autonomía como grupo familiar. • Identifican sus posibilidades para la construcción de proyectos de vida.
Contenidos de las sesiones educativas
• Vínculos afectivos y su importancia como soporte en el desarrollo de los sujetos y en el desarrollo familiar (en familias gestantes y con niños, niñas y adolescentes, haciendo especial énfasis en el involucramiento parental). • Habilidades para la vida. • Normas, límites y autoridad positiva. • Cuidado de sí y cuidado mutuo.
Resultados de salud esperados
• Familias con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales
Capacidades a trabajar con las familias
• Comprenden las situaciones críticas (sucesos vitales) que les suceden e identifican recursos propios para afrontarlos adecuadamente. • Comprenden las transformaciones de su proceso vital y se adaptan a los cambios de forma positiva, aprendiendo de su propia experiencia.

• Reconocen las formas de afrontamiento y adaptación frente a los puntos de inflexión, trayectorias y transiciones en el marco del curso de vida familiar. • Reconocen sus recursos y posibilidades de afrontamiento, adaptación y transformación de situaciones adversas y/o condiciones que inciden en su estabilidad y salud familiar
Contenidos de las sesiones educativas
• Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud de los miembros de la familia presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos. • Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas). • Reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo. • Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida). • Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares. • Fortalecimiento de las redes de apoyo social (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas). • Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos. • Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.
Resultados de salud esperados
• Familias con prácticas de cuidado familiar saludables
Capacidades a trabajar con las familias
• Reconocen la responsabilidad relacional en pro de la salud familiar. • Reconocen y construyen saberes y prácticas orientadas a lograr el cuidado en salud familiar. • Promueven el cuidado familiar.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción de la salud mental en la familia. • Promoción de la alimentación saludable, segura y culturalmente aceptada en familia, en un ambiente agradable (incluye compartir los momentos de la alimentación). • Promoción de la participación de todos los miembros de la familia en las decisiones familiares. • Promoción de actividad física, recreación, juego y actividades artísticas y culturales en familia. • Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en la familia. • Promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos, incluida la equidad de género.
Resultados de salud esperados
• Familias que viven y promueven la sana convivencia
Capacidades a trabajar con las familias
• Valoran la vida en familia y su relación con la comunidad. • Manejan elementos básicos y adecuados de resolución de conflictos, acorde con sus características como familia. • Valoran la construcción de paz en escenarios cotidianos del hogar y relaciones sociales y comunitarias.
Contenidos de las sesiones educativas
• Relaciones solidarias y equitativas entre géneros. • Respeto por la diversidad y la diferencia. • Relaciones intrafamiliares e intergeneracionales favorables. • Autorregulación y mutua regulación de las formas de interacción cotidiana.
Resultados de salud esperados
• Familias que reconocen y practican los derechos en salud
Capacidades a trabajar con las familias
• Se sienten empoderadas y actúan en defensa de sus derechos, a partir de su reconocimiento y promoción.
Contenidos de las sesiones educativas
• Promoción y reconocimiento de los derechos y los mecanismos de exigibilidad; con énfasis en el derecho a la salud. • Promoción de la prestación de servicios en salud, acordes con la edad y necesidades de los miembros de la familia.

16.5.6 Resultados, capacidades a desarrollar y contenidos de la educación y comunicación para la salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC

Se propone que las sesiones se realicen con conjuntos de personas que habitan un entorno, bien sea 1) para el conjunto de personas que se encuentran en un entorno, indistintamente del momento de curso de vida, por ejemplo en un barrio, una vereda, una comuna, una institución educativa, etc.; o 2) con colectivos que comparten una condición o situación (ejemplo: retornados a un territorio, víctimas de violencia, población indígena), o 3) con colectivos que comparten un momento del curso de vida (ejemplo: niños y niñas de un jardín infantil, población privada de la libertad, personas adultas mayores de un barrio, etc.). En cualquiera de los casos, el proceso de educación para la salud en el marco del PIC deberá responder a las necesidades o condiciones identificadas en el territorio y las prioridades establecidas en el Plan Territorial de Salud.

Resultados de salud esperados
• Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, teniendo en cuenta su singularidad y diversidad
Capacidades a trabajar
• Reconocen y aceptan los cambios propios de su desarrollo, lo que les permite generar hábitos y prácticas de cuidado para el mantenimiento de su salud, la prevención de condiciones crónicas y el fortalecimiento de su proyecto de vida. • Aceptan, de forma respetuosa consigo misma, los cambios biopsicosociales que está experimentando y que hacen parte del curso de la vida (autoestima, valoración corporal, claridad emocional respecto de su proyecto de vida). • Comprenden las transformaciones que deben hacer en su estilo y modo de vida para lograr el mayor bienestar posible durante la adultez y en la vejez.
Contenidos de las sesiones educativas
• Características del desarrollo según el momento de vida (cambios fisiológicas; psicológicos, cognitivos, sexuales emocionales y sociales) de acuerdo con el contexto social y cultural. • Reconocimiento y aceptación de cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y sociales propios de cada momento del curso de vida. • Herramientas, técnicas, estrategias o ejercicios para promover o mantener un adecuado desarrollo físico – motor, cognitivo, social, emocional y auditivo – comunicativo. • Fortalecimiento del proyecto de vida.
Resultados de salud esperado
• Personas con adecuado estado nutricional de acuerdo a su edad
Capacidades a trabajar
• Conoce cómo puede tener una alimentación saludable de acuerdo a su estado de salud, y requerimientos nutricionales. • Establecen prácticas de alimentación saludable de acuerdo con sus necesidades nutricionales teniendo en cuenta el contexto cultural y a la disponibilidad de alimentos. • Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud. • Siente que es posible mejorar la propia alimentación, seleccionando alimentos con mayor valor nutricional.

- Desarrolla rutinas de consumo de alimentos en familia, de forma participativa con los demás integrantes.
- Comprende la importancia de conocer su peso y mantener una alimentación saludable como factor protector de la salud.
- Conocen los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azucares añadidos; 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados.
- Valoran las prácticas alimentarias y generan estrategias comunitarias para promover una alimentación saludable, desde su identidad cultural.

Contenidos de las sesiones educativas

- Promoción de hábitos y rutinas alimentarios saludables (horario, uso de cubiertos, desayuno, el papel de la alimentación en familia y comunidad como una actividad que crea vínculos afectivos, entre otros).
- Alimentación variada y saludable apoyándose en las guías alimentarias (grupos de alimentos, tamaños y número de porciones recomendados según edad), con diferentes consistencias y sabores, de acuerdo a su edad, uso de minutas y apoyo para la elaboración de loncheras saludables de acuerdo a la disponibilidad de alimentos de la región y costumbres alimentarias.
- Significado de la seguridad alimentaria y nutricional, alimentación saludable, peso saludable.
- Estrategias para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional (diversificación de la producción de alimentos, producción de alimentos sin tóxicos, comercialización promoviendo los mercados locales, compra colectiva de alimentos, huertas caseras, tiendas escolares saludables, entre otras).
- Orientaciones para establecer espacios para la extracción, almacenamiento y consumo de leche materna.
- Reflexión sobre las prácticas de alimentación actuales versus la alimentación saludable.
- Conocer y controlar los riesgos asociados al consumo de: 1) alimentos ricos en sal, grasas saturadas, grasas trans, y con azúcares añadidos. 2) bebidas energizantes y productos procesados y ultra procesados. 3) suplementos dietarios no formulados por el personal competente en salud (médico-nutricionista).
- Técnicas de almacenamiento y elaboración de alimentos que permitan la inocuidad de los alimentos y la conservación de sus propiedades nutricionales.

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas para el cuidado y protección de los entornos

Capacidades a trabajar

- Establecen medidas protectoras en los entornos donde desarrollan sus vidas, para prevenir o mitigar posibles riesgos ambientales.
- Se sienten parte del medio (ambiente) lo que les permite cuidarlo y cuidarse.
- Adoptan prácticas ergonómicas que les permiten mejorar su salud

Contenidos de las sesiones educativas

- Riesgos sanitarios por contaminación ambiental (agua, aire, etc.) y medidas para prevenirlos o mitigarlos (ej.: espacios libres de humo).
- Tratamiento y cuidado del agua. Incluye la educación para el desarrollo y utilización de soluciones alternativas de abastecimiento de agua segura, tratamiento de agua a nivel domiciliario y su almacenamiento seguro, cuando no se cuente con sistemas de tratamiento o de agua entubada en contextos rurales o periurbanos.
- Disposición de excretas.
- Prácticas de uso y almacenamiento seguro de sustancias y productos químicos en los diferentes escenarios de la vida cotidiana que mejoren las condiciones de calidad de vida y salud, incluyendo viviendas con uso compartido.
- Manejo integral de residuos y prácticas de consumo consciente y responsable (aprovechamiento de residuos, reciclaje, disminución de huella ecológica, muros o techos verdes, huertas comunitarias, etc.).
- Prácticas y hábitos higiénicos, limpieza y desinfección en sitios cerrados donde habitan las personas.
- Filosofía del Buen Vivir: armonía con todo lo que existe –acción humana en equilibrio con la vida.
- Sentido de pertenencia, prevención de accidentes (por ejemplo, en el hogar, seguridad vial, entre otros) y uso, aprovechamiento y cuidado del espacio público.
- Estrategias de prevención y mitigación de emergencias y desastres.
- Medidas de adaptación frente a eventos relacionados con variabilidad y cambio climático y protección de los efectos nocivos del cambio climático (protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV).
- Tenencia responsable de animales de compañía.
- Medidas de control y prevención de zoonosis y vectores.
- Cuidado y protección de la naturaleza y consumo responsable de los recursos.

- Estrategias de prevención y mitigación frente a las emergencias y desastres.
- Preparación, manipulación y almacenamiento de alimentos para prevención de enfermedades zoonóticas.
- Promoción de la estrategia de movilidad saludable, segura y sostenible (uso de zonas o infraestructura segura como puentes y pasos peatonales; reconocimiento y apropiación de las señales de tránsito); medidas para la reducción de los riesgos que se generan en el espacio público, implementación de buenas prácticas (utilización de elementos de protección personal, mantenimiento de medios de transporte).
- Protección de la salud relacionada con la ocupación u oficio, cuando desarrollan una actividad económica informal incluye recomendaciones ergonómicas en las labores que se realizan en cada entorno.
- Prácticas de cuidado de si, del otro y del ambiente cuando se comparte la vivienda con una actividad económica.
- Prácticas para el cuidado, modificación y protección del entorno laboral con énfasis en la informalidad y protección del ambiente.
- Conocimiento e implementación de tecnologías de producción limpia, consumo responsable, buenas prácticas operativas, entre otras de acuerdo con la actividad económica informal desarrollada.

Resultados de salud esperados

- Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud.

Capacidades a trabajar

- Conocen sus deberes y sus derechos, se consideran a sí mismos como sujetos titulares de derechos, lo que les permite exigirlos y solicitar el restablecimiento de los mismos cuando son vulnerados.
- Analizan las problemáticas de salud y calidad de vida por las que atraviesan en los entornos donde transcurre su vida.
- Analizan, a la luz de los derechos, la realidad social, cultural, económica y política de su territorio, para proponer acciones que mejoren la calidad de vida y salud de sus habitantes.
- Construyen agendas sociales por la salud y la calidad de vida y las posicionan en las agendas institucionales (estatales).
- Implementan soluciones comunitarias para aportar a la disminución de inequidades en salud y aumentar el impacto positivo de las intervenciones sectoriales.

Contenidos de las sesiones educativas

- Estructura y arquitectura institucional del país.
- Derechos humanos, con énfasis en deberes y derechos en salud.
- Información técnica y normativa sectorial de salud (reconocimiento de los servicios de salud y atributos de calidad de la atención en salud).
- Mecanismos de participación ciudadana y mecanismos de protección y exigibilidad de derechos.
- Producción de información comunitaria en salud.
- Participación ciudadana en la gestión de la política pública de salud (con énfasis en planeación participativa) y participación comunitaria.
- Elaboración de proyectos.
- Pensamiento divergente (capacidad para descubrir o construir más de una respuesta posible a una problemática identificada).
- Abogacía y movilización social.

Resultados de salud esperados

- Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos

Capacidades a trabajar

- Revisan sus creencias sobre la sexualidad y la reproducción de acuerdo con el enfoque de derechos.
- Establece rutinas de cuidado físicas y psicológicas en relación con la expresión de su sexualidad.
- Mantienen un ejercicio libre, responsable y placentero de su sexualidad y reproducción.
- Expresa sanamente el afecto hacia otras personas y comparte sentimientos.
- Conocen e identifican los beneficios del uso de métodos anticonceptivos y adquieren elementos para tomar la decisión de iniciar su uso cuando lo estimen necesario.
- Construye su propia identidad, actitudes y comportamientos a partir del análisis crítico de los contextos, desnaturalizando normas y modelos sociales y problematizándolos desde un enfoque de derechos, para elegir sus propias opciones en la vida.

Contenidos de las sesiones educativas

- Fortalecimiento de la autoestima y autonomía para el ejercicio de la sexualidad

- Reconocimiento y valoración del propio cuerpo y sus cambios y el mantenimiento de una sexualidad satisfactoria, expresión de afecto y emociones, ética del cuidado, relaciones equitativas y respetuosas con la pareja, toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción (elección de(los) compañeros sexuales, sobre el estado civil, anticoncepción y protección contra ITS, deseo de hijos).
- Identificación del cuerpo y la sexualidad como el primer territorio en el que se es sujeto, incluye identificar sus propias necesidades e intereses en torno a lo erótico para evitar ser objeto de intereses de otras personas.
- Reconocimiento de los discursos que hay en relación con el cuerpo "normalidad, belleza, orientación sexual, identidad de género" y la posibilidad de recrearlos desde la diversidad.
- Trascender la imagen como valor social central que puede limitar el desarrollo de otras cualidades humanas
- Vivencia de la sexualidad, incluyendo temas como afecto, expresión de emociones, sentimientos y ética del cuidado; derecho a una vida libre de violencias; re significación en hombres y mujeres del mito de la maternidad y paternidad como única vía de realización personal; decidir sobre el inicio de las relaciones sexuales y a escoger las y/o los compañeros sexuales; si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o; expresión libre y autónoma de la orientación sexual; construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros; respeto por la diversidad y el reconocimiento positivo a personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas (LGBTI); visibilización de masculinidades y feminidades que se alejan de lo tradicional, fomentando su reconocimiento positivo, respeto e inclusión.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Resolución de dudas sobre las ITS y medidas para su prevención.
- Reconocimiento positivo de personas con identidades de género y orientaciones sexuales diversas, con identidades étnicas, raciales, religiosas y con condiciones o situaciones diferentes (discapacidad, habitabilidad en calle, víctimas, entre otros).
- Construcciones sociales de género que legitiman la desigualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y personas transgénero, así como entre las diferentes orientaciones sexuales.
- Manifestaciones de estas construcciones de género en lo afectivo, lo erótico, las expectativas que se tienen sobre sí mismo/a o en situaciones como la violencia contra la mujer o el embarazo temprano, promoviendo identidades de género más sanas y flexibles que trasciendan dichas normas sociales.
- Análisis crítico de los mensajes hiper-sexualizados que se promueven en mensajes publicitarios y contextos sociales y que convierten la experiencia sexual en algo desarticulado de su bienestar, sus motivaciones, intereses y necesidades.

Resultados de salud esperados

- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales

Capacidades a trabajar

- Comprenden las formas en que los sucesos vitales inciden sobre su salud física y mental, para afrontarlos de manera adecuada y productiva.
- Reconocen su propio patrón de emociones, sentimientos y valores para establecer las modificaciones afectivas que les permitan relacionarse consigo mismos e interrelacionarse armoniosa y sanamente.
- Reconocen sus recursos y posibilidades de afrontamiento, adaptación y transformación de situaciones adversas y/o condiciones que inciden en su estabilidad y salud familiar.
- Participa en la constitución de redes de apoyo social a personas que comparten situaciones similares a la suya.
- Reconoce los sucesos vitales durante la vejez y las estrategias para su afrontamiento, de forma que le permitan fortalecer sus habilidades para actuar con resiliencia.
- Reconoce que tiene fortalezas psicológicas y cómo pueden utilizarlas en momentos de transformaciones (sucesos) normativas o no normativas.
- Identifica las oportunidades de mejora que le plantean la situaciones familiares/laborales/… para el mantenimiento de su bienestar

Contenidos de las sesiones educativas

- Identificación y comprensión de los sucesos vitales normativos y no normativos que puedan afectar el proceso de desarrollo y su influencia en la salud presente y futura y herramientas para afrontamiento de los mismos.
- Auto percepción del estrés y manejo adecuado de situaciones estresantes (flexibilidad psicológica, adaptación a los cambios, afianzamiento de valores que promueven el desarrollo, re significación de las situaciones, capacidad para superar y transformar las experiencias doloras y sobreponerse a ellas).
- Fortalecimiento de los auto esquemas positivos (autoestima, autoconcepto, autovaloración; desarrollar capacidad de ver lo positivo, aceptar que el cambio es parte de la vida).
- Habilidades para la vida: incluido asertividad y escucha activa
- Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares.
- Estrategias de reducción del Impacto de hechos estresantes (ej. víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia sexual, desempleo, violencia escolar, divorcio, pérdidas materiales o de redes de apoyo social, desastres naturales etc.) y reconocimiento de síntomas depresivos y conductas de riesgo.
- Primeros auxilios psicológicos para intervenir con personas en crisis emocional.
- Autoconocimiento y autovaloración.
- Diferencia y relación entre dolor y sufrimiento.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas).
- Preparación para el afrontamiento ante sucesos vitales normativos (vinculación a la educación superior y/o vida productiva, gestación, consolidación de pareja, entre otros) y no normativos.
- Expresión positiva de las emociones y manejo de estrés, manejo adecuado de duelos afectivos.

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas

Capacidades a trabajar

- Construyen relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Cuentan con herramientas que les permiten defender sus convicciones y construcciones identitarias con respeto a la diferencia, dirimiendo los conflictos que esto ocasiona sin el uso de la violencia.
- Construyen mecanismos de autorregulación y de mutua regulación de la vida social.
- Conocen y practican habilidades para la vida.
- Se aprecian a sí mismos y aprecian a los demás y a la naturaleza, lo que les permite reconocer la dignidad de todo lo que existe.
- Actúan con base en el respeto, la solidaridad y la cooperación como forma de relacionarse con los demás.
- Se comunican empáticamente, con genuinidad, valorándose a sí mismos y a los demás.

Contenidos de las sesiones educativas

- Autorregulación y mutua regulación sin daño, como mecanismos que permitan el cambio y/o fortalecimiento de normas sociales favorecedoras de la convivencia.
- Reconocimiento de emociones propias y de las emociones derivadas de la adaptación al proceso de desarrollo a lo largo del curso de vida: conciencia y atención emocional.
- Transformación de prejuicios y estereotipos negativos hacia poblaciones específicas.
- Resolución pacífica de conflictos, así como el establecimiento de acuerdos en el marco de la legalidad, confianza interpersonal y el respeto mutuo.
- Habilidades para la vida.
- Análisis crítico sobre el ejercicio abusivo del poder, la violencia, el uso de sustancias psicoactivas u otros comportamientos negativos como forma de reconocimiento social en los grupos sociales y particularmente de adolescentes.
- Análisis crítico de las normas sociales que legitiman desigualdades sociales.
- Reconocimiento de las diferencias, fortalezas y limitaciones de las personas.
- Realización de una lectura objetiva de sí mismo, su ser, carácter, fortalezas, debilidades, intereses y motivaciones.
- Construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros.
- Comunicación asertiva, empatía, cooperación.
- Sentido de pertenencia (a su familia, su comunidad, su territorio).

Resultados de salud esperados

- Personas con prácticas para el cuidado de su salud

Capacidades a trabajar

- Comprende las características frente a los cambios fisiológicos, psicológicos, cognitivos y sociales para definir acciones de cuidado del otro y de sí mismo pertinentes al momento de vida.
- Conocen la importancia de hábitos y prácticas clave para el mantenimiento de la salud, el envejecimiento activo y saludable, lo que les permite motivarse a iniciarlas o mantenerlas.
- Desarrollan prácticas para detectar tempranamente alteraciones en su salud: auto examen de mama en hombres y mujeres; auto examen de testículo, entre otros).
- Diseñan e implementan una rutina propia de actividades para fortalecer sus capacidades y aptitudes cognitivas.
- Construyen criterios propios y prácticas concretas para actuar con libertad en la búsqueda de la salud y la calidad de vida, tanto individual como colectiva.

Contenidos de las sesiones educativas

- Análisis de las formas que comúnmente emplean las personas para tomar decisiones para ver sus pro y sus contra.
- Identificación y clarificación de los pasos para tomar decisiones adecuadamente, teniendo como base la propia identidad y proyecto de vida.
- Reflexión sobre los conflictos éticos, racionales y emocionales que pueden involucrarse al tomar una decisión.
- Identificación de las condiciones, prácticas culturales, presiones de pares o pareja que pueden limitar el ejercicio de toma de decisiones.
- Entrenamiento y desarrollo de habilidades para el análisis de alternativas, ventajas, desventajas, toma de decisiones.
- Prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y el desarrollo de niñas y niños.
- Cambios psicosociales y físicos que suceden en cada momento del curso de vida y las oportunidades para aprovechar las potencialidades del momento vital, convirtiendo las dificultades en opciones de desarrollo.
- Beneficios de las prácticas de bienestar y cuidado de la salud y su relación con riesgos para la salud: salud bucal, visual y auditiva; ergonomía visual y postural; higiene del sueño; foto protección; no consumo de sustancias psicoactivas; consumo responsable de bebidas alcohólicas; actividad física, práctica deportiva, ocio activo, juego, recreación y deporte; manejo seguro de medicamentos; actividades que estimulen las capacidades cognitivas.
- Importancia de realizar los exámenes de tamizaje dispuestos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud.
- Prácticas para la realización del auto examen de mama en hombres y mujeres y auto examen de testículo.
- Cultura del envejecimiento activo y saludable.
- Beneficios del uso de medidas para reducir la exposición a radiación solar ultravioleta, a través de medidas físicas (sombrero y ropa adecuada), y químicas (protectores solares, labiales con protector solar).
- Análisis y debate de manera crítica de los mensajes publicitarios o sociales que permitan: problematizarlos, en un marco de análisis científico y ético (derechos humanos) y aprendizaje de alternativas para evitar asumir automáticamente mensajes.

Resultados de salud esperados

- Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo

Capacidades a trabajar

- Conocen los principales riesgos para la salud derivados de la ocupación u oficio y del entorno laboral y medidas para prevenirlos.
- Implementan prácticas laborales saludables y seguras.
- Discriminan y reconocen la explicación científica de las pautas de cuidado ergonómicas que requieren incorporar en sus rutinas personales y laborales.
- Actúa de forma asertiva en las relaciones laborales, para mejorar la salud mental propia y de los demás.

Contenidos de las sesiones educativas

- Prácticas para el cuidado y prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con la ocupación u oficio (pausas activas, ergonomía, protección visual y auditiva, bioseguridad, etc.).
- Conocimiento de los peligros y de los mecanismos o acciones para reducir los riesgos relacionados con las condiciones de trabajo en la informalidad.
- Prácticas para promover la salud mental y las relaciones armónicas con los compañeros de trabajo.
- Promoción de prácticas para el mejoramiento de las condiciones sanitarias, ambientales y sociales del entorno.
- Prácticas para promover la salud mental y las relaciones armónicas con los compañeros de trabajo.

NOTA: En los escenarios de trabajo formal, la responsabilidad será de las ARL.

Resultados de salud esperados

- Cuidadores que desarrollan prácticas de cuidado de su salud

Capacidades a trabajar

- Reconocen el valor de su labor como cuidadores.
- Mantienen una actitud positiva en el trato hacia la persona sujeto de cuidado, así como a su propio ser.
- Comprenden las características tanto del sujeto de cuidado como de sus propias características, para definir acciones de cuidado y autocuidado pertinentes al momento de vida de las dos partes.
- Manifiestan de forma asertiva, las necesidades de su propio cuidado.
- Implementan las acciones de cuidado sin generar dependencia ni en el sujeto de cuidado, ni en el cuidador.

- En la familia / hogar:
- Reconocen y despliegan recursos y estrategias propias para el cuidado de sus cuidadores.
- Reconocen el valor del cuidado en un marco relacional de apoyo y de convivencia.
- Comunidades que apoyan y favorecen las relaciones armoniosas y saludables entre cuidadores y personas a su cuidado.
- Comunidades que gestionan entornos favorables para los cuidadores y las personas a su cuidado.

Contenidos de las sesiones educativas

- Miedos que afrontan los cuidadores (financieros, al fracaso, a la debilidad, al resentimiento, a tomar decisiones equivocadas, vergüenza, a la muerte).
- Concepciones y prácticas que favorezcan la salud mental de los cuidadores primarios y sus familias e identificación de estrés y sobrecarga del cuidador (física, emocional, económica).
- Medidas para evitar la sobrecarga (higiene del sueño, cuidado de su propia salud, alimentación saludable, evitar el aislamiento, actividades de ocio, pedir y aceptar ayuda, manejo de expectativas, entre otros).
- Derechos de los cuidadores (mantener su intimidad, expresión asertiva de sentimientos, recibir consideración, afecto, apoyo y reconocimiento por su labor, rechazar intentos de manipulación de la persona a quien cuida o de otros).
- Servicios de apoyo, información, formación, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de identificación de riesgos y/o cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- Estrategias para el manejo de situaciones difíciles (reforzar conocimientos y hacer seguimiento).
- Dinámicas familiares saludables para cuidadores.
- Constituir o fortalecer redes comunitarias de personas cuidadoras y cuidadas.

Resultados de salud esperados

- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud

Capacidades a trabajar

- Integrantes de las comunidades se asocian para constituir redes de apoyo sociales y comunitarias que les permiten desarrollar estrategias de cuidado mutuo.
- Integrantes de las comunidades mantienen un contacto social constante, desarrollan amistades y participan en actividades grupales propuestas por la red.
- Integrantes de las comunidades valoran la importancia de hacer parte de redes de apoyo social con personas de su entorno.
- Participa en la constitución de redes de apoyo social a personas que comparten situaciones similares a la suya.
- Mantiene un contacto social constante, tiene amistades y participa en actividades grupales regularmente.
- Valora la importancia de hacer parte de redes de apoyo social con personas que comparten situaciones similares a la suya.
- Establecen relaciones de apoyo reconocidas, estables y sostenibles, con redes sociales y comunitarias.

Contenidos de las sesiones educativas

- Fortalecimiento de la comunicación y los vínculos familiares y comunitarios.
- Fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario (tener amigos, ayudar a los demás, preocuparse por los otros, cuidarse y cuidar con los otros, fijarse metas).
- El rol de cada uno de los integrantes de la red frente a la promoción de la salud en su comunidad.
- Promoción de encuentros inter generacionales que promuevan el reconocimiento de la propia cultura, fortalecimiento de vínculos afectivos en las familias y de prácticas protectoras.
- Estrategias de apoyo emocional e informativo (redes de amigos, de vecinos, de familias, etc.).
- Prácticas simbólicas-culturales para construir procesos de unidad y apoyo mutuo (Confianza, solidaridad, reciprocidad, afecto, escucha, reconocimiento, compañía, valoración social de las personas y el grupo social, intercambio de experiencias)

III. *LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL.*

INTRODUCCIÓN

La política de atención integral en salud, adoptada por la Resolución 429 de 2016, da relevancia a las personas, familias y comunidades como centro de la atención en salud, en un contexto o ámbito territorial que incide en la situación de salud de la población. Esta relación se expresa en la existencia de características poblacionales y territoriales propias, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, que deben ser identificados e intervenidos por los diferentes sectores e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en el marco de sus responsabilidades y funciones.

La integralidad de la atención en salud constituye uno de los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud. Tales sectores e integrantes del SGSSS, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud materna, la prevención de factores de riesgo y de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y en general quienes desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población gestantes y sus familias, deben trabajar de manera articulada y consensuada, de acuerdo con sus competencias, deberes y funciones, en cada uno de los niveles de gestión y con participación de la ciudadanía para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir al desarrollo humano.

La ruta integral de atención en salud materno perinatal es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades[110], como parte de la garantía del ese derecho fundamental (definido en la Ley Estatutaria de Salud).

Es así como, para su operación, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Reconocer a las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de derechos humanos, específicamente encaminados a proteger la salud y garantizar el derecho a una vida libre de violencias.

- Prestar los servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer; ello implica erradicar conductas institucionales como el trato indigno, violencia psicológica, omisión en la atención, negligencia, discriminación por razones de género, clase social, etnia, discapacidad u otra condición o situación.

- Organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, lo cual implica trascender de una gestión por estrategias temáticas atomizadas, a una integrada para garantizar el continuo de la atención.

- Conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente, que garantice la entrega de las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materna Perinatal (RIAMP), en el componente primario y complementario de la red, con criterios de proximidad, disponibilidad y accesibilidad, que faciliten el recorrido por las intervenciones incluidas en la ruta sin autorización adicional de servicios.

[110]Sin perjuicio de recibir otras intervenciones incluidas en otras Rutas integrales de Atención en Salud por grupo de riesgo o evento.

- Desarrollar el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos realizados por el equipo multidisciplinario de salud.

En este documento se encuentran las orientaciones para la operación de la RIAMP, incluyendo los parámetros para su gestión, las intervenciones colectivas, familiares e individuales contenidas en ella, el talento humano requerido para su provisión, los resultados esperados, los indicadores y procedimientos para el monitoreo y evaluación de estos y los parámetros generales que los agentes del SGSSS deben realizar para su implementación.

1 OBJETIVO Y ALCANCE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL

1.1 PROPÓSITO

Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, incluida la acción coordinada y efectiva del Estado, la sociedad y la familia sobre los determinantes sociales y ambientales de las inequidades en salud.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Establecer las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de la atención en salud a todos los recién nacidos y mujeres, durante la etapa preconcepcional, la gestación, el periodo perinatal y el posparto.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Garantizar el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – perinatal.
b) Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante y del recién nacido.
c) Afectar positivamente los entornos, las familias y las redes para que sean protectores y potenciadores de la salud de las mujeres gestantes y del recién nacido.
d) Realizar el seguimiento a los resultados en salud esperados en las mujeres gestantes y en los recién nacidos.

1.4 POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE

Todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, sus familias o red de cuidado y el recién nacido hasta los siete días de su nacimiento, que habitan en el territorio colombiano.

2 GESTIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL

La RIAMP reconoce el valor estratégico de la gestión de la salud pública[111] como condición inherente para materializar la atención integral en salud, con una mirada comprensiva y particular de la garantía del derecho a la salud de todas las mujeres en edad reproductiva, gestantes y de los recién nacidos.

Este planteamiento es vital, en el entendido de que la gestión de la salud pública es la herramienta, por excelencia, que potencia la rectoría sanitaria nacional y territorial orientada a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. Articula esfuerzos, recursos y capacidades con todos los integrantes del SGSSS, los diferentes sectores y la comunidad así mismo armoniza y asegura el financiamiento sostenible nacional y territorial, aplicando el marco de política y normativo, asegurando su legalidad, institucionalidad, legitimidad y fortaleciendo la gobernanza en salud, y se constituye en el elemento esencial para la operación de las intervenciones (colectivas, familiares e individuales) que constituyen esta ruta.

La gestión para la operación de la RIAMP se ordena a partir de los elementos centrales que incorpora el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y

[111][111] Resolución 518 de 2015.

Mantenimiento de la Salud (RPMS). Además de dichas orientaciones generales, se presentan los siguientes aspectos específicos de la gestión para el desarrollo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal:

- Generación de información sobre las características, situación y determinantes de la salud de la población materno – perinatal que sirva para aportar a la implementación progresiva de la RIAMP, las modalidades de prestación requeridas para las intervenciones, las necesidades de adaptación y la orientación para el diseño de los procesos de información y educación.

- Establecimiento de acuerdos intersectoriales para generar complementariedad entre la oferta de otros sectores con la del sector salud, de acuerdo con las competencias, que permita trabajar integralmente, ganar en efectividad y evitar duplicidad. Así mismo, implica la gestión intersectorial para el desarrollo de las intervenciones individuales y colectivas en los diferentes entornos, que propendan por ejemplo por acciones afirmativas de la mujer en el entorno laboral.

- Generación de acuerdos entre los actores del SGSSS para la implementación de los procedimientos individuales, familiares, colectivos y poblacionales contemplados en la RIAMP incluyendo la adaptabilidad y progresividad.

- Gestión de la disponibilidad, suficiencia y completitud de la red de prestación de servicios para garantizar la entrega de los procedimientos individuales contemplados en la RIAMP de forma accesible, con calidad y sin fragmentar los servicios teniendo en cuenta las disposiciones normativas vigentes para la población materno – perinatal en todos los ámbitos territoriales de operación del MIAS.

- Organización de la operación y funcionamiento que asegure la prestación del conjunto de procedimientos contemplados en la RIAMP.

- Gestión de la demanda inducida para el acceso a los procedimientos individuales contemplados.

- Generación de acuerdos para complementariedad de la atención por los diferentes planes de beneficios. Así, las intervenciones individuales (valoración integral; detección temprana; protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud), están cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC (PB-UPC) y las intervenciones colectivas (educación para la salud; información en salud; fortalecimiento de redes sociales y comunitarias; canalización; jornadas de salud y caracterización social y ambiental) están a cargo del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). Para la ejecución de las intervenciones que se pueden desarrollar con cargo a ambos planes de beneficios, como son la educación, los tamizajes para eventos de alta externalidad y la información en salud, se deben definir: i) los ámbitos territoriales, ii) los entornos, iii) los contenidos y iv) las capacidades a desarrollar.

- Identificación, disposición y divulgación del conocimiento y evidencia sobre estrategias, programas, proyectos o iniciativas que soporten el diseño e implementación de las intervenciones colectivas dirigidas a mujeres gestantes.

- Fortalecimiento de las capacidades del talento humano (técnicas, funcionales y actitudinales) y de las organizaciones requeridas para la prestación de los procedimientos contemplados en la RIAMP con énfasis en:
  - Derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Derechos de la mujer dentro del proceso reproductivo (autonomía reproductiva, derecho a la información y educación en su salud sexual y reproductiva, acompañamiento de su elección durante el proceso de parto, elección de analgesia, etc.).
  - Enfoque de género.
  - Enfoque interseccional.
  - Roles y estereotipos frente a la sexualidad y reproducción de hombres y las mujeres.
  - Conductas proscritas de la atención que configuren violencia contra la mujer.
  - Aspectos técnicos presentados en el presente lineamiento relacionados con los contenidos y características de la atención.

- Promoción de la participación de las mujeres gestantes y sus familias en los procesos de planificación, seguimiento y evaluación de los servicios y en las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. De esta manera, se debe diseñar con el equipo de salud a cargo de la atención, el plan integral de cuidado de la salud y la forma de transitar por la RIAMP.

- Realización de auditoría, inspección, vigilancia y control basada en resultados en la red prestadora a la prestación de procedimientos individuales, familiares y colectivos.

