META DE PRODUCTO	CODIGO DE LA META	Meta Programada 2020
E1P3MP1	Municipios con acciones de promoción de la salud, vigilancia en la implementación de la ruta materno perinatal para prevención de la mortalidad materna.	47

PRINCIPALES LOGROS REALIZADOS:

Para los meses OCTUBRE Y NOVIEMBRE se continuó realizando Asistencias Técnicas, Desarrollo de Capacidades al Talento Humano en Salud y acciones de inspección y vigilancia a las ESES, Direcciones Locales de Salud de los siguientes municipios: ALPUJARRA, ALVARADO, AMBALEMA, ANZOATEGUI, ATACO, CAJAMARCA, DOLORES, GUAMO, ORTEGA, PRADO, SAN LUIS, SANTA ISABEL, VALLE DE SANJUAN, RIO BLANCO, HONDA, ESPINAL. LIBANO, PURIFICACION, CHAPARRAL, IBAGUE, LERIDA, PALOCABILDO, VENADILLO, VILLAHERMOSA, CASABIANCA, ICONONZO, FALAN, PLANADAS, RONCES VALLES, VILLARICA, CUNDAY.

Para un total de 32 Municipios intervenidos durante los meses de Octubre y noviembre.

Se suscribieron 3 contratos de prestación de servicios enfermeros encargados de ejecutar acciones de gestión de la salud pública desde la estrategia abordaje de la mujer antes durante y después del evento obstétrico y se suscribió contrato interadministrativo con EL NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA E.S.E DEL MUNICIPIO DE PURIFICACION – TOLIMA, para apoyar y fortalecer a la secretaria de salud del Tolima en las acciones de promoción de la salud en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, desde la promoción de los derechos y equidad de género, prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, desde el abordaje de la mujer antes durante y después del evento obstétrico, acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en los 47 municipios del departamento del Tolima

EJECUCION FINANCIERA:
$ 148.010.293,67

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**30/10/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA DLS FALAN**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
ANGGI JULIETTE PITA ORTIZ	ENFERMERA IVC	Dirección local de Salud de Falan
Jaidive Trujillo Moreno	Auxiliar de Enfermería	Dirección local de Salud de Falan
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 30 de octubre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales de la dirección Local de Salud del municipio de Falan – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

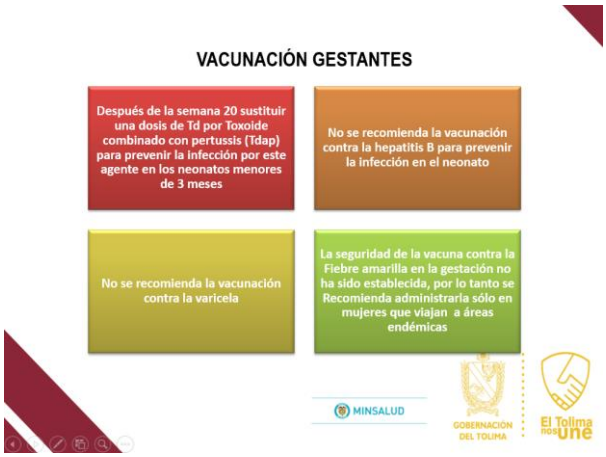
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

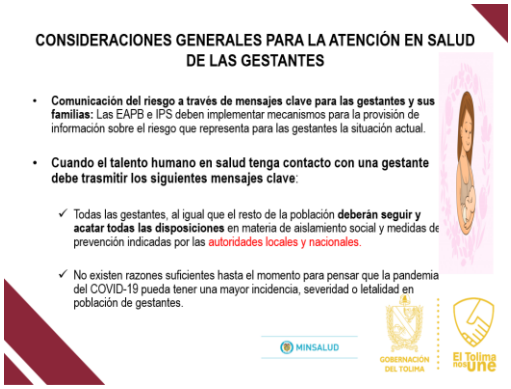
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

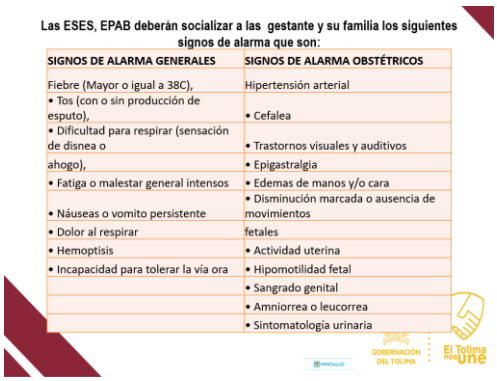
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPI

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
10/30/2020 8:11:40	ANGGI JULIETTE PITA ORTIZ	FALAN	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	ALCALDIA MUNICIPAL FALAN	ENFERMERA IVC	3115191284	saludpublica@falan-tolima.gov.co
10/30/2020 8:18:56	Jaidive Trujillo Moreno	Falan	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Alcaldia Municipal Falan Tolima	Auxiliar de Enfermeria	3202492224	saludpublica@falan.gov.co

Respuestas de formulario 1

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**04/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA DLS PLANADAS**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Jessica Fernanda Lugo Tique	Enfermera Gestión	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud municipal Planadas
Adriana Mario Pérez Mahecha	Auxiliar salud publica	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud municipal Planadas
YENNYFER VALENCIA PEDRAZA	AUXILIAR DE ENFERMERIA DE APOYO A LA GESTION	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud municipal Planadas
JENNIFER DANIELA CARDZO AMARILES	ENFERMERA DE GESTION EN SALUD PUBLICA	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud municipal Planadas
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	DEPENDENCIA	MOTIVO DE AUSENCIA

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 4 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales de la Dirección Local de Salud del municipio de Planadas – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para

la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:

1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.
4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención

en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

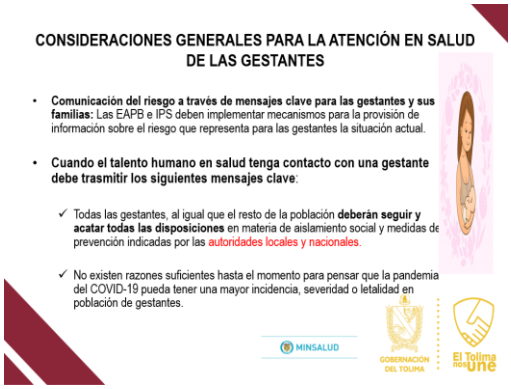
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

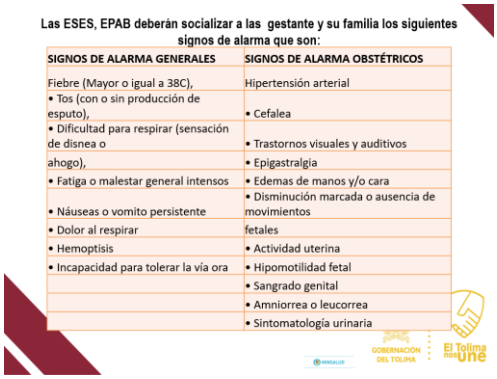
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

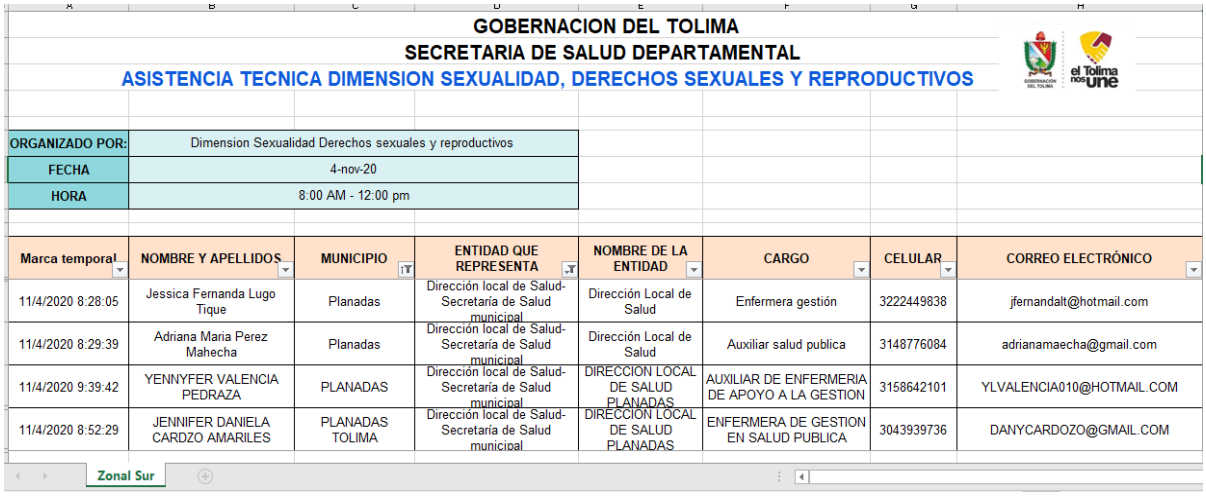




Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:28:05	Jessica Fernanda Lugo Tique	Planadas	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud municipal	Dirección Local de Salud	Enfermera gestión	3222449838	jfernandalt@hotmail.com
11/4/2020 8:29:39	Adriana Maria Perez Mahecha	Planadas	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud municipal	Dirección Local de Salud	Auxiliar salud publica	3148776084	adrianamaecha@gmail.com
11/4/2020 9:39:42	YENNYFER VALENCIA PEDRAZA	PLANADAS	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud municipal	DIRECCION LOCAL DE SALUD PLANADAS	AUXILIAR DE ENFERMERIA DE APOYO A LA GESTION	3158642101	YLVALENCIA010@HOTMAIL.COM
11/4/2020 8:52:29	JENNIFER DANIELA CARDZO AMARILES	PLANADAS TOLIMA	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud municipal	DIRECCION LOCAL DE SALUD PLANADAS	ENFERMERA DE GESTION EN SALUD PUBLICA	3043939736	DANYCARDOZO@GMAIL.COM

Zonal Sur

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** **ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**30/10/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. CASABIANCA**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Adriana Patricia Mendoza Montes	Médico general	Hospital Santo Domingo de Casabianca
ALEXANDRA GARZON	ENFERMERA JEFE	Hospital Santo Domingo de Casabianca
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 30 de octubre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo, los referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Santo Domingo del municipio de Casabianca – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:

1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

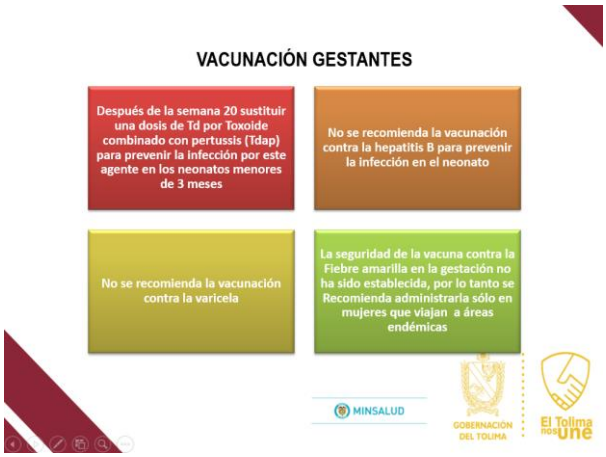
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

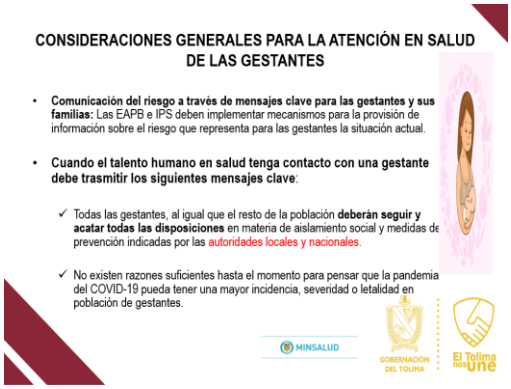
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

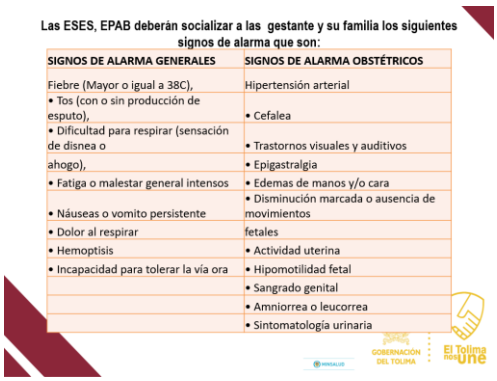
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
10/30/2020 8:10:09	Adriana Patricia Mendoza Montes	Casabianca	ESE- Hospital	Hospital Santo Domingo	Médico general	3126527916	adrimenmontes@hotmail.com
10/30/2020 8:10:29	ALEXANDRA GARZON	CASABIANCA	ESE- Hospital	HOSPITAL SANTO DOMINGO ESE	ENFERMERA JEFE	3212209464	HOSPITALSANTODOMINGOENFERMERIA@HOSPITALSANTODOMINGO.GOV.CO
31/10/2020 12:46	Alexandra Garzón	Casabianca	ESE- Hospital	Hospital santo domingo	Enfermera	3105810209	hospitalsantodomingoenfermeria@hospitalsantodomingo.gov.co

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	ELIANA GARCIA

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**04/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM A 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. CUNDAY**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Lima Katherine Carmona Urueña	Enfermera	Hospital Federico Arbeláez de Cunday
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 4 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Federico Arbeláez del municipio de Cunday – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:

1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

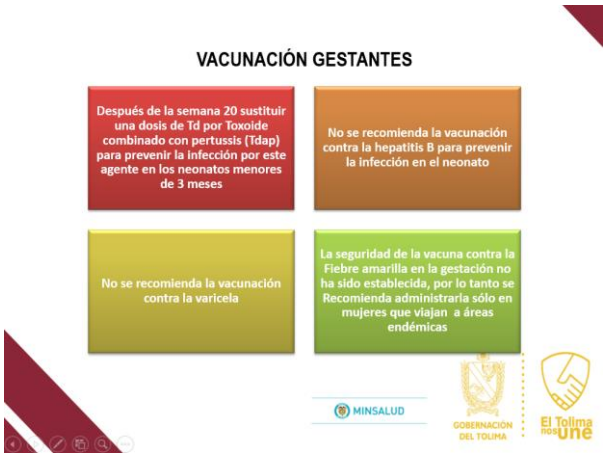
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

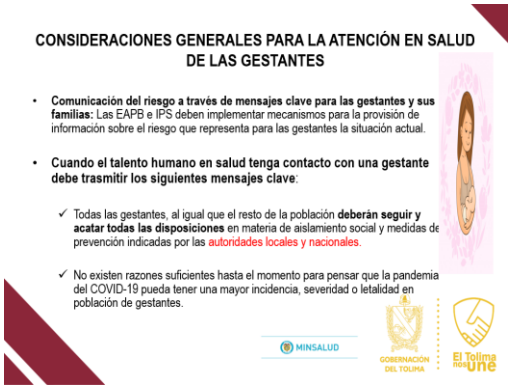
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

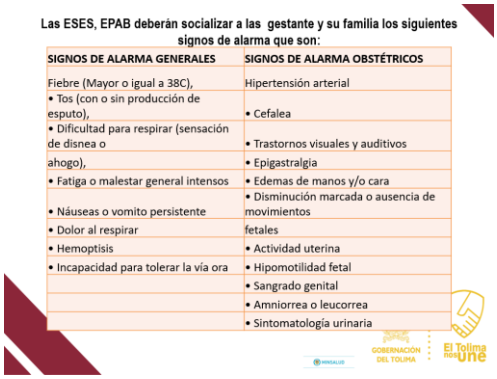
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 9:48:53	lina katerin carmona urueña	cunday	ESE- Hospital	hospital federico arbelaez	enfermera	3125385307	jefehfa@gmail.com

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	ELIANA GARCIA

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**30/10/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. PALOCABILDO**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Érica Gómez	Gerente	Hospital Ricardo Acosta de Palocabildo
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 30 de octubre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Ricardo Acosta del municipio de Palocabildo – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

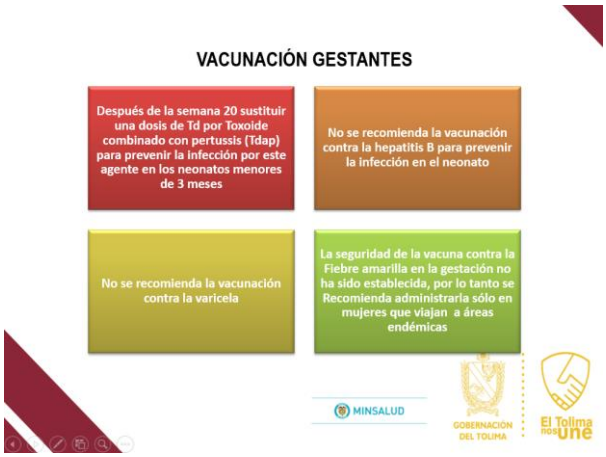
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