3 INTERVENCIONES COLECTIVAS

Teniendo en cuenta que las Intervenciones colectivas se definen como: "*un conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio*"[112] y dado que la red de apoyo con la que cuenta la gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado y el de su recién nacido, frente a la operación de la RIAPM, se requiere que dichas intervenciones actúen articuladamente con el fin de fortalecer la red de cuidado[113] familiar y comunitario, para contribuir a la promoción de la salud y al alcance de los resultados en salud maternos y perinatales.

Estas intervenciones se deben concretar en entornos favorables para la salud de la mujer con intención reproductiva, la madre y el recién nacido; para efectos del presente lineamiento, se deben tener en cuenta las definiciones, objetivos y población sujeto de cada uno de los entornos definidos en la Ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud. Dichas intervenciones se deberán ejecutar de manera integrada e integral en los entornos Hogar, Educativo, Comunitario, Laboral (con énfasis en la informalidad) e institucional, trascendiendo el abordaje por temas o intervenciones separadas o aisladas.

Para el caso de la RIAMP, las intervenciones colectivas que se deberán garantizar en los diferentes entornos en los cuales se identifique población sujeto de esta ruta, son las siguientes:

INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN
Información en salud	Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con el fomento de la salud, la detección de riesgos y la acción ante su aparición, lo cual contribuya al logro de los resultados en salud esperados para esta población.
Educación para la salud	La educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes y mujeres en puerperio, de las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad, en el marco de esta ruta, es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva, la determinación de estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud y al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud en la mujer, la madre y el recién nacido.
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	Proceso que se realiza con y para las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, gestantes, mujeres en puerperio, familias, comunidades, organizaciones y redes (sean públicas o privadas), a fin de desarrollar relaciones, interacciones y capacidades, que permitan coordinar, compartir o intercambiar conocimientos, experiencias y recursos, sumar esfuerzos o crear sinergias y establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada de esta población. Su alcance es el fortalecimiento de redes comunitarias y sociales, que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud frente a la reducción de los riesgos en el embarazo y del recién nacido; son las alianzas entre familias, organizaciones comunitarias y otros actores del sistema de salud local quienes constituyen la base de las redes sociales.

[112] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015.
[113] Son concebidas por (Bronfman, 2001) concebidas como el conjunto de las relaciones que una persona representa de la masa social. En la medida en que la red social de cada persona es vivida como nicho interpersonal, contribuye al reconocimiento de sí y de los otros (reconocimiento mutuo), al mantenimiento de la identidad subjetiva y social y al acceso a apoyos, servicios e información.

Intervención	Contenido
Información en salud	- Reconocimiento de la maternidad, parto y posparto como situaciones de especial protección. - Asistencia y adherencia a las atenciones previstas para la gestante en los servicios de salud, según su aseguramiento. - Fomento de adecuadas prácticas de higiene corporal para el cuidado de la gestante, la mujer en puerperio y el recién nacido, entre ellas la importancia del lavado de manos. - Situaciones de alerta para la salud de las gestantes y recién nacidos y acciones ante la presencia de estas. - Promoción de la lactancia materna exclusiva como práctica protectora. - Acondicionamiento de la vivienda para la gestante y el recién nacido (lugar seguro, seco, confortable) - Promoción del rol de los hombres como parejas y padres en las familias. - Participación del hombre u otros integrantes de la red de cuidado respecto a las necesidades de cuidado que tiene la mujer durante la gestación y puerperio. - Promoción y orientación frente a la paternidad responsable, identificación de los signos de alarma durante la gestación. - Promoción del buen trato y relaciones familiares saludables. - Prevención de violencia y discriminación contra la mujer. - Información sobre derechos sexuales y reproductivos, incluida la Interrupción Voluntaria del Embarazo. - Acceso a métodos anticonceptivos en el postparto. - Orientación hacia servicios de salud sexual y reproductiva a hombres y mujeres.
Educación y comunicación para la salud	- Afianzamiento de aspectos del mantenimiento de la salud relacionados con la salud materna y perinatal[114], tendientes principalmente a que los individuos y sus familias: o Ejerzan con autonomía sus derechos sexuales y reproductivos. o Comprendan los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud. o Comprendan los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. o Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional o Comprendan cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos. o Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto. o Organicen y planean el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad) o Reconozcan signos de alarma para evitar y manejar riesgos. o Escuchen activamente a la gestante y la apoyan en el manejo de los signos de alarma. o Reconozcan las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo. o Se relacionen amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas. o Conozcan los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada. o Reconozcan las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud. o Comprendan cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos. o Reflexionen sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego. Implementan prácticas de crianza conjunta o Expresen sus necesidades de apoyo de forma asertiva. o Brinden una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa) - Promoción de prácticas de cuidado a la gestante, fortalecimiento de vínculos afectivos y sociales de resguardo y cuidado de esta. - Fomento de factores protectores familiares y comunitarios frente al parto y puerperio. - Promoción de la lactancia materna exclusiva y participación de la familia y de la comunidad. - Educación sobre prevención de abortos inseguros y acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). - Generación de alianzas con las parteras tradicionales y su papel dentro del sistema de referencia. - Fomento de la participación del hombre y los demás miembros de la red familiar y comunitaria para el cuidado de la gestante y su recién nacido.

[114] En cualquier caso el desarrollo de la educación y comunicación para la salud como intervención colectiva, se realiza sin perjuicio de lo que le corresponde realizar a cada aseguradora como parte del Plan de Beneficios en Salud –PBS - con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC.

Intervención	Contenido
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	Dado que la red de apoyo con la que cuenta la mujer gestante al interior de su comunidad es vital para su cuidado, se propone el fortalecimiento de la *red de cuidado*[115] familiar y comunitario, entendiendo la red como una estructura de vínculos entre actores que actúan colectivamente para alcanzar un objetivo común, que se fortalecen en la medida en que cada actor identifica su rol y los beneficios que trae su participación en la red, para sí mismo y para los demás integrantes; en este sentido, en el marco de los planes de intervenciones colectivas se deberá garantizar el trabajo en cuatro áreas: • Desarrollo de capacidades frente al autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido (estilos de vida saludables, búsqueda de la atención, seguimiento a las recomendaciones); la búsqueda de atención en salud para la materna y el recién nacido; y la preparación para el parto y situaciones de emergencia. • Formación en relación con los derechos humanos y sexuales y reproductivos; la participación del hombre o los demás miembros de su red de cuidado (conocimiento de necesidades de la mujer, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable), con conocimiento pleno de la autonomía de la mujer; y la vigilancia epidemiológica con las comunidades, así como auditorias de muertes maternas y perinatales. • Fortalecimiento de los vínculos como medio para reforzar el apoyo social no solo de los diferentes actores familiares y comunitarios, sino también con la institucionalidad, con el fin de establecer sistemas de financiamiento y transporte comunitarios; creación o fortalecimiento de hogares maternos; y articulación de los Agentes de la Medicina Tradicional (AMT), como las parteras, al sistema de salud. • Favorecimiento de espacios de diálogo participativo entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS y la comunidad que fomenten la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. Para lo anterior, se plantean como actividades, entre otras: - Identificación de las redes sociales para la salud materna y perinatal que pueden colaborar e interactuar con redes de servicios de salud. - Identificación y fortalecimiento de esquemas organizados de transporte comunitario en casos de emergencias obstétricas y perinatales. - Apoyo en la organización o fortalecimiento de redes sociales y comunitarias de apoyo para la salud materna y perinatal en los diferentes entornos. - Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas entre las instituciones sectoriales EAPB, IPS, DTS, agentes de la medicina tradicional, como parteras o médicos tradicionales, que promuevan prácticas sociales y de salud relacionados con la maternidad y paternidad y el reconocimiento de la maternidad, el parto y el posparto como situaciones de especial protección. - Establecimiento de alianzas públicas y privadas para fortalecer y promover el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la afectación positiva de determinantes sociales de la salud materna y perinatal. - Identificar recursos humanos y materiales existentes que permitan conformar y movilizar redes de apoyo a la gestante y su familia en el territorio.

3.1 INTERVENCIONES PARA LA PROMOCION DE LA SALUD MATERNA EN EL ENTORNO LABORAL FORMAL

Considerando que las gestantes pueden desarrollar su cotidianidad en el entorno laboral y que un lugar de trabajo saludable es esencial para ellas, las Administradoras de Riesgos Laborales-ARL en conjunto con los empleadores, en el marco de los servicios de Promoción y Prevención, descritos en el artículo 11 de la Ley 1562 de 2012 adelantarán, las siguientes acciones:

- Promoción de estilos de trabajo y de vida saludables; pautas de cuidado en el lugar de trabajo (higiene postural, ergonomía); buen trato; prevención de violencia y discriminación contra la mujer en el entorno laboral;
- Información sobre derechos laborales: licencia de maternidad, licencia de paternidad y hora de lactancia materna.
- Ubicación en sitio de trabajo que evite la exposición a sustancias químicas potencialmente peligrosas para ella o su feto.
- Participación de los compañeros de trabajo en cuanto a la identificación de signos de peligro, comunicación, apoyo.

[115] Son concebidas por (Bronfman, 2001) concebidas como el conjunto de las relaciones que una persona representa de la masa social. En la medida en que la red social de cada persona es vivida como nicho interpersonal, contribuye al reconocimiento de sí y de los otros (reconocimiento mutuo), al mantenimiento de la identidad subjetiva y social y al acceso a apoyos, servicios e información.

- Disposición de las salas amigas de la familia lactante conforme a lo dispuesto en el lineamiento técnico correspondiente[116] y la Ley 1823 de 2017. Por medio de la cual se adopta la estrategia salas amigas de la familia lactante entorno laboral de Entidades Públicas Territoriales y Empresas Privadas y se dictan otras disposiciones.

4 INTERVENCIONES INDIVIDUALES

Las atenciones en salud individuales serán garantizadas a todas las gestantes y al recién nacido, por medio de un conjunto de procedimientos a cargo del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La RIAMP define estos procedimientos de acuerdo con su finalidad así:

DETECCIÓN TEMPRANA	Atención para el cuidado preconcepcional
	Atención para el cuidado prenatal
	Atención en salud bucal
	Atención para la promoción de la alimentación y nutrición
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Interrupción voluntaria del embarazo
	Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
	Atención del parto
	Atención del puerperio
	Atención para el cuidado del recién nacido
	Atención para el seguimiento del recién nacido

4.1 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

Este procedimiento se deriva de la identificación de la mujer o la familia con intención reproductiva a corto plazo (se considerará intención reproductiva de un año, dado que es el tiempo razonable para el procedimiento de preparación para el embarazo). Ello implica que a toda mujer que llegue a cualquier servicio por cualquier causa debe indagarse sobre su intención reproductiva en relación con su proyecto de vida. Esta identificación presupone que la anticoncepción se ha ofrecido en el marco de la RPMS como alternativa y que la toma de decisión sobre la fecundidad es informada y libre de coacciones o violencias.

En condiciones ideales, la consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear la gestación; por consiguiente, indefectiblemente se debe formular al menos en la primera consulta un método de anticoncepción de acuerdo con los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer. Se recomienda que tanto en la consulta inicial como en las de control y seguimiento participe la pareja o quien la mujer decida como apoyo en este proceso.

4.1.1 Objetivos

- Reconocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos.
- Promover la salud de la mujer a fin de alcanzar la gestación en las mejores condiciones posibles, a partir de la identificación y evaluación de los riesgos biológicos y psicosociales, el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación, e información para que la mujer tome decisiones en relación con la planeación de la gestación.

4.1.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la consulta preconcepcional para mujeres sin factores de riesgo deben ser realizadas por profesionales en Medicina o Enfermería. Cuando se requiera, esta atención deberá ser realizada por especialista en Ginecobstetricia. Este equipo básico tendrá a su disposición como referencia, el equipo de especialistas necesarios con el objetivo de manejar las morbilidades en cada caso (estas interconsultas no se considerarán como de atención preconcepcional).

4.1.3 Duración mínima recomendada

La duración de la consulta inicial preconcepcional será mínimo de 30 minutos; control preconcepcional de seguimiento: mínimo 20 minutos.

[116] Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., 2012.

4.1.4 Atenciones incluidas

- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- Asesoría y provisión de un método anticonceptivo, de acuerdo con los criterios de elegibilidad y el deseo de la mujer.

4.1.5 Frecuencia

Se debe garantizar como mínimo una consulta inicial y un control.

4.1.6 Descripción

4.1.6.1 Anamnesis

Reconocer el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en este escenario indagar sobre los hábitos, factores genéticos, familiares y reproductivos, o condiciones psicológicas y sociales, entre otros, con el objeto de entregar pautas para el cuidado de la salud, la identificación precoz de signos de alarma y la utilización de los servicios de salud en sus diferentes niveles, teniendo en cuenta las intervenciones adecuadas para reducir los riesgos reproductivos por antecedentes de salud.

Antecedentes personales: indagar la presencia de diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, epilepsia – trastornos convulsivos, hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, fenilcetonuria, artritis reumatoidea, Lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, trombofilias heredadas o adquiridas, anemia (incluyendo anemia de células falciformes), asma, tuberculosis, neoplasias, obesidad mórbida (IMC > 35). En la valoración de la salud sexual reproductiva se debe indagar el inicio de relaciones sexuales, antecedentes de ITS antecedente de patología cervical / VPH, cumplimiento de esquema de tamizaje de cáncer de cuello uterino, número de compañeros sexuales, uso de preservativo y de anticonceptivos, etc.).

Con relación a los antecedentes genéticos o familiares se debe hacer énfasis en los siguientes: i) madre mayor de 35 años, ii) historia familiar de alteraciones genéticas conocidas (idealmente hasta de tres generaciones, de ambos miembros de la pareja), hemofilia (detectar las mujeres con riesgo de ser portadoras —aquellas en cuyas familias algún miembro se encuentra afectado y realizar el asesoramiento genético). Las mujeres con antecedentes genéticos o familiares deberán ser remitidas para valoración por el especialista en obstetricia y ginecología, quien definirá la pertinencia de valoración multidisciplinaria, dependiendo de cada condición.

Antecedentes ginecobstétricos: anticoncepción, parto pretérmino previo, cesárea previa, abortos previos, muerte fetal previa, gran multiparidad, período intergenésico de menos de 18 meses, incompatibilidad Rh, preeclampsia en la gestación anterior, antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g, macrosómico, antecedente de hemorragia, postparto, antecedente de embarazo molar, antecedente de depresión postparto.

Indagar sobre los hábitos: patrones de consumo de alimentación, hábitos de higiene general, actividad física, hábitos de descanso y sueño, manejo del estrés y situaciones de alta tensión, consumo de medicamentos, consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.

En la valoración de hábitos alimentarios, se debe indagar por consumo de suplementos dietarios y/o medicamentos utilizados para la pérdida de peso.

Orientar el consumo de alimentos fuentes de vitamina A como: zanahoria, ahuyama, papaya, plátano maduro, mango, chontaduro, zapote, mamey, tomate de árbol y huevo, 1 a 2 veces al día, con el fin de adecuar su ingesta y no superar 3.000 µg/día de ER.

Así mismo se debe identificar riesgo para deficiencia de vitamina D (enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn, obesidad, antecedente de cirugía cardiaca, enfermedad renal y hepática crónica, entre otras) y recomendar el consumo diario de alimentos fuente de esta vitamina como pescado, leche, queso, yogurt y huevo, como mínimo una vez al día.

Se deberá identificar el riesgo de deficiencia de calcio cuando la ingesta sea baja y deberá indicarse su suplementación.

A su vez, en la valoración se debe indagar por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. La evidencia indica que preguntar acerca del uso de alcohol y otras sustancias de manera detallada y completa aumenta la conciencia de la mujer sobre los riesgos asociados con el consumo de alcohol y drogas con la consecuente modificación de comportamiento.

La valoración psicosocial debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: exposición a violencias de género y/o sexual, estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo.

Se debe evaluar el estado de inmunización y garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación al menos tres meses antes de embarazarse.

4.1.6.2 Examen físico

Realizar examen físico completo por sistemas. Debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal, tomar medidas antropométricas (peso, talla, valorar el estado nutricional). Se deberá, para el análisis de estas variables, utilizar los indicadores antropométricos que define la normatividad vigente (Resolución 2465 de 2016 o la norma que la sustituya).

Realizar la valoración ginecológica completa incluida especuloscopia.

4.1.6.3 Exámenes paraclínicos

Adicional a la valoración, se debe solicitar y hacer la lectura de los siguientes exámenes de laboratorio (en la consulta de ingreso o de control):

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino, de acuerdo con la edad y el ámbito territorial[117].
- Glicemia en ayunas
- Hemoclasificación
- Hemograma
- Hemoparásitos (en zonas endémicas)
- IgG G toxoplasma
- IgG G rubéola
- IgG G varicela
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
- VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

4.1.6.4 Suplementación con micronutrientes

Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural. La dosis para mujeres que tengan antecedentes de recién nacidos con defectos del tubo neural debe ser de 4mg al día, que deberán ser iniciados al menos 3 meses previos a la gestación.

Conforme a los hallazgos durante la valoración, el profesional en salud debe realizar una síntesis ordenada de los factores protectores riesgos, y el estado general de la salud de la mujer. Según criterio médico se procederá a dar cita para atención por odontología, nutrición, psicología, trabajo social, e interconsulta por medicina especializada.

4.1.6.5 Plan integral de cuidado primario

De acuerdo con los antecedentes reproductivos, los procedimientos e intervenciones derivados de antecedentes o riesgos detectados en esta consulta no se considerarán como de Detección temprana.

Parto pretérmino previo: obtener la historia reproductiva y aquellas mujeres con historia de prematurez o restricción del crecimiento intrauterino deben ser evaluadas para la identificación y tratamiento de causas que se puedan modificar antes de una nueva gestación. Informar a las mujeres con partos pretérmino previos sobre los beneficios de la progesterona en el siguiente embarazo.

Enfermedad tromboembólica venosa: en la atención preconcepcional, el clínico debe identificar la presencia de factores de riesgo para eventos tromboembólicos venosos, con el fin de planear intervenciones oportunas que disminuyan dicho riesgo. Las pacientes que reciben de forma preconcepcional intervenciones farmacológicas para la prevención o tratamiento de eventos tromboembólicos venosos deben contar con asesoría especializada.

Cesárea previa: recomendar a las mujeres con cesárea previa que deben esperar al menos 18 meses antes del nuevo embarazo.

Abortos previos: evaluar las potenciales causas en aquellas mujeres con dos o más abortos espontáneos y ordenar la terapia indicada. Las pacientes con pérdida recurrente deben ser evaluadas para detectar la presencia de anticuerpos antifosfolipídicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina por el ginecólogo. Informar a las mujeres que hayan tenido un aborto espontáneo único acerca de la baja probabilidad de recurrencia.

Muerte fetal previa: investigar al momento de la primera muerte fetal, las potenciales causas y comunicarlas a la paciente. Los estudios complementarios en el periodo preconcepcional y comunicar el riesgo elevado para futuros embarazos.

Período intergenésico menor de 18 meses: asesorar a la mujer sobre el período intergenésico óptimo —al menos de 18 meses— como clave para prevenir complicaciones maternas y fetales.

Incompatibilidad Rh: determinar el grupo sanguíneo de la mujer y de su pareja y analizarlo en conjunto con la paridad y el antecedente de profilaxis con Ig anti-D para definir el riesgo de inmunización en una gestación posterior.

Preeclampsia en el embarazo anterior: en caso de antecedente de trastornos hipertensivos relacionados con la gestación, asesorar a la mujer y a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos materno-perinatales; además, evaluar hipertensión residual y nefropatía.

Antecedente de recién nacido con peso menor de 2.500 g: asesorar a la mujer o a la pareja sobre la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como los riesgos perinatales y neonatales. Dar tratamiento a todas las infecciones locales o sistémicas que la mujer o la pareja presenten.

Antecedente de recién nacido macrosómico: asesorar a la mujer o la pareja acerca de la probabilidad de recurrencia de la enfermedad, así como sobre los riesgos perinatales y neonatales. Realizar control metabólico previo y durante la gestación a las mujeres que presentan diabetes mellitus como condición preexistente.

Antecedente de hemorragia postparto: evaluar la condición de anemia. Sensibilizar a la mujer en el sentido de garantizar la futura atención del embarazo y del parto en instituciones con capacidad resolutiva para el manejo de HPP por el riesgo de recurrencia.

Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional: asesorar a la mujer o la pareja sobre que pacientes con cualquier tipo de antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional pueden tener, en general, una gestación normal. Sensibilizar en torno a la evaluación, lo más pronto posible, de la viabilidad de futuros embarazos.

Antecedente de depresión postparto: identificar en la primera consulta de atención preconcepcional el riesgo de depresión postparto, a partir de las siguientes preguntas:

> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"*
> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"*

En caso de presentar resultado positivo en este tamizaje se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

[117] Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud – Detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Hombres transgénero: para los hombres transgénero o transexuales con o sin tratamiento con Testosterona la atención preconcepcional debe darse por el especialista en ginecología con el concurso de Endocrinología y los demás profesionales pertinentes.

4.1.6.6 Información en salud

Durante la consulta se debe abordar los siguientes temas: planeación de la familia, espaciamiento de los hijos, prevención de la gestación no deseada, recomendaciones nutricionales, estado de vacunación contra enfermedades infecciosas, importancia del control prenatal temprano y la detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

Se debe proveer información a la mujer en materia de derechos reproductivos para garantizar su derecho a decidir libremente el momento y la frecuencia de los embarazos, evitando coacción o violencia sobre sus decisiones; así mismo, dicha información debe suministrarse para garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva (acceso métodos anticonceptivos, información sobre riesgos asociados a la gestación, el parto y el puerperio y prevención y tratamiento de afecciones al sistema reproductivo entre otros). Igualmente, se le debe informar en todo momento sobre su derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y especificar las causales que ha establecido la sentencia C355-2006. La información se debe suministrar de acuerdo con las características y particularidades de cada mujer.

Adicionalmente, se debe informar a la mujer y a su pareja sobre los riesgos de aneuploidía y cromosomopatías asociadas con la edad y sobre las intervenciones para realizar tamizaje o diagnostico en caso de gestación e informar a la mujer con patologías crónicas o enfermedades graves y a su pareja, sobre la conveniencia o no del embarazo, o su postergación.

Consultas de control y seguimiento: se establece como mínimo un control. La finalidad de esta consulta es realizar un diagnóstico mediante la lectura e interpretación de los exámenes solicitados en la primera consulta.

Las recomendaciones preconcepcionales estarán orientadas de acuerdo con condiciones específicas previas, así:

Diabetes mellitus: aconsejar sobre la importancia del control de la diabetes para el embarazo. Optimizar el control de la glicemia y el monitoreo. Mantener un peso óptimo y realizar ejercicio regular. Evaluar las complicaciones vasculares. Realizar una hemoglobina glicosilada y, de no ser adecuada (menor de 6.5), realizar control y tratamiento. Derivar a consulta para asesoría en anticoncepción; derivar a la RIAS para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular –metabólicas manifiestas (Diabetes Mellitus – DM.)

Enfermedad tiroidea: lograr un óptimo control terapéutico antes de quedar en embarazo. Tratar con propiltiouracilo en casos de hipertiroidismo. Realizar evaluación hormonal en pacientes con clínica o historia de enfermedad tiroidea. No se recomienda el tamizaje para el hipotiroidismo subclínico. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Epilepsia: tratar con monodrogas, con la mínima dosis terapéutica posible. Evaluar la posibilidad de suspender el tratamiento seis meses antes de intentar el embarazo, si las condiciones médicas son favorables (dos años sin convulsiones). En caso de requerir tratamiento, cambiar a carbamazepina, lamotrigina o levetiracetam. Administrar ácido fólico (4 mg/ día). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Hipertensión: informar sobre los riesgos para el embarazo y la importancia de cambiar al antihipertensivo adecuado. Realizar una evaluación general de las mujeres con larga data de hipertensión (hipertrofia ventricular, retinopatía, nefropatía). Sustituir antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina II, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y diuréticos durante la planificación de un embarazo, modificarlos por medicamentos como alfametildopa o nifedipino, entre otros. Previo a la gestación, debe contar con radiografía y ecocardiograma, valoración por oftalmología, nefrología y pruebas de función renal específicas.

Artritis Reumatoidea: informar acerca de la historia natural de la enfermedad, la mejoría potencial durante el embarazo y el empeoramiento en el puerperio. En caso de embarazo, evitar corticoides en el primer trimestre y suspender los AINES a partir de la 27 semana de gestación. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Lupus Eritematoso Sistémico: conocer el estadio de la enfermedad al momento de la consulta para saber si recomendar o no la gestación, así como explicar que el embarazo puede empeorar el estadio de la enfermedad y en pacientes que cursan por un estadio avanzado puede acelerar el proceso patológico. Planear el embarazo para momentos de remisión de la enfermedad, sobre todo si existe presencia de nefritis. Suspender durante el embarazo la ciclofosfamida que se utiliza frecuentemente en el lupus eritematoso por ser teratogénica; administrar azatioprina, ciclosporina A y cloroquina desde la preconcepción. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Enfermedad Renal Crónica: informar sobre la posibilidad de progresión de la enfermedad renal durante el embarazo. Realizar control de la presión arterial antes de la concepción produce mejores resultados perinatales. Solicitar proteinuria, dado que la presencia de proteína se asocia con malos resultados perinatales y progresión de enfermedad renal a largo plazo. Suspender drogas no aconsejadas para el embarazo (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina). Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Enfermedad cardiovascular: informar sobre los riesgos asociados con la patología cardiovascular y el embarazo. Evitar la Warfarina durante el primer trimestre. Realizar corrección quirúrgica (las que sean posibles) de patologías cardiovasculares antes del embarazo. Considerar remitir al especialista para manejo y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Trombofilia: evaluar el método de anticoncepción a iniciar dentro de la consulta, teniendo en cuenta que están contraindicados los métodos hormonales. Considerar el tamizaje de las mujeres de edad reproductiva con una historia personal o familiar de eventos trombóticos. Evaluar el riesgo trombótico en las mujeres con trombofilias congénitas con el fin de determinar el tratamiento oportuno. Sustituir la Warfarina por heparinas de bajo peso molecular antes del embarazo para evitar su efecto teratogénico, en caso de que se considere que es una paciente de riesgo y recibe Warfarina. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Anemia: evaluar la anemia durante el periodo preconcepcional y eventualmente tratarla en pacientes con riesgo de déficit de hierro.

Asma: informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. Mantener anticoncepción en mujeres con mal control del asma, hasta lograr un control efectivo del asma. Realizar tratamiento profiláctico previo al embarazo en pacientes con asma persistente. Tratar con budesónida (agente preferido como inhalador, único de categoría B). Utilizar como alternativa beclometasona -Categoría C. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Tuberculosis: garantizar el tratamiento completo de la enfermedad. Administrar fármacos como isoniacida, etambutol, rifampicina y pirazinamida antes y durante el embarazo. Evitar la estreptomicina. Recomendar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento anti TBC.

Neoplasias: informar sobre la posibilidad de agravarse durante el embarazo. Garantizar la planificación familiar durante el tiempo que dure el tratamiento antineoplásico. Aconsejar conducta de acuerdo con la agresividad del tumor, del estadio de la enfermedad y del compromiso en la condición de salud de la mujer. Considerar remitir al especialista para manejo, y dar asesoría y provisión anticonceptiva.

Obesidad mórbida: realizar evaluación nutricional y paraclínicos adicionales que permitan determinar el estado metabólico y endocrino, se debe informar el IMC ideal para iniciar un embarazo es de < 25.

Infertilidad: durante la consulta preconcepcional entregar información que permita prevenir la infertilidad, lo cual incluye:

- Realizar asesoría sobre el potencial impacto que pueden generar las infecciones de transmisión sexual especialmente VIH, Chlamydia tracomatis e infección gonocócica en la reproducción.

- Informar sobre el potencial impacto que tiene la obesidad sobre la fertilidad junto con un adecuado manejo de los trastornos nutricionales. La mujer con IMC mayor de 29 debe ser informada de una mayor dificultad para concebir y mayor riesgo obstétrico si logra un embarazo. La obesidad se asocia a una reducción de la calidad seminal, por lo que se deberá realizar una intervención nutricional.
- Orientar hacia la suspensión del tabaco en las parejas que buscan fertilidad. El consumo de tabaco impacta negativamente la fertilidad del hombre y de la mujer.
- Informar a las parejas con deseo reproductivo que la fertilidad declina con la edad de la mujer. Esta disminución es muy significativa después de los 35 años.
- Informar que la falta de descenso testicular (testículo no descendido) puede afectar severamente la función testicular. Así mismo, informar sobre la presencia de varicocele.

El diagnóstico de infertilidad se hará durante la consulta preconcepcional según los estándares de la OMS, esto es: "enfermedad del sistema reproductivo definida como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas".

En tal caso se deberá solicitar estudio histerosalpingografía más un espermograma de acuerdo con los parámetros de análisis seminal establecido por la OMS. Se deberá brindar apoyo psicológico a todas las parejas infértiles ya que esto mejora su calidad de vida.

Durante la consulta de seguimiento preconcepcional se realizará la revisión del espermograma y estudio ultrasonográfico respectivo. En caso de detectarse alguna anormalidad en el espermograma, el tiempo óptimo para volver a repetirlo debe ser de 3 meses (de acuerdo con el ciclo completo de la espermatogénesis).

Podrá referirse a consulta por profesional en psicología, nutrición, odontología, medicina especializada en ginecología, obstetricia, medicina interna, urología o endocrinología, o al que se requiera de acuerdo con la pertinencia médica. Durante el manejo médico especializado, se podrá solicitar realizar juntas médicas y/o interconsultas a profesionales de la medicina su especializados en medicina reproductiva de acuerdo según criterio médico.

4.1.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Sin perjuicio del cumplimiento de los estándares de habilitación para la consulta de medicina general, medicina familiar o enfermería, se debe contar con lo siguiente: Lista de chequeo que orienta el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional (anexo 1).

4.2 INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental[118] de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. Por esta razón, los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio nacional.

El derecho de las mujeres a decidir de manera libre y autónoma sobre la interrupción del embarazo está relacionado con la información y conocimiento que tenga acerca de las causales definidas en la Sentencia C355 de 2006. Esta información debe ser suministrada en el primer contacto que tenga la gestante con los servicios de salud. Una de las capacidades a desarrollar en las personas a partir de la adolescencia es el ejercicio de los DSDR, contenidos incluidos en la RPMS.

[118] La naturaleza del aborto como derecho fundamental de la mujer ha sido reconocido por la Corte Constitucional a través de las sentencias expedidas en el tema. Al respecto tener en cuenta: Sentencias: T – 732 de 2009 y T – 585 de 2010: *"Resulta innegable que, a partir de la sentencia C-355 de 2006, surgió en Colombia un verdadero derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas"*, Sentencia C - 754 de 2015: *"(…) esta Corporación ha determinado que la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los tres casos establecidos en la Sentencia C-355 de 2006, que incluye el aborto en supuestos de violencia sexual, es un derecho fundamental de las mujeres, como un derecho reproductivo"*, Sentencia T -732 de 2009: *"las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción"*, Sentencia T – 301 de 2016: *"Sin perjuicio de las regulaciones de rango legal o reglamentario que se produzcan frente al procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por parte de las autoridades competentes, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha definido al alcance del derecho fundamental a la IVE en las circunstancias descritas en la sentencia C-355 de 2006"*. Ver también: Sentencias: T-171 de 2007, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-946 de 2008, T-009 de 2009, T-388 de 2009, T-585 de 2010, T-636 de 2011, T-841 de 2011, T-959 de 2011 y T-532 de 2014. (Subrayas fuera del texto).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. Para el caso de la aspiración endouterina en el primer nivel de atención, se debe cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya. Así mismo, deben estar en capacidad de identificar, estabilizar y remitir cualquier complicación de la IVE que no pueda tratarse en ese nivel.

Aunque algunos procedimientos a realizarse después de las 15 semanas de embarazo se pueden llevar a cabo de forma ambulatoria (dilatación y evacuación o aborto por inducción con medicamentos), la IPS que atiende la IVE debe garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia para dar continuidad en la atención en un nivel superior, en caso de ser necesario. En cualquier caso, este prestador debe estar en capacidad de manejar las posibles complicaciones relacionadas con los procedimientos que se practiquen.

4.2.1 Objetivos

- Reconocer el derecho a la autonomía y autodeterminación reproductiva de la mujer, garantizando el acceso a servicios seguros y de calidad para la interrupción voluntaria del embarazo, en marco de lo previsto por la Sentencia C – 355 de 2006 y jurisprudencia complementaria, tratando con eficacia las posibles complicaciones del aborto.

- Informar a las mujeres frente a la preparación y ejecución de los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto; así como las opciones que se tienen, aun estando inmersas en alguna causal, sobre la posibilidad de seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el nacido vivo en adopción.

4.2.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos relacionados con la IVE requiere un equipo que pueda garantizar el acceso al procedimiento, así como brindar orientación y apoyo a la mujer. Este equipo puede estar compuesto por profesionales en enfermería, medicina, medicina especializada en ginecología, psicología y trabajo social. Cabe anotar que el hecho de no contar con todo el talento humano no puede constituirse en una barrera para la prestación del servicio.

4.2.3 Duración mínima recomendada

Al tratarse de una agrupación de procedimientos que va desde la consulta para asesoría de opciones frente al embarazo hasta la oferta anticonceptiva post aborto antes del alta, se considera que el tiempo es variable. En todo caso, si la mujer decide interrumpir el embarazo, desde la consulta inicial, hasta la realización del procedimiento, se debe garantizar que no transcurra un tiempo superior a cinco (5) días calendario. Ello implica que todos los integrantes del SGSSS lleven a cabo los procesos de su competencia sin dilaciones.

4.2.4 Atenciones incluidas

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud.
- Orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causales previstas por la sentencia C-355 de 2006, garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continúa o no con el embarazo.
- Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica.
- Asesoría y provisión anticonceptiva (según criterios médicos de elegibilidad OMS / CDC vigentes y preferencias de la mujer).
- Consulta de seguimiento.

4.2.5 Descripción

Consulta inicial por medicina para valoración integral de la salud de la mujer

El propósito de la consulta médica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo es establecer si la mujer está efectivamente embarazada y, de estarlo, conocer la edad gestacional y confirmar

que el embarazo sea intrauterino. Se incluye también la valoración de la salud integral de la mujer en sus dimensiones física, social, mental y del estado emocional.

La consulta inicial se refiere al primer contacto que tiene la mujer con los servicios de salud cuando voluntariamente solicita la IVE o cuando accede a los controles prenatales y se identifica que la mujer cumple con alguna de las causales previstas por la Sentencia C – 355 de 2006, y decide acceder al procedimiento.

Esta consulta puede ser llevada a cabo por medicina general o especializada. En cualquiera de los dos casos, se deben tener en cuenta las particularidades que se describen a continuación:

i. Toda solicitud de IVE debe quedar debidamente consignada en la historia clínica, se debe establecer la causal bajo la cual la mujer solicita la interrupción de su embarazo. Se debe documentar y registrar en forma clara y concreta en la historia clínica. Además, se deben relacionar los requisitos establecidos legalmente para cada causal.

ii. Se debe garantizar la intimidad de la mujer que solicita la IVE, razón por la que debe evitarse realizar interrogatorios extensos que vayan más allá de obtener información relevante para la historia clínica o solicitar en contra de su voluntad, la presencia de personas como su pareja o del representante legal o tutor en caso de niñas o adolescentes.

4.2.5.1 Anamnesis

En la consulta inicial se debe confirmar el embarazo y establecer la edad gestacional teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación. Además, se debe realizar una historia clínica completa. La mayoría de las mujeres comienzan a sospechar un embarazo cuando tienen un retraso menstrual. Se interroga, por tanto, sobre el primer día de la última menstruación (primer día de sangrado), y si esta fue normal. Es necesario precisar la exactitud de este dato y correlacionarlo con el examen físico la ecografía; en razón a que, en caso de estar lactando, tener periodos irregulares, estar usando anticonceptivos o presentar sangrados en etapas iniciales del embarazo, podría producirse un error en la estimación de la edad gestacional.

Los antecedentes médicos familiares y personales de la mujer deben interrogarse y documentarse de manera completa, con especial énfasis en todas aquellas condiciones previas que puedan orientar a la necesidad de un nivel de atención de mayor complejidad. También se debe incluir la valoración de sus condiciones psicosociales y de la posible afectación que el embarazo esté causando en ellas en el momento de la consulta. Deben explorarse, en especial, la tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos; así como la existencia de redes de apoyo (soporte familiar y/o de pareja o de condiciones socioeconómicas o de subsistencia).

4.2.5.2 Examen físico

El examen físico debe ser completo en su aspecto general. Específicamente, debe confirmar la existencia del embarazo y estimar su duración por medio de un examen pélvico bimanual o por medios paraclínicos si se dispone de ellos. Los signos detectables de embarazo entre las semanas 6ª y 8ª incluyen reblandecimiento cervical y/o del istmo, y reblandecimiento y elongación del útero. Si el tamaño uterino es menor al esperado, debe considerarse la posibilidad de un embarazo menos avanzado que el estimado por la fecha de la última menstruación, un embarazo ectópico o un aborto retenido. Un útero mayor al esperado puede indicar un embarazo más avanzado que el calculado por la fecha de la última menstruación, un embarazo múltiple, presencia de miomas o enfermedad trofoblástica gestacional. Además del tamaño, se debe confirmar la posición del útero para prevenir posibles complicaciones durante la IVE por aspiración endouterina en caso de anteversión o retroversión extrema. También se debe evaluar la presencia de enfermedades infecciosas del tracto genital, porque pueden aumentar el riesgo de una infección post aborto, si no son tratadas antes del procedimiento. Desde un punto de vista clínico, la presencia de infección por VIH en una mujer que se somete a una IVE requiere las mismas precauciones que para otras intervenciones médico/quirúrgicas. Si se sabe que la mujer convive con el VIH, se debe dar orientación y asesoría sobre VIH durante el embarazo.

4.2.5.3 Toma de paraclínicos

Como norma general, no son requisito exámenes paraclínicos para la prestación de servicios de IVE. Sin embargo, es importante conocer la hemoclasificación de la mujer y administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas al momento del procedimiento de IVE. En los casos en que clínicamente se sospeche anemia, se debe solicitar cuadro hemático para tomar las medidas necesarias ante una eventual hemorragia.

Al igual que en cualquier control prenatal, a toda mujer se le debe dar asesoría y ofrecer la prueba de tamizaje para VIH (prueba rápida), dejando claro que es voluntaria, pero que se recomienda practicarla a toda mujer embarazada. Este proceso de asesoría y ofrecimiento debe ser documentado en la historia clínica. También se debe ofrecer el tamizaje para sífilis con prueba treponémica rápida. En ningún caso, estas pruebas se pueden constituir en barrera de acceso al procedimiento de IVE.

La exploración ecográfica no es necesaria para la interrupción del embarazo durante el primer trimestre, salvo que, ante la presencia de otros signos o síntomas, se sospeche la presencia de un embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica o cualquier otra alteración de la gestación. En lugares donde se cuenta con este recurso, la ecografía puede ser de utilidad para la detección de embarazos ectópicos mayores de 6 semanas. En etapas tardías del embarazo, algunos profesionales encuentran esta tecnología de ayuda antes o durante el procedimiento de IVE. En las instituciones en las que se disponga de servicios de ecografía, se recomienda habilitar áreas distintas para la evaluación de las mujeres que solicitan la IVE y para las mujeres que reciben cuidados prenatales. Se recomienda también realizar los estudios ecográficos sin exponer a la mujer a la imagen de la gestación a menos que ella así lo desee.

Si se sospecha un embarazo ectópico, porque el tamaño uterino es menor al esperado o porque hay síntomas sugestivos como dolor o sangrado, o mareos, desmayos, palidez o masa anexial en casos avanzados, es esencial confirmar la localización del embarazo antes de iniciar un tratamiento para la IVE. La mujer debe ser remitida a un nivel de atención con disponibilidad de ecografía transvaginal y cuantificación de fracciones Beta de gonadotropina coriónica humana.

En caso de enfermedad o evento de interés en salud pública se deben realizar los exámenes de laboratorio pertinentes según protocolo de vigilancia en salud publica expedido por el Instituto Nacional de Salud, incluidos los estudios de histopatología u otros posteriores al procedimiento.

4.2.5.4 Certificación de las causales

Una vez se ha obtenido la historia clínica completa; se debe identificar si la mujer está dentro de alguna de las causales definidas por la sentencia C-355 de 2006.

Un profesional en medicina general está en la capacidad de identificar las causales, verificar el cumplimiento de los requisitos para cada una de ellas, y expedir el certificado correspondiente (en caso de que el embarazo represente algún riesgo para la vida o la salud física, mental o social de la mujer, o el feto presente alguna malformación incompatible con la vida extrauterina).

Un profesional en psicología también está en la capacidad de reconocer el riesgo de afectación a la salud mental o social que ha identificado la mujer y expedir el certificado correspondiente. Debe tenerse en cuenta que la mujer tiene derecho a un diagnóstico integral y oportuno sobre su estado de salud en relación con el embarazo, y ante la identificación de cualquier riesgo de afectación para su salud física, mental o social derivado de este; puede decidir si lo continua o no.

Así, la única exigencia para quien expide dicho certificado es que actúe conforme a los estándares éticos de su profesión[119]. Por lo tanto, no es exigible que ostente una especialidad específica o que pertenezca a una institución determinada.

Para los casos de violación, incesto, inseminación artificial o transferencia de óvulo no consentidas, la ausencia de la denuncia no puede constituirse en una barrera para acceder a la IVE, ya que el procedimiento hace parte de la prestación de servicios integrales en salud a los que tiene derecho una víctima de violencia sexual y para los cuales no es necesario contar con este requisito, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1719 de 2014. Debe tenerse en cuenta también que, según lo establecido en la Ley 1257 de 2008, la denuncia de violencia

[119] En este sentido, el profesional debe certificar que existe la probabilidad de daño, pero es la mujer quien identifica y decide sobre el nivel de riesgo o peligro que está dispuesta a correr, es decir, hasta donde permitirá que la gestación altere su bienestar. Así, el certificado no es una argumentación sobre si se debería interrumpir o no el embarazo según la ponderación del riesgo que hace quien lo expide, sino la confirmación de que en efecto, la hipótesis del riesgo existe. Cabe señalar que la certificación del riesgo no depende de que este sea de una intensidad determinada sino solo de su existencia.

sexual puede ser interpuesta por otra persona que no sea la víctima, razón por la que el/la profesional de salud debe dar aviso de la violencia sexual a las autoridades competentes con el fin de que estas inicien la investigación de oficio, dado que el acto de violencia tiene un carácter no conciliable, no desistible y no transable.

También debe tenerse en cuenta que la atención en salud a víctimas de violencia sexual debe brindarse como una urgencia médica, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta y de la existencia o no de denuncia

A las menores de catorce años no se les debe exigir denuncia en ningún caso como requisito para acceder a la IVE pues existe la presunción de que han sido víctimas de violencia sexual, además de la activación de las rutas de protección y justicia de las que trata la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social o la que la modifique o sustituya.

En caso de que sea necesaria la valoración de la mujer por parte de un especialista, se debe iniciar la remisión de la mujer de manera inmediata, sin que esto se constituya en una barrera al acceso del servicio de IVE, y sin que la atención se extienda más allá del plazo razonable establecido. Idealmente, los servicios de IVE deben estar disponibles en el mismo nivel de atención en el que la mujer consulta; siempre y cuando se cuente con personal médico entrenado en aspiración endouterina e IVE con medicamentos. En caso contrario, se deben iniciar los trámites de remisión necesarios, teniendo en cuenta la obligación de garantizar la oportunidad del servicio.

De ninguna manera pueden imponerse tiempos de espera prolongados o sujetar la remisión de la mujer a la disponibilidad de citas por consulta externa o a la realización de cualquier trámite que limite la prestación de un servicio oportuno. El término razonable para responder las solicitudes de IVE y para realizar el procedimiento es de cinco (5) días calendario contados a partir de la consulta.

La exigencia de requisitos adicionales a la mujer como órdenes judiciales o administrativas, conceptos de asesores o auditores, dictámenes de medicina legal, juntas médicas, autorizaciones de familiares o terceros están prohibidos y constituyen barreras inadmisibles para la garantía en la prestación de los procedimientos de IVE.

4.2.5.5 Orientación y asesoría

A toda mujer que decide interrumpir voluntariamente su embarazo, se le debe ofrecer orientación y asesoría. Aunque la orientación y asesoría no son obligatorias, ni se deben constituir en un prerrequisito que obstaculice el acceso a los servicios de IVE o dilate la atención, la orientación y asesoría oportunas y de calidad, son aspectos primordiales en el proceso de toma de decisión de la mujer, con el fin de mejorar los resultados del proceso, garantizar el derecho a la procreación en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Idealmente estos servicios deben ser prestados por profesionales de psicología o de trabajo social; sin embargo, en caso de no contar con estos perfiles puede estar a cargo de profesionales de la salud con capacitación suficiente en derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con la guía de capacitación para atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo.

En general, la orientación debe consistir en un acompañamiento emocional que cree un ambiente propicio para que la mujer hable sobre cómo se siente, cómo llegó a la situación actual e identifique sus condiciones personales, familiares y sociales particulares. Durante la misma se deben revisar los significados, ideas y temores involucrados en la vivencia y las herramientas disponibles para afrontar la situación, teniendo en cuenta el contexto en el que vive la mujer, lo mismo que sus valores, creencias y sentimientos. También se le debe informar ampliamente sobre sus derechos y respetar sus decisiones.

Por lo tanto, en ningún momento la orientación y asesoría intenta imponer valores o creencias, como tampoco cambiar las decisiones de la mujer. No pretende aconsejar, juzgar o adoctrinar. La orientación y asesoría debe llevarse a cabo de manera estructurada, imparcial y lógica, garantizando un espacio de respeto que permita a la mujer una expresión abierta de su vivencia, sin que se cuestione su decisión, se le revictimice o se le imponga la realización de trámites innecesarios (como la consulta a otros profesionales, la toma de tiempos de reflexión etc.).

Así, a través del acompañamiento y la información (oportuna, completa, de fácil acceso y fidedigna), en un ambiente de respeto y promoción de la autonomía, la libertad y la voluntad de la mujer, la orientación y asesoría se convierten en una oportunidad para la afirmación del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en un marco de derechos y responsabilidades.

La orientación y asesoría deben ser proporcionadas en un ambiente de estricta privacidad y deben garantizar la confidencialidad, mediante la protección de la información que se revele dentro de las mismas. La participación del compañero, padre, madre o cualquier otra persona en la consulta solo es permitida si la mujer, niña o adolescente lo autoriza explícitamente, de lo contrario, el involucramiento de terceras personas constituye una ruptura seria de la confidencialidad. Por otra parte, debe evaluarse siempre la red de apoyo social y familiar de la mujer.

La orientación y asesoría en los casos de mujeres víctimas de violencia sexual se deberá dar en los términos que define la Resolución 459 del 2012 o la normatividad que la modifique y deberá extenderse en tiempo de acuerdo con el criterio del equipo de salud que la atienda de manera integral en la Ruta Integral de Atención de las violencias en su tramo de violencias de género.

4.2.5.6 Identificar coerción

Se debe identificar si la mujer puede estar bajo la presión de su pareja, otro miembro de la familia u otra persona para continuar el embarazo o para la interrupción de este. Si el personal de salud sospecha coerción, deberá hablar con la mujer en privado y seguir los protocolos institucionales y las normas para garantizar la seguridad de la mujer y sus derechos a la autonomía y la libertad.

Algunas mujeres se acercan a los servicios de salud después de haber tomado la decisión de interrumpir el embarazo y no requieren orientación adicional para este fin. Por lo tanto, se debe respetar su voluntad y la decisión que ha tomado el marco del ejercicio de su autonomía.

4.2.5.7 Información y elección del procedimiento

Durante la interacción inicial es determinante escuchar y aclarar los temores y dudas; responder las preguntas empleando un lenguaje claro, sencillo y pertinente y asegurarse de que la mujer ha comprendido la información.

Adicionalmente, toda paciente debe conocer que existen alternativas a la IVE, las cuales deben ser expuestas de manera objetiva e imparcial. Dichas alternativas son la continuación del embarazo para ejercer la maternidad o para entregar el nacido vivo en adopción.

Una vez la mujer ha tomado la decisión de interrumpir el embarazo, la información mínima que debe recibir sobre el procedimiento incluye:

- Las opciones de tratamiento, incluyendo las características, riesgos y ventajas asociadas a cada una de ellas.
- Lo que sucederá y lo que sentirá durante el tratamiento y el tiempo que tomará cada uno.
- Lo que puede esperar después del procedimiento, retorno de la fertilidad, reinicio de la actividad normal (incluyendo relaciones sexuales), cuidados que debe tener posteriormente, anticoncepción y demás actividades de prevención y promoción en salud sexual y reproductiva.
- El marco legal que la protege y le garantiza el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y la necesidad del consentimiento informado.

En los casos en que se identifica violencia sexual, la mujer debe ingresarse en los procedimientos propios de la RIAS para población sujeta a riesgo o víctimas de violencia.

4.2.5.8 Elección del procedimiento

Los métodos para la IVE pueden clasificarse en métodos farmacológicos y no farmacológicos. Cuando no haya restricciones desde el punto de vista clínico, la mujer es quien elige libremente el tipo de procedimiento, teniendo en cuenta la edad gestacional, las ventajas y desventajas de cada método y las preferencias particulares.

4.2.5.8.1 Métodos farmacológicos

Los métodos recomendados son los que utilizan una combinación de Mifepristona seguida de Misoprostol.

Regímenes recomendados de Mifepristona + Misoprostol:

- Hasta las 10 semanas: Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL sublingual a las 24 -48 horas (Puede darse el proceso en casa)
- 10 a 15 semanas (supervisado): Mifepristona 200 mg VO+ Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 -48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. Usar hasta 4 dosis
- 15 a 20 semanas Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg VV o VSL a las 24 -48 horas + Misoprostol 400 mcg VV o VSL cada 3 horas. hasta la expulsión (Se debe considerar la dosis de Misoprostol conforme avanza la edad gestacional).

Si no se dispone de Mifepristona, se recomiendan los regímenes de Misoprostol Solo:

- < 13 semanas: 800 mcg VSL cada 3 horas o VV*/VB cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis)
- 13 a 24 semanas: 400 mcg VV*/VSL/VB cada 3 horas,
- 25 a 28 semanas: 200 mcg VV*/VSL/VB cada 4 horas
- >28 semanas: 100 mcg VV*/VSL/VB cada 6 horas

Vías de administración:
VV: vía vaginal
VSL: vía sublingual (debajo de la lengua)
VO: vía oral
VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía)

*En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal.

El uso de métodos de IVE con medicamentos por encima de las 10 semanas de gestación requiere siempre supervisión directa durante el proceso y contar con la posibilidad de ofrecer aspiración al vacío en el mismo lugar o en un sitio de remisión, en caso de ser necesaria. Después de la expulsión, en caso de retención de restos ovulares puede ser necesario un procedimiento de evacuación uterina.

Cuando se utilizan métodos farmacológicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe realizarse la inducción a la asistolia fetal antes del procedimiento. Estos métodos como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo no producen directamente la asistolia fetal; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto.

Entre los regímenes utilizados frecuentemente previos al procedimiento para inducir la asistolia fetal se incluyen:

- Inyección de cloruro de potasio (KCl) a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto.

  Es sumamente eficaz, pero requiere experiencia para aplicar la inyección en forma segura y precisa y tiempo para observar la cesación cardíaca mediante ecografía.

- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina

  La digoxina tiene una tase de éxito ligeramente menor que el KCl para provocar la asistolia fetal; no obstante, es técnicamente más fácil de usar, no requiere una ecografía si se administra por vía intraamniótica, y su seguridad ha sido demostrada (los niveles de suero maternos permanecen en los niveles terapéuticos o subterapéuticos de digoxina).

  La digoxina requiere tiempo para la absorción fetal; en consecuencia, suele administrarse el día anterior a la inducción del aborto junto con la mifepristona.

  Para el expulsivo de óbito fetal posterior a la administración de algunos de los métodos de inducción a la muerte fetal antes mencionados, se requiere un servicio obstétrico de mediana o alta complejidad habilitado y que la atención de dicho expulsivo o la realización de operación cesárea, según sea el caso, se realice de forma inmediata. Cuando la inducción de la muerte fetal se realice en una institución sin servicio de obstetricia de mediana y alta complejidad, la IPS debe garantizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia, que garanticen la atención inmediata y continua en el nivel de complejidad requerido de acuerdo con las características particulares de riesgo en cada caso.

4.2.5.8.2 Métodos no farmacológicos

Hasta la semana 15: aspiración al vacío manual o eléctrica.

> de 15 semanas: dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas

La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como **obsoleto** y no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia hospitalaria y mayores costos.

4.2.5.9 Consentimiento informado

El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de la mujer embarazada en la que solicita y acepta someterse a una IVE, para el cual debe haber recibido información clara, real, objetiva y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Este consentimiento deberá suscribirse con antelación al procedimiento de IVE y anexarse a la historia clínica.

Las niñas menores de 14 años en estado de gravidez tienen el derecho a exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo y este debe primar cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicho procedimiento. Cualquier medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento de las niñas menores de 14 años resulta no solo inconstitucional sino también contraproducente[120].

Para el caso de mujeres o niñas con discapacidad, debe prevalecer también su manifestación libre e informada sobre la realización del procedimiento de IVE. Para esto, deben emplearse los apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que sean necesarias en los términos de la Resolución 1004 de 2017.

4.2.5.10 Descripción procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo

4.2.5.10.1 Interrupción no farmacológica

Cuando se opte por esta técnica se debe realizar:

- Preparación cervical: por lo general los procedimientos de evacuación uterina requieren de dilatación cervical, la cual se logra con dilatadores osmóticos o mecánicos.
- Prevención del dolor. Toda mujer debe recibir analgesia rutinariamente. Se recomienda la administración previa de analgésicos tipo AINES. La evidencia indica que esta conducta reduce el dolor que la mujer experimenta durante la recuperación inmediata. El esquema sugerido es ibuprofeno, 800 mg vía oral, media hora antes del procedimiento. El acetaminofén no ha mostrado ser útil en estos casos. Actualmente se sugiere el empleo de analgésicos narcóticos para el control del dolor.
- Prevención de infección post aborto. El esquema más recomendado es doxiciclina en dosis de 100 mg antes del procedimiento o 200 mg después del procedimiento. Metronidazol por vía rectal en casos de lactancia materna, alergias a la doxiciclina o intolerancia gástrica a la misma.
- Evacuación uterina hasta las 15 semanas: Aspiración endouterina La aspiración al vacío es la técnica no farmacológica de elección para embarazos hasta de 15 semanas completas.
- Evacuación uterina desde las 15 semanas: Dilatación y evacuación La dilatación y evacuación (DyE) es utilizada desde las 15 semanas completas de embarazo. En aquellos lugares en donde se dispone de profesionales con experiencia y habilidad, es la técnica no farmacológica más efectiva y segura para embarazos de más de 15 semanas. La DyE requiere la preparación cervical con mifepristona o una prostaglandina como el misoprostol,

[120] Para esto debe tenerse en cuenta que el Artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño señala que los niños y niñas ejercen sus derechos de manera autónoma; y que la jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. Desde esta perspectiva, sostiene la Corte, "una medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento del menor, resulta inconstitucional porque anula totalmente el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad de los menores". Corte Constitucional, Sentencias C – 355 de 2006 y T – 388 de 2009.

o laminaria o un dilatador hidrofílico similar. Se debe dilatar el cérvix y evacuar el útero utilizando un aspirador eléctrico con una cánula de 14 a 16 mm de diámetro y pinzas. Dependiendo de la duración del embarazo, una adecuada dilatación puede requerir desde dos horas hasta un día completo.

4.2.5.10.2 Interrupción farmacológica

El método recomendado para la interrupción del embarazo con medicamentos es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol como muestra el anexo 13 hasta lograr la expulsión, siempre bajo supervisión directa durante el proceso.

Antes de iniciar el tratamiento, se debe dar información exacta, imparcial, completa y comprensible sobre el tratamiento con medicamentos y lo que se debe esperar del mismo. La información debe incluir como mínimo:

- La efectividad del tratamiento medicamentoso que está entre el 85% (con misoprostol) y 95% (con mifepristona + misoprostol).
- La probabilidad de requerir aspiración uterina después del tratamiento con medicamentos es hasta del 15%.
- El tiempo de inicio y duración del sangrado y de la expulsión del producto de la concepción.
- Otros efectos esperados como el dolor abdominal.
- El tiempo estimado del retorno de la fertilidad.
- Efectos colaterales como nauseas, vómito, fiebre, escalofríos, diarrea o cefalea.

4.2.5.11 Recuperación

La mayoría de las mujeres que tienen una IVE durante el primer trimestre con anestesia local se sienten lo suficientemente bien como para dejar la Institución después de haber permanecido alrededor de 30 a 60 minutos en observación en una sala de recuperación. Por lo general, son necesarios períodos más largos de observación cuando se ha administrado sedación consciente o anestesia general. Durante este periodo, el personal de salud brinda a la mujer comodidad y apoyo y monitorea su recuperación. Vigila en especial el nivel de dolor y administra analgésicos y antiespasmódicos a necesidad cuando el dolor se encuentra dentro de lo esperado o alerta en cuanto a la posibilidad de perforación uterina o hematómetra cuando sea mayor al usual.

Se debe administrar inmunoglobulina anti-D a toda mujer que sea Rh negativo y cuyo compañero sea Rh positivo o no determinado, en dosis de 50 mcg. para mujeres con edades gestacionales hasta las 11 semanas y 300 mcg. para usuarias con edades gestacionales de 12 semanas o más

La mujer debe recibir información clara sobre los síntomas que puede tener durante su recuperación como dolor tipo cólico ocasional durante la primera semana, que no debe incrementarse y que debe ceder con analgésicos comunes; sangrado similar al menstrual en promedio por 10 días, aunque puede durar hasta 4 semanas.

También debe saber que la ovulación puede ocurrir tan temprano como 8 días después del procedimiento y por lo mismo es necesario que utilice un método anticonceptivo, idealmente desde el mismo día y que la menstruación reaparecerá entre 30 y 40 días después del procedimiento. Después de la IVE, la mayoría de las mujeres puede retomar sus actividades habituales en el transcurso de horas o 1-2 días.

Se deben dar instrucciones claras de consultar en caso de fiebre, dolor abdominal severo o sangrado mayor a dos toallas higiénicas empapadas por hora durante más de dos horas consecutivas.

4.2.5.12 Asesoría y provisión anticonceptiva

Es mandatorio realizar asesoría anticonceptiva y provisión del método anticonceptivo antes del alta hospitalaria si la mujer así lo ha elegido. Realizar de acuerdo con la directriz de atención para la planificación familiar y la anticoncepción. En caso de que la mujer haya iniciado un método, se deberá hacer la gestión para la asignación de la cita para el control del método de anticoncepción como se establece en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

4.2.5.13 Consulta de seguimiento

Después de una IVE por aspiración no se requiere una visita de seguimiento si la mujer cuenta con la información adecuada acerca de cuándo buscar atención debido a complicaciones y si ha iniciado un método anticonceptivo o ha recibido la información necesaria para cubrir sus necesidades anticonceptivas. No obstante, si la mujer lo desea puede regresar a la institución 1 o 2 semanas más tarde para evaluar su salud en general, confirmar la ausencia de complicaciones y reforzar los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.
En el caso de la IVE farmacológica, el control también es opcional siempre y cuando se cumplan estas condiciones:

- Se hayan creado los mecanismos adecuados para que la mujer pueda valorar por si misma los resultados del proceso y pueda confirmar que el tratamiento ha sido exitoso, ya que, en general, las mujeres son capaces de determinar si han tenido un aborto completo con alta precisión. Para ello, debe recibir información completa sobre los signos y síntomas que se esperan en un aborto completo[121].
- Se garantice al menos el seguimiento telefónico, chat u otro medio en el que pueda comprobarse la identificación o no de estos signos y síntomas y de otros relacionados con las posibles complicaciones.

En la consulta de seguimiento, si fuera realizada, un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, y el hallazgo al examen físico de un útero de tamaño normal, cérvix cerrado y sangrado ausente o mínimo, son altamente sugestivos de un tratamiento exitoso. En estos casos no es necesaria la realización de ningún otro examen.
Cuando no se ha presentado sangrado o este fue escaso o cuando persiste un sangrado importante hasta 1-2 semanas más tarde o los síntomas de embarazo aún están presentes, se debe sospechar una falla del tratamiento. En caso de confirmarse la persistencia del embarazo o la presencia de un aborto retenido, se debe llevar a cabo un procedimiento de evacuación uterina por aspiración u otra técnica.
Cuando la IVE se realiza después de la semana 20, se realizan procedimientos de Inducción de la asistolia fetal y debe inducirse el parto en consecuencia. Aplica de manera obligatoria el control posparto tal como lo presenta en este lineamiento el procedimiento de atención del puerperio.

4.2.6 Instrumentos, insumos y dispositivos

- *Medicamentos e insumos*

Guantes de examen limpios; agua limpia; detergente o jabón; agente antagonista del receptor de progesterona (Mifepristona); agente de preparación cervical (Análogos de las prostaglandinas como el misoprostol); analgésicos y ansiolíticos; guantes, bata, protección facial; agujas (espinal calibre 22 para bloqueo paracervical y calibre 21 para la administración de medicamentos); jeringas (5, 10 y 20 ml); lidocaína para el bloqueo paracervical; esponjas de gasa; solución antiséptica (sin base alcohólica) para preparar el cuello uterino; soluciones y materiales para esterilización o desinfección de alto nivel;- silicona para lubricar las jeringas; toallas higiénicas ; antibióticos; anticonceptivos.

En caso de complicaciones: agentes uterotónicos (oxitocina, misoprostol o ergotamina); venoclisis y fluidos intravenosos; mecanismos claros de derivación a instalación de nivel superior, cuando sea necesario.

- *Equipos*

Tensiómetro - Estetoscopio - Espéculo - Tenáculo (Tenáculo atraumático) - Dilatadores plásticos de Denniston o metálicos de Hegar - Aspirador de vacío eléctrico (con cánula de 14 o 16 mm) o aspirador de AMEU y cánula de hasta 12 mm - Pinzas Bierer de evacuación uterina (corta y larga) - Pinzas Sopher de evacuación uterina (corta y larga) - Cureta flexible posparto grande - Pinzas de aro - Recipiente de acero inoxidable para preparar solución - Bandeja para instrumentos - Plato de vidrio claro para la inspección de los tejidos - Colador (metal, vidrio o gasa). - Oxígeno y balón AMBU[122]- Acceso en el centro a un ecógrafo (opcional) - Portagujas largo y sutura - Tijeras - Compresas de gasas para la cavidad uterina - Sonda de Foley.

[121] Un episodio de sangrado abundante con o sin expulsión de tejidos, precedido de cólico con resolución completa de los síntomas de embarazo y sin sangrado posterior, son indicativos de una aborto completo.
[122] Del inglés Airway Mask Bag Unit.

4.3 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

En este lineamiento se incluye lo referente a la **atención para el cuidado prenatal de bajo riesgo**. Las características y contenidos de la atención **para el cuidado prenatal de alto riesgo** dependerán de los hallazgos clínicos y paraclínicos específicos; sin embargo, en todo caso **se deberá cumplir para cualquier atención (alto o bajo riesgo) con todo lo definido en la presente sección**.

Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a: i) mejorar la salud materna ii) promover el desarrollo del feto, iii) identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y iv) generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

Para el desarrollo oportuno de esta atención, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.

Para la adecuada prestación de esta intervención, los aseguradores y prestadores de salud en el país deberán garantizar de acuerdo con el riesgo identificado la atención de las gestantes en el mismo prestador primario, lo más cercano posible a su lugar de residencia o permanencia, de acuerdo con las frecuencias y momentos de atención que se describen en el presente lineamiento.

Además de asegurar los mecanismos para la vinculación temprana a la consulta de atención para el cuidado prenatal, corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios la reorientación inmediata hacia la atención para el cuidado prenatal como mínimo cuando se presenten alguna(s) de la(s) siguiente(s) situación(es): Inasistencia a las consultas para el cuidado prenatal, resultados de laboratorios o ultrasonografías anormales, hospitalización y/o consultas de urgencias.

Por otro lado, corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud disponer los mecanismos para que las gestantes no sean devueltas por políticas de llegadas tarde a la consulta para el cuidado prenatal, así como a ninguno de los procedimientos que se presentan en este lineamiento.

4.3.1 Objetivos

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación, a fin de identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno.
- Establecer un plan integral de cuidado prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice el manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.
- Ofrecer información a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita la preparación para la maternidad y una interrelación adecuada entre los padres, las familias y su hijo desde la gestación.

4.3.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la atención para el cuidado prenatal para gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un profesional en medicina. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad en estos casos para que se le brinde la atención oportuna para los casos derivados.

Cuando en las consultas de cuidado prenatal realizadas por profesional en enfermería, se identifique a partir de la anamnesis o del examen físico factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación o anormalidades en los paraclínicos, se debe remitir inmediatamente a la gestante para valoración por profesional en medicina a fin de garantizar su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad de la atención en estos casos.

4.3.3 Duración mínima recomendada

Primera consulta: si esta se realiza antes de la semana 10ª de gestación la duración mínima es de 30 minutos; cuando una gestante comience tardíamente su proceso, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para las consultas previas, así como aquellas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que una primera consulta tardía se haga con una duración mínima de 40 minutos. La duración de las consultas de seguimiento será, mínimo, de 20 minutos

4.3.4 Atenciones incluidas

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- Valorar el estado de salud de la gestante
- Identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales
- Detectar tempranamente alteraciones
- Brindar información en salud
- Establecer el plan integral de cuidado

4.3.5 Frecuencia

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multípara se programarán mínimo 7 controles durante la gestación.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

4.3.6 Descripción

4.3.6.1 Primera consulta prenatal

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:

4.3.6.1.1 Asesorar sobre opciones durante el embarazo

Antes de hacer la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal, debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en caso de configurarse una de las causales establecidas en la sentencia C355 de 2006.

4.3.6.1.2 Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo

Esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades:

Anamnesis

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.

Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino.

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios,

retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió trasfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: nauseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado (Anexo 2).

Otros condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

Además, se deberá Indagar la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:

- ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
- ¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o víctima de violencia.

Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:
- Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
- Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?
- Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde “sí” a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

Indagar a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus hijos debido al uso (incluso de mínimas cantidades) de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Los proveedores de atención médica deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que consumen alcohol o drogas de manera habitual o a las mujeres con consumos incidentales durante el embarazo que persisten su consumo a pesar de la información recibida.

La intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (típicamente 5-30 minutos) ofrecida con el objetivo de asistir a una persona a cesar o reducir el uso de una sustancia psicoactiva. Está diseñado especialmente para profesionales y otros trabajadores de atención primaria de salud.
La intervención breve debe ser individualizada e incluir comentarios y consejos sobre cómo cesar o reducir el alcohol y el uso de otras sustancias durante el embarazo. Es necesario realizar un seguimiento a la paciente, evaluando la posibilidad de remisión a tratamiento para aquellas pacientes que no pueden reducir o eliminar dicho uso, a través de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

Examen físico

***Realizar examen físico completo por sistemas*:** debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

***Tomar medidas antropométricas*:** peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros[123]:

IMC < 20 kg/m2	= ganancia entre 12 a 18 Kg
IMC entre 20 y 24,9 kg/m2	= ganancia entre 10 a 13 Kg
IMC entre 25 y 29,9 kg/m2	= ganancia entre 7 a 10 Kg
IMC > 30 kg/m2	= ganancia entre 6 a 7 Kg

Si el primer control prenatal es tardío (después de la semana 16 – 18) se recomienda registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.

***Valoración ginecológica*:** realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

Valoración obstétrica: número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes de laboratorio

Previa información de la naturaleza de los exámenes paraclínicos y autorización para los que se requiera se debe solicitar:

- Urocultivo y antibiograma.
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.

[123] Resolución 2465 de 2016 del MSPS o la norma que la modifique o sustituya.

- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.
- En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada >= 98% para tamizaje en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas. Se recomienda considerar la presencia de factores de riesgo en cualquier momento de la vida de la embarazada como: conocimiento del vector «pito», vivienda con piso de tierra, techo de palma o pared de bahareque ubicada a menos de 2.000 m sobre el nivel del mar, tener familiares con diagnóstico de enfermedad de Chagas o haber recibido transfusiones sanguíneas principalmente antes del año 1995.
  Ante un resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje, se deberá realizar como prueba complementaria, ELISA antígenos recombinantes con especificidad recomendada >=98%.
  La detección de infección por T. cruzi (enfermedad de Chagas) en la gestante conllevará al análisis posterior en el producto para identificar transmisión transplacentaria.

4.3.6.1.3 Valoración del riesgo materno

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna.

Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

Las gestantes adolescentes deberán tener acompañamiento durante el resto de la gestación por el equipo de salud mental y trabajo social.

Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave, se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.

En gestantes con prueba treponémica rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se debe ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad; si no hay antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina se debe aplicar una dosis de penicilina benzatínica de 2.400.000 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba treponémica rápida; si hay historia de alergia a la penicilina o reacciones tipo I realice desensibilización con penicilina V potásica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentra la gestante, derivar a la RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas – ITS.

Los factores de muy alto riesgo y de alto riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un evento tromboembólico venoso son:

1. Trombofilias heredadas o adquiridas.
2. Evento tromboembólico venoso prévio
3. Anemia de células falciformes

Para la clasificación de riesgo de eventos tromboembólicos se deberá tener en cuenta la escala anexa (Anexo 11).

Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) se debe realizar inmediatamente una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se debe tomar inmediatamente una muestra de sangre total para realizar carga viral de VIH. Inicie tratamiento antirretroviral profiláctico y remita al prestador complementario para que le continúen manejo y definan el diagnóstico final.