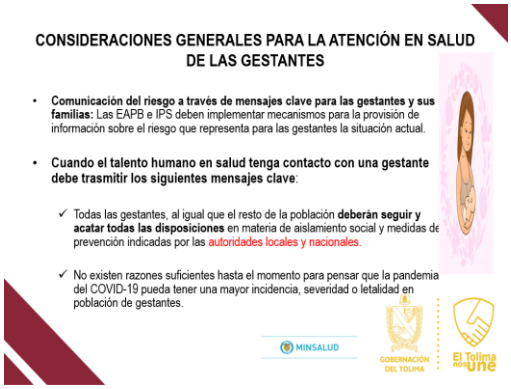
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

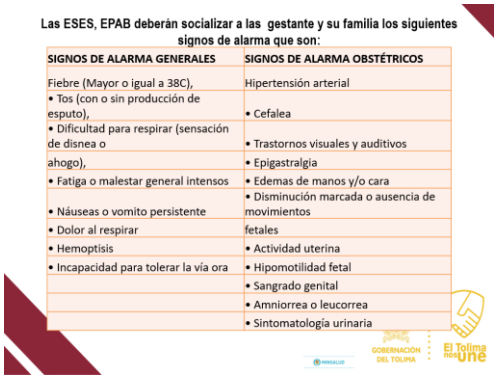
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

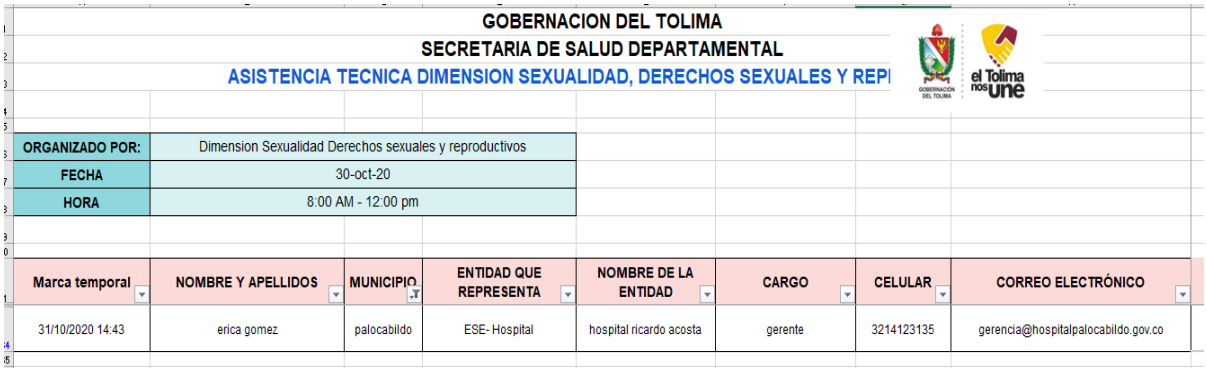




Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPI

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
31/10/2020 14:43	erica gomez	palocabildo	ESE- Hospital	hospital ricardo acosta	gerente	3214123135	gerencia@hospitalpalocabildo.gov.co

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**04/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. RONCESVALLES**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
ANYI ALEJANDRA CARO ROMERO	ENFERMERA SSO	HOSPITAL SANTA LUCIA DE RONCESVALLES
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal

7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 4 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Santa Lucia del municipio de Roncesvalles – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

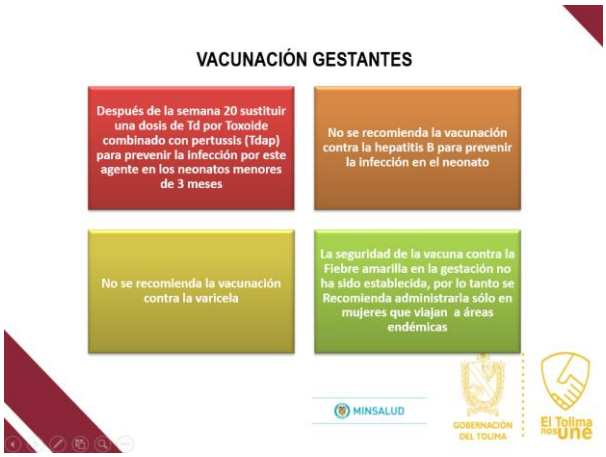
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones,

discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

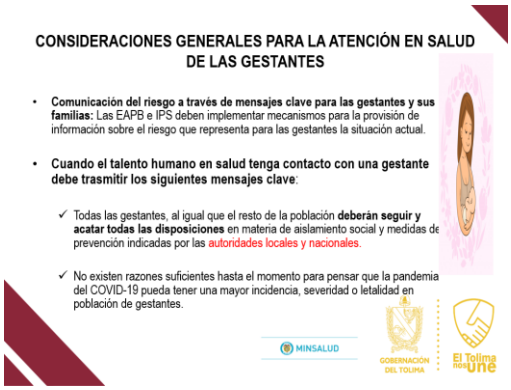
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

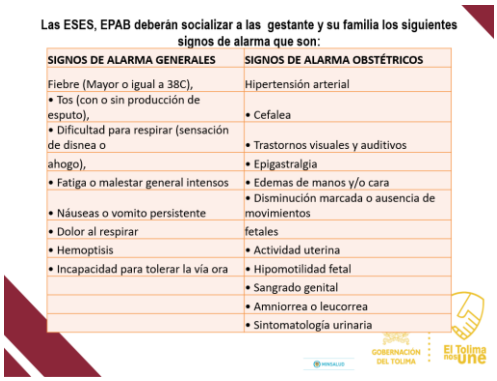
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:07:53	ANYI ALEJANDRA CARO ROMERO	RONCESVALLES	ESE- Hospital	HOSPITAL SANTA LUCIA DE RONCESVALLES	ENFERMERA SSO	3125358532	enfermeria_roncesvalles@yahoo.com.co

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** **ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**30/10/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. VENADILLO**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
ELLIA NAYIVE VEGA NAVARRO	ENFERMERA	HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal

7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 30 de octubre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Santa Barbara del municipio de Venadillo – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

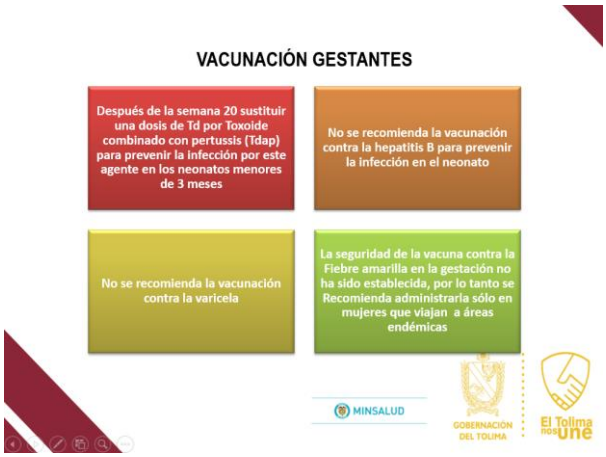
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

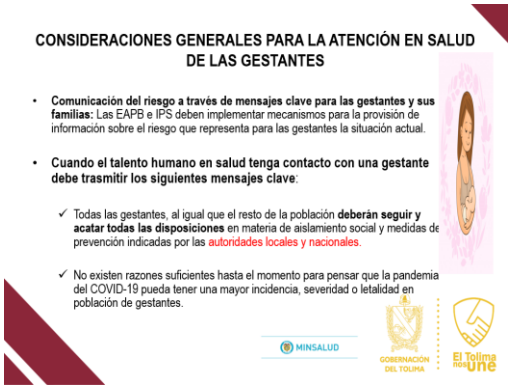
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

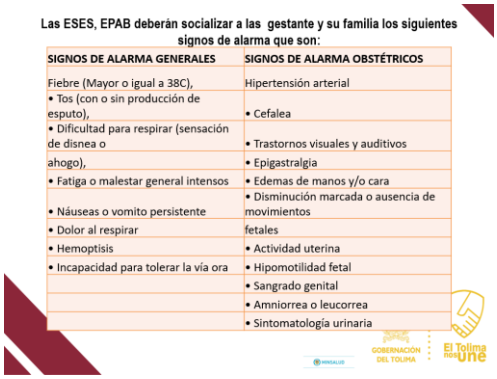
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

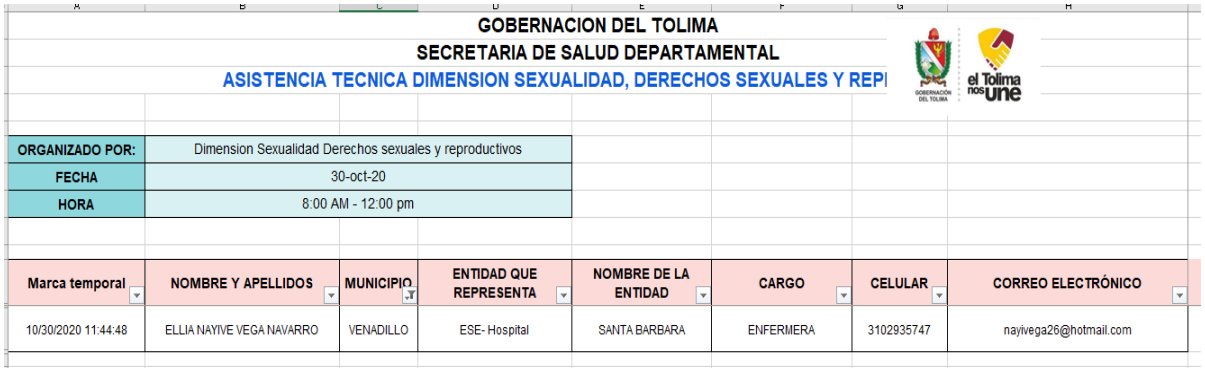




Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPI

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
10/30/2020 11:44:48	ELLIA NAYIVE VEGA NAVARRO	VENADILLO	ESE- Hospital	SANTA BARBARA	ENFERMERA	3102935747	nayivega26@hotmail.com

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 30 días del mes de octubre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** **ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**12/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. VILLAHERMOSA**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Rosa margarita Hernández Hernández	Enfermera	Hospital Ismael Perdomo de Villahermosa
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
8. Atención del parto

9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 12 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital Ismael Perdomo del municipio de Villahermosa – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

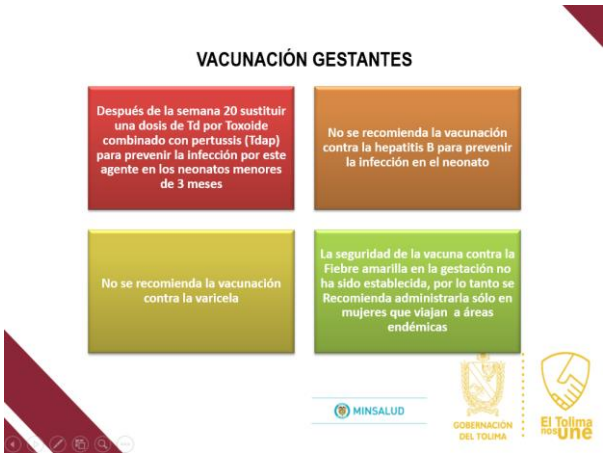
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

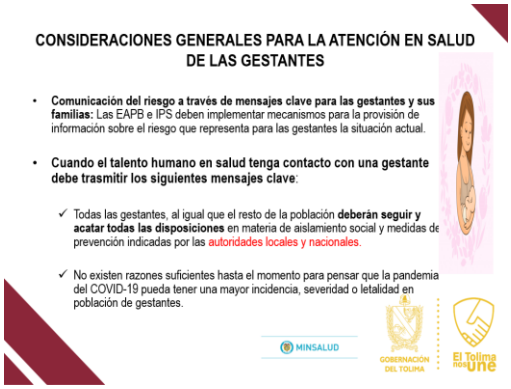
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

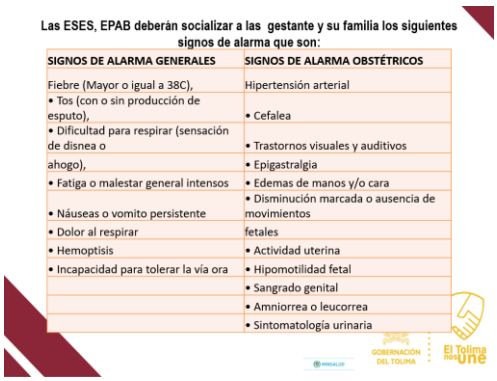
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 12 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS MUNICIPIOS

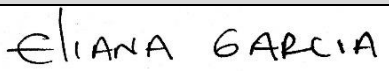
ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	12-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/12/2020 9:43:12	Rosa margarita hernandez hernadez	Villahermosa	ESE- Hospital	Hospital ismael perdomo	Enfermera	3138252266	vacunacionvillahip@gmail.com
11/12/2020 9:44:07	Rosa margarita hernandez hernadez	Villahermosa	ESE- Hospital	Hospital ismael perdomo	Enfermera	3138252266	vacunacionvillahip@gmail.com

Respuestas de formulario 1

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 12 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 15**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** **ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**12/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. VILLARRICA**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Ariadna Margarita Figueroa Grimaldo	Enfermera Profesional	Hospital La Milagrosa Municipio de Villarrica
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 12 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital La Milagrosa del municipio de Villarrica – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

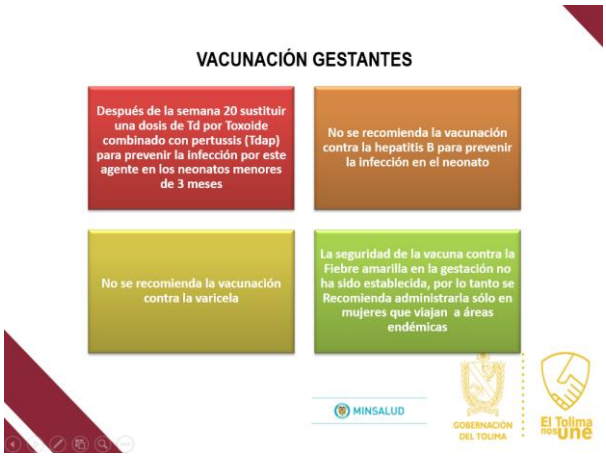
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

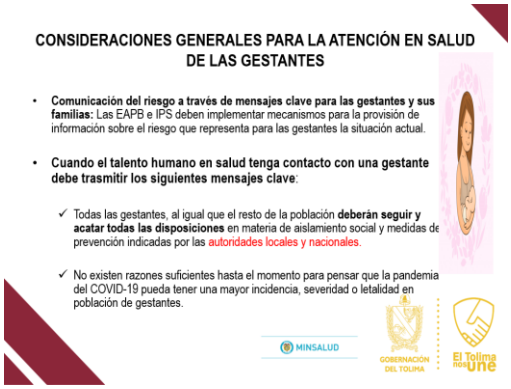
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

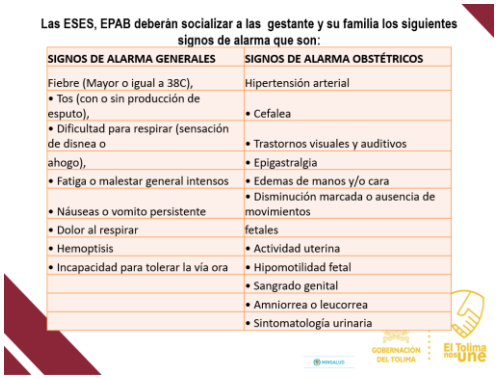
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.





Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 12 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL

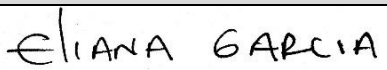
GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS MUNICIPIOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	12-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/12/2020 8:47:57	Ariadna Margarita Figueroa Grimaldo	Villarrica	ESE- Hospital	Hospital La Milagrosa	Enfermera profesional	3225865435	hmilagrosa_pyp@hotmail.com

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 12 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	

OBJETIVO DE LA REUNION:	**ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO**		
FECHA:	**4/11/2020**	**HORA:**	**8:00 AM – 12:00 PM**
LUGAR:	**DESARROLLO DE CAPACIDADES MODALIDAD VIRTUAL – ZONAL PARA E.S.E. ICONONZO**		
REDACTADA POR:	**ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Lina Cristina Gómez Godoy	Enfermera	HOSPITAL SUMAPAZ DE ICONONZO
Doris Guayara Herrán	ENFERMERA	HOSPITAL SUMAPAZ DE ICONONZO
ELIANA PATRICIA GARCIA TABERA	ENFERMERA PROFESIONAL DE APOYO	SST DIMESION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

INVITADOS:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**

AUSENTES:			
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**MOTIVO DE AUSENCIA**

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo y presentación
2. Silenciar micrófonos
3. Orientación para el diligenciamiento de listas de asistencia
4. Abordaje del marco normativo
5. Abordaje de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico
6. Objetivo y alcance de la ruta integral de atención en salud materno perinatal
7. Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

8. Atención del parto
9. Lineamientos provisionales para la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y para la lactancia materna, en el contexto de la pandemia de covid-19 en Colombia
10. Preguntas y respuestas
11. Despedida y agradecimientos

DESARROLLO DE LA REUNION:

El día 4 de noviembre de 2020 a las 8:00 am, nos reunimos en modalidad virtual, en marco a la pandemia, los profesionales de apoyo y referentes de la Secretaria de Salud del Tolima, y los profesionales del E.S.E. Hospital De Sumapaz del municipio de Icononzo – Tolima, para llevar a cabo la asistencia técnica de la DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, en la estrategia Abordaje Integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

Siendo las 8:15 de mañana se da inicio a la reunión realizando una presentación del ponente y orientando a los participantes el uso adecuado de los micrófonos y del chat, también se comparte el link para el listado de asistencia.
La profesional de apoyo inicia con las siguientes intervenciones.

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:
Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
1. A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.
2. Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
3. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles

prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

4. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.





INTERVENCIONES:

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.

   RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

   Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:

- Antígeno superficie hepatitis B
- Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
- 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

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

2. ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.

- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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:** 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.

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

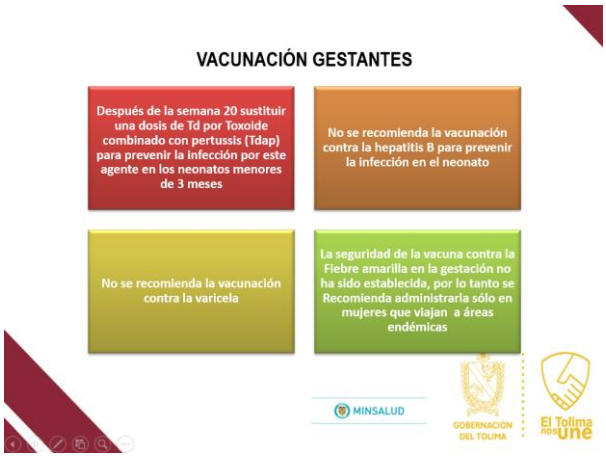
Información en salud: Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en: - Anticoncepción y planificación reproductiva. - Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.

Plan de parto: 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
- 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.





3. CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- Tres sesiones en el tercer trimestre.

4. ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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

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, involución 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.

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.



LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

- **PROPÓSITO** Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia,

durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

- **ALCANCE** Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo.

Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y al criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto

Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

- La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
- El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19
- Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario.
- Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
- Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del

período de aislamiento recomendado.

- El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.
- **A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19** se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las **madres sintomáticas y asintomáticas** que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

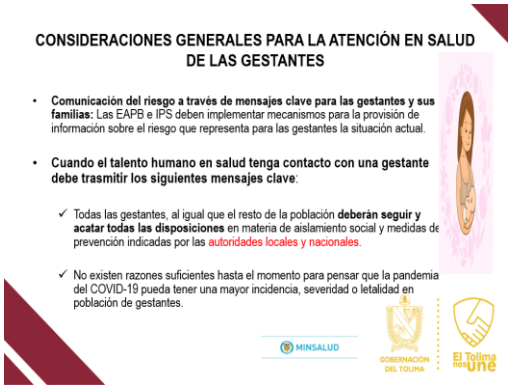
➢ Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.

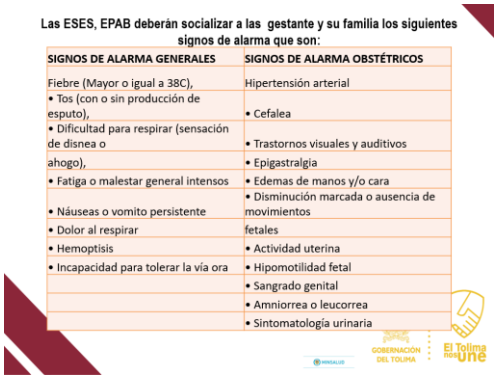
➢ Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.

➢ Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)

➢ Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche.

➢ Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

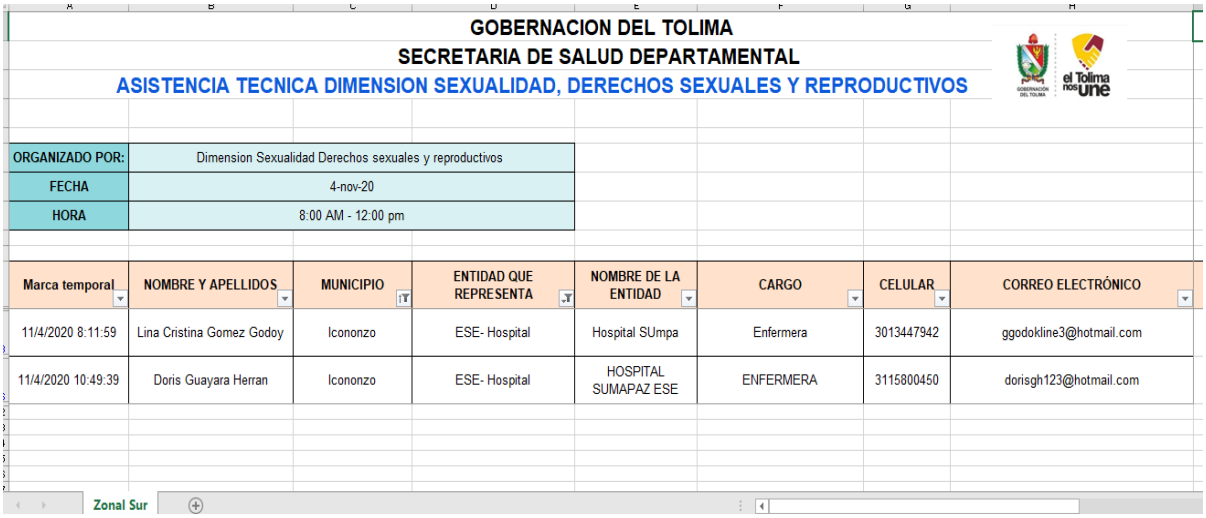




Siendo las 11:45 am se finaliza la asistencia técnica, y se inicia ronda de preguntas las cuales son resueltas satisfactoriamente.

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

FIRMA DE ASISTENCIA VIRTUAL



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:11:59	Lina Cristina Gomez Godoy	Icononzo	ESE- Hospital	Hospital SUmpa	Enfermera	3013447942	ggodokline3@hotmail.com
11/4/2020 10:49:39	Doris Guayara Herran	Icononzo	ESE- Hospital	HOSPITAL SUMAPAZ ESE	ENFERMERA	3115800450	dorisgh123@hotmail.com

Zonal Sur

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**

Como constancia, se firma por los asistentes a los 4 días del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

NOMBRE	APELLIDO	FIRMA
ELIANA PATRICIA	GARCIA TABERA	Eliana Garcia

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**30 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
SONIA CAROLINA PÉREZ VIÑA	MD GRAL SSO	Hospital San Roque Alvarado
FLOR ALEYDA REYES	Técnica Sivigila	Hospital San Roque Alvarado
ROSALBA DIAZ PULIDO	Enfermera	Hospital San Roque Alvarado
ADRIANA MARCELA QUIMBAYO CASTRO	Dirección local de salud	Alcaldía Alvarado
ROCIO ANDREA GUARNIZO	Profesional de Apoyo	secretaria de salud deptal

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a

cargo de Erika Torres.

4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 30 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL SAN ROQUE Y LA DIRECCION LOCAL DE SALUD** del municipio de **ALVARADO** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente

el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que

por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

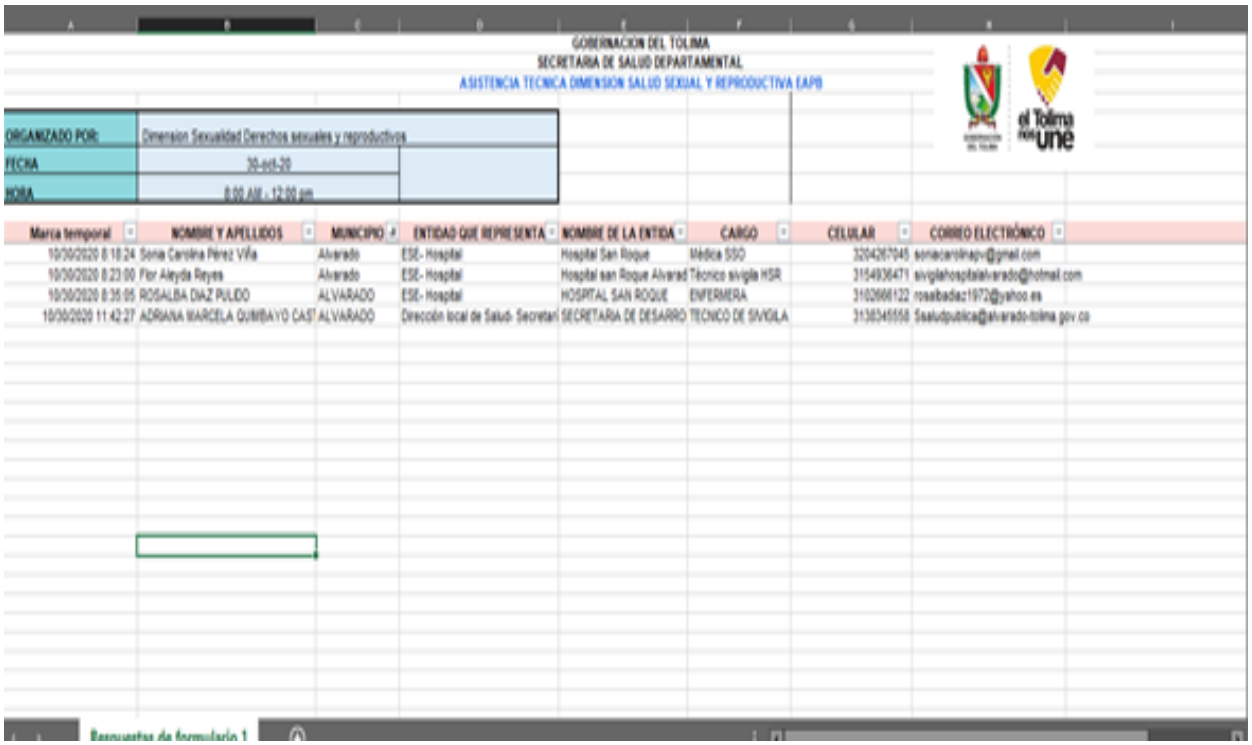
A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de**

materna extrema			**morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDA	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
10/30/2020 8:18:24	Sonia Carolina Pérez Viña	Alvarado	ESE- Hospital	Hospital San Roque	Médica SSO	3204267045	soniacarolinapv@gmail.com
10/30/2020 8:23:00	Flor Aleyda Reyes	Alvarado	ESE- Hospital	Hospital san Roque Alvarad	Técnico sivigila HSR	3154936471	sivigilahospitalalvarado@hotmail.com
10/30/2020 8:35:05	ROSALBA DIAZ PULDO	ALVARADO	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN ROQUE	ENFERMERA	3102666122	rosalbadiaz1972@yahoo.es
10/30/2020 11:42:27	ADRIANA MARCELA QUIMBAYO CAST	ALVARADO	Dirección local de Salud- Secretari	SECRETARIA DE DESARRO	TECNICO DE SIVIGILA	3138345558	Saludpublica@alvarado-tolima.gov.co

Respuestas de formulario 1

PRESENTACION MATERNIDAD






Guía de práctica clínica de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo
Objetivo de la visita prenatal:
Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada lo cual permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


PROTOCOLO DE ATENCION PRECONCEPCIONAL
Conjunto de intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal.
OBJETIVO
Identificar y modificar condiciones que se pueden intervenir y que puedan representar riesgos para la salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer, para la salud materna y perinatal.
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


Cuántas visitas prenatales realizar?
• Si es una mujer nulípara con gestación normal que inicia CPN en primer trimestre se recomiendan 10 visitas
• No se recomienda número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


IDENTIFICAR RIESGOS
Edad materna
Enfermedades de base
Historia obstétrica previa
Riesgos para diabetes
Riesgos para pre-eclampsia
Riesgos de malformación y muerte perinatal
Riesgo de parto pretérmino
Riesgo Bio psicosocial
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**30 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
HEVER VASQUEZ HERRERA	ENFERMERO	ESE CARLOS TORRENTE
LUZ ESTELA RESTREPO	AUX ENFERMERIA	ESE CARLOS TORRENTE
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 30 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL CARLOS TORRENTE** del municipio de **SANTA ISABEL** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

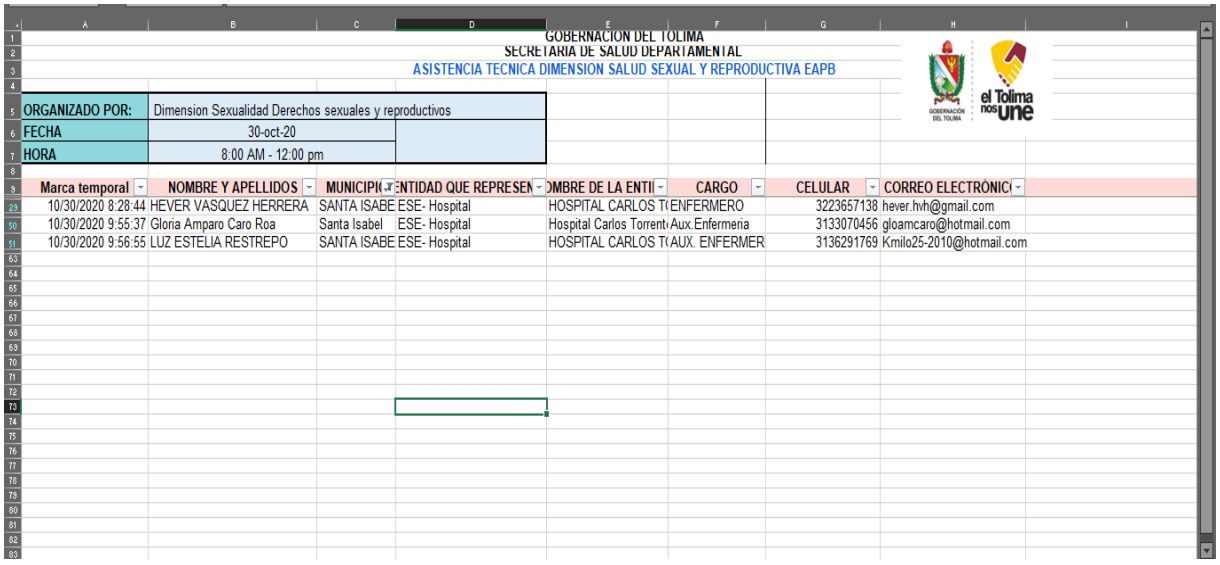
A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**
Realizar seguimiento a la planificación	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo**

familiar post parto			**seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPI	ENTIDAD QUE REPRESEN	OMBRE DE LA ENTI	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNIC
10/30/2020 8:28:44	HEVER VASQUEZ HERRERA	SANTA ISABE	ESE- Hospital	HOSPITAL CARLOS T	ENFERMERO	3223657138	hever.hvh@gmail.com
10/30/2020 9:55:37	Gloria Amparo Caro Roa	Santa Isabel	ESE- Hospital	Hospital Carlos Torrent	Aux.Enfermeria	3133070456	gloamcaro@hotmail.com
10/30/2020 9:56:55	LUZ ESTELIA RESTREPO	SANTA ISABE	ESE- Hospital	HOSPITAL CARLOS T	AUX. ENFERMER	3136291769	Kmilo25-2010@hotmail.com

PRESENTACION MATERNIDAD










Cuántas visitas prenatales realizar?
Si es una mujer nulípara con gestación normal que inicia CPN en primer trimestre se recomiendan 10 visitas
No se recomienda número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


IDENTIFICAR RIESGOS
Edad materna
Enfermedades de base
Historia obstétrica previa
Riesgos para diabetes
Riesgos para pre-eclampsia
Riesgos de malformación y muerte perinatal
Riesgo de parto pretérmino
Riesgo Bio psicosocial
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 7**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MAYERLY QUINTRE	DIRECTORA LOCAL DE SALUD	ALPUJARRA
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	DIMENSION SSR

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen

virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la dirección local de salud del municipio de **ALPUJARRA** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

   Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio

y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**

Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA

	A	B	C	D	E	F	
1				GOBERNACION DEL TOLIMA			
2				SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL			
3				ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB			
4							
5	ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos					
6	FECHA	6-nov-20					
7	HORA	8:00 AM - 12:00 pm					
8	Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR
25	11/6/2020 9:07:40	Erika Fernanda Santos Gonzalez	Alpujarra - Tolima	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Secretaria de salud municipal	Enfermera de gestión en salud	
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							

PRESENTACION MATERNIDAD



	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 7**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**30 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
FIBIT MENDOZA	Enfermera	Hospital San Antonio de Ambalema
ROCIO ANDREA GUARNIZO	Profesional de Apoyo	secretaria de salud deptal

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 30 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución

3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO** del municipio de **AMBALEMA** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

   Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en

cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se**

			garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

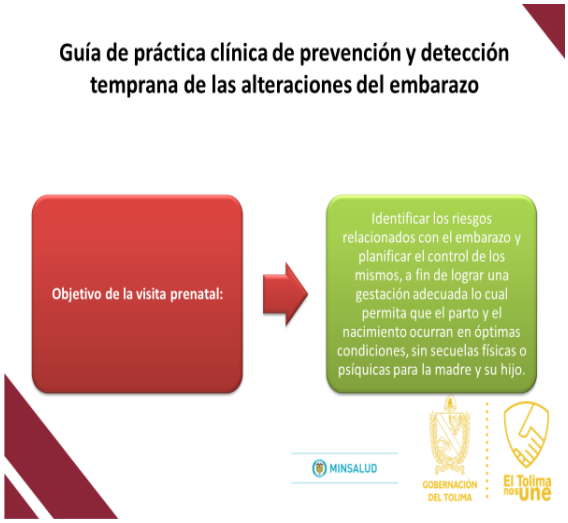
ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
ECHA	30-oct-20
ORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPI	NTIDAD QUE REPRESE	MBRE DE LA ENT	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNI
10/30/2020 10:29:47	Fibit Mendoza sancheZ	Ambalema	ESE- Hospital	Hospital san antonio	Jefe de enfermer	3103622661	fbit89@hotmail.com

PRESENTACION MATERNIDAD










Cuántas visitas prenatales realizar?
Si es una mujer nulípara con gestación normal que inicia CPN en primer trimestre se recomiendan 10 visitas
No se recomienda número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


IDENTIFICAR RIESGOS
Edad materna
Enfermedades de base
Historia obstétrica previa
Riesgos para diabetes
Riesgos para pre-eclampsia
Riesgos de malformación y muerte perinatal
Riesgo de parto pretérmino
Riesgo Bio psicosocial
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 6**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**12 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
EDNA MARGARITA GUAYARA	ENFERMERA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANZOATEGUI
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	DIMENSION SSR

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 12 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución

3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación al municipio de **ANZOATEGUI** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

   Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

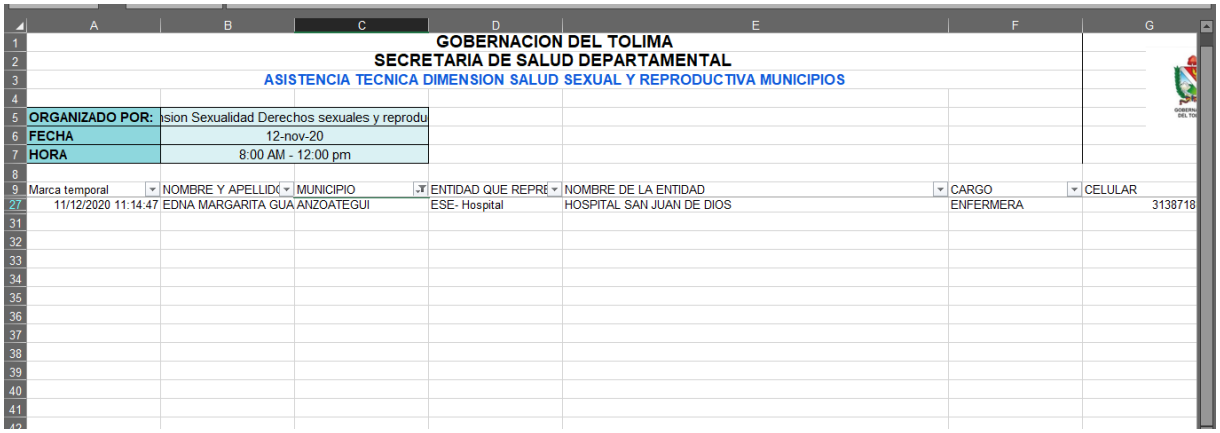
Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**

Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MUNICIPIOS

ORGANIZADO POR:	sion Sexualidad Derechos sexuales y reprodu
FECHA	12-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDO	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRE	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR
11/12/2020 11:14:47	EDNA MARGARITA GUA	ANZOATEGUI	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	ENFERMERA	3138718

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL ATACO**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
RAFAEL OSORIO DE LA CRUZ	MEDICO GRAL	ALPUJARRA
IVETTE ROMERO	MEDICO GRAL	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES
EVER ALEJANDRO SANABRIA MAPE	COORD MEDICO	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES
DIEGO MAURICIO MARTINEZ LOZANO	DIRECCION LOCAL DE SALUD	ALCALDIA DE ATACO
JOSE FABIAN ROMERO	AUX ENFERMERIA	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES
FRECSIA RUBIO HERRERA	ENFERMERA	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES
KAREN VANESA BENAVIDEZ MORALES	MEDICO SSO	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES
LEYRE GUALTEROS	ENFERMERA	HOSPITAL NSTRA SRA DE LOURDES

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.

3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** y la **ESE NUESTRA SRA DE LOURDES** del municipio de **ATACO** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las

maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual

de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS

COMPROMISOS Y TAREAS	RESPONSABLE	PLAZO CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

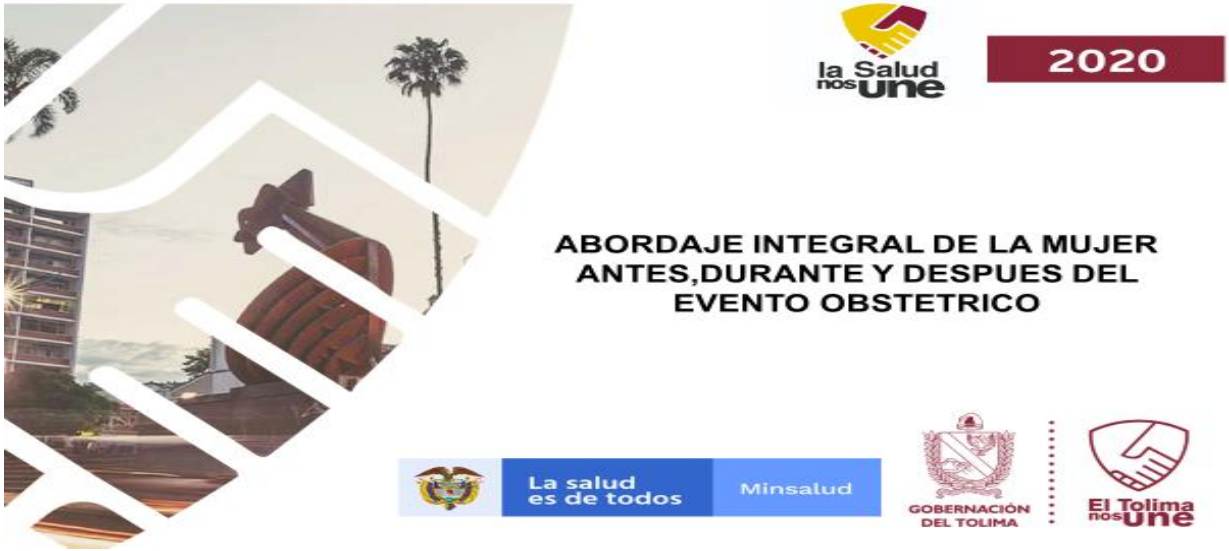
ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENT	NOMBRE DE LA ENTIDA	CARGO	CELULA	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:34:40	RAFAEL OSORIO DE LA CRUZ	ATACO	ESE- Hospital	HOSPITAL NUESTRA SEN	MEDICO GENERAL	3,14E+09	rafaodc1@gmail.com
11/4/2020 8:35:50	IVETTE ROMERO	ATACO	ESE- Hospital	HOSPITAL NUESTRA SEN	MEDICO GENERAL	3,21E+09	idromerota@unal.edu.co
11/4/2020 8:36:21	Ever alejandro Sanabria mape	Ataco	ESE- Hospital	Hospital Nuestra Señora	Coordinador medico	3,11E+09	alejosanabria@outlook.com
11/4/2020 8:37:30	Diego Mauricio Martinez Lozano	Ataco	Dirección local de Salud- Se	Alcaldia Municipal Ataco	Profesional Gestion Salud Pu	3,17E+09	salud@ataco-tolima.gov.co
11/4/2020 8:40:13	José Fabian Romero	Ataco	ESE- Hospital	HOSPITAL NUESTRA SEN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3,1E+09	fabianromero06@hotmail.com
11/4/2020 9:01:48	FRECCIA RUBIO HERRERA	ATACO	ESE- Hospital	HOSPITAL NUESTRA SEN	ENFERMERA	3,15E+09	pypataco@gmail.com
11/4/2020 9:19:14	KAREN VANESSA BENAVIDES MORALES	ATACO	ESE- Hospital	HOSPITAL NUESTRA SEN	MEDICO SSO	3,05E+09	kvbenavides@fucsalud.edu.co
11/4/2020 8:35:02	Leyre Gualteros	Ataco tolima	ESE- Hospital	Hospital nuestra señora d	Enfermera jefe	3E+09	leyregualterosrincon@gmail.com

PRESENTACION MATERNIDAD


la Salud nos une
2020
ABORDAJE INTEGRAL DE LA MUJER ANTES,DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO
La salud es de todos
Minsalud
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos une

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**30 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MÓNICA JULIETH ALDANA SANCHEZ	ENFERMERA	Hospital Santa Lucia Cajamarca
LAURA FERNANDA ORTIZ CADENA	Dirección local de salud	Municipio de Cajamarca
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	secretaria de salud deptal

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 30 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL Y LA DIRECCION LOCAL DE SALUD** del municipio de **CAJAMARCA** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**

Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	30-oct-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPI	ENTIDAD QUE REPRESEN	OMBRE DE LA ENTI	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNIC
10/30/2020 8:16:48	Laura Fernanda Ortiz Cadena	Cajamarca	Dirección local de Salud- Se	Secretaria de salud	Coordinadora de S	3118292354	saludpublica.cajamarca2020@gmail.com
10/30/2020 8:31:52	Mónica JUlieth Aldana Sanchez	Cajamarca Toli	ESE- Hospital	Hospital Santa Lucia	Enfermera	3193360528	enfermeria@hospitalsantalucia-cajamarca.gov.co

PRESENTACION MATERNIDAD






Guía de práctica clínica de prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo
Objetivo de la visita prenatal:
Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada lo cual permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une

PROTOCOLO DE ATENCION PRECONCEPCIONAL
Conjunto de intervenciones que identifican condiciones de tipo biológico, hábitos, comportamientos o condiciones sociales que puedan convertirse en riesgos para la salud materno-perinatal.
OBJETIVO
Identificar y modificar condiciones que se pueden intervenir y que puedan representar riesgos para la salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer, para la salud materna y perinatal.
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


Cuántas visitas prenatales realizar?
• Si es una mujer nulípara con gestación normal que inicia CPN en primer trimestre se recomiendan 10 visitas
• No se recomienda número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une


IDENTIFICAR RIESGOS
Edad materna
Enfermedades de base
Historia obstétrica previa
Riesgos para diabetes
Riesgos para pre-eclampsia
Riesgos de malformación y muerte perinatal
Riesgo de parto pretérmino
Riesgo Bio psicosocial
MINSALUD
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos Une

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE CHAPARRAL**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Clarena Alexandra Tapiero Romero	Enfermera	Hospital San Juan Bautista
María Isabel Trujillo	Auxiliar de enfermería programa SSR	Hospital San Juan Bautista
Ximena Del Pilar Rincón Trujillo	Epidemióloga	Dirección Local de Salud – Alcaldía Municipal

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de

anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela
10. Prueba treponémica rápida para sífilis

11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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

- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19. Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

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, 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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones”, incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.
Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.

- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.

Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco

1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación -IEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.

El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005,

para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

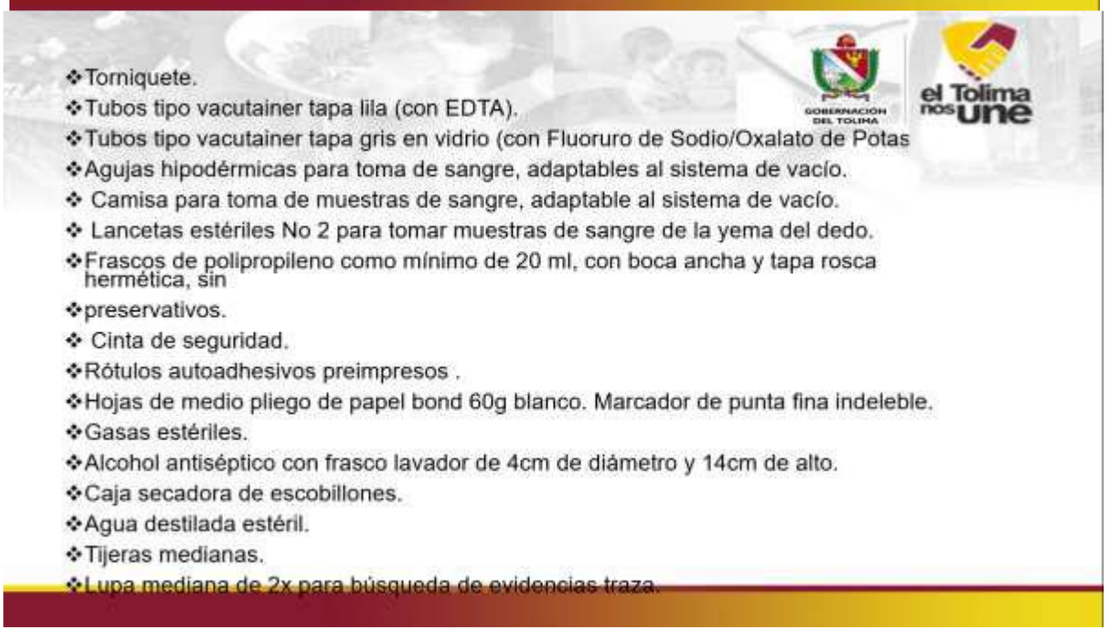
PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:

En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMER0 03280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA

- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos

en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un

plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 8:07:54	Clarena Alexandra Tapiero Romero	Chaparral	ESE- Hospital	Hospital San Juan Bautista	enferemera	3204390753	cexterna@hospitalsanjuanbautista.gov.co
11/6/2020 8:11:07	Maria Isabel Trujillo	Chaparral	ESE- Hospital	Hospital San Juan Bautista	Auxiliar de enfermería programa SSR	3203467440	cexterna@hospitalsanjuanbautista.gov.co
11/6/2020 9:01:06	Ximena Del Pilar Rincon Trujillo	chaparral	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	ALCALDIA MUNICIPAL DE CHAPARRAL	EPIDEMIOLOGA	3102823568	Mcbr970812@gmail.com

Respuestas de formulario 1

Listo Modo Filtrar

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
Clarena Alexandra Tapiero Romero	Chaparral	ESE- Hospital	Hospital San Juan Bautista	enfermera
María Isabel Trujillo	Chaparral	ESE- Hospital	Hospital San Juan Bautista	Auxiliar de enfermería programa SSR
Ximena Del Pilar Rincón Trujillo	chaparral	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	ALCALDIA MUNICIPAL DE CHAPARRAL	EPIDEMIOLOGA