4.3.6.1.4 Plan de cuidado

- Formulación de micronutrientes:
  - Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.
  - Calcio: suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
  - Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

- Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante. El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:
  - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
  - Influenza estacional a partir de la semana 14
  - Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap) a partir de la semana 26 de gestación.

- Información en salud: dirigida a la gestante y su acompañante, hacer énfasis en:
  - Los servicios de salud a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad.
  - Promover los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social.
  - Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos.
  - Importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

- Se debe indagar por alguna barrera lingüística o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles prenatales; en caso tal, se deberá indicar la necesidad de albergues (casa de paso u hogares maternos) o facilitadores interculturales (intérpretes).

- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo.

Control prenatal de seguimiento

Los controles prenatales de seguimiento pueden ser realizados por el profesional de medicina o enfermería a las gestantes sin factores de riesgo. Incluye:

- Valoración integral del estado de salud de las gestantes
- Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
- Detección temprana de alteraciones
- Información en salud
- Establecimiento del plan de parto

4.3.6.1.5 Valoración integral del estado de salud de la gestante

Orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia.

Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado.

Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de la gestación. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten identificar riesgo de depresión post parto.

Examen físico

Debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

- Tensión arterial (si hubiese criterios de preeclampsia, esto es: mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas, después de la semana 20 de gestación, o mayor o igual a 160/110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco, se deberá garantizar continuidad de la atención hasta acceder a este servicio).
- Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
- Altura uterina.
- Frecuencia cardiaca fetal.
- Situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

Solicitud de exámenes paraclínicos

- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de inmunoglobulina (Ir) M para toxoplasma. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas.
- Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidez.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto.
- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa (aplicada en el momento y el sitio de la consulta). Realizar en cada trimestre de gestación.
- En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones. Realizar en cada trimestre de gestación.
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación.
- En zonas endémicas de malaria se debe indicar una gota gruesa mensual.

Todo examen paraclínico que sea anormal deberá ser informado inmediatamente por medio documentable a la EAPB para contactar y reorientar al control prenatal inmediatamente.

Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para gestantes que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo.
Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se canaliza a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

4.3.6.1.6 <u>Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud</u>

- Formulación de micronutrientes.
- Vacunación.
- Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo[124], o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia[125].
- Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para Zikv.
- Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal.
- Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física.
- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg vía oral.

4.3.6.1.7 <u>Información en salud:</u>

Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en:

- Anticoncepción y planificación reproductiva.
- Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.
- Opciones para el manejo de la gestación prolongada.

4.3.6.1.8 <u>Plan de parto</u>

En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

- Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold).
- Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijas o hijos si los tiene) y remitir.
- En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo de embarazo prolongado
- Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido.
- Cuidados postnatales.

4.3.6.1.9 <u>Valoración del riesgo materno</u>

En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.

En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

---

[124] Alto Riesgo para Preeclampsia:• Antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo en embarazos previos. •Enfermedad renal crónica. • Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípido.• Diabetes tipo 1 o diabetes tipo 2 • Hipertensión crónica.

[125] Criterios de riesgo moderado para Preeclampsia: • Primer embarazo. • Edad de 40 años o más. • Intervalo intergenésico mayor a 10 años. • Índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² en la primera visita. • Antecedentes familiares de preeclampsia. • Embarazo múltiple.

4.3.7 Instrumentos insumos y dispositivos

Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné materno con las variables del CLAP; escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado; nomograma de Atalah.

4.4 CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

Desde el enfoque de curso de vida, la maternidad y la paternidad se conciben como un suceso vital, que implica cambios físicos, psicológicos y emocionales en la mujer gestante que promueven o ponen en riesgo la salud física y mental de la mujer, y la de su hijo/a por nacer. El curso de preparación para la maternidad y la paternidad es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio.

4.4.1 Objetivos

- Desarrollar capacidades en las mujeres gestantes, así como en sus parejas y familias, para comprender los cambios físicos, psicológicos y sociales que suceden en esta etapa de la vida, con el fin de que promuevan el cuidado de la salud y disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Desarrollar capacidades en las madres, padres y sus familias para vivir la gestación, el parto, el puerperio y el cuidado del recién nacido de manera sana y psicológicamente armoniosa.

4.4.2 Talento humano en salud requerido

Las actividades que incluye el curso de preparación para la maternidad y la paternidad deben ser ejecutadas por un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada (ginecología y pediatría) con el apoyo de otros profesionales de la salud que se definan de acuerdo con la necesidad.

4.4.3 Frecuencia y duración mínima

Serán mínimo 7 sesiones con una duración que oscila entre los 60 y los 90 minutos cada una, divididas así:

- una sesión antes de la semana 14,
- tres sesiones en el segundo trimestre y
- tres sesiones en el tercer trimestre.

El modelo de prestación que se implemente deberá permitir que la no asistencia a una de las sesiones pueda ser tomada en un nuevo ciclo. La disposición de los contenidos de cada sesión y la periodicidad específica será definida por el prestador primario.

4.4.4 Orientaciones para la realización del curso

Con una metodología de diálogo de saberes se realizarán sesiones grupales, con el objeto de compartir conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado de la maternidad y la paternidad, del cuidado (propio y de los otros) y de construir nuevos conocimientos, prácticas y valores, que se traduzcan en compromisos concretos para promover y mantener la salud y la calidad de vida de la mujer gestante y su hijo(a) por nacer.
La intencionalidad del curso de preparación para la maternidad y la paternidad es el desarrollo de las siguientes capacidades:

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o acompañantes	Contenidos propuestos
	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo	Comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que	Sentimientos acerca de la gestación y de los cambios fisiológicos y psicológicos,
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	que les permite implementar prácticas de cuidado de su salud.	les permite aportar al cuidado de la mujer gestante y del niño/niña. Familias y red de apoyo de la mujer gestante que reconocen y valoran el proceso de desarrollo gestacional	así como la forma de manejarlos. Mecanismos para afrontar la ansiedad por la salud de la madre y del hijo. Reconocimiento de las causales de la IVE de acuerdo con la sentencia C-355 de 2006. Sentimientos acerca de la imagen corporal, aumento de peso. Las relaciones laborales y familiares durante la gestación y estrategias para hacer frente a los problemas interpersonales. Sistemas de apoyo disponibles.
	Comprenden cuáles son los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.		Cómo mejorar la accesibilidad cuando vive en áreas rurales y cuando hay barreras culturales y del lenguaje. Asistencia a controles prenatales. Control del recién nacido. Esquema de atenciones individuales en la primera infancia.
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio	Practican de manera autónoma los ejercicios físicos y de relajación que la preparan para el parto.		Higiene postural: Ejercicios de fortalecimiento del piso pélvico. Actividades de pujo (en colchoneta) Posiciones durante las contracciones: (mecedora, silla - vaquero y gateo en la pared) Orientaciones sobre la respiración durante las contracciones y el pujo. Ejercicios de respiración con ciclos 15/5. Ejercicios: a) en colchoneta: de estiramiento de columna cervical, hombro y cintura escapular; b) activos: de cuello y miembros superiores; c) Isquiotibiales, espinales bajos, Fascia lata, aductores, dorso lumbares y d) en bípeda con apoyo en la pared, de gemelos y cuádriceps.
Mujeres gestantes, familias y red de apoyo con prácticas de cuidado para su salud durante la etapa prenatal, el parto y el puerperio.	Organiza y planea el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas a su cargo (hijos, personas mayores o personas con discapacidad)		Búsqueda de apoyo en su red próxima. Preparación de la persona que la acompañe en el trabajo de parto. Accesibilidad cuando vive en áreas rurales.
Gestantes y su red de apoyo, con capacidad para reconocer oportunamente signos de alarma.	Reconocen signos de alarma para evitar y manejar riesgos	Escuchan activamente a la gestante y la apoyan en el manejo de los signos de alarma.	Signos y síntomas de alarma (manejo adecuado). Identificación de signos de depresión post parto y manejo adecuado. Rutas de atención y servicios disponibles para

Resultados esperados en salud	Capacidades a desarrollar con las mujeres gestantes	Capacidades a desarrollar con los padres, familiares, cuidadores o	Contenidos propuestos
			asistir frente a las alertas identificadas. Formas amorosas de acompañar a la gestante.
Madres, padres y familiares construyen vínculos afectivos seguro con los niños y las niñas	Reconocen las necesidades de los niños e implementan prácticas que favorecen su desarrollo.		Lactancia materna exclusiva y su relación con la construcción del vínculo afectivo madre/hijo(a). Información sobre la consulta de promoción y apoyo a la lactancia materna. Postura durante la lactancia (soportes: cojín lactancia, flotador). Cuidado del recién nacido, puericultura. Necesidades socio afectivas. Necesidades de desarrollo cognitivo y comunicativo de los recién nacidos.
	Se relacionan amorosamente con el bebé de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas.		Ser afectuosos, sensibles y atentos frente a las necesidades del niño. Apego seguro. Pautas de crianza Manejo de tiempos para la atención del recién nacido (manejo del cansancio) Estimulación del crecimiento (con actitud cariñosa).
	Conocen los cuidados básicos del bebé y los implementan en la cotidianidad de forma adecuada.		Técnicas, herramientas y hábitos cotidianos de cuidado del recién nacido (baño, alimentación, prevención de accidentes, etc.).
	Reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar prácticas, basadas en derechos, que promueven la salud.		Autonomía, autoestima, solidaridad, salud, juego, movimiento, felicidad, creatividad y resiliencia.
	Comprenden cuáles son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atención en salud para las gestantes y para los recién nacidos.		Derechos sexuales y derechos reproductivos. Espaciamiento de embarazos. Asesoría en anticoncepción.
	Reflexionan sobre su propia crianza y reconocen las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se construye el apego.	Implementan prácticas de crianza conjunta	Pautas de crianza según las culturas. Incidencia de la crianza sobre: actitudes sobreprotectoras, conflictivas, falta de autonomía, debilidad en el afrontamiento de situaciones de la vida, manejo de emociones, adicciones, violencia, salud física, etc.
	Expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.	Brindan una red de apoyo afectivo y de ayuda a la madre y al padre (emocional, respaldo, trabajos de casa)	Sistemas de apoyo disponibles. Acciones por tomar en cuenta cuando se vive en áreas rurales o cuando hay barreras de acceso (ej. culturales y del lenguaje). Reconocimiento de las propias necesidades de la madre y expresión asertiva de las mismas.

Nota: se sugiere combinar en una sesión ejercicios físicos, con conceptos que les permitan comprender los cambios, riesgos, etc., y con actividades para trabajar sobre la relación de la mujer consigo misma, con su compañero y con su familia y su entorno (temores, sentimientos de ira, sentimientos de desesperanza, etc.)

Nota: En lo posible se contará con la participación de un profesional de fisioterapia y de apoyos como la musicoterapia para la realización de ejercicios respiratorios y físicos.

4.5 ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

La atención en salud bucal de las mujeres gestantes se realizará mínimo dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutiva se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal.

4.5.1 Objetivos

Valorar las estructuras dentomaxilofaciales, los factores de riesgo y protectores.

4.5.2 Talento humano

Las acciones o actividades que incluye la atención en salud bucal para las mujeres gestantes deben ser realizadas por un profesional en odontología con la participación de Auxiliares de Salud Oral.

4.5.3 Duración mínima recomendada y Frecuencia

Serán mínimo 2 consultas por profesional de odontología, cada una con una duración mínima de 30 minutos. Se recomienda que las sesiones de odontología y salud bucal puedan ser realizadas en el mismo momento de contacto con la gestante a fin de disminuir oportunidades perdidas.

4.5.4 Descripción

La descripción del procedimiento de atención por odontología se encuentra en el Lineamiento de la RPMS.

Como parte de la atención en las mujeres adolescentes gestantes, la aplicación de flúor tópico no presenta ninguna contraindicación, por lo tanto, debe aplicarse flúor de forma tópica, con periodicidad de cada 6 meses, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental, que puede generarse como comorbilidad.

4.5.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos necesarios para la atención están descritos en el procedimiento de atención por odontología en el Lineamiento de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud.

4.6 ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer y esto se debe a que durante el transcurso del mismo, existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales maternas de casi todos los nutrientes, con relación al periodo preconcepcional, puesto que el feto se alimenta solo a expensas de la madre.

La gestante debe recibir una alimentación equilibrada que proporcione los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño(a), la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post parto, prevenir anemias y activar la producción de la leche.

4.6.1 Objetivos

Orientar a la gestante para garantizar una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.

4.6.2 Talento humano

Profesional en nutrición y dietética

4.6.3 Duración mínima recomendada

30 minutos

4.6.4 Atenciones incluidas

- **Anamnesis**

Indagar datos generales de la gestante, nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono, correo electrónico.

Anamnesis Alimentaria: Deberá incluir patrón alimentario, frecuencia de consumo de grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados, trastornos alimentarios.

- **Valoración del estado nutricional**

En la consulta inicial de nutrición se realizará valoración nutricional que incluye: Paridad, edad gestacional, peso pregestacional, revisión de las pruebas de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

Toma de peso, talla, cálculo del índice de masa corporal (IMC) según edad gestacional, clasificado siguiendo el patrón de Atalah, diagnóstico nutricional, plan de manejo y establecimiento de las metas de ganancia de peso durante la gestación.

- **Análisis y plan de cuidado**

De acuerdo con el diagnóstico nutricional se define el plan de manejo específico y las recomendaciones nutricionales pertinentes en cada caso.

4.6.5 Frecuencia

Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para el cuidado prenatal.

Si la gestante presenta alteraciones en su estado nutricional o diagnósticos médicos a intervenir por nutrición se deben establecer los controles que se requieran dependiendo de la evolución de la paciente, de acuerdo con el criterio del profesional en nutrición y dietética.

4.6.6 Descripción

La atención de la mujer gestante lleva, entre otros aspectos, la evaluación del estado nutricional al inicio de la gestación con un seguimiento ponderal durante toda la etapa, y la orientación dietética que garantice una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.

Durante la primera consulta de nutrición se busca evaluar el estado nutricional de la gestante, sus factores de riesgo y determinar el plan de manejo.

4.6.6.1 Anamnesis

Registrar los datos de identificación de la gestante definidos en la historia clínica: Nombre, documento de identidad, edad, dirección, procedencia (urbana, rural), etnia, régimen al que pertenece, teléfono, correo electrónico.

Indagar sobre paridad, edad gestacional, resultados de los exámenes de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio.

Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pregestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes.

Indague sobre el patrón alimentario de la gestante, utilizando recordatorio del consumo de alimentos en las últimas veinticuatro (24) horas.

Revise la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados; trastornos alimentarios durante la gestación: nauseas, vómito, pica; molestias gastrointestinales: estreñimiento, gastritis.

4.6.6.2 Valoración del estado nutricional

La valoración del estado nutricional durante la gestación es un procedimiento de uso continuo y depende de las medidas antropométricas rutinarias en los controles prenatales. De esta manera, las mediciones permiten determinar la ganancia de peso de la mujer durante la gestación son las definidas en la (Resolución 2465 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya).

Toma y registro del peso: revisar que la báscula esté colocada sobre una superficie plana y firme, asegúrese de que esté tarada o en cero (0), cuidando que la gestante se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la base de la báscula, con la mínima cantidad de ropa posible y en posición recta y erguida. Registre el dato inmediatamente.

Toma y registro de la Talla: coloque el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas, ubique a la gestante contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos, rodillas rectas y que las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Registre la talla inmediatamente.

Calcule el índice de masa corporal según edad gestacional IMC/EG, siguiendo el patrón de Atalah, basado en el incremento de peso, medido mediante el IMC ajustado para la edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas).

Las categorías establecidas en la clasificación antropométrica del estado nutricional de las gestantes son: bajo peso para la edad gestacional, peso adecuado para la edad gestacional, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional.

Registre la clasificación del estado nutricional (Anexo 8) y establezca metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros:

Clasificación del IMC pregestacional	Valores de referencia de IMC	Ganancia de peso g/semana	Ganancia de peso total (Kg)
Bajo peso	< 20,0	400-600g	12-18Kg
Normal	20,0-24,9	330-430g	10-13Kg
Sobrepeso	25-29,9	230-330g	7-10Kg
Obesidad	>=30,0	200-230g	6-7Kg

Fuente: Resolución 2465 de 2016, MSPS.

Debido a la carencia sistemática de información disponible internacionalmente sobre la antropometría en la gestante adolescente, se ha recomendado por el Comité de Expertos que participaron en el desarrollo de la Resolución 2465 de 2016 de este Ministerio, que se utilizarán los puntos de corte de IMC correspondiente a las mujeres adultas para la clasificación del estado nutricional inicial y los valores de ganancias de peso para el seguimiento propuestos por Atalah.

En este sentido, es importante tener en cuenta realizar atención diferencial con la gestante adolescente, en razón a los cambios en la velocidad de crecimiento de la estatura. Cuando la gestante es menor de trece (13) años, la ganancia de peso es más atribuible a su crecimiento, por estar en una etapa de crecimiento de alta velocidad. En cambio, cuando se trata de una adolescente mayor de 15 años, la ganancia de peso de la gestante es más atribuible al feto porque está en una etapa más cercana a la finalización del crecimiento.

4.6.6.3 Plan de manejo

De acuerdo con el diagnóstico nutricional defina el plan de manejo específico y las recomendaciones nutricionales pertinentes en cada caso.

Si la valoración nutricional es normal, oriente sobre estilos de vida saludable, actividad física, consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio) adecuado descanso y lactancia materna.

En caso de encontrar en la valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional, programe un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación.

Si la valoración nutricional es sobrepeso u obesidad: Defina plan dietario específico, no haga ninguna restricción energética, eduque para lograr modificaciones hacia hábitos y alimentación saludable, oriente el consumo del suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio), actividad física e indique periodicidad de los controles por nutrición.

En diagnósticos médicos a intervenir nutricionalmente (anemia, hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, estreñimiento, gastritis), definir plan de manejo nutricional específico.

Recomendaciones

Elabore y socialice con la paciente un menú modelo que responda a su condición, preferencias y/o considerando las situaciones especiales definidas.

Socialice sobre las cantidades y tomas de alimentos durante el día, frecuencia, texturas, temperaturas.

Oriente acerca del consumo de los suplementos de hierro, ácido fólico y calcio, así como los alimentos fuente de estos micronutrientes y de fibra.

Eduque a la mujer para la lactancia materna: beneficios, técnicas de lactancia materna, dificultades, mitos y alimentación en el periodo de lactancia, así como el uso de las salas de extracción de leche materna hospitalaria y bancos de leche humana.

Si se evidencia dificultad en el acceso a los alimentos, canalice hacia programas sociales de complementación alimentaria y hacer seguimiento.

En caso de identificar factores de riesgo emocional y/o psico-sociales, genere interconsulta a psicología y/o trabajo social.

En caso de identificar factores de riesgo para la salud del binomio, emita interconsulta al profesional correspondiente.

4.6.7 Instrumentos, insumos y dispositivos

Instrumentos: Gráfica de valoración de Atalah, tabla de clasificación Atalah, balanza de pie digital o mecánica y tallímetro, capacidad de dos (2) metros.

Insumos: Historia clínica, material de apoyo educativo.

4.7 ATENCIÓN DEL PARTO

La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto.

El parto debe darse en un ámbito institucional; sin embargo, no siempre ello es posible o recomendable por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica. Durante la consulta para el cuidado prenatal se ha definido un plan de parto que incluya el lugar, la institución y el proveedor que asistirá el parto. Adicionalmente, la mujer, su familia o acompañante deberá tener clara la información acerca de los trámites o elementos que deberá llevar el día de la admisión, así mismo, la información sobre los signos de alarma para acudir al servicio de urgencias. Esta información debe ser provista por escrito por parte de la EPS a la usuaria y deberá reposar junto a su carné perinatal. En este carné también debe reposar la evidencia sobre la consejería anticonceptiva y el método elegido.

Si existen dificultades para el acceso a la atención institución de parto, está indicada la autorización de casas maternas o albergues temporales para que la mujer y su acompañante esperen la indicación de hospitalización para el parto.

Las instituciones que realicen la atención del parto deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del recurso humano para la atención del binomio madre hijo.

4.7.1 Objetivos

- Brindar un acompañamiento a la gestante y su familia durante el proceso de trabajo de parto y parto, a fin de obtener una experiencia humanizada y basada en el enfoque de derechos.
- Reducir y controlar complicaciones del proceso del parto y prevenir las complicaciones del alumbramiento y el puerperio, como la hemorragia posparto, la retención de restos placentarios y la infección puerperal.

4.7.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante.

El requerimiento mínimo de talento humano para la atención del parto de bajo riesgo es:

a) Profesional en medicina, o
c) Profesional en enfermería que acredite formación específica en atención de partos de baja complejidad en pregrado, postgrado o formación continua, expedida por una IES reconocida por el Estado y que ofrezca el programa de enfermería. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las características y condiciones para acreditar esta formación.

4.7.3 Duración mínima recomendada

La duración de la atención es variable y va desde la admisión de la gestante hasta el alumbramiento. Esta atención continúa con la atención del puerperio inmediato y mediato.

4.7.4 Atenciones incluidas

- Admisión de la gestante en trabajo de parto
- Atención del primer periodo del parto
- Atención del expulsivo
- Atención del alumbramiento

4.7.5 Descripción

4.7.5.1 Admisión de la gestante en trabajo de parto

En todo caso, se deberá realizar una historia clínica completa que incluya como mínimo:

Anamnesis

- Identificación, motivo de consulta, fecha probable del parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado.
- Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en el III trimestre).
- Antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos, farmacológicos y familiares.
- Revisión completa por sistemas.
- Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas.

Examen físico

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, estado de conciencia.

- Valoración del estado nutricional.
- Toma de signos vitales.
- Examen completo por sistemas, incluida la valoración neurológica.
- Valoración del estado mental.
- Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardiaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas, presentación, estación y variedad de posición fetal y la pelvimetría clínica.

Solicitud de exámenes paraclínicos

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR.
- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
- Prueba para VIH (prueba rápida) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre.
- Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- Hematocrito y hemoglobina.
- Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal

Se debe considerar la admisión de la gestante a la IPS para la atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Dinámica uterina regular.
- Borramiento cervical >50%
- Dilatación de 4 cm.

En caso de presentar alguna condición (Anexo 2) que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, albergue o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto.

Quienes no estén en condiciones para la admisión, deberán recibir información sobre signos para observar, cambios para analizar e indicaciones muy precisas de regresar al hospital cuando ocurran estos cambios (inicio de actividad uterina, sangrado genital, amniorrea, disminución en la percepción de los movimientos fetales, epigastralgia, visión borrosa, fosfenos, tinitus, cefalea intensa).

Considerar de acuerdo con criterio médico, los factores de riesgo maternos o fetales identificados para la admisión de la gestante.

4.7.5.2 Atención del primer periodo del parto.

Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 6 cm. de dilatación. Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular.

La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

Durante el periodo dilatante se deberá alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural, a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del periodo y a movilizarse si así lo desean, previa comprobación del bloqueo motor y propioceptivo.

Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto. Se deben extremar los esfuerzos para que se haga apoyo emocional a todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado para tal fin. Este apoyo debe incluir presencia continua, brindando bienestar y estímulo positivo.
Tomar signos vitales a la madre por lo menos una vez cada hora: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.

Diligenciar la partograma a todas las usuarias. En la partograma se registrarán la posición materna, los signos vitales maternos, la frecuencia cardiaca fetal, la dilatación, el borramiento, la estación, el estado de las membranas, la variedad de posición de la presentación junto con la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas y los métodos empleados para el alivio del dolor durante el trabajo de parto.

Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones o si la mujer manifiesta sensación de pujos; Se sugiere realizar un máximo de 3 (tres) tactos vaginales con el objetivo de no aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas en el postparto. El examen pélvico también puede realizarse a solicitud de la gestante en circunstancias en las que se considere conveniente.

Se debe auscultar la frecuencia cardiaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardiaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (periodo expulsivo).

No se debe realizar amniotomía ni administración de oxitócicos de rutina para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo.

Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (ello incluye la analgesia neuro axial); la solicitud de la gestante es indicación suficiente para proveerle métodos adecuados para el alivio del dolor. Las contraindicaciones de la analgesia neuro axial durante el trabajo de parto son: rechazo de la madre, coagulopatía, infección local o sistémica o hipovolemia no corregida.

No se deben aplicar enemas o rasurados rutinarios a las gestantes en trabajo de parto. Al alcanzarse la fase activa del expulsivo, la gestante debe trasladarse a la sala de partos o acondicionar el sitio apropiado para el nacimiento.

Se recomienda evitar la deshidratación durante el trabajo de parto, administrar líquidos orales y canalizar una vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente lactato de Ringer o solución salina, evitar la Dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del recién nacido.

Realizar un trato humanizado y evitar frases o expresiones que afecten la dignidad de la mujer o de la adolescente. En ningún momento es permitido censurarla con motivo de su embarazo.

4.7.5.3 Atención del expulsivo

La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. A su vez, se subdivide en dos fases:

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.

- Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante para disminuir su ansiedad, así como la vigilancia estrecha de la fetocardia.

En el expulsivo deberá evaluarse el bienestar fetal por los medios que se tengan disponibles.

El pujo voluntario sólo debe estimularse durante la fase activa del expulsivo y en el momento de las contracciones. Durante este periodo, debe permitirse que las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

No se debe realizar de forma rutinaria presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Del mismo modo, la episiotomía no está indicada de forma rutinaria.

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Este se realizará tras constatar los siguientes criterios

- Interrupción del latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical.
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido.
- Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.

Por otro lado, se adoptan las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.
- Los demás criterios recomendados en la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacidos vigente.

La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.

4.7.5.4 Atención del alumbramiento

En este periodo se debe realizar lo que se ha denominado manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico:
  - Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
  - Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
  - Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Tracción controlada del cordón[126].
- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos.

Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Si la madre lo ha elegido, se puede proceder a aplicar el DIU posparto. Este debe aplicarse antes de hacer las suturas perineales; si no es posible, se hará dentro de las primeras 48 horas del posparto. El personal que atiende el parto debe estar entrenado en la aplicación del DIU.

[126] Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído.

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

4.7.6 Instrumentos insumos y dispositivos

Los insumos y dispositivos son los especificados en la resolución de habilitación disponible para la atención del parto, con especial énfasis en los kits de emergencia obstétrica, para la atención se requerirá el diligenciamiento del partograma del CLAP y se requiere en todo caso el carné perinatal debidamente diligenciado al momento de la admisión.

4.8 ATENCIÓN DEL PUERPERIO

4.8.1 Objetivos

Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal.

Brindar Información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo con criterios médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos.

4.8.2 Talento humano

Los requerimientos de talento humano serán los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo.

4.8.3 Atenciones incluidas

En este periodo se reconocen 2 etapas:

- **Puerperio inmediato**

Este período comprende las dos primeras horas post parto. Durante este, se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutiva de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

- **Puerperio mediato**

Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y el 5° días post parto.

4.8.4 Descripción

El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo.

Se deberá monitorear de manera frecuente la temperatura corporal de la madre, la presión arterial, el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la perfusión y el estado de conciencia. Además, deben valorarse la posibilidad de atonía uterina, de un sangrado excesivo o la presencia de signos de hemorragia, de distensión de la vejiga, o de disnea o de dolor pleurítico como síntoma de alerta de un embolismo pulmonar. Durante las 2 primeras horas se debe hacer seguimiento de signos vitales y signos de sangrado cada 15 minutos. Se adopta la escala de alerta temprana (Maternal Early Obstetric Warning Score) adaptada para Colombia la cual se anexa con instructivo. Es obligatoria la valoración clínica del estado general de la mujer en el puerperio por el médico o personal encargado de la atención del parto de bajo riesgo al menos dentro de las primeras 2 horas de puerperio.

Se debe monitorizar la aparición de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38º C a excepción de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe indagarse la aplicación de misoprostol como causa de la fiebre en caso de ser negativo el antecedente, debe realizarse una exploración para identificar el foco de una posible infección del tracto urinario, de la herida quirúrgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis pélvica séptica, una reacción adversa a un fármaco o complicaciones derivadas de la episiotomía.

Se debe realizar un tamizaje para depresión posparto. Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto:

> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?"*
> *"Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"*

Quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas deberán tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de la Depresión y brindar apoyo terapéutico que se requiera. Se deberá realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la Escala de depresión posnatal de Edimburgo EPDS, la cual se anexa.

En toda paciente en puerperio inmediato, se debe reevaluar el riesgo de presentar eventos tromboembólicos venosos e iniciar medidas para la prevención de dichas complicaciones.

Antes del alta hospitalaria es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico.

Se deberá suministrar inmunoglobulina anti-D dentro de las 72 horas después del parto a todas las mujeres Rh negativo, sin anticuerpos anti-D, quienes tuvieron un recién nacido Rh positivo.

Para conseguir el alivio del dolor derivado de la involución uterina, administrar AINES de acción corta como el ibuprofeno de 600 mg o acetaminofén en dosis que no excedan los 4.000 mg al día. El dolor cede espontáneamente al final de la primera semana tras el parto.

En cuanto a la dificultad miccional la retención de orina tras el parto es habitual y se produce cuando no se consigue una micción espontánea seis horas después del parto. Se sugiere un tratamiento con analgesia oral, además de animar a la mujer que intente ir al baño cuando esté relajada o que tome un baño de agua caliente.

Del mismo modo es conveniente que antes del alta, se informe a la madre sobre una serie de aspectos pertinentes para sus cuidados domiciliarios.

Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto:

- Presencia de loquios con mal olor, sangrados abundantes o hemorragia.
- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia.
- Fiebre.
- Sangrado genital abundante.
- Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea.
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos.
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal).
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa).
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor).
- Dolor o hinchazón en las piernas.
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución. Se debe, además:

Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos (la importancia del contacto piel a piel y la lactancia materna temprana, como los principales factores que permiten el establecimiento de vínculo afectivo), la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de la actividad de la vida diaria (por ejemplo con paseos diarios); así mismo, se informará sobre las diferentes formas de violencia de género y sexual y los mecanismos de denuncia de las mismas,. información sobre los hábitos de sueño y descanso:

- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata.
- Asesorar sobre anticoncepción y
- Proveer los anticonceptivos antes del alta hospitalaria se deberá partir de anteriores asesorías anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales).

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada. Esto incluye:

- Valorar la intención reproductiva, indagar sobre requerimientos anticonceptivos de la mujer de acuerdo con su necesidad, dirigir la asesoría de acuerdo con necesidades y expectativas (las mujeres con antecedentes de morbilidad materna extrema, y adolescentes menores de 15 años, son prioritarias para anticoncepción post-evento obstétricos).
- Describir todos los métodos anticonceptivos comenzando por los más efectivos y recomendados en postevento obstétrico, sin omitir ningún método. (Incluye mecanismo de acción, efectividad, duración, modo de uso, efectos secundarios y beneficios; despejar dudas sobre mitos frente al uso de Anticonceptivos). Para esto se adoptan criterios médicos de elegibilidad de la OMS vigentes para condiciones médicas especiales
- Acompañar a la consultante en el desarrollo de la elección informada (permitir que se elija el método más adecuado de acuerdo con los elementos brindados en la consejería).
- Diligenciar, de acuerdo con normas institucionales, el formato de consentimiento informado y la historia clínica de anticoncepción.
- Suministrar anticonceptivos, antes del alta hospitalaria si bajo decisión informada se ha optado por ello:

    - Inserción de DIU posparto según elección de la mujer y criterios de elegibilidad. Realizar procedimiento de acuerdo con el protocolo.
    - Realización de procedimiento de oclusión tubárica bilateral.
    - Aplicación de implante subdérmico de progestina
    - Suministro y colocación de inyección de Acetato de Medroxiprogesterona

- Entrega de método hormonal oral de solo Progestina[127], con indicaciones de uso e inicio de tratamiento.
- Entrega de condones, según necesidades de la mujer.
- Otros anticonceptivos no incluidos en el plan de beneficios en condiciones médicas específicas.

- La IPS hospitalaria entregará como parte de la atención del puerperio los métodos anticonceptivos elegidos con una cobertura de al menos 3 meses, siempre con la orden de control ambulatorio de acuerdo con el método elegido.
- Informar a la usuaria sobre los signos de alarma frente al uso del método, manejo en casa de posibles efectos secundarios y cuándo regresar a consulta de control.
- Hay que recordar que los métodos anticonceptivos no protegen contra VIH/SIDA y otras ITS. proveer condones y resaltar la necesidad de doble protección.
- Recordar la posibilidad de uso de anticoncepción de emergencia en caso de:

  - Relación sexual sin uso de un método anticonceptivo
  - Uso incorrecto de un método anticonceptivo
  - Ruptura, filtración, deslizamiento o retención del condón masculino
  - Desplazamiento o retiro temprano del condón masculino
  - Expulsión total o parcial del dispositivo intrauterino.
  - Relaciones en el período fértil sin protección
  - Olvido de una o varias dosis anticonceptivas
  - En caso de violencia sexual, si la mujer no está usando un método anticonceptivo.

Se deberá agendar la cita de control del posparto como parte de las actividades en el ámbito intrahospitalario, que deberá realizarse entre el tercer y el quinto día posparto. Esta consulta se deberá enfocar especialmente en:

- Indagar el estado de ánimo y el bienestar emocional
- Indagar y fortalecer cuidado del recién nacido y lactancia
- Indagar e Informar sobre sexualidad en el posparto
- Indagar intención reproductiva y recomendar embarazo en no menos de 18 meses.
- Hacer seguimiento al uso del método elegido en el puerperio inmediato y ofrecer métodos anticonceptivos si no fue elegido ningún método.
- Indagar sobre patrón de sueño y recomendar el compromiso de la red de cuidado en los cuidados del recién nacido.
- Revisar las cicatrices de cesárea o episiotomía.
- Manejar de enfermedades crónicas.
- Revisar vacunación y completar el esquema para mujeres en edad fértil.
- Tomar Tensión arterial y buscar signos de anemia.
- Informar sobre signos de alarma para consultar por el servicio de urgencias, especialmente para hemorragia posparto, infección, Preeclampsia, eclampsia y tromboembolismo.

4.8.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación, disponible para la atención del parto, con especial énfasis en los kits de emergencia obstétrica. Para la atención se requerirá el diligenciamiento de la escala de alerta temprana (OBSTETRIC EARLY WARNING SCORE).

4.9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

En este lineamiento se incluye la atención para las emergencias obstétricas más frecuentes:

- Hemorragia obstétrica posparto.
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo.
- Sepsis.

Las acciones que se deberán desarrollar para la atención inicial en las emergencias obstétricas requieren del cumplimiento de cada una de las medidas de prevención y detección precoz que se han definido y descrito en los procedimientos anteriores; tal es el caso del manejo activo del alumbramiento, la suplementación de calcio, la toma de tensión arterial o la formulación de ácido acetil salicílico para las mujeres de alto riesgo de preeclampsia.

4.9.1 Objetivos

Reducir la probabilidad de morir a causa de las principales complicaciones durante el embarazo parto y posparto.

4.9.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto requiere un equipo interdisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, su familia o acompañante, liderado por el profesional de medicina. En estos casos es responsabilidad del médico general estabilizar la paciente y remitirla prioritariamente a una institución complementaria con capacidad resolutiva, en donde sea valorada por un equipo multidisciplinario de Ginecología y obstetricia, Medicina Materno Fetal, Anestesiología, Cuidados Intensivos y los demás perfiles que sean necesarios.

4.9.3 Atenciones incluidas

Valoración y manejo integral de la mujer gestante y el feto o recién nacido con los siguientes eventos:

- Hemorragia Obstétrica posparto
- Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
- Sepsis.

4.9.4 Descripción

4.9.4.1 Hemorragia obstétrica posparto

En primer lugar, se deberá garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento que incluye:

- Al minuto después del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y administrar un medicamento uterotónico:

  - Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.
  - Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
  - Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Tracción controlada del cordón[128].
- Realizar pinzamiento de acuerdo con los criterios definidos en la sección de alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído.

En mujeres con parto por cesárea, adicionar una infusión de 30 UI de Oxitocina en 500 mL de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de Oxitocina.

La tracción controlada del cordón no está recomendada en lugares donde la atención se realice por talento humano no capacitado.

El pinzamiento temprano del cordón (menor a 1 minuto) está recomendado en pacientes con sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardíaco materno.

[127] Categoría 3 OMS-2015.

[128] Tracción controlada de cordón: sólo cuando verifique que el útero esté bien contraído.

Se deberá realizar en todos los casos la determinación del tono uterino en el posparto para la identificación temprana de la atonía uterina.

La Hemorragia Primaria Postparto se define como Puerperio inmediato con sangrado vaginal de más de 500 ml (o sangrado vaginal persistente y continuo o sangrado repentino abundante con presencia de inestabilidad hemodinámica) en el puerperio inmediato.

Para la atención inmediata en estos casos se deberá garantizar de manera inmediata:

1. Evaluar el grado de choque aplicando el cuadro diagnóstico del *código rojo obstétrico*, utilizando para ello el parámetro más alterado.
2. Activar *código rojo obstétrico* cuando la evaluación permita establecer algún grado de choque y notificar al nivel de mayor complejidad.
3. Realizar ABC a la paciente (evalúe y garantice vía aérea permeable, ventilación y circulación).
4. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
5. Levantar las piernas de la paciente a 15 grados.
6. Canalizar 2 venas con catéter venoso Nos. 14, 16 o 18, al menos una con catéter 14 o 16.
7. Insertar sonda Foley 14 o 16 F para drenaje vesical.
8. Reanimar con líquidos endovenosos cristaloides (SSN 0.9% o Hartman) preferentemente a 39 ºC, con bolos iniciales de 500 mL sucesivos titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, pulso radial presente, presión arterial sistólica mayor de 90 mm Hg y llenado capilar < 3 seg con bolos de 500mL si alguno de los parámetros se encuentra alterado.
9. Evitar la hipotermia con sábanas o mantas precalentadas y la administración de todos los líquidos endovenosos (cristaloides) a 39 ºC.
10. Aplicar traje antichoque no neumático.
11. Aplicar ácido tranexámico dentro de las primeras 3 horas posteriores al parto, a dosis fija de 1 gr (100 mg/ml) IV a velocidad de 1ml por minuto, con una segunda dosis de 1gr IV si el sangrado continuo después de 30 minutos o si el sangrado reaparece dentro de las 24 horas de aplicada la primera dosis.

La evaluación del nivel de choque, así como la evaluación de la respuesta a la reanimación se hará teniendo en cuenta las tablas del código rojo anexas a este lineamiento.

Si se trata de un choque moderado, se deberá ordenar tempranamente la necesidad de paquete de transfusión de glóbulos rojos de emergencia: 2 unidades de glóbulos rojos compatibles sin pruebas cruzadas u O (–) en presencia de choque hemorrágico moderado; si no se dispone de estos utilice O (+).

En caso de sospecha de coagulopatía (PTT prolongados o INR > 1.5) y si existe disponibilidad, considere la transfusión temprana de plasma fresco congelado (PFC) en una de relación de 1 unidad de PFC por cada 1.5 unidades de Glóbulos Rojos Empaquetados (GRE).

Se debe indicar reanimación con paquete de transfusión masiva en HPP en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades (incluidas 2 unidades O (–)), plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (o 6 unidades de plaquetas).

Si no se dispone de sangre, remita una vez haya realizado las medidas iniciales de reanimación y para tratar la causa de acuerdo con la nemotecnia de las 4T:

a) Tono Uterino.
b) Trauma
c) Tejido
d) Trombina

a) Tono Uterino (atonía o hipotonía uterina):

Realizar masaje uterino externo de forma continua y permanente durante el manejo integral y hasta cuando el sangrado haya cedido. En caso de que el masaje uterino externo haya sido ineficaz, es necesario realizar masaje uterino bimanual durante al menos 20 minutos o hasta cuando haya cedido el sangrado.

En casos de masaje uterino bimanual se aplicará antibiótico profiláctico endovenoso: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en casos de alergia a la penicilina).

Realizar manejo simultáneo con:

- Administración de 5 UI de Oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de Oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.
- Administración de Ergometrina 0.2 mg por via IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas (contraindicada en mujeres con hipertensión).
- Misoprostol 800 mcg por vía sublingual, solo si no se cuenta con Oxitocina o Maleato de Metilergonovina.

Si los uterotónicos no han controlado el sangrado o no están disponibles, se recomienda el taponamiento uterino con balón hemostático (incluido dispositivo de sonda condón) en atonía uterina.

No es recomendable el empaquetamiento uterino para el manejo de la HPP por atonía uterina.

Realizar reanimación con paquete de transfusión masiva en presencia de choque hemorrágico severo con glóbulos rojos 6 unidades, plasma 6 unidades, 1 aféresis de plaquetas (6 unidades de plaquetas).

Remisión en condiciones seguras: remitir a nivel de mayor complejidad que garantice presencia de especialista en ginecología y obstetricia, anestesiología, uso de medicamentos y transfusión sanguínea. Trasladarla en ambulancia medicalizada con profesional de medicina y de enfermería o paramédico entrenado que:

- Realice vigilancia continua de signos vitales cada 15-30 minutos (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), diuresis horaria y evaluación permanente del tono uterino.
- Garantice permeabilidad de dos (2) venas periféricas en extremidades diferentes con catéter Nos. 14, 16 o 18.
- Asegure y controle el manejo con cristaloides: a mantenimiento 150 cc/hora, o lo necesario para mantener TAS ≥ 90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme, e infusión de mantenimiento a 100 mL/h o a 17 gotas/minuto (por macrogotero de 10 gotas = 1 mL) si estas metas son alcanzadas.
- Remita en presencia de transfusión de glóbulos rojos si estos fueron requeridos y están disponibles.
- Evite la hipotermia con uso de sábanas o mantas precalentadas.
- Realice masaje uterino cada 15 minutos.
- Realice masaje bimanual continuo, en caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, realizar masaje bimanual continuo, compresión extrínseca de la aorta y aplique una ampolla intramuscular de Methergin.

b) Trauma (Desgarros del cérvix o canal vaginal):

Realizar manejo inicial para la hemorragia postparto ya anotado y realizar sutura de estos con catgut cromado 2-0. Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

En caso de inestabilidad hemodinámica, o no disponibilidad de sutura o dificultad por tamaño de la lesión se deberá hacer taponamiento vaginal con compresas húmedas.

c) Tejido. Inversión uterina

- Hacer reposición uterina según indicaciones contenidas en los diagramas de flujo para la atención de emergencias obstétricas.
- Igual manejo de atonía/hipotonía uterina.

- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

d) Placenta retenida o retención de restos placentarios
- Hacer extracción manual de la placenta teniendo presente el riesgo potencial de un acretismo placentario.
- Practicar la revisión manual de la cavidad uterina idealmente bajo anestesia.
- Aplicar antibiótico profiláctico IV: Ampicilina o cefalosporina de primera generación 2 g en dosis única o Clindamicina 600 mg + Gentamicina 80 mg (en alergia a la penicilina).

4.9.4.2 Manejo de las urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo

En primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a un nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar las complicaciones maternas y fetales.

a) Preeclampsia severa

Se define como cuadro clínico en el que hay hipertensión relacionada con el embarazo (un embarazo ≥ 20 semanas o en las primeras 4 semanas del puerperio con Tensión Arterial Sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o diastólica mayor o igual a 90 mmHg), y además alguno criterio de severidad:

- TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg
- Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en "casco", fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas).
- Compromiso de órgano blanco materno:
  - Paraclínico: hemograma con plaquetas menor de 100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.
  - Clínico: edema agudo de pulmón - injuria renal aguda - infarto agudo de miocardio.
- Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino.

Ante la presencia de uno o más criterios de severidad: se debe realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal, además:

i. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
ii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
iii. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
iv. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
v. Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g):
   a. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g).
   b. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL/hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero 10 gotas = 1 mL o a 20 gotas/minuto por macrogotero.
vi. Se deberá ajustar la dosis según monitorización de reflejos osteotendinosos, gasto urinario, sensorio y frecuencia respiratoria.
vii. En caso de toxicidad por sulfato de magnesio aplique 1 gramo endovenoso de gluconato de calcio en 10 minutos.
viii. Si la TAS ≥ 150 mmHg y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero TAS < 160 mmHg /TAD < 110 mmHg) inicie terapia antihipertensiva: Si la TAS ≥ 150 y/o TAD ≥ 100 mmHg (pero < 160/110) inicie terapia antihipertensiva:
   i. Nifedipino tabletas x 30 mg 1 tableta VO cada 8 horas o tabletas x 10 mg 1 tableta VO cada 6 horas.
ix. Tome exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

b) Crisis hipertensiva

Se define como un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia. Ante esta situación se deberá:

i. Realizar examen físico completo, incluyendo evaluación de vitalidad fetal por auscultación o empleo de doppler fetal.
ii. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
iii. Si se dispone de oximetría de pulso se deberá proporcionar oxígeno suplementario para alcanzar saturación de Oxígeno > 95 %. Si no se dispone de oximetría, administrar oxígeno por cánula nasal a 3 L/minuto.
iv. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).
v. Iniciar cristaloides 1 cc/kg/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
vi. Iniciar manejo antihipertensivo de inmediato hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,
   a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
   b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
   c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.
   d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
   e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.
vii. Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:
   i. Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
   ii. Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.
viii. Tomar exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

c) Eclampsia

Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

En este caso se deberá:

Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:
- Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
- Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora. (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.

En presencia de crisis hipertensiva iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

a. Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
b. Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.

c. Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.
d. Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
e. Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

- Nifedipina cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipina tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato. El traslado se realizará en ambulancia con profesional de medicina o de enfermería o paramédico que:

- Vigile continuamente los signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.
- Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO2 > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3Lt/minuto por cánula nasal.
- Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva. Así mismo que controle y registre diuresis horaria.
- Aplique protocolo de crisis hipertensiva, si TAS ≥ 160mmHg y/o TAD ≥ 110mmHg.
- Garantice ABC (vía aérea-ventilación circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio, pero con un incremento a 2g/h, si presenta episodio convulsivo (eclampsia),

4.9.4.3 Sepsis y choque séptico

Además de la definición de SIRS, se tendrá en cuenta la definición de **SEPSIS**. Para esto se adopta el uso de las escalas qSOFA y SOFA[129] de la siguiente manera:

- Se diagnostica **Sepsis probable** con la presencia de **DOS O MAS** de los criterios de qSOFA:
  - Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasgow ≤ 13
  - Frecuencia respiratoria ≥ 22 x minuto
  - Presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg

Un qSOFA positivo (≥ 2) obliga la búsqueda por medios clínicos y paraclínicos de la presencia de disfunción de uno o más órganos usando la escala SOFA:

Escala de SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiratorio PaO_2/FiO_2 (mmHg)	>400	<400	<300	<200	<100
Coagulación Plaquetas 10^3 / mm^3	>150	<150	<100	<50	<20
Hepático Bilirrubina (mg/dL)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	>12,0
Cardiovascular Presión arterial	PAM ≥ 70 mmHg	PAM ≤ 70 mmHg	Dopamina <5ug/kg/min o Dobutamina (Cualquier dosis)	Dopamina 5,1-15 ug/kg/min o Epinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina ≤ 0,1 ug/kg/min	Dopamina >15 ug/kg/min o Epinefrina > 0,1 ug/kg/min o Norepinefrina > 0,1 ug/kg/min
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina o flujo urinario	<1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9 <500	>5,0 <200

[129] Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

Una puntuación de SOFA ≥ 2 refleja un riesgo de mortalidad global de aproximadamente un 10% en la población general y es definido como **SEPSIS confirmada**.

Choque séptico:

Se define como Sepsis asociada a signos de hipoperfusión (lactato >2mmol/L) e hipotensión (TAS < 90mmHg o TAM < 65mmHg) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cristaloides de 30mL/kg administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos.

Si al momento de la evaluación hay criterios de sepsis o choque, realice las siguientes intervenciones de ser posible en los tiempos específicos aquí descritos desde el momento del diagnóstico:

Hora 0.

1. Momento en el triage de urgencia o cuando se hace el diagnóstico del proceso infeccioso y de la sepsis. Si viene remitida de otra institución, este momento lo determinará la presencia en la historia clínica de criterios de sepsis.

Hora 1.

2. Evalúe permeabilidad de la vía aérea.
3. Suministre suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 ≥ 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto.
4. Canalice 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
5. Coloque sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.
6. Inicie manejo con líquidos endovenosos (preferiblemente Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal, y continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/h de acuerdo con respuesta clínica y metas alcanzadas.
7. Inicie antibiótico: Ampicilina/Sulbactam endovenosos 3g (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). en la primera hora y continúe según protocolo de la institución local o de referencia.
8. Proporcione protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
9. Toma de paraclínicos: hemograma, PCR, Hemocultivos x 2, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, gases arteriales y ácido láctico.

Si al momento de la evaluación hay criterios de choque se deberá:

Movilizar equipo de emergencia, asegurar respuesta rápida de equipo multidisciplinario e iniciar inmediatamente acciones de supervivencia que incluyen:

1. Reanimar guiado por los siguientes parámetros como meta:
   a. Lactato sérico ≤ 2mmol/L
   b. TAM ≥ 65mmHg.
2. Iniciar antibiótico de amplio espectro en la primera hora, previa toma de muestras para cultivos.
3. Identificar y controlar foco infeccioso.
4. Evaluar permeabilidad de la vía aérea y suministrar suplemento de oxígeno: si dispone de oximetría de pulso proporcione oxígeno suplementario para alcanzar %satO2 > 95. Si no dispone, administre oxígeno por cánula nasal a 3Lt/minuto. En caso de Glasgow < 9, con pobre protección de la vía aérea o insuficiencia respiratoria realice intubación orotraqueal y ventilación mecánica.
5. Canalizar 2 venas con catéter venoso No. 16 o 18.
6. Realizar paso de catéter venoso central bilumen, si se requiere la colocación de medicamentos vasopresores, esto si tiene experiencia y disponibilidad de este.
7. Colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16) para vigilancia de gasto urinario.

8. Iniciar manejo con líquidos endovenosos (Hartman): bolos de 300mL cada 15 minutos para mantener TAM ≥ 65mmHg y sensorio normal; continuar aporte de mantenimiento a 1cc/kg/hr de acuerdo con la respuesta clínica y las metas alcanzadas.
9. Si la TAM persiste < 65mmHg después de un adecuado reto de líquidos (30mL/kg en bolos de 300mL cada 15 minutos), se sugiere iniciar cuanto antes infusión de agentes vasoactivos: Norepinefrina a 35 mcg/minuto que se va incrementando cada 5 minutos hasta alcanzar la meta (TAM ≥ 65mmHg) o una dosis de 90 mcg/min.
10. Iniciar antibiótico empírico en la primera hora de reconocimiento del diagnóstico de la Sepsis de acuerdo con el foco sospechado, generalmente con PiperacilinaTazobactam 4.5 gramos endovenosos cada 6 horas (o el antibiótico que se defina institucionalmente en el comité de infecciones). Esta indicación debe revalorarse cada 12 horas hasta que se tenga reporte de los cultivos para definir continuidad de este o su suspensión si se descarta infección.
11. Proporcionar protección gástrica: Ranitidina ampollas x 50mg 1 ampolla endovenosa cada 12h u Omeprazol ampollas x 20mg 1 ampolla endovenosa cada 12h.
12. Tomar paraclínicos: hemograma, PCR, hemocultivos, cultivos locales según etiología del probable foco, pruebas hepáticas y renales, glucometrías cada 4h, gases arteriales y ácido láctico. Este último se debe medir nuevamente si el valor inicial **(hora 0)** esta elevado (Lactato sérico ≥ 2mmol/L), entre las 3-6 horas para identificar el logro de las metas durante la reanimación.
13. Manejar terapia antitrombótica con Heparina en el nivel de mayor complejidad.

4.9.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Computador para el ingreso administrativo, Bomba de infusión, Monitor de signos vitales, Carro de paro, Doppler fetal, Kit para el manejo de la emergencia obstétrica, Laboratorio básico y bioquímico, Transporte medicalizado, Dispositivos institucionales para la identificación de pacientes, identificación de alergias y riesgo de caídas (brazaletes), Guías y protocolos adoptados formalmente por la IPS, Diagramas de flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, Traje Antichoque no neumático y balones hemostáticos (Bakri o Sonda condón).

El contenido del Kit de emergencia obstétrica básico se presenta en el anexo 7.

4.10 ATENCIÓN PARA EL CUIDADO RECIÉN NACIDO

La atención del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia a los recién nacidos y sus familias o acompañantes en el proceso fisiológico de la adaptación neonatal y su adecuada transición a la vida extrauterina.

El nacimiento debe darse en un entorno institucional. En algunos casos no es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica; sin embargo, debe recomendarse el nacimiento en el entorno mencionado. En todo caso, cada niño o niña que nazca debe contar con el acceso a las intervenciones aquí descritas, lo cual permitirá apoyar su proceso de adaptación a la vida extrauterina y minimizará la posibilidad de presentar complicaciones que tengan riesgo de muerte o de generar daños importantes para el resto de la vida.

Las instituciones que realicen la atención del parto deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal). En caso de ser necesario, de acuerdo con la necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutiva de la institución, debe remitirse a una institución de mayor complejidad para continuar el tratamiento instaurado.

4.10.1 Objetivos

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina del recién nacido y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones que tengan riesgo de muerte perinatal o neonatal, o de generar daños para el resto de la vida relacionados con eventos perinatales.

4.10.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de atención del parto y del nacimiento requieren un equipo multidisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo a la gestante, al recién nacido(a), su familia o acompañantes.

Los requerimientos mínimos de talento humano son los mismos que para la atención del parto de bajo riesgo (siempre y cuando el personal tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal, e idealmente, que tenga vigente su formación en soporte vital avanzado neonatal). En el caso de un parto de alto riesgo o en el que se prevean posibles complicaciones del recién nacido (como prematuridad, estado fetal insatisfactorio, anomalías congénitas, bajo peso al nacer, nacimiento por cesárea, etc.), se requiere de médico especialista en pediatría que idealmente tenga entrenamiento actualizado en adaptación y reanimación neonatal. Así mismo, cuando se sobrepase o se prevea la necesidad de tratamientos que implican una capacidad resolutiva superior a la que tiene la institución, debe remitirse a otra de mayor complejidad para garantizar la atención adecuada.

Se permite también que la atención del nacimiento de bajo riesgo sea realizada por especialista en pediatría, y el de alto riesgo, por pediatra con subespecialización en neonatología, para el caso de las instituciones que tengan la posibilidad de garantizarlo.

En todos los casos, se requiere que el recién nacido sea atendido por un profesional independiente de aquel que se encuentra simultáneamente atendiendo a la gestante, y esta atención debe darse de acuerdo con el riesgo previsto tanto para la madre como para el recién nacido.

Se permitirán criterios de adaptabilidad en los casos necesarios según las particularidades poblacionales o territoriales (por ejemplo, en población de ámbitos de alta ruralidad o rural disperso, o en poblaciones indígenas), siempre y cuando se cumplan los estándares de atención establecidos en la normatividad vigente.

4.10.3 Atenciones incluidas

a. Enfoque antenatal de riesgo.
b. Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos.
c. Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de edad.
d. Decisión del egreso hospitalario.
e. Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario.
f. Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.
g. Egreso hospitalario.

4.10.4 Descripción

4.10.4.1 Enfoque antenatal de riesgo

El enfoque antenatal de riesgo exige la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido. Adicionalmente a los factores de riesgo biológico, se requiere tener en cuenta los demás factores de riesgo psicosociales definidos en la historia clínica del CLAP. La historia clínica peri-neonatal debe empezar a realizarse desde antes del nacimiento, con el fin de preparar el equipo y los insumos necesarios para la atención adecuada en sala de partos/nacimientos y programar las actividades a realizar en las horas posteriores al nacimiento. Debe indagarse por las vacunas aplicadas a la madre gestante, incluirse la exploración de factores de exposición a teratógenos como el alcohol y otras sustancias psicoactivas, a infecciones virales (como Zikv) la revisión de los resultados de los exámenes tomados durante la gestación (VIH, Sífilis, Hepatitis B, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B, etc.) y la identificación de otras condiciones que ameriten un manejo diferencial del recién nacido en la etapa neonatal y luego del alta hospitalaria. En caso de no contar con los laboratorios prenatales, se deben asegurar sus resultados antes del periodo expulsivo o de la cesárea.

4.10.4.2 Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos

La atención inmediata en sala de partos/nacimientos requiere la realización previa de la historia clínica con enfoque de riesgo antenatal. La adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardio-hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende

fundamentalmente el adecuado y exitoso tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Debe realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles. Para un adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de partos/nacimientos debe estar entre 23°C y 26ºC como rango promedio. Las salas de adaptación neonatal deben disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal.

La secuencia de atención es:

- **Limpieza de las vías aéreas**: en el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de la vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas.
- **Secado del recién nacido**: una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo. Para esto, se coloca al recién nacido sobre el abdomen de la madre, en contacto piel a piel y se inicia con el secado de la cabeza y cara y luego del resto del cuerpo en forma suave, gentil y exhaustiva, con campo seco y tibio. Posteriormente debe cubrirse con un campo seco y tibio diferente al previamente usado para el secado, y debe tenerse especial cuidado en evitar la pérdida de calor por la cabeza colocando un gorro. En caso de no contar con gorro, una alternativa sería armar un turbante con una compresa tibia y seca. En el caso de los recién nacidos prematuros, se recomienda manejar de acuerdo con las indicaciones específicas del lineamiento de atención al recién nacido prematuro.
- **Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular**. La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- **Pinzamiento y corte del cordón umbilical**. Debe realizarse cuando se cumplan los siguientes criterios: interrupción de la palpitación de las arterias umbilicales, disminución de la ingurgitación de la vena umbilical, y perfusión satisfactoria de la piel, lo cual ocurre habitualmente entre el segundo o tercer minuto de nacido. Estos criterios pueden demorar más tiempo en conseguirse, como en los casos donde ha habido circular de cordón umbilical, prolapso o procidencia de cordón umbilical, o ruptura prolongada de membranas. En estos casos, es pertinente permitir un mayor tiempo al destinado al pinzamiento habitual del cordón umbilical. De forma excepcional, se debe realizar pinzamiento inmediato en casos de abruptio de placenta y de placenta previa sangrante para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido, o pinzamiento precoz (antes de cumplir los criterios de pinzamiento habitual, generalmente entre 30 y 60 segundos de la expulsión del niño por el canal del nacimiento) en los casos en los que se presuma riesgo de paso de anticuerpos maternos (como en miastenia gravis o en isoinmunización materno fetal no tratada) o riesgo de poliglobulia neonatal (como en sospecha de restricción de crecimiento intrauterino o en hijos de madres toxémicas o diabéticas). Todo el instrumental que se use para pinzar y cortar el cordón umbilical debe estar estéril.
- **Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre**. Debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante, con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres con el recién nacido. Se debe continuar monitoreando la respiración y se debe estimular el inicio de la lactancia materna. Si el niño se encuentra sano, se recomienda no separar de la madre durante los primeros 60 minutos, e incluso se deben postergar los procedimientos de aplicación de profilaxis, antropometría y examen físico completo después de este tiempo. En caso en el que el recién nacido deba ser separado de la madre durante la transición de su adaptación neonatal, debe ubicarse bajo fuente de calor que idealmente debe ubicarse en la misma sala de partos/de cirugía/de nacimientos, y preferiblemente dentro del campo visual de la madre. En el caso de un nacimiento por cesárea, mientras se continúa el procedimiento quirúrgico de la madre, se pueden realizar las demás medidas de la adaptación (por ejemplo, profilaxis, antropometría, etc.) para evitar separaciones de la madre posteriormente, y se debe promover el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia materna lo más rápido posible.
- **Lactancia materna:** Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo. La lactancia materna debe ser a libre demanda, sin horario y sin restricción. Debe promoverse y apoyarse constantemente y permitir que el recién nacido y la madre permanezcan juntos, evitando separarlos innecesariamente. En caso de que la madre se encuentre en recuperación post-cesárea, si se cuenta con la autorización del anestesiólogo, el personal de la sala debe apoyar la lactancia materna mediante la recuperación conjunta lo más pronto posible. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas, o si la madre vive con infección por VIH.
- **Limpieza de las secreciones** de la boca nuevamente, si es necesario.
- **Valoración del APGAR**. Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la Escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio, el color de la piel y la frecuencia cardiaca. No se deben retrasar las intervenciones para los recién nacidos deprimidos hasta la valoración de un minuto. La adaptación neonatal inmediata se apoya si el Apgar es de 7 o más, se conduce si el Apgar es de 5 a 7 o se induce si es de 4 o menos. En todo caso, se debe vigilar la estabilización del recién nacido. Para los casos de Apgar menor de 7 se debe valorar la capacidad resolutiva de la institución y remitir a nivel con la complejidad necesaria para proveer la atención neonatal adecuada. Si el recién nacido tuvo un Apgar menor de 7 a los cinco minutos, se debe descartar asfixia perinatal. Si el neonato debe ser remitido, debe transportarse de acuerdo con los criterios de transporte neonatal seguro y adecuado a su condición clínica. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 9.
- Realización de la **Escala de Silverman–Anderson**: debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento. Ver Descripción de la Escala de APGAR en el Anexo 10.
- **Identificación del recién nacido:** debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido (por ejemplo, marcando la manilla previamente con los datos disponibles).

En el caso de presentar alguna complicación durante la transición del recién nacido a la vida extrauterina, como dificultad respiratoria, se debe garantizar la atención resolutiva integral que se requiera según el caso. Se debe tener en cuenta lo planteado en el procedimiento de Atención de las complicaciones del recién nacido del presente lineamiento.

En el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal), y dentro de los primeros 90 minutos de vida, se deben desarrollar las siguientes actividades dentro del campo visual de la madre:

- **Profilaxis umbilical**: se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura. Se debe verificar que no se atrape la piel periumbilical sino únicamente el muñón umbilical y se debe realizar la limpieza del muñón umbilical con Clorhexidina o Yodopovidona teniendo cuidado de retirar el exceso del antiséptico que haya podido aplicarse en la piel del recién nacido.
- **Profilaxis ocular:** para la prevención de la oftalmía neonatal, se debe realizar con solución oftálmica de Povidona iodada al 2,5% o al 5% (según disponibilidad), una gota en cada ojo en dosis única. En caso de no contar con solución oftálmica de Povidona iodada, se puede hacer uso de solución de pomada de Eritromicina al 0,5%, de pomada de tetraciclina al 1% o de nitrato de plata al 1%. Es importante tener en cuenta que con el uso de nitrato de plata hay descripciones de efectos irritantes.
- **Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido**: se debe aplicar Vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única. Si se dispone de Vitamina K en presentación oral con equivalencia farmacológica a la presentación parenteral, puede administrarse en lugar de esta última. Para el recién nacido con peso menor de 1.500 gramos, la dosis de Vitamina K es de 0,5 mg vía intramuscular en dosis única en la misma localización anatómica del recién nacido a término.
- **Examen físico neonatal inicial**: se trata de un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico, debe verificarse la permeabilidad esofágica y anal. Así mismo, debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37,5º centígrados. Por encima o por debajo de estos valores, debe considerarse una señal de peligro. En el caso en el que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de un evento de interés en salud pública y se debe

tener en cuenta lo relacionado en el apartado de Detección de anomalías congénitas del presente lineamiento.

- **Toma de medidas antropométricas**: se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica. Debe prestarse especial atención a los casos en los que las medidas antropométricas no se correspondan adecuadamente con la edad gestacional, con el objeto de anticiparse a distintos riesgos perinatales y postnatales. Luego de la antropometría y del examen físico, puede procederse a vestir al recién nacido.
- **Toma de muestra de sangre de cordón**: se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasificación neonatal, para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados (por ejemplo, gota gruesa, etc.). La muestra de sangre de cordón debe tomarse con la técnica de "asa" y, por lo tanto, no debe tomarse mientras no haya habido alumbramiento de la placenta ni tomarse del segmento placentario del cordón. En caso de no ser posible la toma de muestra de sangre de cordón, se deberá realizar la toma de muestra por vena periférica del recién nacido. Así mismo, debe tenerse en cuenta la necesidad de realizar exámenes de laboratorio con muestra de sangre periférica según los hallazgos del examen físico (por ejemplo, para estudio de defectos congénitos), según los riesgos perinatales o de acuerdo con los resultados previos de los laboratorios prenatales (por ejemplo, para estudio de toxoplasmosis o sífilis) para tomar muestra suficiente y reducir así el número de venopunciones a realizar en el recién nacido.
  NOTA: En el momento en que se formule el programa de tamizaje neonatal o se den directrices sobre la atención integral en salud para la identificación de riesgo metabólico, cardiovascular, auditivo y visual en el recién nacido (que incluye tamizaje de errores innatos del metabolismo), se realizarán consideraciones respecto a la toma de la muestra para tamizaje de hipotiroidismo congénito y las demás pruebas de tamizaje en sangre. Mientras tanto, se continuará con los procedimientos relacionados con la toma de muestra de sangre de cordón para detección de hipotiroidismo congénito.
- **Revisión de la placenta**: en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos, quistes, abscesos, alumbramiento incompleto, etc. Como criterio de adaptabilidad, en los casos en los que la mujer por motivos o prácticas culturales desee llevar la placenta o el cordón umbilical consigo, se permitirá siempre y cuando no existan contraindicaciones y se hará de acuerdo con las medidas de bioseguridad pertinentes según la normatividad vigente.
- **Completar los datos de identificación del recién nacido:** debe realizarse frente a la madre y debe haberse iniciado antes de la separación del binomio madre-hijo. En la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica, sexo, peso, talla y perímetro cefálico. Adicional a los datos anteriormente mencionados (que son obligatorios), la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre.
- **Registro de los datos en la historia clínica**: en la historia clínica deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. Se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes horas de vida.
- **Expedición del certificado de recién nacido vivo**: la expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació.

4.10.4.3 Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida.

Las siguientes actividades comprenden los cuidados que deben practicarse en las primeras veinticuatro horas de vida, luego de los primeros 90 minutos de vida en los que se debieron haber realizado las intervenciones previamente mencionadas. Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina y su adaptación a la misma. Estos cuidados incluyen:

- **Continuar** la promoción y el apoyo a la lactancia materna.
- **Indagar** sobre problemas con la lactancia materna, signos de dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio, y sobre signos de alarma o inquietudes de los padres frente a la salud del niño o niña.
- **Verificar** la temperatura corporal del recién nacido y la poca luz ambiental.
- **Realizar examen físico completo por profesional de medicina o especialista en pediatría**: Incluye la evaluación de todos los órganos, funciones y sistemas. Se debe realizar en las primeras cuatro horas de vida y se debe valorar nuevamente antes de las 24 horas de vida, previo al egreso hospitalario. Si el neonato dura más de 24 horas de vida en observación hospitalaria, se debe evaluar de nuevo entre las 24 y las 48 horas de vida. Se debe calcular la edad gestacional, y confirmar la correlación de peso y edad gestacional (en adecuado, excesivo o deficiente según la edad gestacional), así como evaluar signos clínicos de hipoglicemia, ictericia, dificultad respiratoria o lesiones relacionadas con el nacimiento, vigilar el estado del muñón umbilical y, en general, evaluar la transición neonatal y su adaptación a la vida extrauterina.
- Deberá tenerse en cuenta el riesgo de desarrollar síndrome de alcoholismo fetal o síndrome de abstinencia neonatal, de acuerdo con la información de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol reportada por la madre durante la gestación. En la etapa peri-neonatal, el síndrome de alcoholismo fetal puede manifestarse principalmente con anomalías congénitas (generalmente faciales). A su vez, el síndrome de abstinencia neonatal puede ser secundario al consumo de una o múltiples sustancias, puede manifestarse precozmente (en las primeras 24-48 horas) o tardíamente (hasta 2-3 semanas de edad postnatal) y presentar diferentes síntomas (neurológicos, respiratorios, gastrointestinales o autonómicos), ante lo cual siempre debe tenerse siempre presente como una posibilidad diagnóstica. Si se tiene sospecha de síndrome de alcoholismo fetal o de síndrome de abstinencia neonatal, debe garantizarse la atención en unidad neonatal o su valoración por pediatra o neonatólogo antes de considerar el egreso hospitalario.
- **Control de signos vitales.** Se deben tomar todos los signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y saturación de hemoglobina con pulsooximetría) cada 6 horas. Adicionalmente, por lo menos en una ocasión se debe realizar pulsooximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores), así como toma y registro de la tensión arterial en las cuatro extremidades con el objeto de encontrar hipertensión arterial generalizada o de predominio en miembros superiores respecto de los miembros inferiores, como medida para el tamizaje de coartación aórtica. En caso de alteraciones, se debe avisar de inmediato al profesional de medicina o al especialista en pediatría para la revisión del recién nacido.
- **Vigilar condiciones higiénicas y del vestido**.
- **Revisar los resultados** de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultado de la TSH neonatal, y de los otros los exámenes de laboratorio cuando haya lugar. Deben verificarse los resultados maternos de los exámenes de hepatitis B, toxoplasma, VIH y sífilis y proceder a la ampliación de estudios en el recién nacido cuando haya lugar. Esto último se haría solamente si no se logró hacer antes del expulsivo o de la cesárea.
- **Vacunar:** Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis antes del egreso hospitalario. En el caso de tratarse de hijo de madre con Hepatitis B, se dará atención por Pediatría.
- **Realizar tamizaje de cardiopatía congénita:** se debe realizar a las 24 horas de nacido antes del egreso hospitalario y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas de edad nuevamente. Se debe hacer con pulso oximetría preductal (en miembro superior derecho) y post-ductal (en miembros inferiores). Se considerará anormal cuando se registre una diferencia mayor a 3% en la saturación de oxígeno entre estas medidas, o cuando esta se encuentre en un nivel menor a 90%. Con un resultado anormal, se debe remitir para atención resolutiva por pediatría y/o cardiología pediátrica para descartar cardiopatía congénita compleja mediante estudios diagnósticos adicionales. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **Realizar tamizaje visual:** se debe realizar con las técnicas semiológicas básicas de inspección ocular y realización de reflejo rojo retiniano. En caso de un resultado anormal, debe ser remitido para valoración por pediatría. Debe registrarse en la historia clínica neonatal.
- **Realizar tamizaje auditivo:** el tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Debe hacerse con Emisiones Otoacústicas (EOA) o con Respuesta Auditiva de Tallo Encefálico Automatizada (RATEA). Dadas las limitaciones del uso exclusivo de EOA en la evaluación de la vía auditiva a nivel retrococlear, se debe preferir el uso de RATEA de rutina en todos los niños. En el caso de los recién nacidos y niños con alto riesgo de pérdida auditiva[130]

[130] Son Factores de riesgo para pérdida auditiva: Antecedente familiares de sordera, Bajo peso al nacer, "Espectro Oculo-Aurículo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar", Hipoxia neonatal, Infecciones del oído, Labio y/o paladar Hendido, Malformación anatómica auricular y/o CAE, Incompatibilidad de RH, Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos, Procesos virales prenatales, Recién nacido prematuro, Reflejos auditivos alterados, Retraso del desarrollo motor, Secuelas de meningitis, Sindrome de Down, Trastorno respiratorio, Traumas perinatales, Traumas prenatales,

deben utilizarse de forma combinada las EOA y la RATEA. Estas pruebas deben realizarse idealmente a las 24 horas de nacido o antes de la salida de la institución de salud. En caso en que no se logre garantizar su realización integral en los primeros siete días de vida, debe garantizarse en el marco de las atenciones de la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la primera infancia. Debe registrarse siempre en la historia clínica neonatal su realización y su resultado. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieran a nivel territorial para garantizar su realización.