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL DLS DOLORES**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MARTHA VIVIANA GARZON CARDOZO	DIRECCION LOCAL DE SALUD	DOLORES
SUSY OYOLA VALLEJO	DIRECCION LOCAL DE SALUD	DOLORES
ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de **DOLORES** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno

perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación

4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

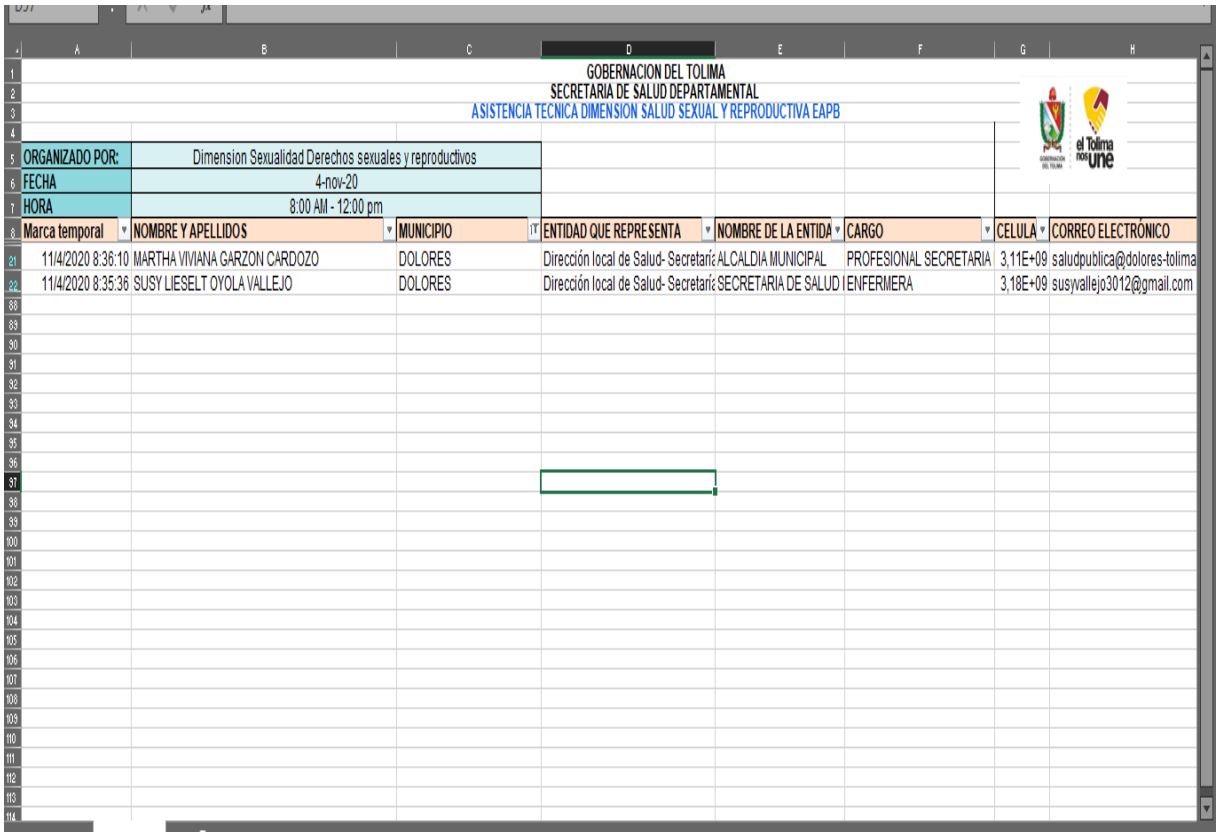
A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna**

			prestación de servicios a las maternas.
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA

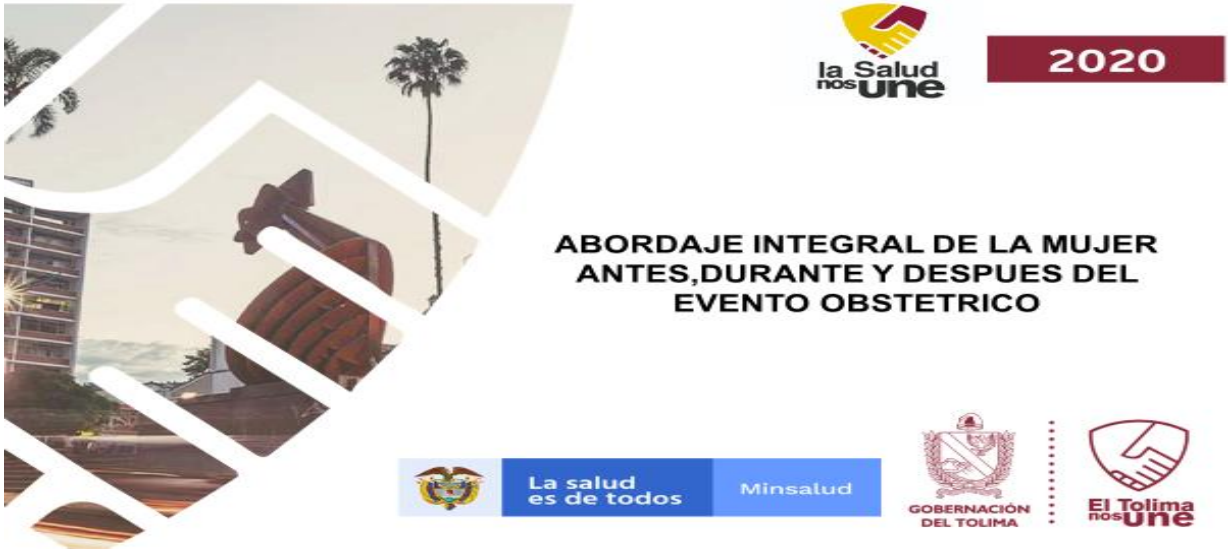


GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDA	CARGO	CELULA	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:36:10	MARTHA VIVIANA GARZON CARDOZO	DOLORES	Dirección local de Salud- Secretaría	ALCALDIA MUNICIPAL	PROFESIONAL SECRETARIA	3,11E+09	saludpublica@dolores-tolima
11/4/2020 8:35:36	SUSY LIESELT OYOLA VALLEJO	DOLORES	Dirección local de Salud- Secretaría	SECRETARIA DE SALUD I	ENFERMERA	3,18E+09	susyvallejo3012@gmail.com

PRESENTACION MATERNIDAD


la Salud nos une
2020
ABORDAJE INTEGRAL DE LA MUJER ANTES,DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO
La salud es de todos
Minsalud
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
El Tolima nos une

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE ESPINAL**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Laura Catalina Bonilla Murillo	Enfermera	Hospital San Rafael del Espinal
Carolina De Los Ángeles Orjuela Vargas	Auxiliar de Enfermeria - Salud Publica	Hospital San Rafael del Espinal
Sandra Milena Betancourt Sánchez	Enfermera de IVC	Dirección Local de Salud – Alcaldía Municipal

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de

acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma

8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela
10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.

- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.

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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá

hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.

En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.
Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de

Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

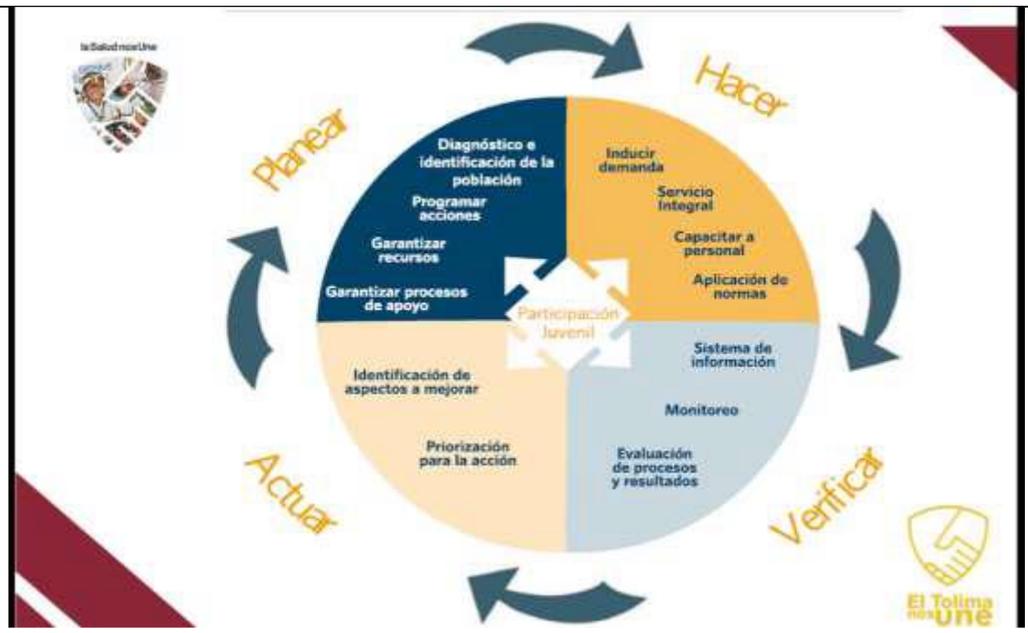
De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - IEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.

Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.

Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.
Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.

Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

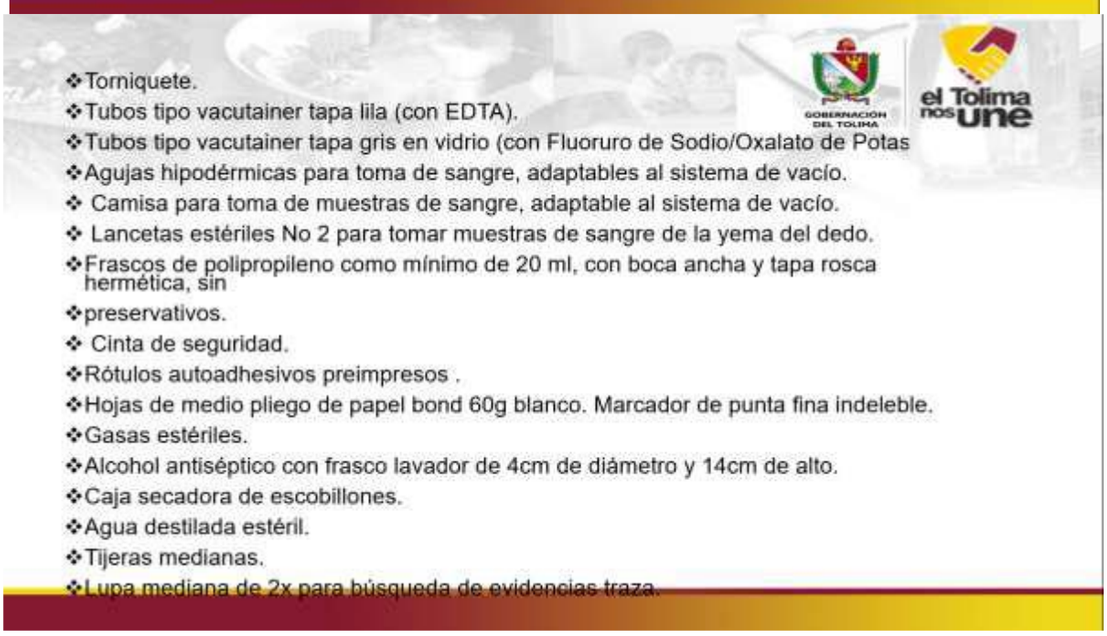
PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:

En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán

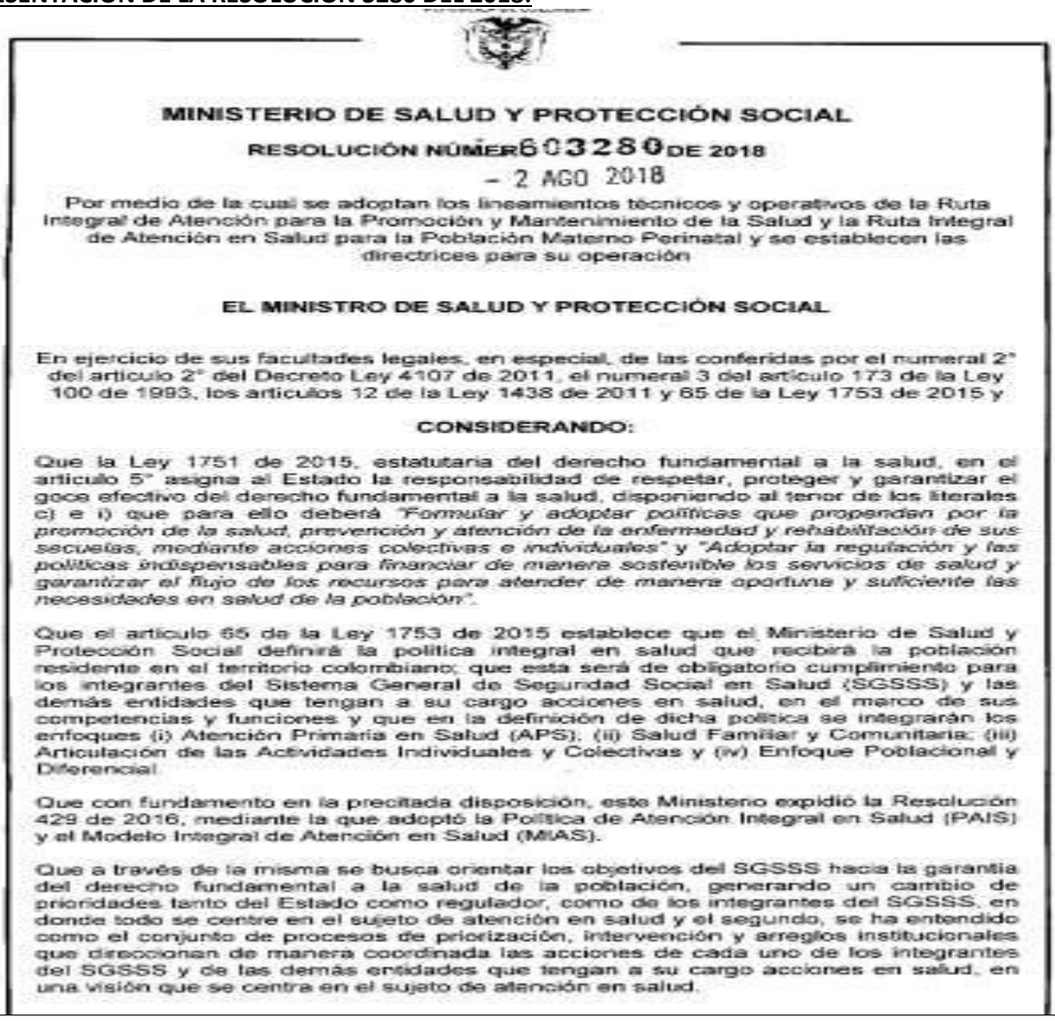
obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMER0 03280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién

nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 8:37:11	LAURA CATALINA BONILLA MURILLO	ESPINAL TOLIMA	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	ENFERMERA	3227293925	consultoriorosadohsre@gmail.com
11/6/2020 9:02:26	CAROLINA DE LOS ANGELES ORJUELA VARGAS	ESPINAL	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA - SALUD PUBLICA	3005373542	carolinaorjuela78@hotmail.com
11/6/2020 9:02:52	Sandra Milena Betancourt Sanchez	El Espinal	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Alcaldía Municipal de el Espinal	Enfermera de IVC	3166217910	saludpublicaenfermeria2020@gmail.com

Respuestas de formulario 1

Listo Se encontraron 3 de 38 registros

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
LAURA CATALINA BONILLA MURILLO	ESPINAL TOLIMA	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL	ENFERMERA
CAROLINA DE LOS ANGELES ORJUELA VARGAS	ESPINAL	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA - SALUD PUBLICA
SANDRA MILENA BETANCOURT SANCHEZ	El Espinal	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Alcaldía Municipal del Espinal	Enfermera de IVC

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**	**Código: FOR-DE-002**
		Versión: 02
	MACROPROCESO: **DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**	**Pág. 1 de 6**
	ACTA DE REUNION	**Vigente desde:** 13/12/2011

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**6 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE EL GUAMO**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
LEIDY OVIEDO	ENFERMERA	HOSPITAL SAN ANTONIO EL GUAMO
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 6 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen

virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL SAN ANTONIO** del municipio de **EL GUAMO** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

   Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio

y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

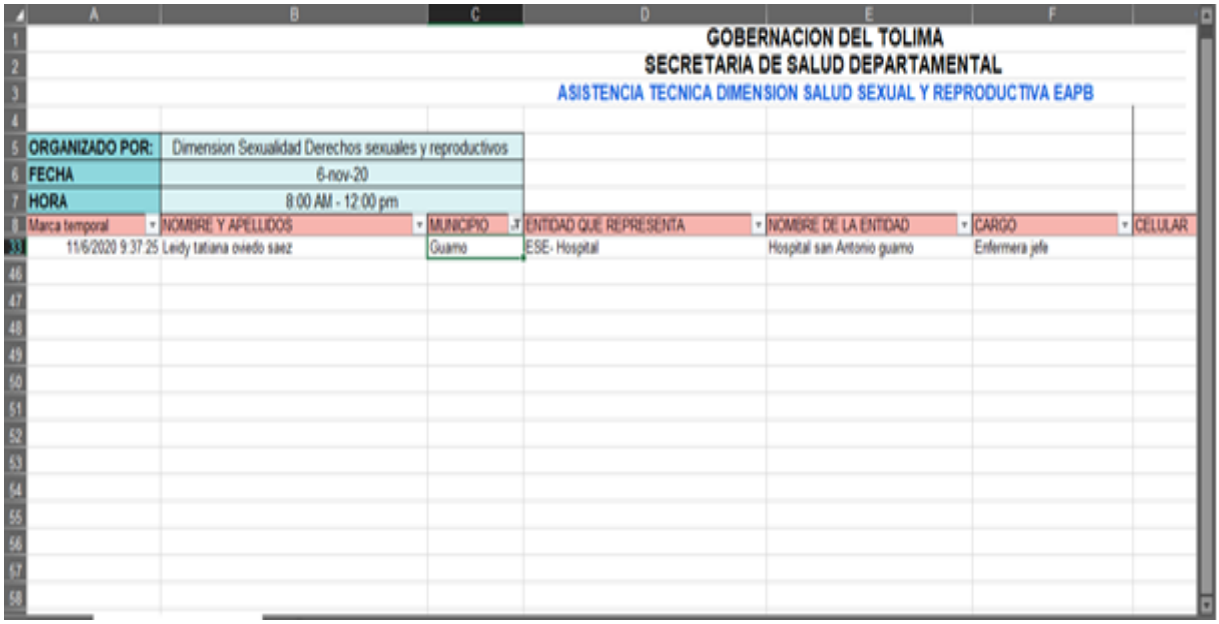
A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las**

			mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR
11/6/2020 9:37:25	Leidy tatiana oviedo saez	Guamo	ESE- Hospital	Hospital san Antonio guamo	Enfermera jefe	

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE HONDA**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Olga Baquero Barreto	Enfermera PyP	Hospital San Juan De Dios De Honda
Esperanza Acosta Méndez	Enfermera PyP	Hospital San Juan De Dios De Honda

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela

10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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.