- **Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo:** la detección de errores innatos del metabolismo se realizará en el país atendiendo los criterios de progresividad. Inicialmente, dentro de estos tamizajes se establece como obligatorio la toma y análisis del TSH neonatal. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adelantar el proceso de definición del set de laboratorios obligatorios en el marco de este programa de tamizaje o de las directrices para la atención integral en salud para la identificación del riesgo metabólico del recién nacido. Debe registrarse en la historia clínica neonatal su realización y su resultado.
- **Iniciar suplementación de hierro:** se iniciará suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día desde el período neonatal y se mantendrá hasta el inicio de la alimentación complementaria a los hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- **Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido y sobre:** lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, medidas de sueño seguro, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido (como fajeros, botones en el ombligo, mitones, azabaches, o cualquier objeto), importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija; detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud, uso del carné de salud infantil y necesidad de participar de las actividades a las que tiene derecho en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia (consultas, tamizajes y sesiones educativas), y necesidad de reclamar los resultados de los tamizajes realizados (incluyendo la TSH neonatal).
- Entregar el **certificado de recién nacido vivo y** orientar acerca de la expedición del **registro civil**.
- **En caso de tratarse de un recién nacido hijo de padres sin aseguramiento**, la IPS debe seguir el procedimiento establecido en la normatividad vigente para el momento de la formulación y publicación del presente lineamiento. Se debe cumplir con lo reglamentado en el Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.
- **Remitir al recién nacido** a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutiva en caso de que se requiera.

4.10.4.4 Decisión del egreso hospitalario

Se debe dar salida al recién nacido sano y sin riesgos después de 24 horas postparto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. En el caso de un nacimiento por cesárea o de un niño con riesgos (por ejemplo, de hipoglicemia en el caso del hijo de madre diabética, o en caso de lactancia materna con dificultades o inefectiva, o en niño con riesgo de síndrome de abstinencia neonatal, entre otros), la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso. Este tiempo es necesario para poder hacer un examen físico postnatal adecuado, buscar anomalías congénitas, realizar los tamizajes neonatales (de acuerdo con la implementación progresiva del programa de tamizaje neonatal), reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas, y poder controlar o reducir los riesgos de complicaciones, entre otras cosas. Esta decisión será tomada por profesional de medicina o por médico especialista en pediatría según el cumplimiento de los criterios para el egreso hospitalario.

Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido son:

- Recién nacido con examen clínico normal y evolución normal (la normalidad total incluye la ausencia de signos de dificultad respiratoria y de pausas apneicas).
- Recién nacido con control de los riesgos de complicaciones.
- Adecuada succión y deglución del recién nacido.

Apgar bajo, Permanencia en unidad de cuidado intensivo neonatal, Malformaciones congénitas de cabeza y cuello, Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares, Tamizaje metabólico anormal.

- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.
- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición, debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir.
- Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado de la pulsooximetría (saturación de oxígeno) preductal y postductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades.
- Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado.
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido. Si la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti-D a la madre, si es el caso.
- Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, Toxoplasma, Hepatitis B y del Tamizaje de Estreptococo del grupo B.
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento (BCG, Hepatitis B).
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. En caso de identificarse alguno de estos factores, se debe solicitar valoración por trabajo social para coordinar un seguimiento diferencial e iniciar el proceso de notificación para el restablecimiento de los derechos, cuando haya lugar a ello. En caso de no contar con trabajo social, puede realizarse valoración por psicología siempre y cuando este profesional pueda realizar la notificación para el restablecimiento de los derechos, de ser necesario.
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento, si es posible. En caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría y anotar el reporte de la evolución del neonato en la historia clínica.
- Tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control del puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita de control se realizará según la coordinación entre el asegurador y el prestador para garantizar su oportunidad y cumplimiento. Para esto debe asegurarse facilidad de acceso a las citas de control y facilidad en la oportunidad de consulta.
- En caso de que haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa, se debe garantizar que el recién nacido y la mujer tendrán acceso a los controles del puerperio y del recién nacido. Para esto, se debe verificar si existe la posibilidad de egreso a un hogar de paso o si hay alguna otra estrategia para garantizar la asistencia a estos procedimientos.
- Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana. La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad ni para el bienestar del recién nacido y de la mujer en postparto.
- Hasta que no se definan las condiciones de implementación del tamizaje de errores innatos del metabolismo y del tamizaje auditivo, los procesos de atención derivados de los mismos, y en virtud de la progresividad que requiere su planeación y su implementación, la realización de estos tamizajes no se considerarán por ahora un criterio limitante o restrictivo para permitir el egreso hospitalario.
- Cita asignada de seguimiento a la atención del recién nacido por pediatría o medicina.
- Cita asignada de atención para el apoyo a la lactancia materna en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

4.10.4.5 Entrega de recomendaciones previas al egreso hospitalario

Se debe entregar material escrito que sirva como guía de los cuidados y manejo del recién nacido. Esto se hace para reforzar las actividades de educación realizadas durante la atención hospitalaria del recién nacido y para que los padres puedan disponer de esta información en caso de que no lo recuerden o tengan dudas.

Cada institución debe tener material escrito disponible para entregar a los padres al egreso. Este material debe ser entregado por la IPS en la que se realizó la atención del parto y del nacimiento. El material de recomendaciones debe contener mínimo los siguientes temas:

- Cuidados del bebé y de su salud.
- Beneficios de la lactancia materna.
- Alimentación.
- Patrón de alimentación.
- Preocupaciones frecuentes:
- Deposiciones.

- Ictericia, Palidez o Cianosis.
- Piel y cordón.
- Seguridad (incluye las recomendaciones para prevenir el síndrome de muerte súbita de los recién nacidos y los lactantes).
- Signos de alarma.
- Otros cuidados.

En el Anexo 10 se presentan algunas de las recomendaciones de salida para padres de recién nacidos, las cuales podrán ser adoptadas o adaptadas por cada institución.

4.10.4.6 Expedición y registro en el carné único de salud infantil y diligenciamiento de la Historia Clínica Perinatal Simplificada.

Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil[131] y se debe registrar la información de la Historia Clínica Perinatal Simplificada del carné del CLAP. Según la mencionada Resolución, el carné de salud infantil debe ser distribuido a los padres de todo recién nacido, por cuenta de la respectiva empresa promotora de salud (EPS), a través de la red de servicios propia o contratada para la población afiliada, y a través de las Secretarías Departamentales, Distritales o Municipales de Salud para la población pobre no asegurada.

Se debe indicar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. Se debe recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento o de valoración integral en salud.

4.10.4.7 Egreso hospitalario

Se dará el egreso hospitalario cuando se hayan cumplido las condiciones mencionadas previamente para el egreso, se hayan entregado las recomendaciones de cuidado y manejo ambulatorio del recién nacido (y se verifique que los padres las hayan comprendido), se haya expedido y registrado el carné único de salud infantil, se haya registrado la Historia Clínica Perinatal Simplificada del CLAP, se hayan realizado los tamizajes neonatales (una vez se haya generado la directriz para su implementación desde el Ministerio de Salud y Protección Social) o esté programada su realización, se haya asignado la cita de control por pediatría para los siguientes 3 a 5 días del egreso hospitalario o ya esté programada para la primera semana de vida, y se haya asignado la consulta de valoración de la lactancia materna.

4.10.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación disponible para la atención del parto, la atención del recién nacido y la atención en unidades de internación neonatal de cuidados básicos, cuidados intermedios o cuidados intensivos. Para la atención se requerirá el diligenciamiento completo de la Historia Clínica neonatal, las fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública en el caso en que se necesite, la Historia Clínica Perinatal Simplificada y los documentos para realizar una adecuada referencia y contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera.

4.11 ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES PERINATALES Y/O POSTNATALES DEL RECIÉN NACIDO

La atención de las complicaciones del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos e intervenciones necesarios para identificar el riesgo de complicaciones del neonato, tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.

La atención que requiere el recién nacido de alto riesgo puede diferir según la presencia de factores o situaciones de riesgo o de complicaciones o condiciones claramente establecidas.

Se cuenta con cinco Guías de Práctica Clínica de Neonatología para condiciones específicas, las cuales, aunque no son exhaustivas de la patología perinatal-neonatal, obedecen a la apuesta de atención integral en salud para las y los recién nacidos del país, según las condiciones más frecuentes y que son reconocidas como de mayor riesgo vital y mayor gravedad.

Así mismo, se cuenta con atenciones reconocidas como medidas de buena práctica clínica que presentan los procedimientos particulares para la atención de determinadas situaciones de riesgo del recién nacido según su historia clínica antenatal, su adaptación neonatal inmediata y su evolución clínica postnatal. Es decir, estas atenciones buscan apoyar la adaptación y la transición de los recién nacidos según sus riesgos diferenciales.

Las instituciones que realicen la atención del parto deberán también estar equipadas para la atención del recién nacido, con disponibilidad permanente del talento humano para la atención del binomio madre hijo, y en todos los casos deben contar con los insumos necesarios y suficientes para responder a las situaciones de emergencias obstétricas y neonatales (kit de emergencias obstétricas y kit de reanimación neonatal). En caso de ser necesario, de acuerdo con la necesidad de atención del recién nacido y a la capacidad resolutiva de la institución, debe remitirse a una institución de mayor complejidad para continuar el tratamiento instaurado.

4.11.1 Objetivos

Identificar el riesgo de complicaciones del recién nacido para tratar oportunamente las condiciones de riesgo perinatal y neonatal, generar la estabilización clínica del feto-neonato y tratar las complicaciones perinatales y neonatales.

4.11.2 Talento humano

El conjunto de procedimientos de la atención a las complicaciones del recién nacido requiere un equipo multidisciplinario que pueda brindar seguimiento y apoyo al recién nacido y su familia o acompañante. La atención es diferencial según la presencia de riesgos o de complicaciones establecidas.

La atención de las complicaciones del recién nacido se debe realizar por médicos especialistas en pediatría con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal o por pediatras especialistas en neonatología. Sin embargo, podrá realizarse por profesionales de medicina general con entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal solo en caso de no contar con el talento humano adecuado y mientras se remite de forma inmediata para atención (estudio, diagnóstico y tratamiento) en el prestador complementario (unidad neonatal, según el caso). En el caso en el que el parto/nacimiento haya sido atendido por profesional de enfermería, se debe garantizar que tenga entrenamiento en adaptación y reanimación neonatal para manejar al recién nacido mientras se logra la valoración por profesional de medicina y/o traslado a unidad neonatal.

4.11.3 Atenciones incluidas

- Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria
- Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado
- Manejo peri y postnatal del recién nacido con Restricción del Crecimiento Intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional)
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida.
- Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abruptio de placenta - Placenta previa).
- Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv.
- Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido.
- Detección de Anomalías congénitas.
- Atención del Recién Nacido con Asfixia Perinatal.
- Atención del Recién Nacido Prematuro.
- Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana.
- Atención del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio.

[131] Reglamentado por la Resolución 1535 de 2002.

4.11.4 Descripción

4.11.4.1 Manejo peri y postnatal del recién nacido con depresión respiratoria

Debe realizarse según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés), y se tendrán en cuenta los principios de la Estrategia "Ayudando a los Bebés a Respirar: El Minuto de Oro".

4.11.4.2 Manejo peri y postnatal del recién nacido meconiado

Se deben tener en cuenta las recomendaciones que se realizan en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido con Trastorno Respiratorio en el apartado de Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconiado (SALAM). En caso de requerirse reanimación neonatal, se debe realizar según el esquema de reanimación neonatal vigente en las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).

4.11.4.3 Manejo peri y postnatal del recién nacido con restricción del crecimiento intrauterino (Pequeño para la Edad Gestacional)

Se deben verificar en la historia materna las posibles causas del retardo del crecimiento intrauterino, tales como toxemia, diabetes insulino dependiente con o sin componente vascular, hipertensión, cardiopatía, neumopatía crónica, desnutrición, infección, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de medicamentos.

Se debe apoyar, conducir o inducir la adaptación neonatal inmediata, según sea el caso, previniendo y tratando oportunamente la asfixia neonatal; evitar la hipotermia perinatal; evaluar la edad gestacional; practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.

Se debe considerar el pinzamiento precoz del cordón umbilical para prevenir el riesgo de poliglobulia.

Debe tenerse en cuenta que el riesgo metabólico que tienen los niños con restricción de crecimiento intrauterino y que puede manifestarse con hipoglicemia y alteraciones electrolíticas (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio, Fósforo). En este caso, deben tomarse la glucemia y los electrolitos a las 12 horas de edad y debe evaluarse al neonato con mayor frecuencia en su lactancia materna y en signos clínicos que sugieran cualquier anormalidad.

4.11.4.4 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre diabética

En el caso del hijo de madre con diabetes, tanto si el niño es macrosómico como si es microsómico, se deben tener en cuenta las siguientes medidas alrededor de la adaptación neonatal y la transición a la vida extrauterina:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón para prevenir el riesgo de poliglobulia.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Realizar glucometría a las 2 y 4 horas de edad, y posteriormente, según resultados iniciales. Se debe establecer la necesidad de realizar glucometrías adicionales o periódicas para vigilar la hipoglucemia.
- Tomar glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización ácido-básica según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Estabilización vigilada y asistencia metabólica por el riesgo severo de hipoglicemia.
- Estabilización respiratoria, ofreciendo apoyo ventilatorio precoz con mascara, presión positiva continua a las vías aéreas, o ventilación mecánica si es el caso, teniendo en cuenta el riesgo severo de enfermedad de membrana hialina. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto en la Guía de Atención del Trastorno Respiratorio del Recién Nacido.
- Evaluación de la edad gestacional y practicar examen físico minucioso en busca de signos que sugieran malformaciones congénitas o infección intrauterina.
- En este tipo de pacientes hay contraindicación para el uso de betamiméticos por el riesgo de obstrucción funcional al tracto de salida.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y las glucometrías, y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

4.11.4.5 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo

La atención del hijo de madre con enfermedad hipertensiva del embarazo leve se realiza de la misma forma que para cualquier niño o niña salvo evidencia clínica de compromiso específico, como la presencia de restricción decrecimiento intrauterino. En tal caso, se procederá a manejarse de acuerdo a lo establecido para los niños con esta condición.

La atención del hijo de madre en enfermedad hipertensiva del embarazo grave o severa incluye las siguientes actividades:

- Considerar el pinzamiento precoz del cordón ante el riesgo de poliglobulia. Excepto en caso de abrupcio de placenta, en donde se requeriría Pinzamiento inmediato.
- Secado exhaustivo.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas y permanecer atento a los llamados de enfermería.
- Tomar cuadro hemático, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 12 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica y respiratoria según el caso.
- Estabilización hemodinámica según el caso.
- Asistencia y estabilización metabólica según el caso.
- De tener una adecuada adaptación, con normalidad en los exámenes y con buena evolución clínica, puede darse egreso después de 48 horas de vigilancia intrahospitalaria.

Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.

4.11.4.6 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre isoinmunizada grave (Zonas II-III de Liley) sin tratamiento antenatal.

La atención del hijo de madre isoinmunizada grave incluye las siguientes actividades:

- Considerar el pinzamiento inmediato del cordón por el riesgo de paso masivo de anticuerpos.
- Secado exhaustivo.
- Control ventilatorio precoz ante la severa disfunción muscular por la hiperkalemia. Este apoyo puede ser con ventilación mecánica ante neonatos hidrópicos o con máscara dependiendo de los hallazgos clínicos.
- Realizar evaluación médica como mínimo cada 8 horas si el niño se encuentra estable y no se deteriora.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, reticulocitos, coombs directo, extendido de sangre periférica, bilirrubinas, glucemia y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) a las 6 horas de edad en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica.

- Estabilización hemodinámica buscando el balance de la tensión arterial (TA) y de la presión venosa central (PVC).
- Considerar la realización de exanguinotransfusión bajo vigilancia de variables hemodinámicas de acuerdo a los resultados de los laboratorios que sean compatibles. Si el recién nacido ha recibido transfusiones intrauterinas puede no necesitarse exanguinotransfusión. Se debe tener en cuenta la garantía de la atención resolutiva necesaria para definir la pertinencia de este procedimiento.
- Continuación del apoyo ventilatorio con asistencia o control de las funciones respiratorias, dependiendo de las condiciones clínicas del caso.
- Vigilancia y asistencia metabólica ante los riesgos graves de hipoglicemia.
- Fototerapia precoz, si se observa ictericia.
- Vigilancia de la función renal.
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con la evolución y el estado del recién nacido, y con la capacidad resolutiva de la institución.

4.11.4.7 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas con más de 24 horas de sucedida.

La atención del recién nacido hijo de madre con ruptura prematura de membranas incluye las siguientes actividades:

- Realizar el pinzamiento del cordón hasta obtener ausencia de palpitación arterial, reducción de ingurgitación venosa y reperfusión de piel.
- Secado exhaustivo.
- En el neonato con ruptura de membranas con más de 24 horas de sucedida hay restricción para la cateterización umbilical, la cual se practicará solo si se considera indispensable, previa asepsia y antisepsia del muñón umbilical y de la piel periumbilical.
- Estabilización acido básica según el caso.
- Se tomarán exámenes de laboratorio según las necesidades clínicas que tenga el recién nacido en su proceso de adaptación y de transición a la vida extrauterina.
- Estabilización respiratoria según el caso. Se debe realizar una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica según el caso.

Se deben tener en cuenta las recomendaciones establecidas en la Guía de Práctica Clínica del recién nacido con sepsis neonatal temprana respecto al diagnóstico y manejo.

4.11.4.8 Manejo peri y postnatal del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante (Abrupcio de placenta - Placenta previa).

La atención del recién nacido hijo de madre con placenta sangrante incluye las siguientes actividades:

- Realizar pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante el riesgo de sangrado fetal-neonatal.
- En caso de que el recién nacido presente paro cardiorrespiratorio o presente inestabilidad vital, deben seguirse los procedimientos indicados en las versiones actualizadas de las Guías de Soporte Vital Avanzado Neonatal (NALS, por sus siglas en inglés).
- Considerar la remisión a institución de mayor complejidad de acuerdo con el estado del recién nacido y con la capacidad resolutiva de la institución.
- Secado exhaustivo.
- Estabilización respiratoria. Es necesario hacer una cuidadosa evaluación de necesidad de asistencia o control respiratorios, según la edad gestacional y condiciones clínicas.
- Estabilización hemodinámica. Si se estima estado de choque, se debe iniciar infusión de cristaloides isotónicos según seguimiento de TA y de PVC, y se debe preparar la transfusión urgente de hemoderivados.
- Tomar cuadro hemático, hemoclasificación, glucemia, función renal y electrolitos (Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio) en sangre periférica. Se deben solicitar otros exámenes de laboratorio según las necesidades que tenga el niño en su proceso de adaptación, de transición a la vida extrauterina y de reanimación. En caso de alteraciones en los resultados de los exámenes, se debe garantizar la atención resolutiva necesaria.
- Estabilización acido básica según el caso.
- Estabilización metabólica según el caso.
- Si el niño no requirió reanimación neonatal, se encuentra estable y no se deteriora, realizar evaluación médica como mínimo cada 6 horas.

Si se trata de prematuro por debajo de 37 semanas, adicionalmente se realizará la atención con las orientaciones de Manejo del recién nacido prematuro según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica del Recién Nacido Prematuro y en los Lineamientos actualizados del Programa Madre Canguro.

4.11.4.9 Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv

La Atención del niño hijo de madre con Hepatitis B, con Infección por VIH, con Sífilis gestacional, con Toxoplasmosis gestacional o con Exposición prenatal a Virus Zikv se hará según los lineamientos técnicos y operativos de las Ruta de Enfermedades Infecciosas o a la atención resolutiva según el caso.

4.11.4.10 Otras condiciones que impliquen manejo perinatal y postnatal especial en el recién nacido

Teniendo en cuenta el enfoque de riesgo antenatal, debe identificarse la presencia de distintas entidades maternas y/o fetales que puedan implicar un manejo perinatal y/o postnatal especial en el recién nacido, especialmente en lo relacionado con la adaptación neonatal inmediata y la gestión del riesgo neonatal inmediato y mediato. En tal caso, se debe proceder a los procedimientos y medidas particulares para el adecuado manejo peri y postnatal del recién nacido que según la evidencia científica representa los mayores beneficios para el niño o la niña.

En caso de que se identifique un problema en cuanto a la temperatura del recién nacido, o a la alimentación, o si se presenta una señal de peligro (respiración rápida, distermia, no hay movimientos, hay convulsiones, o hay ictericia severa), se debe proceder a la atención resolutiva correspondiente.

4.11.4.11 Detección de anomalías congénitas

Se debe instaurar el uso de una estrategia racional y sistemática de detección de anomalías congénitas a través de pasos sucesivos realizados después del nacimiento de un niño vivo: examen físico estandarizado (EFIS), búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y, en todos los casos, tamización universal auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

Dentro del examen físico estandarizado se propone la realización universal de oximetría después de las 24 horas de nacido, como estrategia de tamización para cardiopatías congénitas.

La presencia de 3 anomalías menores en un recién nacido requiere la remisión a un nivel de salud que permita evaluar la existencia de una malformación mayor oculta.

En caso de encontrar 2 anomalías menores o menos, se debe realizar la atención según la propia política institucional para el manejo de estos pacientes según sus recursos disponibles, teniendo en cuenta que la presencia de 2 anomalías menores puede aumentar el riesgo alrededor de un 10% de tener una malformación mayor asociada.

El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorado mediante el examen físico sistemático debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continué el estudio correspondiente.

Se deben evaluar los siguientes antecedentes: Enfermedades genéticas, Teratógenos biológicos, Agentes físicos, químicos y tóxicos, Otros Teratógenos. Se debe hacer uso de una lista de chequeo sistemática para la detección de antecedentes familiares relevantes para anomalías congénitas. La búsqueda sistemática de antecedentes hace parte de la estrategia general para la detección de anomalías congénitas: examen físico estandarizado, búsqueda de factores de riesgo,

remisión a medicina especializada cuando sea necesario y la realización de tamización auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo.

La implementación del tamizaje auditivo y del tamizaje de errores innatos del metabolismo (EIM) se realizará en el país según el criterio de progresividad.

El talento humano en salud que tenga la mejor preparación debe ser quien comunique la información a los padres de los pacientes en quienes se sospeche anomalías congénitas. Esta información debe brindarse de una manera clara, honesta, respetando las emociones y reconociendo la incertidumbre cuando exista.

El listado que se propone para comunicar malas noticias con habilidad y empatía, incluye los siguientes puntos: no revelar las malas noticias por teléfono, considerar las características culturales que puedan hacer que la información deba adaptarse, siempre presentarse a los padres y tener un ambiente privado y tranquilo para poder hablar con el tiempo necesario, evitar comunicar la mala noticia a un padre solitario sin su cónyuge y/o sin un soporte presente, permitir a los padres alzar o tocar al niño que tenga cuidados especiales, reconocer que los padres son los principales responsables de sus hijos, demostrar su interés, compasión y sentido de conexión con el paciente y la familia, ajustar el ritmo de la discusión según el estado emocional de los padres, no abrumar con información exagerada, no utilizar jerga, obtener ideas de los padres sobre la causa del problema, asegurarse de que no se culpen a ellos mismos u otros, mencionar la enfermedad y escribirla para los padres, pedir a los padres que utilicen sus propias palabras para explicar lo que se les dijo y confirmar la apropiación y comprensión dela información, explicar las implicaciones para el futuro del niño, reconocer las emociones de los padres y estar preparado para su tristeza y su llanto, así como para la necesidad de contar con más tiempo para comprender la situación. Es útil contar con un profesional de trabajo social, o de psicología para apoyar de forma asertiva este proceso y/o el apoyo espiritual que considere apropiada la familia de acuerdo a sus creencias.

Es recomendable dar tiempo a los padres para estar solos, para procesar la información, reaccionar, y formular preguntas adicionales. Así mismo, es conveniente conocer y ser capaz de recomendar recursos pertinentes de la comunidad. En todo caso, hay que evitar hacer juicios de valor acerca de los niños, los padres y sus comportamientos; y, en cambio, es importante proporcionar contacto con otras familias con un niño afectado de manera similar que estén dispuestas a compartir sus experiencias y proporcionar un plan de seguimiento (que incluye agendar una cita para la siguiente conversación).

4.11.4.12Atención del recién nacido con asfixia perinatal

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención al Recién Nacido con Asfixia Perinatal, la cual contiene tres tópicos: sospecha, identificación y diagnóstico; manejo inicial (evaluación y tratamiento), y tratamiento específico intrahospitalario del recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a asfixia perinatal moderada o severa. Para mayor conocimiento de la atención al recién nacido con asfixia perinatal, se debe leer la Guía a profundidad.

4.11.4.13Atención del recién nacido prematuro

La atención del recién nacido prematuro se hará de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica correspondiente y con los lineamientos del Programa Madre Canguro actualizados. Los tópicos de la Guía de Práctica Clínica incluye información sobre: 1. maduración pulmonar fetal, 2. atención en sala de partos, 3. nutrición, 4. atención del prematuro durante la transición mediata y tardía, 5. prevención y manejo del dolor asociado a procedimientos o tratamientos, 6. manejo del prematuro durante el período de crecimiento estable, 7. detección, prevención y manejo de algunos problemas específicos: Ductus Arteriosus Persistente, recién nacido hospitalizado, retinopatía del prematuro, anemia fisiológica del recién nacido; y 8. alistamiento para el egreso.

4.11.4.14Atención del recién nacido con sepsis neonatal temprana

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Sepsis Neonatal temprana contiene los siguientes tópicos: 1. prevención primaria de la sepsis neonatal temprana, 2. diagnóstico oportuno, 3. pruebas diagnósticas confirmatorias, 4. tratamiento de la sepsis neonatal temprana.

4.11.4.15Atención del recién nacido con dificultad respiratoria

Debe hacerse según lo establecido en la Guía de Práctica Clínica de Atención del Recién Nacido con Dificultad Respiratoria contiene los siguientes tópicos: 1. síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, 2. síndrome de aspiración de líquido amniótico meconiado, 3. neumonía neonatal, 4. taquipnea transitoria del recién nacido, 5. hipertensión pulmonar persistente del recién nacido.

4.11.5 Instrumentos insumos y dispositivos

Los instrumentos, insumos y dispositivos son los especificados en la Resolución de habilitación disponible para la atención del parto, la atención del recién nacido y la atención en unidades de internación neonatal de cuidados básicos, cuidados intermedios o cuidados intensivos. Para la atención se requerirá el diligenciamiento completo de la Historia Clínica neonatal, de las fichas de notificación obligatoria para eventos de interés en salud pública, en el caso en que se necesite; así como de la historia clínica perinatal simplificada y los documentos para realizar una adecuada referencia y contrarreferencia del recién nacido en el caso en el que se requiera.

4.12 ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO AL RECIÉN NACIDO

El control del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de los recién nacidos que ya han sido egresados del hospital, y sus familias o acompañantes.

El control del recién nacido debe darse en un ámbito institucional, ya que requiere la realización de una serie de procedimientos que permitirán establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

En los casos en los que no se haya dado el nacimiento de forma institucional, es importante verificar que el niño o la niña haya recibido las atenciones reconocidas en este lineamiento y garantizar el control del recién nacido en una institución prestadora de servicios de salud.

Si han existido dificultades para el acceso a la atención institución de parto y se haya requerido el uso de casas maternas o albergues temporales, es importante garantizar la permanencia de la niña o el niño, la mujer y su acompañante hasta que el equipo de salud lo considere.

4.12.1 Objetivos

Establecer si la niña o el niño recién nacidos presentan una adecuada adaptación a la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presentan un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

Promover la salud, el cuidado y aclarar dudas sobre la crianza del recién nacido.

4.12.2 Talento humano

El control del recién nacido se hará mediante una consulta ambulatoria de la niña o el niño por parte de profesional de pediatría durante los primeros cinco días del egreso hospitalario, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al alta. Se podrá realizar por profesional de medicina general con entrenamiento en pediatría sólo en el caso en el que no se cuente con profesional de pediatría en la institución para el momento de la consulta, según los criterios de adaptabilidad territorial para población en alta ruralidad o rural dispersa.

Debe garantizarse la continuidad de la atención del niño recién nacido entre lo establecido en la Ruta Materno Perinatal y la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.3 Duración mínima recomendada
La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos y este tiempo debe ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio. Es importante garantizar una atención diferencial para los niños que tienen una condición de mayor riesgo por su historia de vida prenatal, perinatal y postnatal. Para considerar una mayor duración de la consulta de forma diferencial, se tendrán en cuenta los criterios de mayor riesgo para la salud de los niños contemplados en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.4 Atenciones incluidas

- 1. Control ambulatorio del recién nacido.
- 2. Expedición y registro del carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.
- 3. Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.

4.12.5 Frecuencia

Esta consulta se debe realizar una sola vez y se permitirá derivar a otras consultas si fueren necesarias de acuerdo con los hallazgos detectados. Esta consulta debe tener continuidad con la consulta de valoración integral del niño y las demás intervenciones reconocidas en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.6 Descripción

4.12.6.1 Control ambulatorio del recién nacido.

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. Debe asignarse su realización desde antes del egreso hospitalario del niño y se debe garantizar en los primeros cinco días de vida, idealmente entre los tres y los cinco días posteriores al egreso hospitalario. Su realización también debe programarse teniendo en cuenta el control del puerperio de la madre. Incluye las siguientes actividades:

- Anamnesis: 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.
- Examen físico completo: vigilar el adecuado desempeño cardiorrespiratorio, 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), vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusión, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Debe realizarse un examen físico completo con especial atención a la progresión de peso, al examen cardiovascular, a la identificación de ictericia, cianosis o palidez, a la vigilancia de signos de infección umbilical y a otros signos que sugieran una condición de riesgo.
- Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.
- Se debe clasificar al recién nacido como niño de mayor o menor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo de acuerdo a los criterios establecidos en la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Primera Infancia, y explicar a los padres la importancia de esta diferenciación del riesgo.
- 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.
- Se debe continuar con la suplementación de hierro elemental 1 mg/kg/día hasta el inicio de la alimentación complementaria a los niños hijos de madres con alimentación subóptima durante la gestación y la lactancia, que brindan o planean ofrecer lactancia materna exclusiva o predominante a sus hijos lactantes.
- Se debe promover el registro civil en caso de que aún no haya sido registrado y verificar la afiliación al Sistema de salud.
- Se debe asignar cita para la consulta de nutrición y/o enfermería para la valoración de la lactancia materna.
- Se debe programar la participación en sesiones educativas individuales y/o grupales de acuerdo con lo establecido en la Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud para la Primera Infancia.

4.12.6.2 Expedición y registro en el carné único de salud infantil si no se entregó en el momento del egreso hospitalario.

Se debe expedir y registrar la información pertinente en el carné único de salud infantil, si este no se entregó en el momento del egreso hospitalario.

Se debe indicar a los padres que deben portar el carné de salud infantil en cada consulta y deben conservarlo durante todo el proceso de crecimiento y desarrollo del niño o la niña. El carné de salud infantil contiene información importante para los padres y para el personal de salud sobre la historia y los antecedentes del niño o la niña en su primera infancia e infancia, así como sobre la vacunación del niño. Se debe recomendar a los padres la exigencia del diligenciamiento del carné de salud infantil en cada consulta de seguimiento o de valoración integral en salud.

4.12.6.3 Canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.

De acuerdo con el criterio del profesional de pediatría o de medicina general que se encuentra realizando el control del recién nacido, y del criterio del profesional que realizó el control del puerperio, se indicará la realización de visita domiciliaria para las madres y los recién nacidos en quienes se requieran tomar medidas adicionales con el objeto de:

- Mejorar la técnica de la lactancia materna.
- Vigilar el cuidado del recién nacido.
- Fortalecer la identificación de signos de peligro para el recién nacido.
- Verificar plan de cuidado del recién nacido con complicaciones y/o riesgos.
- Vigilar la adherencia al tratamiento en casos de depresión postparto.
- Los objetivos requeridos según el concepto del profesional tratante.

El asegurador podrá realizar seguimiento telefónico a recién nacidos, madres y familias priorizadas identificando signos y/o síntomas de alarma o riesgos como una medida adicional y no sustitutiva del control del puerperio o del recién nacido, ni de la visita domiciliaria cuando fue indicada por el profesional médico.

Debe realizarse el registro en la historia clínica de la realización de la visita domiciliaria y del seguimiento telefónico cuando se realicen, con el concepto de los encargados de estas actividades.

4.12.7 Instrumentos insumos y dispositivos

Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Protección específica y Detección temprana definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné de salud infantil reglamentado por la Resolución 1535 de 2002 de este Ministerio, lista de chequeo para valoración de la lactancia materna de la estrategia AIEPI (Según el Anexo 9).

5 ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

El abordaje a las familias y comunidades como soporte al desarrollo y al proceso de la gestación, resaltando el papel de las parejas y allegados (que incluye amigos(as), vínculos culturales-religiosos como compadres, vecinos, etc.), será realizado a partir de las intervenciones individuales y colectivas.

Por lo tanto, para efectos de este lineamientos se entienden las familias como una red de cuidado primario independiente de los vínculos de consanguinidad, que puede ser configurada de diferentes maneras, no solamente la “familia nuclear”.
De este modo, el acceso a las intervenciones dirigidas a la familia en esta ruta se realiza a partir de: i) la caracterización y priorización por parte de la autoridad sanitaria, ii) desde la atención para

el cuidado prenatal que incluye la valoración de la estructura y dinámica familiar o iii) por solicitud de la familia directamente por demanda.

La aplicación de las herramientas de valoración familiar en la atención para el cuidado prenatal reconoce e identifica capacidades, intereses, necesidades, factores de riesgo de las familias – en este caso – de las mujeres gestantes – que permitan contar con una visión integral de la situación y dinámica familiar con el fin de priorizar atenciones subsiguientes que para esta RIA se contempla: i) educación para la salud orientada al desarrollo de capacidades y ii) atención básica orientación y consejería integral para la promoción de la participación de las familias en el cuidado de las gestantes.

5.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En función de los hallazgos, necesidades e inquietudes y capacidades a fortalecer para el cuidado de la gestante, se deberá indicar la realización de educación a la mujer y su grupo familiar e incluirla en el plan integral de cuidado; con el objetivo de:

- Fortalecimiento de los vínculos, redes y relaciones de cuidado, orientados a promover relaciones de cuidado mutuo, disposición sensible para el apoyo y acompañamiento a las mujeres gestantes y sus familias. Esto implica promover reconocimiento de los vínculos de cuidado inmediato que se encuentran en la familia, vecinos, comunidad – barrio- vereda-.

- Fortalecer las capacidades de la familia para el cuidado de la gestante y del recién nacido (conocimiento de necesidades de la mujer, signos de peligro, comunicación, apoyo y paternidad responsable entre otros).

5.2 ATENCION BÁSICA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

Esta deberá permitir: i) profundizar en la identificación de capacidades y condiciones de funcionalidad de las familias, así como de factores protectores y detección de factores de riesgo de la salud familiar que inciden en el estado de salud de la gestante, ii) brindar orientaciones básicas que aporten a la dinámica y equilibrio de las familias en función del logro en salud materna y perinatal, y iii) derivar a atención especializada o a otras rutas de atención de acuerdo a los hallazgos.

Esta consulta se realiza de acuerdo con los parámetros establecidos en el Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento.

6 ORIENTACIONES PARA EL DESPLIEGUE E IMPLEMENTACIÓN: ADAPTABILIDAD Y PROGRESIVIDAD

En línea con los criterios definidos en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, para la adaptación de las intervenciones contenidas en las RIAS, este apartado realiza las consideraciones específicas de adaptabilidad de las intervenciones dirigidas a las mujeres gestantes en función del territorio y de la población:

6.1 CRITERIOS POBLACIONALES

6.1.1 Atención diferenciada para el embarazo en la infancia y adolescencia

La atención diferenciada de las niñas y mujeres adolescentes, se debe orientar a reducir la maternidad y paternidad como proyecto de vida en este grupo de edad, a prevenir el embarazo subsiguiente, y a generar una atención amigable y confidencial desde los servicios de salud, garantizando acciones de educación e información para la sexualidad, y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos de larga duración. Identificar oportunamente la intención reproductiva a corto plazo y condición de embarazo en las niñas y adolescentes, permite anticiparse desde los servicios de salud para reducir los eventos reproductivos adversos en la adolescencia.

Se debe realizar un abordaje psicosocial temprano en las niñas y adolescentes en embarazo, y en especial en aquellas víctimas de violencia sexual, o con ideas persistentes o presionadas por la pareja o familia para continuar con el embarazo o abortar de manera ilegal, o con problemas en las relaciones de pareja, de familia y amigos(as), con ansiedad o depresión, con ideas suicidas, o con depresión postparto.

Al identificar una adolescente con intención reproductiva a corto plazo se deberá ofrecer atenciones encaminadas a detectar violencia de genero con énfasis en violencia sexual como: explotación sexual, pornografía infantil, inducción a la prostitución, trata de personas, violación, accesos carnales violentos y accesos carnales abusivos; uniones tempranas o matrimonio infantil, violencia intrafamiliar y de pareja.

Se deberá asesorar a toda niña y adolescente sobre el derecho a la interrupción del embarazo bajo las causales establecidas en la sentencia C -355 de 2006. Todo caso de violencia sexual deberá ser atendido de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 459 de 2012 de este Ministerio. Se recuerda, que las conductas sexuales en menores de 14 años constituyen un delito de acuerdo con lo que establece el Código Penal y mucho más el embarazo a consecuencia de este es un agravante punitivo.

Por último, dentro de la atención diferenciada para niñas y adolescentes se deberá tener en cuenta las necesidades de protección social (ICBF – Justicia - Otras) que se requiera y proceder a su gestión y activación desde de la institución prestadora de servicios de salud, según lo establecido en la normatividad vigente.

6.1.2 Adecuación de los servicios para la atención a mujeres con discapacidad

Esta adecuación debe garantizar la toma de decisiones de las mujeres con discapacidad con intención reproductiva, de acuerdo a la normatividad en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres con discapacidad, en especial la Resolución 1904 de 2017 de este Ministerio, a través de:

- Apoyos técnicos, tecnológicos, humanos y salvaguardias que permitan la manifestación de la voluntad plena e informada por parte de la mujer con discapacidad frente al proceso reproductivo. Ello implica contar con intérpretes, pictogramas, entre otros.

- Efectuar los ajustes razonables en el ámbito arquitectónico y otros condicionantes referentes a la accesibilidad de las mujeres con discapacidad a los procedimientos en la institución. Es decir, las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás. Esto se expresa por ejemplo en la adquisición de equipos de diseño universal como espéculos para mujeres de todas las tallas, entre otras.

6.1.3 Adecuación de la atención para la población de hombres transgénero

Los hombres transgénero son personas asignadas con sexo femenino al nacer, socializados como mujeres, pero que se afirman e identifican como hombres. Esta identificación no tiene necesariamente una correlación directa con la genitalidad. Dado que esta población puede preservan sus órganos sexuales femeninos y pueden tener intención reproductiva, es necesario adecuar la atención para que se ofrezcan los procedimientos de esta Ruta con oportunidad y calidad.

Especial cuidado se debe tener con el manejo de los datos de identidad que no pueden causar inconsistencias en el sistema de información que constituyan una barrera de atención. Así mismo el personal de salud debe ser capacitado sobre las consideraciones éticas y técnicas para brindar la atención bajo una perspectiva de derechos de esta población en la ruta integral de atención. Así mismo, se debe considerar que esta población con frecuencia se encuentra sometida a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para trasformaciones corporales y cambio de sexo, que deberán requerir de un equipo interdisciplinario para su atención.

6.1.4 Adecuación intercultural de los servicios

Con el fin de que las adecuaciones interculturales sean pertinentes para las comunidades étnicas y, por ende, se garantice una mayor adherencia a los servicios derivada de las mismas, es necesario que se desarrollen procesos de concertación, no solo con los representantes de las organizaciones de grupos étnicos, sino también con la institucionalidad indígena en salud y con la comunidad en general, especialmente con las mujeres –para el caso de la salud materno-perinatal.

Inicialmente, se deberá hacer la identificación de las organizaciones indígenas y autoridades de medicina ancestral del pueblo o comunidad correspondiente e iniciar un proceso de acercamiento. Posteriormente a este escenario, se propone iniciar el proceso de concertación cuando este sea

necesaria, acorde con la normatividad vigente. Para el caso de salud, cuando se establezca como necesaria la realización de la consulta, este proceso se puede acordar con las mismas organizaciones y comunidades (fases, tiempos, espacios, responsables), Se deberá establecer un proceso de concertación fuerte que permita que los resultados generados tengan el impacto deseado. Igualmente, se deberá reconocer a la Asamblea como la voz de la comunidad, son las decisiones que se toman en este espacio las que determinan el curso de situaciones y procesos. Es necesario tener en cuenta que la concertación no es una acción puntual sino que responde a un proceso permanente.

Las IPS deberán consolidar equipos interdisciplinarios, que permitan enriquecer a través del conocimiento y de la experiencia lo que apunta a fortalecer la perspectiva de equipos de Atención Primaria en Salud que incorporen Agentes Comunitarios de Salud y Agentes de la Medicina Tradicional (AMT).

Como orientación general en las temáticas en las cuales deben ser entrenados estos equipos son:

- Definición conceptual de interculturalidad y sus diversas interpretaciones dentro de posturas teóricas diversas.
- Conocimiento previo del grupo étnico y su contexto. El conocimiento de la cultura e historia, es una primera entrada de sensibilización, contextualización, valoración y reconocimiento del otro.
- Conocimiento previo del proceso organizativo del grupo étnico correspondiente (cuando el proceso exista), como una forma de identificar los intereses colectivos que lo soportan, los niveles de desarrollo del tema de salud -en este caso-, y las instancias con las cuales se debe iniciar la etapa de concertación.
- Conocimiento de la legislación que protege los derechos de los grupos étnicos, así como las competencias de los entes territoriales en el cumplimiento y la garantía de éstos, especialmente en lo relacionado con salud.
- Conocimiento de Planes de Vida, de Salvaguarda, de Etnodesarrollo, Modelos de Salud Propios e Interculturales, y demás documentos elaborados por las organizaciones y comunidades, que son fundamentales para su relacionamiento con el resto de la población y que integran gran cantidad de información clave: Cosmovisión – principios – Ley de origen – normas culturales – usos – costumbres – tradiciones.
- Conocimiento de los sabedores ancestrales y sus roles.
- Prácticas culturales de cuidado y protección.
- Identificación de prácticas y acciones en salud peligrosas para el estado de salud desde una visión cultural.
- Conocer las enfermedades propias, individuales y colectivas, manejo y procesos de restablecimiento de la salud.

6.1.4.1 Adecuaciones técnicas

6.1.4.1.1 Infraestructura y dotación

Las adecuaciones de infraestructura deben ser especialmente valoradas con personas de las comunidades, en tanto muchos de los detalles de estos espacios deben recoger la dinámica de la comunidad, su simbolismo, sus costumbres cotidianas, la disposición de los espacios (relación de los baños, forma de la construcción, colores, materiales, etc.); que aplica también en términos de la dotación necesaria (camas o hamacas, mesas auxiliares, espacios rituales, etc.). Varios aspectos que han sido reseñados como importantes de acuerdo a otras experiencias y los mismos hallazgos de campo como la calidez de los espacios, la iluminación baja, los colores cálidos, el establecimiento de espacios para el acompañante (o acompañantes), la definición de zonas para atención de población étnica, entre otras, deben ser aspectos valorados con cada comunidad en específico.

6.1.4.1.2 Adecuaciones a los procedimientos

La formalización de acompañamiento por parte de los AMT y sus condiciones puede permitir que esto no esté condicionado únicamente por el profesional a cargo y que se tenga en cuenta la valoración que hacen los AMT respecto a la condición y antecedente de la paciente. Así mismo, es importante la formalización con el talento humano en salud y su socialización a las mujeres y sus familias respecto a otras prácticas como la entrega de la placenta a la madre y su familia (en el caso que sea solicitada), realización de masajes en la zona lumbar durante el trabajo de parto (que pueden ser enseñados por el personal de salud y realizados por parte del acompañante), decisión de la mujer gestante respecto a su postura durante el trabajo de parto y parto, valorar la incorporación de restricciones o indicaciones alimentarias (especialmente durante el posparto), entre otras.

6.1.4.1.3 Educación para la salud

Se deberán incorporar mensajes textuales y visuales acordes con las prácticas y costumbres de las comunidades, incorporando pautas de cuidado y recomendaciones, siempre contando con población que retroalimente dicho material (por ejemplo los mismos gestores en salud de los equipos).

Se deberá incorporar para los espacios de educación para la salud elementos como: momentos rituales, metodologías vivenciales, espacios de diálogo de mujeres que pueden girar alrededor de prácticas tradicionales (manualidades – tejido), entre otras.

En contextos en los que se atienda población indígena, se deberá contar con la vinculación permanente de intérpretes o traductores en los servicios de salud, siendo deseable que correspondan a personal de la salud profesional o técnico. Así mismo la educación para la salud podrá ser realizada por la institucionalidad indígena en salud.

6.2 CRITERIOS TERRITORIALES

6.2.1 Adaptación de la RIAS materno perinatal a contextos étnicos y articulación con los agentes de la medicina tradicional (incluidas parteras tradicionales)

En cuanto al componente de acciones en los entornos planteados en la ruta, las principales oportunidades articulación con los AMT se dan en el entorno comunitario. Desde la ruta se plantea una estrategia de atención comunitaria a la gestante que incluye la conformación y fortalecimiento de redes sociales comunitarias, la educación a los agentes comunitarios para la identificación de signos de alarma durante el embarazo, la canalización y seguimiento comunitario a servicios de salud sexual y reproductiva, las acciones afirmativas frente a la mujer y la gestante en el ámbito comunitario, la implementación de sistemas de detección comunitaria de alto riesgo materno-perinatal y el control de factores de riesgo del medio ambiente.

El proceso de articulación se sustenta en acciones de promoción y prevención. Estas deben implementarse en el entorno comunitario y educativo principalmente. Puede contarse con la participación de distintos perfiles de Agentes de la Medicina Tradicional según corresponda a las necesidades de la población étnica presente en el territorio y a la disponibilidad real de estos. Se requiere la intervención de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de las ciencias sociales, educadores y médicos expertos en salud pública.

Este proceso está basado en las estrategias de movilización social y participación comunitaria con las que se cuente en la entidad territorial, y/o fortalecimiento de redes sociales y comunitarias a fin de generar un diálogo de saberes que permita en primera instancia el fortalecimiento de los conocimientos ancestrales y tradicionales, y en segunda instancia la exigibilidad de derechos en SSR y dentro del el SISPI que se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas El resultado deseable de esta articulación es que se establezcan procesos de referencia y contrareferencia entre médicos facultativos y médicos tradicionales. Así, se podrán manejar los riesgos asociados a enfermedades culturales al mismo tiempo que los riesgos detectados desde la institucionalidad.

6.2.2 Implementación de hogares maternos de paso

Las EAPB deberán garantizar el acceso de los procedimientos en salud contenidos en la ruta a todos los ciudadanos y ciudadanas de Colombia. Sin embargo, si no se disponen de todos estos servicios en el lugar de residencia de la población, se deberá contar con hogares de paso materno para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, en especial para garantizar la atención del parto por talento humano en salud calificado.

Ya que la Ruta materno perinatal define como una intervención obligatoria el plan de parto, en los últimos controles antenatales, en lugares con limitada accesibilidad, la remisión a hogar de paso deberá estar prescrita en este plan de parto, en los casos que no haya adecuada accesibilidad. Las Entidades administradoras de planes de beneficios deberán pagar estos servicios que se

encuentren en el plan de beneficios con cargo a la UPC y de acuerdo a lineamientos que para tal fin emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las DTS en zonas con dispersión poblacional incluirán entre sus planes territoriales de salud pública la implementación de hogares de paso maternos con cargo a los recursos disponibles para esa destinación (incluidos recursos propios).

7 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación de la RIAMP tiene como eje los componentes de la atención integral en salud, lo que implica avanzar en nuevas mediciones e indicadores que den cuenta del bienestar y la salud de las mujeres con intención reproductiva, las gestantes y el recién nacido.
Este proceso permitirá a los diferentes agentes del sistema de salud definir cuáles son los problemas prioritarios en la atención materno perinatal, de tal forma que apoye la toma de decisiones y la mejora la atención integral en salud, a partir del monitoreo y evaluación de:

- Los resultados en salud de las mujeres con intención reproductiva, gestantes y el recién nacido, derivados de las intervenciones individuales y colectivas.
- Los resultados de la implementación de los procesos de gestión de la salud pública en los agentes del sistema de salud para garantizar la atención integral de las gestantes y el recién nacido
- El grado de cumplimiento, coberturas y complementariedad de las acciones e intervenciones individuales y colectivas definidas el RIAMP.

A continuación, se presentan los resultados en salud con sus respectivos indicadores de acuerdo a la competencia y responsabilidad de los agentes del sistema de salud.

7.1. RESULTADOS DE LA RIAMP

<table>
<tr><th colspan="5">RESULTADOS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO PERINATAL</th></tr>
<tr><th>Preconcepción</th><th>Gestación</th><th>Parto</th><th>Puerperio</th><th>Recién nacido</th></tr>
<tr><td rowspan="5">Mujeres que toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.</td><td>Mujeres que viven su gestación en las mejores condiciones de salud</td><td>Mujeres que reciben una atención segura y humanizada del parto.</td><td>Mujeres en periodo de puerperio en las mejores condiciones de salud</td><td>Neonatos en las mejores condiciones de salud</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2">Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.</td><td>Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura</td></tr>
<tr><td>Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable</td></tr>
<tr><td colspan="4">Gestantes que desarrollan la capacidad de agencia para el cuidado de la salud y del recién nacido</td></tr>
<tr><td colspan="4">Mujeres y sus familias que desarrollan capacidades para el cuidado de la salud materno perinatal</td></tr>
</table>

Actividades del monitoreo y evaluación

El proceso de monitoreo implica realizar el seguimiento continuo y sistemático de los indicadores, los cuales dan cuenta del logro de los resultados en salud materna y perinatal; se deben agotar algunas actividades tales como: identificación, notificación de los eventos, recolección, consolidación y análisis de la información por parte de los diferentes agentes, según el alcance de sus obligaciones (IPS, EAPB, DTS, MSPS, Superintendencia de Salud). A continuación se detallan algunas actividades:

- Socializar los resultados en salud esperados, así como los indicadores que los conforman.
- Notificar en los sistemas de información la totalidad de los eventos sujeto de seguimiento frente a la salud materno perinatal.
- Realizar análisis individuales de los casos que correspondan a indicadores de impacto, a que haya lugar, según los protocolos de vigilancia epidemiológica.
- Fortalecer metodología para análisis colectivo de eventos como la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.
- Diseñar planes de mejoramiento a partir de los análisis de los eventos.
- Analizar los resultados de los indicadores de impacto en virtud de la correlación que exista con el alcance de las metas de los indicadores intermedios y de proceso correspondientes.

7.2. INDICADORES

Para el monitoreo y evaluación se requiere fortalecer el proceso de registro y procesamiento de los insumos necesarios para el cálculo de los indicadores, por medio de los cuales se podrá conocer el nivel (magnitud, tendencia) de los eventos. El análisis del comportamiento de los indicadores de proceso e intermedios permite evaluar su relación con los de impacto, esto a nivel nacional, departamental, municipal y por EAPB.

A continuación se plantean los indicadores principales para el monitoreo y seguimiento de los agentes del SGSSS, en el marco de la RIAMP.

7.2.1. Indicadores de resultado de la RIAMP

A continuación, se relaciona los indicadores de resultado a los cuales todos los agentes del sistema de salud deberán contribuir para el logro de los resultados esperados

RESULTADOS	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.	Razón de Morbilidad Materna Extrema (MME).			
	Razón de Mortalidad Materna.			
Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable	Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer			
	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer			
	Tasa de mortalidad perinatal.			
	Tasa de mortalidad neonatal temprana.			
	Tasa de incidencia de Hipotiroidismo Congénito			
	Tasa de incidencia de sífilis congénita.			

7.2.2. Indicadores de proceso de la RIAMP

A continuación se relacionan los indicadores de proceso que aportan al logro de los resultados en la gestante y en él recién nacido y que permiten monitorear la gestión adelantada por cada uno de los agentes del sistema en lo relacionado con la entrega efectiva de las intervenciones individuales y colectivas dispuestas en la RIAMP.

Si bien, en la siguiente tabla se presentan los indicadores y los responsables de su gestión directa, el conjunto de indicadores mide el grado de implementación de la RIAMP en el territorio y en la población afiliada, por tanto, son corresponsables la Dirección Territorial y de la Empresa Administradora de Planes de Beneficios en el cumplimiento de los mismos.

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Mujeres que toman decisiones en relación con la planeación de la gestación.	Proporción de mujeres con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención preconcepcional			
	Proporción de mujeres con atención preconcepcional que reciben ácido fólico durante los 3 meses anteriores a la gestación.			
	Proporción de mujeres con consulta para la valoración integral, orientación y asesoría frente a la IVE			
	Proporción de IVE solicitadas antes de la semana 15 de gestación del total de solicitudes			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
	Proporción de mujeres en las que la IVE se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días)			
	Proporción de IVE según causal			
	Proporción de mujeres con suministro de método anticonceptivo post IVE del total de casos de IVE atendidos.			
Mujeres que viven su gestación en las mejores condiciones de salud	Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (antes semana 10)			
	Proporción de gestantes con cuatro o más controles prenatales			
	Proporción de gestantes de alto riesgo con control prenatal realizado por especialista			
	Proporción de gestantes con el total de paraclínicos requeridos según edad gestacional			
	Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH			
	Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis			
	Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes			
	Cobertura de gestantes con asistencia a curso de preparación de la maternidad y la paternidad (7 sesiones)			
	Cobertura de gestantes con consulta de nutrición			
	Proporción de gestantes con valoración de la salud bucal			
	Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna.			
Mujeres que reciben una atención segura y humanizada del parto.	Porcentaje de partos con manejo activo del tercer periodo de parto.			
	Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas)			
	Proporción de cesáreas por grupos de Robson			
	Porcentaje de partos en los que la mujer tiene acompañante (seleccionado) durante el trabajo de parto y parto del total de partos atendidos			
	Porcentaje de partos en los que se diligencia el partograma del total de partos atendidos.			
Mujeres en periodo de puerperio en las mejores condiciones de salud	Porcentaje de partos con monitoria de signos vitales (cada 15 minutos) durante el puerperio inmediato.			
	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción postparto o postaborto antes del alta.			
	Proporción de mujeres con provisión de método anticonceptivo postparto o postaborto antes del alta.			
	Proporción de gestantes que reciben consulta de control del puerperio.			
	Proporción de mujeres que son dadas de alta en el puerperio cumpliendo el tiempo establecido (parto 24 horas y cesárea 48 horas) del total de partos.			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Neonatos en las mejores condiciones de salud posibles	Proporción de recién nacidos que son dados de alta cumpliendo el tiempo establecido (24 horas rn sano y 48 horas para el RN con riesgo).			
Gestantes sin mortalidad y morbilidad evitable.	Razón de prevalencia de sífilis gestacional			
	Proporción de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento al menos 4 semanas antes del parto			
	Relación Morbilidad Materna Extrema(MME) / Muerte Materna temprana (MM)			
	Oportunidad de referencia en los casos de MME.			
	Proporción de MME con tres o más criterios (casos que agrupan tres o más criterios).			
	Relación criterios / caso en la MME.			
	Índice de mortalidad materna de los casos de MME.			
Recién nacidos que reciben una atención neonatal segura	Proporción de recién nacidos que reciben atención integral en sala de partos.			
	Proporción de recién nacidos sanos con pinzamiento de cordón umbilical mayor a 1 minuto.			
	Proporción de recién nacidos con aplicación de vitamina K.			
	Proporción de recién nacidos con profilaxis ocular.			
	Cobertura de tamizaje de hipotiroidismo.			
	Proporción de recién nacidos sanos que tienen contacto piel a piel con la madre.			
	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos			
	Cobertura de tamizaje para cardiopatía congénita.			
	Cobertura y tamizaje auditivo en el neonato.			
	Oportunidad de referencia en casos de enfermedad neonatal.			
	Proporción de recién nacidos con atención para el seguimiento entre 3 y 5 días.			
	Proporción de recién nacidos que egresan con diligenciamiento de la historia clínica perinatal y con carné de salud infantil.			
	Proporción de recién nacidos que reciben valoración pre alta hospitalaria.			
Recién nacidos sin mortalidad y morbilidad evitable	Proporción de recién nacidos con alteraciones del metabolismo que son remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje auditivo remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje para cardiopatía congénita remitidos.			
	Proporción de recién nacidos con alteraciones del tamizaje visual remitidos.			

RESULTADO	INDICADOR	ENTIDAD TERRITORIAL	EAPB	IPS
Gestantes que desarrollan la capacidad de agencia para el cuidado de la salud y del recién nacido	Proporción de gestantes que conocen los signos de alarma que se presentan durante la gestación y puerperio.			
	Porcentaje de personas en el entorno comunitario intervenido en el PIC con prácticas que promueven la salud materno perinatal			
	Organizaciones de base comunitaria, redes comunitarias, comunidades u otras formas organizativas en salud, que implementan acciones comunitarias para la promoción de la salud materno perinatal.			
Mujeres y sus familias que desarrollan capacidades para el cuidado de la salud materno perinatal	Porcentaje de mujeres que informan haber puesto el niño al seno en la primera hora de nacido.			
	Proporción de mujeres con capacidades para identificar signos de alarma o complicaciones en el estado de salud de sus hijos/as en el periodo neonatal			

ANEXO 1. Lista de Chequeo para el tamizaje de riesgo durante la atención preconcepcional.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA PACIENTE

1. No. historia clínica | 2. No. doc. Identidad | 3. Fecha consulta

4. Departamento | 5. Nombre Institución

6. Procedencia | 7. Área 1. Urbana 2. Rural | 8. Edad años

9. Raza 1. Blanca 2. Indígena 3. Mestiza 4. Negra 5. Otra

10-1. Nivel de educación 1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Universidad | 10-2. Años cursados en el último nivel | 11. Estado civil 1. Casada 2. Unión estable 3. Soltera 4. Otro

12. Ocupación | 14. Régimen SSS 1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Vinculado 4. Especial 5. Particular

13. Tipo de población 1. General 2. Discapacitada 3. Desplazamiento | 15. Entidad aseguradora

16. Planea embarazarse en? 1. Un año o menos 2. Dos años 3. 3-5 años 4. Más de 5 años 5. No lo ha(n) planeado

Condiciones patologicas preexistentes				
17. Diabetes mellitus	1. Si	2. No	3. NS/R	
18. Enfermedad tiroidea	1. Si	2. No	3. NS/R	
19. Epilepsia	1. Si	2. No	3. NS/R	
20. Hipertensión	1. Si	2. No	3. NS/R	
21. Fenilcetonuria	1. Si	2. No	3. NS/R	
22. Artritis reumatoide	1. Si	2. No	3. NS/R	
23. Lupus eritematoso sistémico	1. Si	2. No	3. NS/R	
24. Enfermedad renal crónica	1. Si	2. No	3. NS/R	
25. Enfermedad cardiovascular	1. Si	2. No	3. NS/R	
26. Trombofilia	1. Si	2. No	3. NS/R	
27. Anemia	1. Si	2. No	3. NS/R	
28. Asma	1. Si	2. No	3. NS/R	
29. Tuberculosis	1. Si	2. No	3. NS/R	
30. Neoplasias	1. Si	2. No	3. NS/R	
31. Otras	1. Si	2. No	3. NS/R	

Nutrición, peso, trastornos alimenticios y actividad física				
32. Ingesta Prolongada de Suplementos Dietéticos	1. Si	2. No	3. NS/R	
33. Ingesta de dosis elevadas de Vitamina A	1. Si	2. No	3. NS/R	
34. Deficiencia de Vitamina D	1. Si	2. No	3. NS/R	
35. Deficiencia de Calcio	1. Si	2. No	3. NS/R	
36. Deficiencia de Ácidos grasos esenciales	1. Si	2. No	3. NS/R	
37. Deficiencia de Iodo	1. Si	2. No	3. NS/R	
38. Sobrepeso	1. Si	2. No	3. NS/R	
39. Bajo peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
40. Antecedente de cirugia o intervención para reducción de peso	1. Si	2. No	3. NS/R	
41. Alteraciones alimenticias (Anorexia nervosa y Bulimia)	1. Si	2. No	3. NS/R	
42. Deficiencia de actividad Física	1. Si	2. No	3. NS/R	

Hábitos no saludables			
43. Ingesta de Alcohol	1. Si	2. No	
44. Tabaquismo	1. Si	2. No	
45. Consumo de drogas o sustancias psicotrópicas	1. Si	2. No	

Estado de Inmunización				
46. Virus del Papiloma Humano	1. Si	2. No	3. NS/R	
47. Hepatitis B	1. Si	2. No	3. NS/R	
48. Varicela	1. Si	2. No	3. NS/R	
49. Sarampión, paperas y rubéola	1. Si	2. No	3. NS/R	
50. Influenza	1. Si	2. No	3. NS/R	
51. Tétano, pertusis, difteria	1. Si	2. No	3. NS/R	

Antecedentes reproductivos										
[52] Gestas		[53] Partos		[54] Cesáreas		[55] Abortos		[56] N. Vivos		[57] Mortinatos	
[58] Muertos 1er semana		[59] Ectópico		[60] Mola		[61] Fecha terminac. emb. anterior					
[62] Peso último recién nacido previo	1. No aplica 2. Normal 3. <2500 g 4. > 4000 g			[63] Anteced. gemelar	1. Si 2. No						

[64] Parto pretérmino previo	1. Si	2. No	
[65] Cesárea previa	1. Si	2. No	
[66] Abortos previos	1. Si	2. No	
[67] Muerte fetal previa	1. Si	2. No	
[68] Gran multiparidad	1. Si	2. No	
[69] Período intergenésico menor de 24 meses	1. Si	2. No	
[70] Incompatibilidad Rh	1. Si	2. No	
[71] Preeclampsia en el embarazo anterior	1. Si	2. No	
[72] Antecedente de recién nacido con peso menor de 2500 g	1. Si	2. No	
[73] Antecedente de recién nacido macrosómico	1. Si	2. No	
[74] Antecedente de hemorragia postparto	1. Si	2. No	
[75] Antecedente de embarazo molar	1. Si	2. No	
[76] Antecedente de depresión postparto	1. Si	2. No	

[77] Fecha última menstruación		[78] Tipo	1. Regular 2. Irregular		[79] Ciclo	
[80] Tiene vida sexual activa	1. Si 2. No		[81] No. de compañeros sexuales			
[82] Utiliza preservativos	1. Si 2. No					
[83] Usa métodos anticonceptivos	1. Si 2. No					

Método anticonceptivo			
[84] Barrera	1. Si	2. No	
[85] DIU	1. Si	2. No	
[86] Orales	1. Si	2. No	
[87] Inyectable	1. Si	2. No	
[88] Parche	1. Si	2. No	
[89] Implante	1. Si	2. No	
[90] I/Vaginal	1. Si	2. No	
[91] Emergencia	1. Si	2. No	
[92] Natural	1. Si	2. No	

Ant. genéticos y familiares	El				Familia de El				Ella				Familia de Ella			
	1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R		1. Si	2. No	3. NS/R	
[93] Edad > 35 años									1	2						
[94] Hemofilia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[95] Trast. de la coagulación	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[96] Anemia falciforme	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[97] Talasemia	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[98] Síndrome de Down	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[99] Retardo mental	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[100] Otras cromosopatías	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[101] Enfermedad de Tay-Sachs	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[102] Distrofia muscular	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[103] Fibrosis quística	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[104] Defectos del tubo neural	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	
[105] Otros	1	2	3		1	2	3		1	2	3		1	2	3	

Examenes						
[106] Peso		Kg.	[107] Talla	cm	[108] IMC	Kg/m^2

[109] TAS		mmHg
[110] TAD		mmHg

Cervix				
[111] Inspecion visual	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	
[112] Citologia vaginal	1. Normal	2. Anormal	3. No se hizo	

Medicación			
[113] Por prescripción	1. Si	2. No	
[114] Medicación no recetada	1. Si	2. No	
[115] Suplementos dietéticos	1. Si	2. No	
Ha tomado en el último año			
[116] Isotretinoína	1. Si	2. No	
[117] Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)	1. Si	2. No	
[118] Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	1. Si	2. No	
[119] Estatinas	1. Si	2. No	
[120] Andrógenos/Testosterona	1. Si	2. No	
[121] Derivado cumarínico	1. Si	2. No	
[122] Fenitoína	1. Si	2. No	
[123] Aminoglucósido	1. Si	2. No	
[124] Tetraciclina	1. Si	2. No	
[125] Ácido valproico	1. Si	2. No	
[126] Otros medicamentos	1. Si	2. No	
[127] Medicamentos no tradicionales	1. Si	2. No	

Infecciones de transmisión sexual				
[128] Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	1. Si	2. No	3. NS/R	
[129] Herpes simple	1. Si	2. No	3. NS/R	
[130] Gonorrea	1. Si	2. No	3. NS/R	
[131] Clamidia	1. Si	2. No	3. NS/R	
[132] Sífilis	1. Si	2. No	3. NS/R	

Otras infecciones				
[133] Citomegalovirus	1. Si	2. No	3. NS/R	
[134] Toxoplasmosis	1. Si	2. No	3. NS/R	
[135] Malaria	1. Si	2. No	3. NS/R	
[136] Bacteriuria asintomática	1. Si	2. No	3. NS/R	
[137] Enfermedad periodontal	1. Si	2. No	3. NS/R	
[138] Vaginosis bacteriana	1. Si	2. No	3. NS/R	

Aspectos sicosociales			
[139] Edad menor de 16 años	1. Si	2. No	
[140] Siente que la relación de pareja es sólida?	1. Si	2. No	
Escala riesgo sicosocial Herrera & Hurtado			
[141] Presenta llanto fácil, tensión muscular, sobresalto, temblor, o no puede quedarse quieta	1. Si	2. No	
[142] Presenta insomnio, falta de interés, no disfruta pasatiempo, depresión o mal genio	1. Si	2. No	
[143] Presenta transpiración de manos, boca seca, accesos de rubor, palidez o cefalea de tensión	1. Si	2. No	
[144] Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el tiempo	1. Si	2. No	
[145] Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el epacio	1. Si	2. No	
[146] Satisfecha con la forma como comparte con su familia o su compañero el dinero	1. Si	2. No	
Violencia doméstica			
[147] ¿En el último año, fue golpeada, bofeteada, pateada o lastimada fisicamente de otra manera?	1. Si	2. No	
[148] ¿Durante el último año, fue forzada a tener relaciones sexuales?	1. Si	2. No	
Depresion y ansiedad			
[149] Durante el mes pasado, ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?	1. Si	2. No	
[150] Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?	1. Si	2. No	
[151] ¿Siente que necesita ayuda?			
Otras variables			
[152] Tiene serios problemas económicos	1. Si	2. No	
[153] Es victima de desplazamiento	1. Si	2. No	
[154] Tiene facil acceso a los servicios de salud	1. Si	2. No	
[155] Cuenta con una adecuada red de apoyo familiar	1. Si	2. No	

Exposición ambiental			
[156] Tiene mascotas	1. Si	2. No	
[157] Tiene contacto con tierra o arena	1. Si	2. No	
[158] Cambia pañales de niños pequeños	1. Si	2. No	

ANEXO 2. Escala de Riesgo biopsicosocial de Herrera y Hurtado

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes preconcepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia	(Hb <10 g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinnmunización		3
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*[16]
Ansiedad severa: Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).
Soporte social inadecuado: Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos otres aspectos insatisfechos)
Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos

ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL (ANSIEDAD Y SOPORTE FAMILIAR) CON LA ESCALA DEL MODELO BIOPSICOSOCIAL DE ATENCIÓN PRENATAL

1. ANSIEDAD:
Como componente emocional característico del estrés, los síntomas son consistentes en su presentación presentándose todos los días y con intensidad severa. Para asignar un (1) punto en la evaluación de la ansiedad, como factor de riesgo perinatal, deben estar presentes dos o tres síntomas de ansiedad (tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia)

1.1. **Tensión emocional:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
- 1.1.1. **Llanto fácil:** llora por motivos que la misma gestante valora sin importancia. Si la respuesta a esta pregunta es negativa no es necesario preguntar por otros síntomas de tensión emocional.
- 1.1.2. **Tensión muscular:** rigidez en los músculos y excesivo nervio- : sismo. · Sobresalto: se asusta ante eventos sin importancia para ella misma.
- 1.1.3. **Temblor:** movimientos involuntarios de músculos.
- 1.1.4. **No poder quedarse quieta en un solo sitio.**
- 1.1.5. **Incapaz de relajarse:** músculos tensos continuamente

1.2. **Síntomas de humor depresivo:** está presente si se identifica la : presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
- 1.2.1. **Insomnio:** se despierta en las noches y permanece despierta por largos periodos y tiene dificultad para volverse a dormir.
- 1.2.2. **Falta de interés:** no disfruta de actividades o situaciones que antes consideraba placenteras, conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada, variaciones de humor durante el día.
- 1.2.3. **No disfruta de pasatiempos:** se aburre fácilmente con pasatiempo que antes eran importantes para ella.
- 1.2.4. **Depresión:** conductas de aislamiento, abandono, deseos de no hacer nada.
- 1.2.5. **Variaciones del humor durante el día:** pasa fácilmente de la alegría a la tristeza sin causa aparente.