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.

Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular

a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

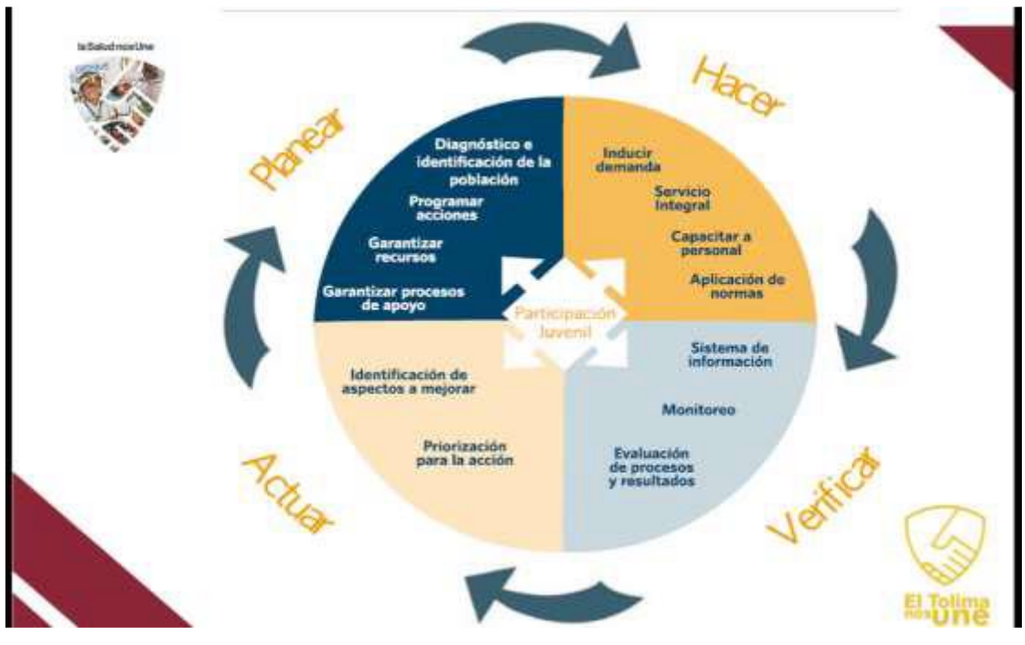
De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - lEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año

2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del

kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.



Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:
En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades

ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 12:25:59	Olga baquero barreto	Honda	ESE- Hospital	Hospital san juan de dios de honda	Enfermera pyp	3115509804	olga78enf@gmail.com
11/6/2020 12:28:47	Esperanza acosta mendez	Honda	ESE- Hospital	Hospital san juan de dios de honda	Enfermera p y p	3118948539	espaco01@hotmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
OLGA BAQUERO BARRETO	HONDA	ESE- Hospital	Hospital San Juan De Dios De Honda	Enfermera PyP
ESPERANZA ACOSTA MENDEZ	HONDA	ESE- Hospital	Hospital San Juan De Dios De Honda	Enfermera PyP

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE IBAGUÉ**		
FECHA:	12 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Ángela Paola Prada López	Enfermera Ruta Materno perinatal	Secretaría de Salud Municipal de Ibagué
Johana Patricia Ducuara Bocanegra	Auxiliar De Enfermeria	Secretaria de salud municipal
Martha Lucía Álvarez Bolívar	Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivas	Secretaría de Salud Municipal

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios

de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)

7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela
10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.

- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.

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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá

hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.

En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.
Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de

Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

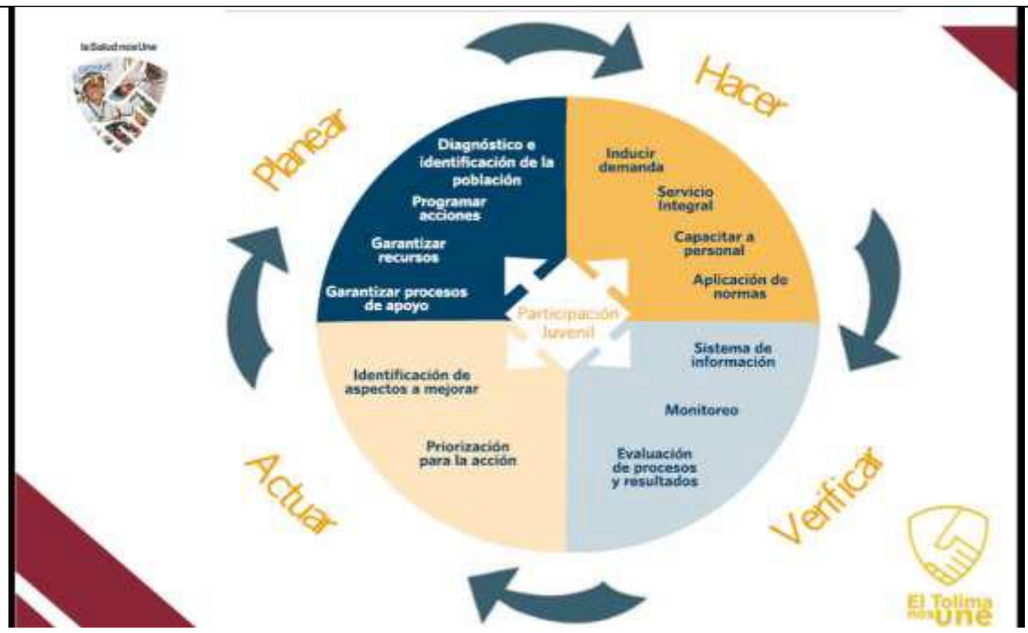
De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - IEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.

Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.

Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.
Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.

Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

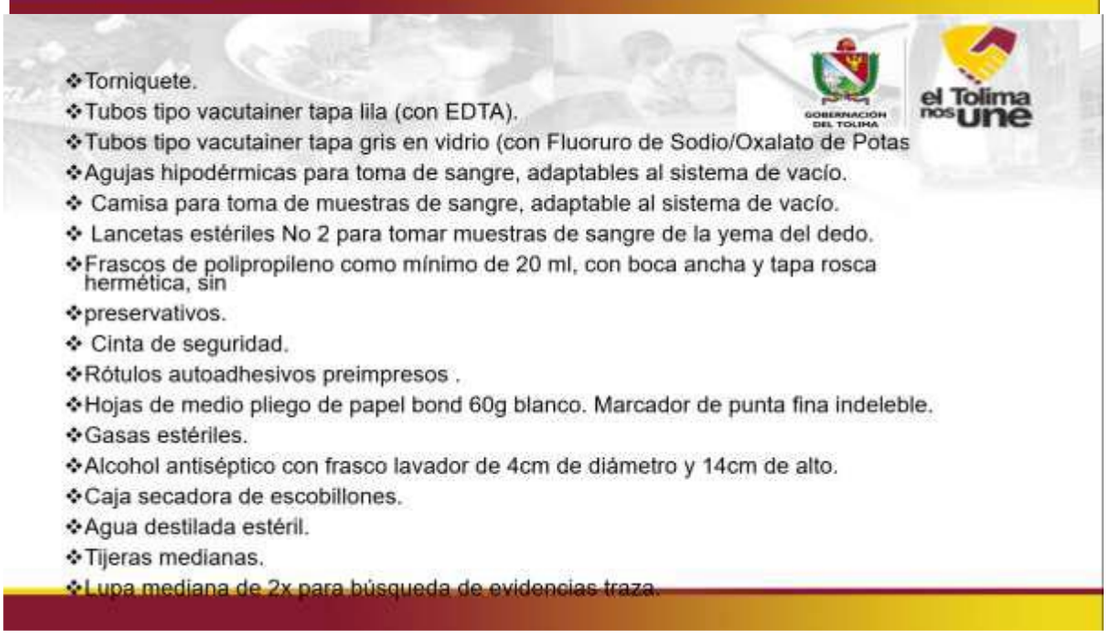
PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:

En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán

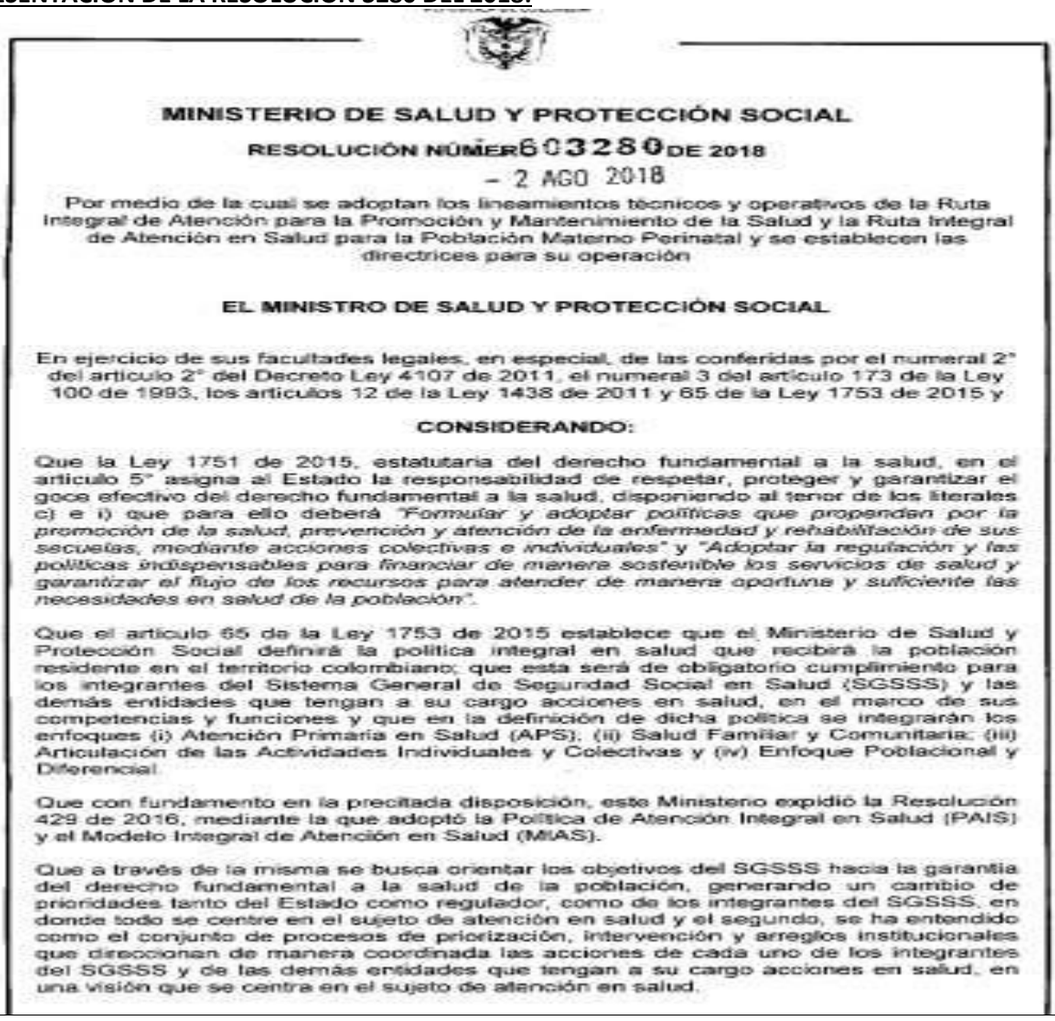
obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMER0 03280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién

nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MUNICIPIOS

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	12-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/12/2020 8:55:55	Ángela Paola Prada López	Ibagué	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Secretaría de Salud Municipal de Ibagué	Enfermera Ruta Maternoperinatal	3154146576	angelazul5287@gmail.com
11/12/2020 8:56:14	Johana patricia ducuara bocanegra	Ibague	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Secretaria de salud municipal	Auxiliar de enfermeria	3223653925	johana8527@gmail.com
11/12/2020 9:37:49	Martha Lucía Alvarez Bolívar	Ibaguè	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Secretaría de Salud Municipal	Dimensión Sexualidad Derechos	3165261362	marthalual@gmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
Ángela Paola Prada López	IBAGUÉ	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Secretaría de Salud Municipal de Ibagué	Enfermera Ruta Materno perinatal
Johana Patricia Ducuara Bocanegra	IBAGUÉ	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Secretaria de salud municipal	Auxiliar de Enfermeria
Martha Lucía Álvarez Bolívar	IBAGUÉ	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Secretaría de Salud Municipal	Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivas

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE LÉRIDA**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
German Eduardo Cardoso Garcia	Enfermero Vigilancia Epidemiológica	Dirección Local De Salud-Secretaría De Salud
Caren Margarita Gonzalez Rojano	Enfermera	Hospital Reina Sofia De España .E.S.E

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela

10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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.

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.

Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular

a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

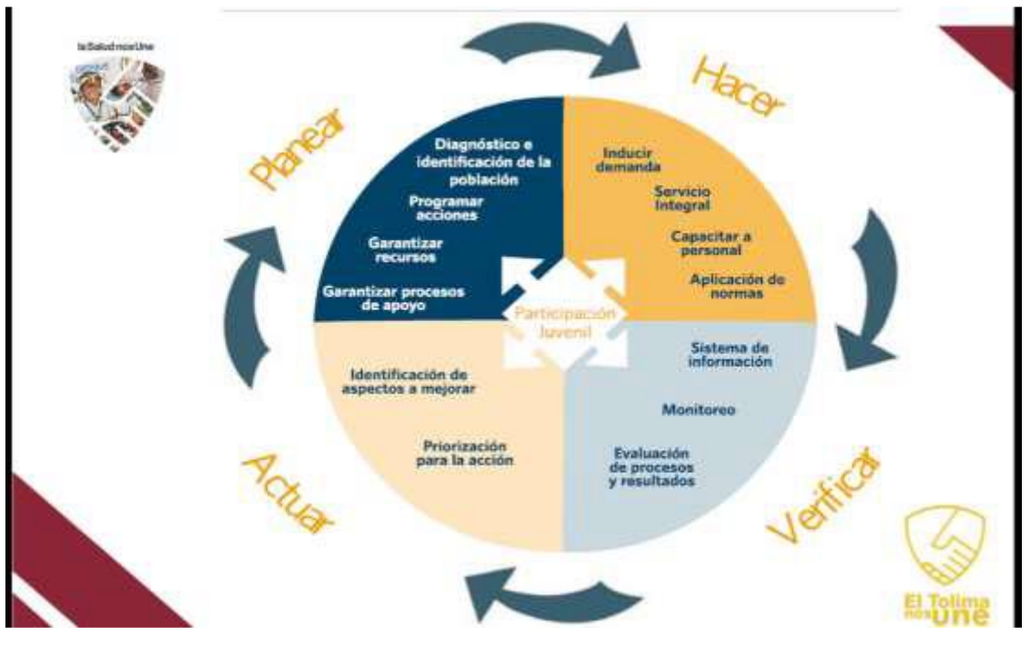
De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - lEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año

2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

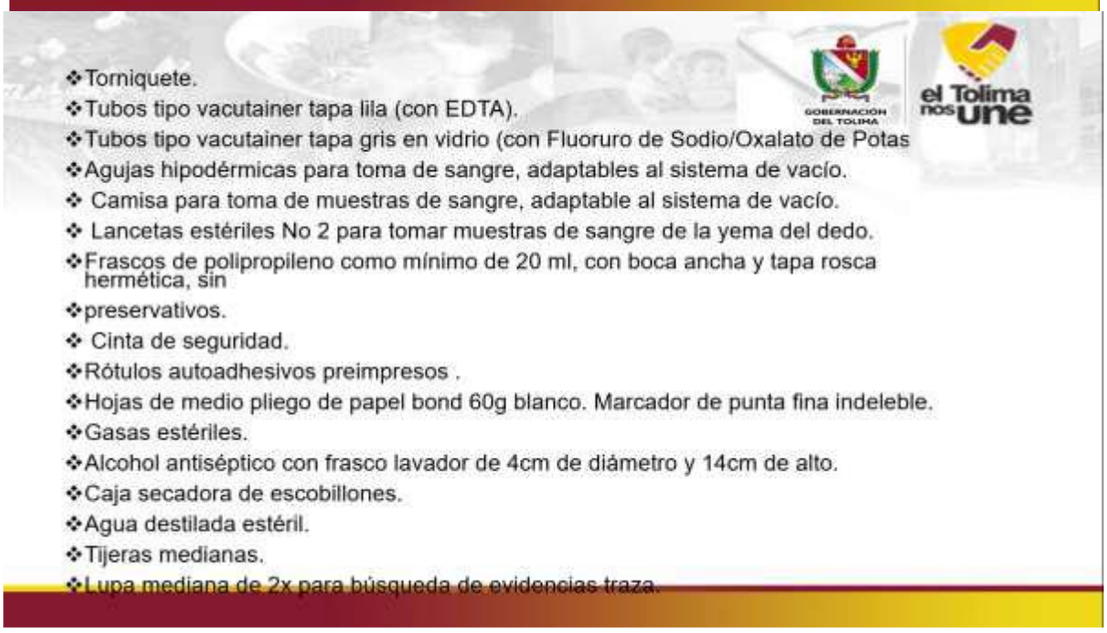
PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del

kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:
En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades

ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 9:12:33	GERMAN EDUARDO CARDOSO GARCIA	Lérida	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Dirección Local de salud - Lérida	enfermero vigilancia epidemiológica	3214996693	GEREDCARGA@GMAIL.COM
11/6/2020 10:33:58	CAREN MARGARITA GONZALEZ ROJANO	LERIDA	ESE- Hospital	HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA .E.S.E	ENFERMERA	3164651937	royca22@hotmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
GERMAN EDUARDO CARDOSO GARCIA	Lérida	Dirección Local De Salud- Secretaría De Salud	Alcaldía de Lérida	Enfermero Vigilancia Epidemiológica
CAREN MARGARITA GONZALEZ ROJANO	Lérida	Hospital	Hospital Reina Sofia De España .E.S.E	Enfermera

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE LÉRIDA**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
German Eduardo Cardoso Garcia	Enfermero Vigilancia Epidemiológica	Dirección Local De Salud-Secretaría De Salud
Caren Margarita Gonzalez Rojano	Enfermera	Hospital Reina Sofia De España .E.S.E

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:
A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela

10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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.

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por
Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.

Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular

a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

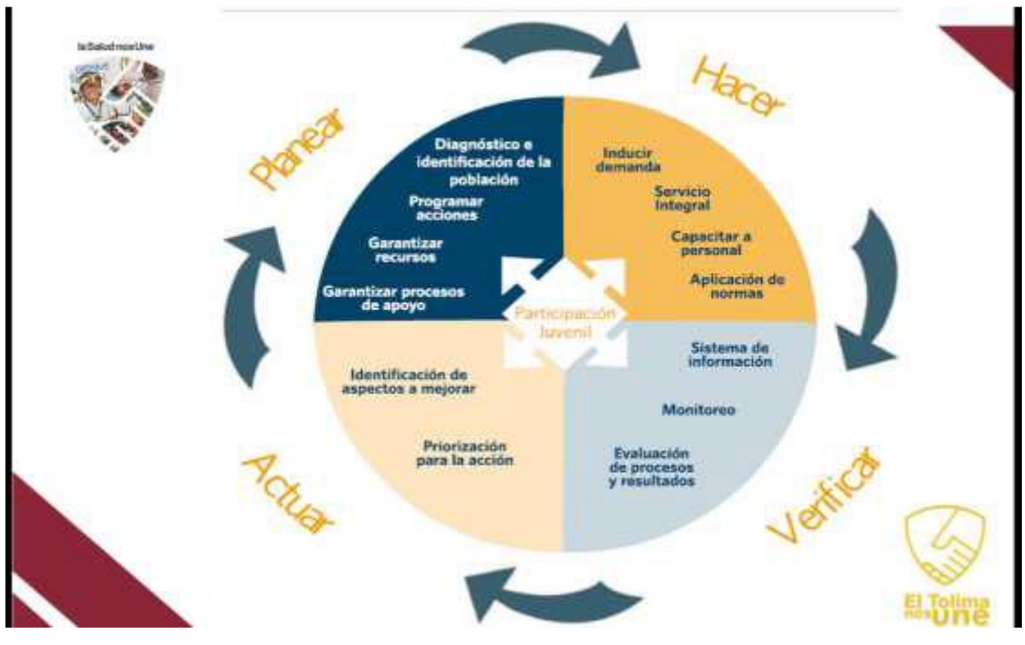
De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - lEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año

2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

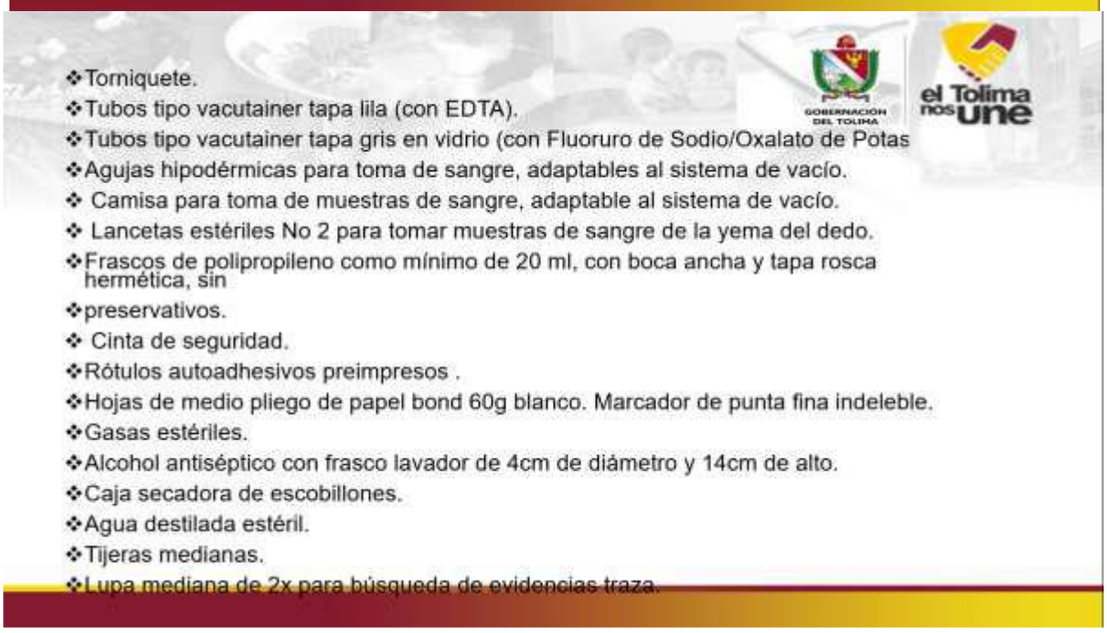
PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del

kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:
En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades

ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 9:12:33	GERMAN EDUARDO CARDOSO GARCIA	Lérida	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Dirección Local de salud - Lérida	enfermero vigilancia epidemiológica	3214996693	GEREDCARGA@GMAIL.COM
11/6/2020 10:33:58	CAREN MARGARITA GONZALEZ ROJANO	LERIDA	ESE- Hospital	HOSPITAL REINA SOFIA DE ESPAÑA .E.S.E	ENFERMERA	3164651937	royca22@hotmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
GERMAN EDUARDO CARDOSO GARCIA	Lérida	Dirección Local De Salud- Secretaría De Salud	Alcaldía de Lérida	Enfermero Vigilancia Epidemiológica
CAREN MARGARITA GONZALEZ ROJANO	Lérida	Hospital	Hospital Reina Sofia De España .E.S.E	Enfermera

OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE LÍBANO**		
FECHA:	6 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Sofía Ramírez Castillo	Enfermera IVC	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:

A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela
10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)

12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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.

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por

Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.
Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas

para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito

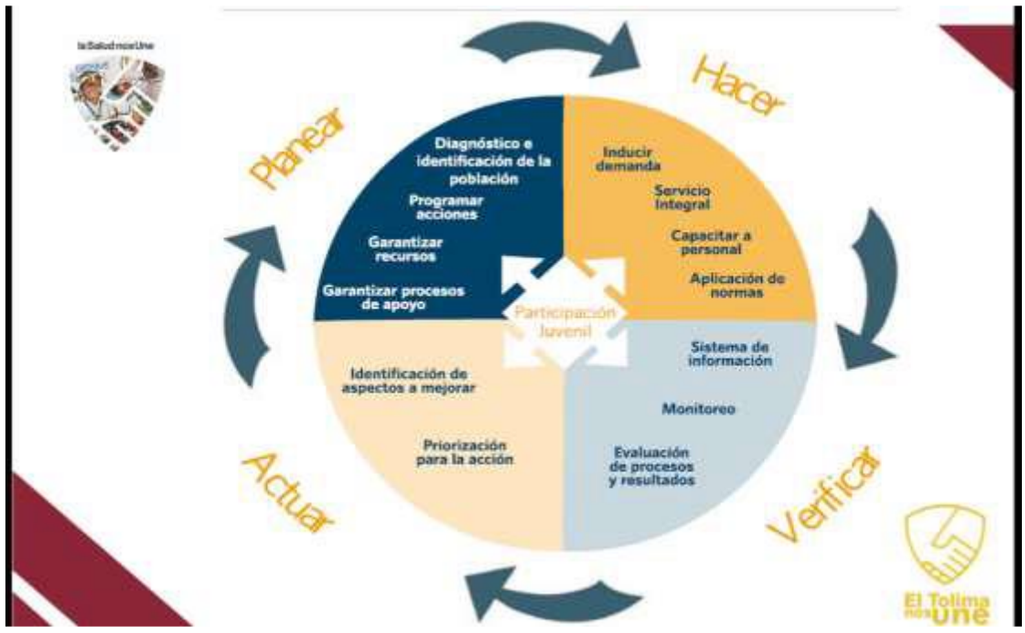
fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - lEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año

2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

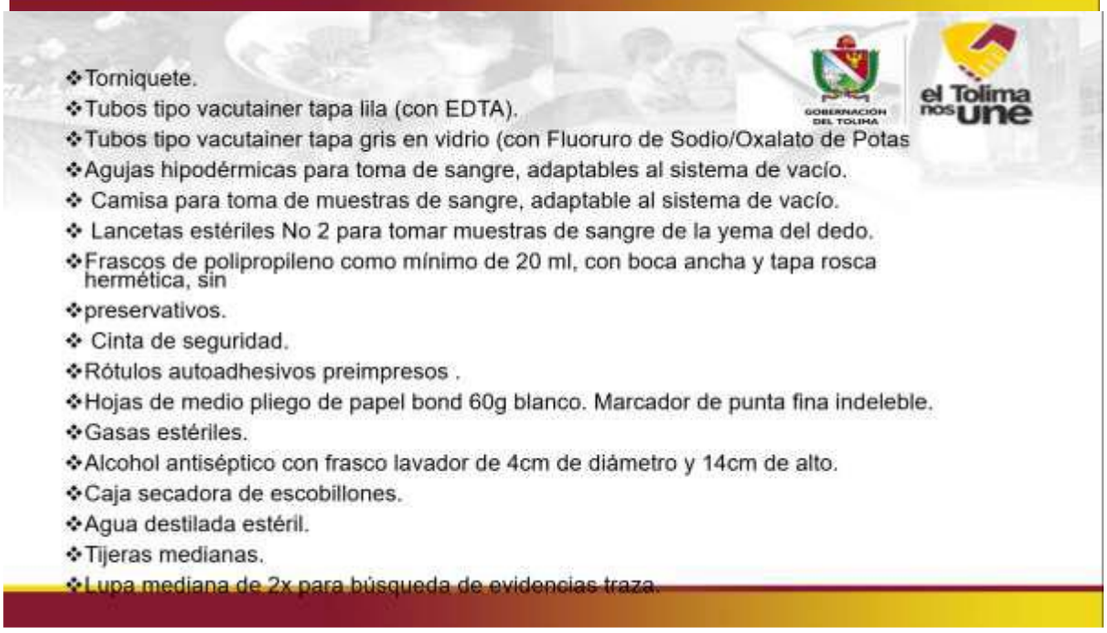
PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del

kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:
En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades

ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO P	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	6-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca tempo	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
11/6/2020 9:22:52	Sofia Ramirez Castillo	Libano	Dirección local de Salud-Secretaría de Salud	Alcaldia libano	Enfermera IVC	3105026303	alcaldialibano.ivc@gmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
SOFIA RAMIREZ CASTILLO	LÍBANO	Dirección local de Salud- Secretaría de Salud	Alcaldía Del Líbano	Enfermera IVC

OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE ORTEGA**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MARY ROSSANA LOZANO VILLANUEVA	ENFERMERA	HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ	DIRECCION LOCAL DE SALUD VALLE DE SAN JUAN	ALCALDIA VALLE DE SAN JUAN
ANNY JULETH PEREZ RIVEROS	DIRECCION LOCAL DE SALUD VALLE DE SAN JUAN	ALCALDIA VALLE DE SAN JUAN
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y**

atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA Y DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de **VALLE DE SAN JUAN** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un**

			seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

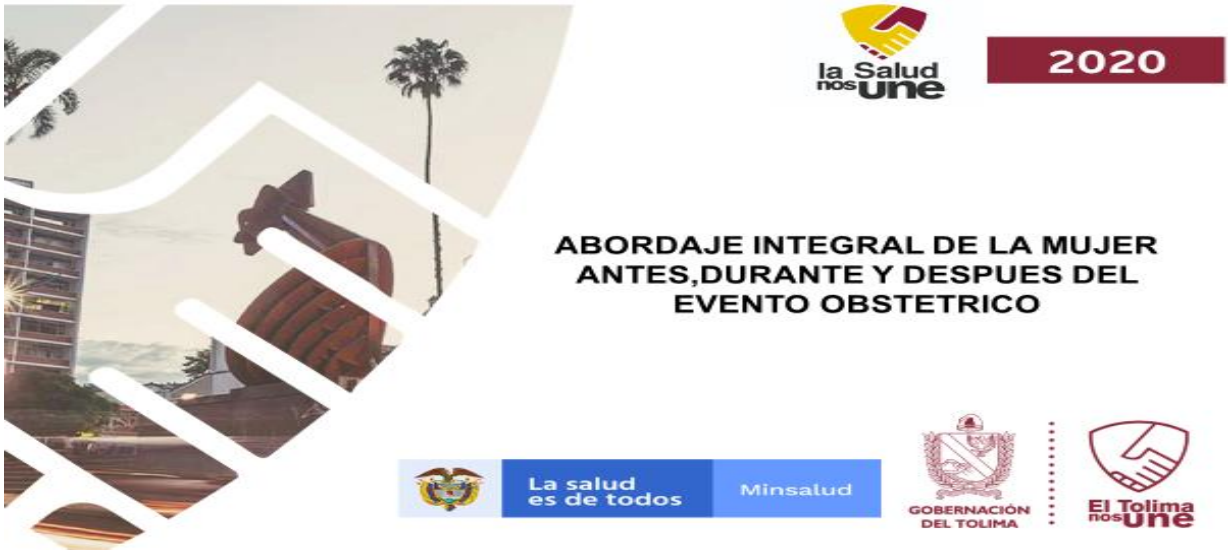
ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULA	CORREO E
11/4/2020 9:48:31	Anny Julieth Perez Riveros	Valle de San Juan	Dirección local de Salud- Secretaría	secretaria de desarrollo social	técnico sivigila	3,21E+09	salud@val
11/4/2020 8:10:57	Mary Rossana Lozano Villanueva	Valle de San Juan	ESE- Hospital	Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza	Enfermera Profesional	3,11E+09	marylovi-2
11/4/2020 9:15:17	PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ	VALLE DE SAN JUAN	Dirección local de Salud- Secretaría	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	ENFERMERO JEFE VIGILANC	3,15E+09	salud@val