1.3. **Síntomas neurovegetativos:** está presente si se identifica la presencia de, al menos dos, de los siguientes indicadores:
- 1.3.1. **Transpiración excesiva:** sudoración excesiva pricipalmente por manos, cuello, cara, ante situaciones de angustia.
- 1.3.2. **Boca seca:** sensación de sequedad en la boca ante situaciones de angustia. · Accesos de rubor o palidez ante situaciones de angustia.
- 1.3.3. **Cefalea de tensión:** más que un dolor es una molestia permanente en los músculos de la región posterior de la cabeza, muchas veces irradiado a la espalda con duración de varias horas durante el día.

2. SOPORTE FAMILIAR
Para considerarlo inadecuado y asignar un (1) punto en la evaluación del soporte familiar, como factor de riesgo materno perinatal, debe la embarazada expresar que nunca está satisfecha en la forma como ella y su familia comparten dos o tres de los siguientes indicadores: tiempo, espacio y dinero.

Preguntar: "¿está usted satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe de su familia durante este embarazo?". Si la respuesta es afirmativa no es necesario continuar preguntando.
Si la respuesta a la pregunta anterior es negativa, preguntar si está satisfecha con la forma como comparte con la familia y compañero el tiempo, el espacio, el dinero. Pedirle que defina su respuesta entre las tres opciones de la escala (casi siempre, a veces, nunca).

ANEXO 3. Condiciones para remitir a mayor nivel una unidad de cuidado obstétrico de mayorcomplejidad.

Se recomienda la identificación de las siguientes condiciones y factores de riesgo para la determinación del lugar o nivel de atención del parto, aplicando el criterio médico para aquellas condiciones que escapan al siguiente listado, el cual se considera una lista orientadora y no exhaustiva de las condiciones o factores que inciden sobre la decisión de remitir a la gestante a una unidad de cuidado obstétrico de mayor complejidad (Nivel II osuperior):

- Cualquier enfermedad cardiaca confirmada.
- Cualquier trastorno hipertensivo.
- Asma bronquial no controlada.
- Fibrosis quística.
- Hemoglobinopatías o trastornos hematológicos como:
- Anemia: Hemoglobina menor de 11.0 g/dl al nivel del mar o en el límite inferior según el
- valor corregido por la altura sobre el nivel del mar.
- Enfermedad de células falciformes, beta-talasemia mayor.
- Antecedentes de trastornos tromboembólicos.
- La púrpura trombocitopénica inmune u otro trastorno de plaquetas con plaquetas por
- debajo de 150 000.
- Enfermedad de von Willebrand.
- Trastorno de la coagulación de la mujer o del feto.
- Anticuerpos que conllevan riesgo de enfermedad hemolítica del recién nacido.
- Hepatitis B / C
- Portador de / infección por el VIH.
- Sospecha de toxoplasmosis fetal o mujeres que reciben tratamiento.
- Infección actual activa o sospechada de sífilis/ varicela / rubéola / herpes genital/en la mujer el bebé.
- Tuberculosis.
- Lupus eritematoso sistémico inmune.
- Esclerodermia.
- Enfermedades no específicas del tejido conjuntivo.
- Hipotiroidismo no controlado.
- Hipertiroidismo.
- Diabetes.
- Pacientes con función renal anormal.
- Enfermedad renal crónica que requiere supervisión de especialista.
- Epilepsia.
- Miastenia gravis.
- Accidente cerebrovascular previo.
- Enfermedades gastrointestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.
- Enfermedad hepática con pruebas de función hepática normales o anormales.
- Anomalías esqueléticas o neurológicas como antecedente de fractura de pelvis o déficit
- neurológico.
- Trastornos psiquiátricos que requieren atención hospitalaria actual.
- Uso de drogas psicoactivas.
- Abuso de sustancias o la dependencia del alcohol.
- Antecedente o presencia de cáncer en cualquier localización.
- Multiparidad mayor de 4 partos.
- Mujeres menores de 15 años o mayores de 38.
- Ausencia de control prenatal.
- Ausencia de apoyo económico y emocional de la familia.
- Hemorragia anteparto de origen desconocido (episodio único después de 24 semanas degestación).
- Índice de masa corporal en la admisión superior a 30 kg / m².
- Embarazo múltiple.
- Placenta previa.
- Preeclampsia o hipertensión inducida por embarazo.
- Trabajo de parto prematuro o ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Muerte intrauterina confirmada.
- Inducción del parto.
- Diabetes gestacional.
- Distocias de presentación (ejemplo: presentación de pelvis o situación transversa).
- Hemorragia anteparto recurrente.
- Feto pequeño para la edad gestacional (menos del percentil diez o reducción de la velocidadde crecimiento en la ecografía).
- Frecuencia cardíaca fetal anormal (FCF) / Doppler anormal.
- Ultrasonido diagnóstico de oligo/polihidramnios.
- Antecedente de complicaciones como:
- Historia de bebé anterior de más de 4,0 kg.
- Muerte fetal / muerte neonatal inexplicable o en relación con dificultad intraparto.
- Muerte fetal / muerte neonatal con causas conocidas no recurrentes.
- Bebé con encefalopatía neonatal.
- Bebé anterior a término con ictericia que requirió exanguinotransfusión.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Ruptura uterina.
- Hemorragia posparto primaria que haya requerido un tratamiento adicional o transfusión.
- Placenta retenida que haya requerido la extracción manual.
- Cesárea previa.
- Distocia de hombros.
- Historia de laceración vaginal amplia, desgarro cervical o trauma perineal de tercer o cuarto grado.
- Antecedente de cirugía ginecológica mayor.
- Antecedente de conización o escisión con asa de la zona de transformación.
- Presencia de miomas o fibromas uterinos.
- Antecedente de miomectomía.
- Antecedente de histerotomía.

ANEXO 4. Escala de depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Versión validada en español (adaptado de Garcia-Esteve 2003)

Instrucciones: Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 dias:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
   - Igual que siempre
   - Ahora, no tanto como siempre
   - Ahora, mucho menos
   - No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
   - Igual que siempre
   - Algo menos de lo que es habitual en mí
   - Bastante menos de lo que es habitual en mí
   - Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, a veces
   - No muy a menudo
   - No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
   - No, en ningún momento
   - Casi nunca
   - Sí, algunas veces
   - Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
   - Sí, bastante
   - Sí, a veces
   - No, no mucho
   - No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
   - Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
   - Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
   - No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
   - No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, a veces
   - No muy a menudo
   - No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, bastante a menudo
   - No con mucha frecuencia
   - No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
   - Sí, la mayor parte del tiempo
   - Sí, bastante a menudo
   - Sólo en alguna ocasión
   - No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
    - Sí, bastante a menudo
    - A veces
    - Casi nunca
    - En ningún momento

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANEXO 5. Escala Obstétrica de alerta temprana

Sistema de alerta temprana para desarrollar a la cabecera de la paciente
Utiliza un código de colores de acuerdo a los signos identificados como de alarma y sus variaciones
Los signos Deben ser documentados por el personal de enfermería

Parámetros	3	2	1	0	1	2	3
Presión Arterial Sistólica (PAS) mmHg	< 80	80-89		90-139	140-149	150-159	≥ 160
Presión Arterial Diastólica (PAD) mHg				< 90	90-99	100-109	≥ 110
Frecuencia respiratoria (FR) minutos	< 10			10-17	18-24	25-29	≥ 30
Frecuencia cardíaca (FC) minutos	< 60			60-110		111-149	≥ 150
%O2 requerido para mantener una saturación > 95%				Aire ambiente	24-39%		≥ 40%
Temperatura °C	< 34.0		34.0- 35.0	35.1-37.9	38.0- 38.9		≥ 39
Estado de consciencia				Alerta			No alerta

Se deberá asignar puntuación a cada categoría y hacer la sumatoria general para definir la respuesta de acuerdo a la siguiente tabla:

Puntuación	Grado de Respuesta
0	OBSERVACIÓN DE RUTINA
Sumatoria de 1 a 3	OBSERVACIÓN - Mínimo cada 4 hs. LLAMADO - Enfermera a cargo
Un parámetro con puntuación 3 o sumatoria ≥ 4	OBSERVACIÓN - mínimo cada hora LLAMADO - Urgente al equipo médico a cargo de la paciente y al personal con las competencias para manejo de la enfermedad aguda
Sumatoria ≥ 6	OBSERVACIÓN - Monitoreo contínuo de signos vitales LLAMADO - Emergente al equipo con competencias en cuidado crítico y habilidades para el diagnóstico

ANEXO 6. Clasificación de Choque y evaluación de la respuesta

Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial Sistólica (mm/Hg)	Grado de choque	Trasfusión
10 - 15% 500 - 1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado	Usualmente no requerida
16 - 25% 1000 - 1500 mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	Posible
26-35% 1500 - 2000 mL	Agitada	Palidez, frialdad, Más sudoración	101-120	70-79	Moderado	Usualmente requerida
35% 2000 mL	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, Más sudoración y llenado capilar > 3 segundos	> 120	< 70	Severo	Transfusión Masiva probable

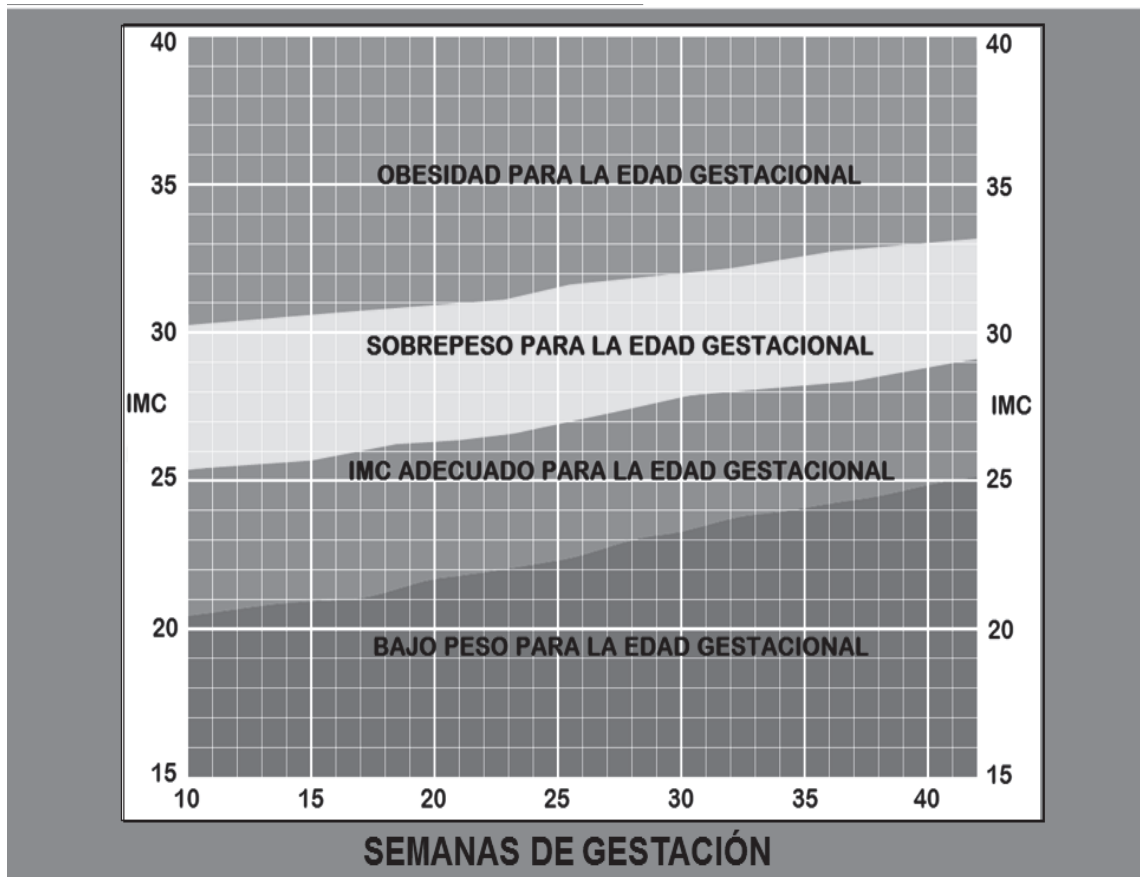
Párametros de evaluación	Rápida respuesta	Respuesta transitoria	No Respuesta
Signos vitales (las metas son: PAS >90 mmHg, sensorio normal y pulso radial firme)	Retoman a lo normal	Hipotensión recurrente (PAS <90mmHg); sensorio comprometido; pulso radial débil; taquicardia	Permanecen anormales o no se consiguen metas en ningún momento
Pérdida sanguinea estimada (% del volumen circulante o mL)	10-25% ó 500-1500mL (choque compensado o leve)	25-40% ó 1500-2000 mL (choque moderado)	>40% ó >2000 mL (choque severo)
Cristaloides adicionales	Improbable	Sí	Sí
Necesidad de transfusión	Poco probable, casi siempre NO necesaria	Probable (paquete globular de emergencia: 2 UGRE)	Paquete transfunsional de emergencia: 4 UGRE/6U PFC/6U PLT, ABO compatibles
Preparación de la transfusión	Sangre tipo compatible con pruebas cruzadas (45-60 minutos)	Paquete globular de emergencia tipo específica sin pruebas cruzadas (15 minutos). En caso de no disponibilidad, O- u O+	Inmediato: paquete globular O- (u O+); PFC O- (u O+); PLT O Rh compatibles

ANEXO 7. Contenido del Kit de Emergencia obstétrica para instituciones de baja complejidad.*

Insumo	cantidad
Angiocat 16	5
Angiocat 18	5
Equipo de macrogoteo	5
Equipo de microgoteo	5
Solución Hartmann (500 ml)	10
Solución salina normal (500 ml)	10
Sulfato de Magnesio ampollas x 2 gr	20
Labetalol frascos x 100 mg	1
Hidralazina ampolla x 20 mg	1
Nifedipino tab o cap x 10 mg caja	1
Nifedipino tab o cap x 30mg caja	1
Oxitocina ampollas x 10 UI	20
Metilergonovina ampollas x 0.2 mg	5
Misoprostol tabletas x 200 mcg frasco x 28 tab	1
Ampicilina sulbactam ampolla x 1gr	4
Betametasona ampolla x 4 mg	6
Gluconato de calcio al 10 % ampollas por 10 ml (1 gramos).	2
Balón de Bakri o Balón de Belfort Dildy o Balón Guardian para hemoragia posparto o Condón, seda trenzada y sonda de Nelaton N 14 con euipo de venoclisis).	1
Traje Antichoque no neumático (Non Neumatic Antishock Garment)	1

*El Antibiótico de amplio espectro elegido estará sujeto a las consideraciones del comité de infecciones institucional

ANEXO 8. Gráfica evaluación nutricional de la embarazada Atalah – Índice de Masa Corporal para Edad Gestacional.



ANEXO 9. Evaluación de la técnica de lactancia

Registrar todos los datos que permiten la identificación de la gestante, definidos en la historia clínica: Nombre, edad, dirección, régimen al que pertenece, teléfono, entre otros.

Actividades	Acciones a desarrollar
1. Emplear las habilidades de escucha y aprendizaje cuando se brinda consejería a la madre y a su acompañante sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.	• Emplear las habilidades para escuchar cuando se brinda consejería a la madre y su acompañante, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.
2. Emplear las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, en la comunicación con la madre.	• Reforzar la Confianza y dar apoyo cuando se brinda consejería a la madre, sobre la alimentación de su lactante o niño pequeño.
3. Evaluar la lactancia materna	• Evaluar la lactancia materna empleando la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna • Identificar a la madre que necesita ayuda, empleando la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna. Se desarrolla una nueva ficha de observación de la práctica de la lactancia materna-
4. Ayudar a la madre con la posición del bebé al pecho	•Reconocer una buena y una mala posición, de acuerdo conlos 4 puntos clave. • Ayudar a la madre a colocar a su bebé en posición adecuada al pecho empleando los 4 puntos clave, en diferentes posiciones. En los materiales se entregan fotos adicionales para reforzar observación de posición.
5. Ayudar a la madre para que el bebé logre un buen agarre al pecho	• Identificar signos de buen y mal agarre y de una succión efectiva, según la ayuda de trabajo para la observación de la lactancia materna. • Ayudar a la madre para que el bebé tenga un buen agarre al pecho, una vez que está en buena posición. Se desarrolla una nueva ficha de observación de la práctica de la lactancia materna.
6. Explicar a la madre el patrón óptimo de lactancia materna.	• Explicar en qué consiste la lactancia materna a libre demanda.
7. Ayudar a la madre para que se extraiga la leche manualmente	• Explicar a la madre cómo estimular el reflejo de Oxitocina • Dar un masaje a la espalda de la madre para estimular el reflejo de Oxitocina • Ayudar a la madres para que sepan cómo preparar el recipiente para la leche extraída • Explicar a la madre los pasos para la extracción manual de leche • Observar a la madre durante la extracción manual de leche y ayudarla si es necesario

A continuación se describen las dificultades que se pueden presentar durante la asistencia en lactancia materna para la instauración de la lactancia materna y las acciones a desarrollar:

Actividades	Acciones a Desarrollar
1. Ayudar a la madre con 'poca leche'	• Aplicar las competencias para identificar el motivo • Aplicar las competencias para superar el problema, incluir la explicación a la madre sobre la causa del problema
2. Ayudar a la madre con un bebé que llora mucho y/o intensamente	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Demostrar a la madre las posiciones para sostener y cargar a un bebé con cólico
3. Ayudar a la madre cuyo bebé rechaza el pecho materno	• Aplicar las competencias para identificar la causa • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo, incluyendo la explicación a la madre sobre la causa del problema • Ayudar a la madre en el contacto piel a piel para ayudar a que su bebé acepte el pecho nuevamente • Aplicar las competencias para mantener mientras tanto la producción de leche y la alimentación al bebé.
4. Ayudar a la madre que tiene pezones planos o invertidos	• Reconocer los pezones planos e invertidos • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo •NOTA: No se promocionará el método de la jeringa
5. Ayudar a la madre que tiene pechos ingurgitados	• Reconocer la diferencia entre pechos llenos, pechos ingurgitados y congestión mamaria • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo de…
6. Ayudar a la madre con pezones doloridos o con grietas	• Reconocer los pezones doloridos y con grietas • Aplicar las competencias para encontrar alternativas de manejo
7. Ayudar a la madre a amamantar a un bebé con bajo peso al nacer o enfermo	• Ayudar a la madre a alimentar apropiadamente a su bebé con bajo peso al nacer • Aplicar las competencias para manejar apropiadamente a estos niños • Explicar a la madre la importancia de la lactancia materna durante la enfermedad y en el período de recuperación La madre debe estar acompañada por los profesionales de las salas de extracción hospitalaria o del Banco de Leche.

INSTRUMENTOS

- Curso Consejería para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño de la Organización Mundial de la Salud
- Ayuda de trabajo de observación de la lactancia materna-2016
- Lineamiento Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI
- Lineamientos técnicos para salas de extracción hospitalaria

INSUMOS

- Modelos de pecho y de bebe para educación en lactancia materna.
- Modelos de instrumentos para extracción de la leche materna (bombas extractora, botella caliente)
- Modelos de instrumentos para almacenamiento (frascos de vidrio, bolsas para almacenamiento de LM)
- Material educativo como rotafolios.

ANEXO 10. Recomendaciones de salida para madres, padres y familiares de recién nacidos

La siguiente es una guía para el cuidado de su hijo recién nacido que orienta sobre el cuidado en estos primeros días. Por favor léala antes de salir del hospital y cualquier pregunta que tenga debe hacerla antes de que salga para su casa.

Mantenimiento de la salud del bebé: Los recién nacidos saludables comen y duermen durante las 24 horas, no tienen horario, succionan al seno y descansan entre las comidas. No son excesivamente irritables, ni tensos o adormecidos. También respiran un poco más rápido que los niños grandes y deben mantener una temperatura en piel alrededor de 37°C. Un pequeño número de bebés tiene problemas con su salud por lo que los padres deben estar alerta y saber cuándo es grave y cuándo no lo es. El bebé debe ser reevaluado a los 3 días de haber nacido. Se revisará cómo va la lactancia, cómo está su peso, se le vuelve a hacer un examen físico completo, se debe tomar la muestra de sangre para averiguar si hay riesgo de unas enfermedades infrecuentes pero graves, incluyendo hipotiroidismo.

Alimentación: La alimentación del recién nacido debe ser leche materna. Debe ser el único alimento hasta los 6 meses. Los principales beneficios han sido demostrados: disminuye infecciones como diarrea, infecciones de oído, disminuye hospitalizaciones por diarrea y por infecciones pulmonares, disminuye la probabilidad de asma, de dermatitis alérgica, de obesidad, disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante. Para la madre disminuye el riesgo de cáncer de seno, de ovario y de diabetes tipo 2. Para tener una lactancia exitosa hay que conocer muchos aspectos:
• Calostro: es la leche que se produce los primeros días, se produce en pequeñas cantidades y tiene un color amarillo o dorado. Suple todas las necesidades del bebé y tiene un inmenso beneficio protector contra infecciones • Como esta cantidad es poca, en ocasiones esto produce angustia a las madres y acompañantes siendo una de las principales causas equivocadas de iniciar leches de fórmula. • Para evitar esto hay que ofrecer realmente la alimentación a libre demanda, sin restricciones: esto es cada vez que el bebé quiera, puede que sean 8 a 12 veces y el tiempo que él desee. • La mejor manera de aumentar la producción de leche es que el bebé succione frecuente y con buena técnica. • Esta buena técnica también sirve para prevenir problemas como heridas o fisuras en los pezones e inflamación de los senos.
Deben tenerse en cuenta las siguientes indicaciones: La madre puede estar acostada en la cama o estar sentada en una silla con espalda, brazos y pies apoyados. Puede estimular la zona central del labio superior e inferior del bebé con el pezón, para que el bebé abra la boca y agarre buena parte de la aréola. La boca del bebé debe cubrir lo que más pueda de la zona café alrededor del pezón. La barbilla debe tocar el pecho. El labio inferior debe quedar enrollado hacia abajo, y la punta de la nariz puede tocar el seno. Debe ver y oír cuando el bebé traga. La succión debe ser rítmica y sostenida. El bebé debe tener la cabeza más alta que el resto del cuerpo y su abdomen debe estar recostado contra el abdomen de la madre o El brazo del bebé puede estar "abrazando" a la mamá en vez de que quede entre su cuerpo y el de la mamá.
Luego de que el bebé recibe alimento: • La boca debe verse húmeda • Los pañales deben sentirse pesados, que indican que está bien hidratado. • El seno debe quedar blando. • Luego de que el bebé se alimenta, se puede permitir unos minutos en posición vertical con la cabeza sobre el hombro de algún adulto para ayudar a que elimine gases, si los hay. No hay necesidad de darle vueltas. No siempre hay que esperar a que elimine gases para poder acostarlo. • No es necesario agregar agua, ni otros líquidos en la alimentación del bebé.
Patrón de alimentación • Él bebe puede tener patrones variables de alimentación, por lo menos en los primeros días, inicialmente toma pequeñas cantidades de calostro y luego va incrementando las tomas. • Cuando se establece el aporte de leche, el bebé se alimentará generalmente cada 2-3 horas, pero esto podrá variar entre bebés y, si su bebé es saludable, se debe respetar el patrón individual de cada bebé. • Si el bebé no parece satisfecho después de una buena alimentación proveniente del primer seno, se le deberá ofrecer leche del otro seno. Intente extraerse leche y ofrecerle cuando sienta que no está saliendo. • Evite uso de chupos o biberón antes de las dos semanas de nacido, sólo cuando esté bien instaurada la lactancia, es decir que no haya dificultades con la lactancia.

Preocupaciones frecuentes:
• Congestión: Sus senos se pueden sentir a tensión, firmes y dolorosos cuando la leche "va bajando", se alcanza producción de leche madura alrededor de los 3 días después del nacimiento.
• Si hay coloración roja en la piel del seno y dolor, aplique frío en la piel y consulte con su médico, si se siente una zona o un punto duro sin calor ni color rojo, aplique calor local. En ambos casos, haga que el bebé succione el seno más seguido. Si es necesario, haga masajes al seno afectado y haga extracción manual de la leche.
• Fisuras: frecuentemente se producen por errores en el agarre, asegúrese de que agarre como está mencionado arriba.
• Si siente que no está produciendo suficiente leche, revise nuevamente la técnica de lactancia (está mencionado arriba), en general las madres producen lo que los bebés necesitan. El seno no es un depósito sino una fábrica, se puede sentir ¨desocupado¨pero a medida que el bebe succiona se estimula la producción de la leche. Si sigue sintiendo que no es suficiente, consulte con su médico.
• La fórmula o leche de seno, no se debe calentar en microondas, ya que existe el riesgo de quemaduras, mejor calentarlo sumergiendo el recipiente con la leche en agua caliente.

Deposiciones:
• Los bebés presentan las primeras deposiciones de color verde oscuro, espesas y pegajosas, cuando no han presentado deposición a las 24 horas de nacido debe ser chequeado por el médico.
• Entre los 3 y 5 días después del nacimiento, presentan deposiciones líquidas muchas veces al día cuando hay cambio de calostro a leche madura y esto no indica enfermedad.
• Posteriormente las deposiciones son amarillas, blandas y frecuentemente se presentan luego de alimentarse con leche materna, alrededor de 6 o 8 veces al día.
• Si presenta deposiciones blancas o negras o con pintas de sangre debe ir al médico.

Ictericia:
• Los bebés pueden desarrollar ictericia (una condición que causa coloración amarillenta de los ojos y de la piel). Cuando aparece en las primeras 24 horas debe ser revisado de inmediato porque puede necesitar atención especial.
• Normalmente la ictericia ocurre alrededor del 3-4 día después de nacido.
• Después de las primeras 24 horas, si un cuidador nota que el bebé esta ictérico o que la ictericia está empeorando, o que está presentando heces pálidas, el cuidador debe avisar a su profesional de salud
• Un bebé lactante que tenga signos de ictericia debe ser alimentado de manera frecuente.
• Si el bebé está muy ictérico o no luce bien, debe ser revisado inmediatamente por el médico.
• Si en un bebé sano la ictericia se desarrolla después de los primeros 7 días o permanece ictérico después de 14 días, y no se ha esclarecido la causa, se debe evaluar nuevamente.

Piel y cordón:
• No se deben añadir al agua del baño agentes limpiadores, no se debe usar lociones o pañales medicados. Puede usar jabón suave, no perfumado.
• El cordón umbilical debe mantenerse limpio y seco. Se limpia con agua hervida y hay que secarlo muy bien. Si usted nota que la piel alrededor del ombligo está tomando coloración roja, o le huele feo debe consultar de inmediato.
• El remanente del ombligo debe desprenderse alrededor del día 12.
• Siempre que cambie el pañal, retire con agua cualquier residuo que quede en la piel. Cambie los pañales lo más pronto que pueda luego de que el bebé los ensucie.

Seguridad:
• La cuna del bebé no debe tener una distancia mayor de 8 centímetros entre sus barrotes, el colchón debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna. No debe haber cojines o almohadas en la cuna. Esto evita riesgo de que el bebé quede atrapado o de sofocación.
• Si escoge compartir la cama con su bebé, debe evitar dormir en un sofá o sillón.
• Debe evitar compartir la cama con su bebé si cualquiera de los padres: Es fumador, ha tomado recientemente cualquier clase de alcohol, ha estado tomando medicamentos o drogas que le hagan dormir más profundamente, o está muy cansado.
• Para que no haya riesgo de muerte de los bebés sin causa clara: (muerte súbita del lactante) El bebé debe dormir boca arriba, con la espalda sobre una superficie firme, sin almohadas, sin gorros ni cobijas que le cubran su cabeza. No debe exponerse a humo de cigarrillo.

Otros cuidados:

• No debe tener contacto directo con personas que tengan gripa; si es necesario que estén cerca deben mantenerse con tapabocas y continuamente lavarse las manos. Igualmente si es la madre quien tiene gripa, deberá continuar con la alimentación con leche materna ya que de una vez van pasando defensas contra esta gripa.
• Si el bebé presenta temperatura mayor de 37,5°C debe ser revisado rápidamente por el médico.Igualmente, si el bebé presenta respiración agitada, o vómito siempre que come, o no se despierta.
• La madre debe tener todo el apoyo y ayuda que necesite. Debe intentar dormir cuando su bebé duerma.
• Es frecuente que haya una ¨tristeza o melancolía¨ en la madre, que se manifiesta con llanto fácil, preocupaciones, ansiedad, dificultades para dormir y sensación de ¨no ser la misma persona¨. Generalmente dura hasta 2 semanas, pero si este sentimiento se vuelve más profundo o se convierte en tristeza permanente, con cansancio que le impide funcionar, debe consultar inmediatamente.

ANEXO 11. Factores de riesgo para evento tromboembólico durante la gestación-parto y puerperio[132]

Se recomienda la identificación de los siguientes factores de riesgo para la implementación de intervenciones para la prevención de eventos tromboembólicos venosos durante la gestación, parto o puerperio. Este listado constituye una guía orientadora sobre la que el clínico debe aplicar su criterio médico y ponderar el peso relativo de cada uno de los factores para la toma de decisiones.

<table>
<tr><th>FACTOR DE RIESGO</th><th>ANTENATAL</th><th>POSTNATAL</th></tr>
<tr><td>Trombofilia heredada de muy alto riesgo[a]</td><td rowspan="3">1 FACTOR

Anticoagulación
Desde el momento de su identificación</td><td rowspan="3">1 FACTOR

Anticoagulación
Hasta al menos 6 semanas postparto</td></tr>
<tr><td>Trombofilia adquirida o heredada con Evento Tromboembólico venoso previo (EVT).</td></tr>
<tr><td>EVT recurrente (dos o más)</td></tr>
<tr><td>Obesidad mórbida pregestacional (IMC > 40 Kg/m^2)</td><td rowspan="5">1 FACTOR

Tromboprofilaxis farmacológica antenatal desde el momento de su identificación</td><td rowspan="5">1 FACTOR

Tromboprofilaxis farmacológica postnatal
Hasta 6 semanas postparto</td></tr>
<tr><td>Trombofilia heredada de alto riesgo o adquirida (Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípido).</td></tr>
<tr><td>EVT previo</td></tr>
<tr><td>Enfermedades del colágeno: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Dermatomiositis.</td></tr>
<tr><td>Óbito</td></tr>
<tr><td>Síndrome de Hiperestimulación Ovárica</td><td>Tromboprofilaxis farmacológica en I trimestre y hasta que resuelva cuadro clínico.</td><td>***</td></tr>
<tr><td>Sepsis puerperal</td><td>***</td><td>Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días posterior al egreso.</td></tr>
<tr><td>Gestante o mujer en puerperio hospitalizada > 3 días[b].</td><td colspan="2">Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con medidas farmacológicas

Al alta: Tromboprofilaxis con medidas no farmacológicas por 28 días.</td></tr>
<tr><td>Obesidad pregestacional (IMC a 30 – 39 Kg/m^2)</td><td rowspan="15">Con 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.

CON 2 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas durante toda la gestación.

CON 3 O MÁS FACTORES DE RIESGO:
iniciar desde el ingreso a CPN medidas no farmacológicas y tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.</td><td rowspan="15">CON 1 FACTOR DE RIESGO: recomendaciones generales.

CON 2 O MÁS FACTORES DE RIESGO:
Tromboprofilaxis farmacológica por 10 días postparto.</td></tr>
<tr><td>Várices[c]</td></tr>
<tr><td>Diabetes tipo I y tipo II</td></tr>
<tr><td>Enfermedad Renal Preexistente</td></tr>
<tr><td>Técnicas de reproducción asistida</td></tr>
<tr><td>Embarazo Múltiple</td></tr>
<tr><td>Hemorragia Postparto</td></tr>
<tr><td>Preeclampsia</td></tr>
<tr><td>Hiperemesis Gravídica (alteración hidroelectrolítica o del estado ácido base)</td></tr>
<tr><td>Parto Pretérmino</td></tr>
<tr><td>Cesárea</td></tr>
<tr><td>Sepsis durante el embarazo</td></tr>
<tr><td>Enfermedad Inflamatoria Intestinal</td></tr>
<tr><td>Procedimiento quirúrgico en embarazo o puerperio</td></tr>
<tr><td>Trasfusión > 2 Unidades</td></tr>
<tr><td>Gestante o Mujer en Puerperio hospitalizada < 3 días[b]</td><td colspan="2">Durante la hospitalización: tromboprofilaxis con cualquier intervención farmacológica o no farmacológica.

Al alta: con medidas no farmacológicas por 10 días.</td></tr>
<tr><td>EDAD >35 Años</td><td colspan="2" rowspan="3">CON 1-2 FACTORES DE RIESGO: recomendaciones generales</td></tr>
<tr><td>Sobrepeso Pregestacional IMC 25-30 Kg/m^2</td></tr>
<tr><td>Tabaquismo</td></tr>
<tr><td>Hipertensión Arterial Crónica</td><td></td><td></td></tr>
</table>

[132] Tomado de GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBÓEMBOLICOS DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. STI Cochrane Review Group, School of Medicine, National University of Colombia. Comité de mortalidad maternal ASBOG.

Hemorragia Anteparto Inducción del trabajo de parto 3 o más partos. Corioamnionitis Viaje mayor de 4 horas[d]	**CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: iniciar medidas no farmacológicas desde el momento de su identificación.** **6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: iniciar desde el momento de su identificación medidas no farmacológicas e iniciar tromboprofilaxis farmacológica desde semana 28, a menos que exista contraindicación.**	**CON 3-5 FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas.** **6 O MÁS FACTORES DE RIESGO: 10 días de tromboprofilaxis con medidas farmacológicas**

[a] Considerar: Trombofilias heredades de **Muy alto Riesgo:** Factor V de Leiden, deficiencia de protrombina, y **Trombofilias heredades de Alto Riesgo**: Deficiencia de Proteína C, S y Antitrombina III.
[b] Hospitalización por otras causas diferentes al nacimiento.
[C] Considerar aquellas várices que provoquen edema, cambios en la piel, dolor o comprometan la extremidades por encima de la rodilla.
[d] El grupo desarrollador de la guía no encontró estudios que evaluaran este factor de riesgo durante el embarazo. Sin embargo por consenso de expertos, se definió su inclusión como factor de riesgo teniendo en cuenta su asociación a inmovilidad.

RIESGO MUY ALTO

RIESGO ALTO

RIESGO MODERADO

RIESGO BAJO.

(C. F.).