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE ORTEGA**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
JEFFERSON ALEXANDER CALEÑO HERNANDEZ	MD GRAL	ESE SAN VICENTE DE PAUL PRADO
DIANA MILENA CARDOZO YATE	ENFERMERA	ESE SAN VICENTE DE PAUL PRADO
ANDREA MILENA GARZON SUSPE	DIRECCION LOCAL DE SALUD	ALCALDIA PRADO
DANIELA VARON MEJIA	DIRECCION LOCAL DE SALUD	ALCALDIA PRADO
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y**

atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL** Y **DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de PRADO de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un**

			seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

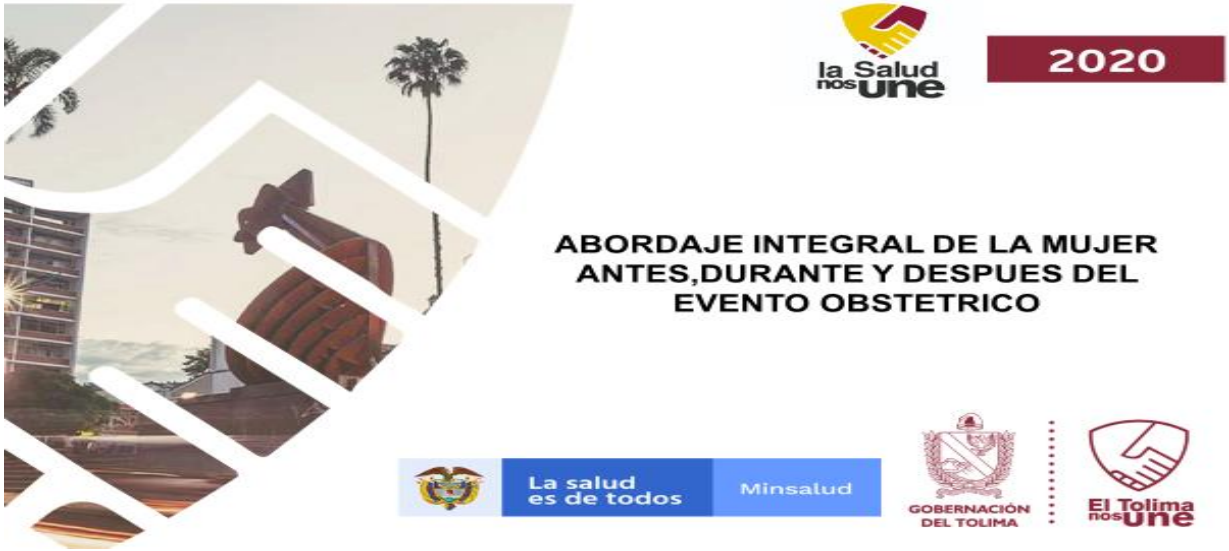
ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDA	CARGO	CELULA	CORREO ELECTRÓNICO
11/4/2020 8:07:38	Jefferson Alexander Caleño Hernandez	Prado	ESE- Hospital	Hospital San Vicente de P	Medico SSO	3,13E+09	jacalenoh@unal.edu.co
11/4/2020 8:10:56	ANDREA MILENA GARZON SUSPE	PRADO	Dirección local de Salud- Secretaría	ALCALDIA MUNICIPAL PR	ENFERMERA PROFESIONAL	3,18E+09	saludpublica@prado-tolima.g
11/4/2020 8:17:56	Diana Milena Cardoozo Yate	Prado	ESE- Hospital	Hospital San Vicente de P	Enfermera	3,13E+09	enfermeriahsvp@gmail.com
11/4/2020 9:47:12	DIANA MILENA CARDOZO YATE	PRADO	ESE- Hospital	HOSPITAL SAN VICENTE	ENFERMERA	3,13E+09	enfermeriahsvp@gmai.com
11/4/2020 9:48:48	ANDREA MILENA GARZON SUSPE	PRADO	Dirección local de Salud- Secretaría	ALCALDIA MUNICIPAL	ENFERMERA PROFESIONAL	3,18E+09	saludpublica@prado-tolima.g
11/4/2020 11:16:57	Daniela Varon Mejia	Prado	Dirección local de Salud- Secretaría	Oficina de salud publica	Apoyo profesional a la gestion	3,11E+09	saludpublica@prado-tolima.g

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE RIOBLANCO**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MARY ROSSANA LOZANO VILLANUEVA	ENFERMERA	HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
LIDA JAZBLEIDY VARON MONA	DIRECCION LOCAL DE SALUD RIO BLANCO	ALCALDIA RIOBLANCO
MAYRA CAROLINA CUELLAR FERNANDEZ	DIRECCION LOCAL DE SALUD RIO BLANCO	ALCALDIA RIOBLANCO
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y**

atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL MARIA INAMACULADAY DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de **RIO BLANCO** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

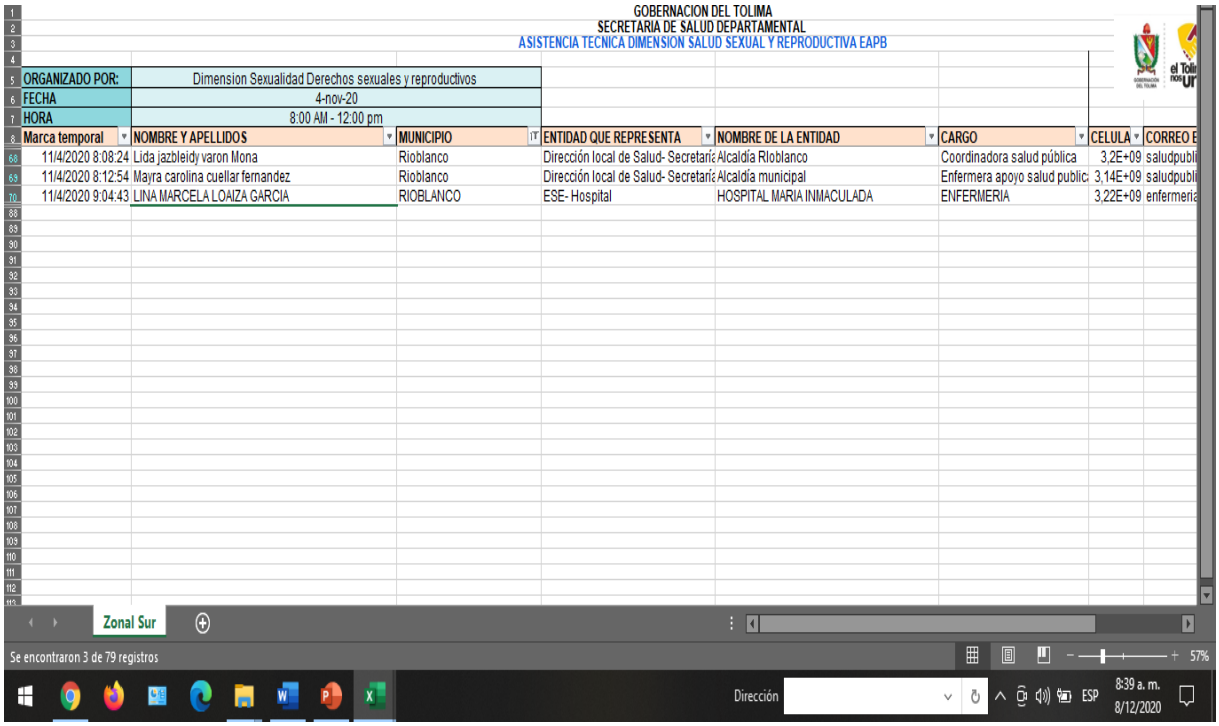
A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un**

			seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

ASISTENCIA



GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULA	CORREO E
11/4/2020 8:08:24	Lida jazbleidy varon Mona	Rioblanco	Dirección local de Salud- Secretaría	Alcaldía RIoblanco	Coordinadora salud pública	3,2E+09	saludpubli
11/4/2020 8:12:54	Mayra carolina cuellar fernandez	Rioblanco	Dirección local de Salud- Secretaría	Alcaldía municipal	Enfermera apoyo salud publica	3,14E+09	saludpubli
11/4/2020 9:04:43	LINA MARCELA LOAIZA GARCIA	RIOBLANCO	ESE- Hospital	HOSPITAL MARIA INMACULADA	ENFERMERIA	3,22E+09	enfermeria

Zonal Sur
Se encontraron 3 de 79 registros
57%
Dirección
ESP
8:39 a. m.
8/12/2020

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE ORTEGA**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MARIA NELY GUERRERO LABRADOR	ENFERMERA	HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA
MAGALY RIOS	DIRECCION LOCAL DE SALUD	ALCALDIA SAN LUIS
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.**
7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA Y DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de **SAN LUIS** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

   Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para

intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.**

Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

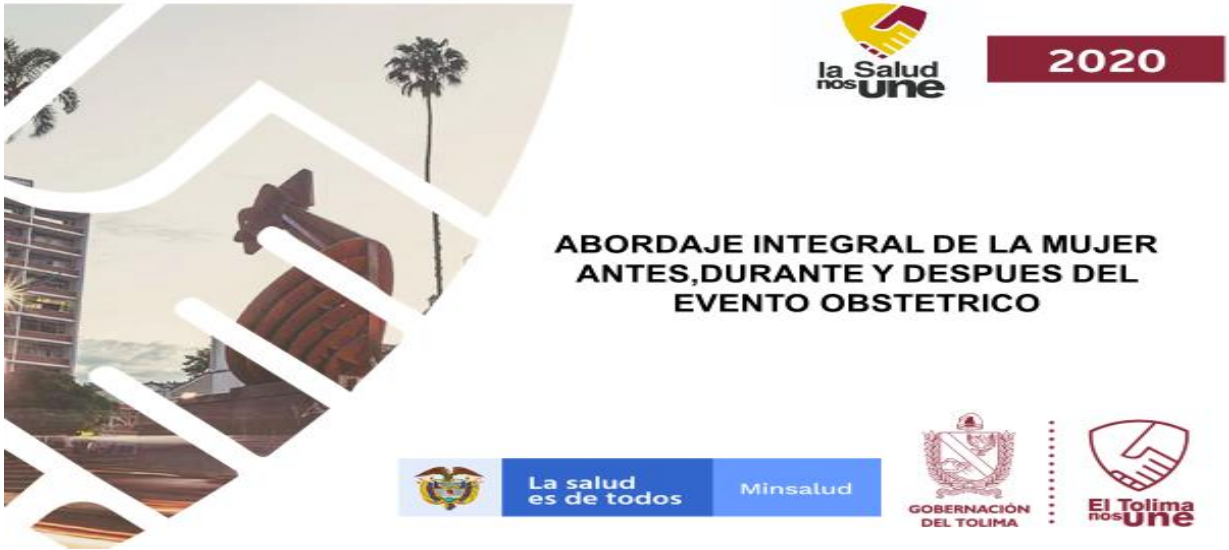
ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULA	CORREO E
11/4/2020 9:05:49	MARIA NELLY GUERRERO LABRADOR	SAN LUIS	ESE- Hospital	HOSPITAL SERAFIN MONTAÑA CUELLAR	ENFERMERA	3,11E+09	neguela67
11/4/2020 10:15:38	julu magali rios	san luis tolima	Dirección local de Salud- Secretaría	secretaria salud san luis tolima	enfermera	3,11E+09	secretarias

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	**REALIZAR CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA ABORDAJE DE LA MUJER ANTES DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO.**		
FECHA:	**4 DE NOVIEMBRE DE 2020**	**HORA:**	**8:00 AM**
LUGAR:	**REUNION VIRTUAL MUNICIPIO DE ORTEGA**		
REDACTADA POR:	**ROCIO ANDREA GUARNIZO GUTIERREZ**		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
MARY ROSSANA LOZANO VILLANUEVA	ENFERMERA	HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA
PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ	DIRECCION LOCAL DE SALUD VALLE DE SAN JUAN	ALCALDIA VALLE DE SAN JUAN
ANNY JULETH PEREZ RIVEROS	DIRECCION LOCAL DE SALUD VALLE DE SAN JUAN	ALCALDIA VALLE DE SAN JUAN
ROCIO ANDREA GUARNIZO	PROFESIONAL DE APOYO	SECRETARIA DE SALUD DEPTAL

ORDEN DEL DIA:

1. Bienvenida a cargo del Dr. Julio Boris Sánchez
2. Perfil epidemiológico de los eventos de interés en Salud Pública de la Dimensión, a cargo de la Epidemióloga Diana Barreto.
3. Instrucción para el diligenciamiento del formulario Google de asistencia, a cargo de Erika Torres.
4. Intervención de la Estrategia **Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.**
5. Intervención de la Estrategia **Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes**
6. Intervención de la Estrategia **Acceso Universal para la prevención y**

atención integral en ITS VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

7. Intervención de la Estrategia **Cáncer en la mujer**
8. Preguntas
9. Cierre

DESARROLLO DE LA REUNION:

En el municipio de Ibagué el día 4 de noviembre siendo las 08:00 am se reúnen virtualmente por medio de la plataforma Google meet, los referentes de la dimensión salud sexual y reproductiva con el fin de brindar capacitación sobre la resolución 3208 del 2018 en cada estrategia de la dimensión y así mismo impartir lineamientos a las DLS y ESES del departamento vigencia 2020.

Como primer punto, da la bienvenida el DR JULIO BORIS SANCHEZ a las IPS y DLS presentes en la reunión, seguido de la presentación de indicadores de cada programa a cargo de la epidemióloga DIANA BARRETO, donde respecto al programa de maternidad brindo información de indicadores y comportamiento de la mortalidad materna, morbilidad materna extrema y mortalidad perinatal del año en vigencia 2020.

Como tercer punto, interviene el programa Abordaje integral Antes Durante y Después del evento obstétrico, iniciando con la presentación a la **ESE HOSPITAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA Y DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD** del municipio de **VALLE DE SAN JUAN** de la resolución 3280 y las intervenciones con obligatorio cumplimiento en cuanto a las siguientes atenciones:

1. Consulta preconcepcional: se informó que su objetivo es detectar de manera oportuna patologías de la madre que puedan poner en peligro la vida de la mujer y del recién nacido, su periodicidad, recurso humano y exámenes de laboratorio exigidos para determinar el riesgo materno y perinatal preconcepcional y la entrega de micronutrientes como acido fólico para prevenir defectos del tubo neural.

2. Control prenatal: Se hizo énfasis en la capacitación sobre la captación de las maternas antes de la semana 10 de gestación para intervenir oportunamente el riesgo obstétrico, la periodicidad de os controles prenatales que deben de hacerse de manera mensual en un total de 10 controles y si la madre por cualquier motivo inicia con una edad gestacional prolongada deben garantizarse como mínimo 4 controles.

Cada uno de estos controles deberán ser realizados según normatividad vigente con reclasificación del riesgo materno mensualmente, examen físico cefalocaudal de manera exhaustiva, control de signos vitales en especial la tensión arterial, con el fin de prevenir trastornos hipertensivos que es la primera causa de muerte materna en el departamento del Tolima. Así, mismo garantizar los exámenes de cada trimestre y su oportuno resultado para intervenir apropiadamente a las gestantes y disminuir el riesgo materno perinatal.

Micronutrientes: deben entregarse cada mes y constan de acido fólica, calcio y hierro, este último según la hemoglobina de la usuaria.

3. Atención del parto y puerperio inmediato y mediato: se brindó información sobre esta atención la importancia del control de los signos vitales maternos y fetales en las etapas del parto y puerperio, cuidados del recién nacido, fortalecimiento del contacto piel a piel con la madre y la lactancia materna.

   Así mismo se hizo, énfasis en la revisión del sangrado vaginal postparto en el puerperio inmediato con el fin de disminuir las hemorragias obstétricas, segunda causa de muerte materna en el departamento.

4. Se presento el protocolo de morbilidad materna extrema, evento 549 de sivigila y su debido seguimiento por parte de las IPS y las EPS de cada una de las usuarias notificadas inmediato y posterior al egreso hospitalario (entre las 48-72h) a los 42 días y a los tres meses posteriores al egreso). Se realizará por medio de visitas domiciliarias en los casos que cumplan con los criterios de priorización, para los demás se realizará seguimiento telefónico.

5. Como último, se socialización el lineamiento impartido por el ministerio de salud donde habla sobre la atención en salud de las gestantes, atención del parto y del recién nacido en contexto de pandemia por SARS COVID al igual de cómo realizar el manejo de la madre sospechosa o confirmada con covid y el recién nacido.

   Se realizo énfasis en realizar lactancia materna previo lavado de manos y uso de elementos de bioseguridad de la madre, ya que esta no demostrado que por esta via se transmita el covid.

Así mismo se brindó apoyo y capacitación sobre la educación en salud que se debe garantizar a la madre y su registro en la historia clínica:

1. Educación sobre lactancia materna
2. Educación en signos y síntomas de alarma de la gestante
3. Educación sobre alimentación
4. Factores protectores de la gestante
5. Empoderamiento del rol paterno
6. Importancia de los micronutrientes

.

CONCLUSIONES

La DLS deberá realizar inspección al debido cumplimiento de la resolución 3280 en cuanto atención del parto y control prenatal en la ESE y las EAPBS que presten el servicio de salud y esta debe de ser evidenciable (actas, lista de chequeo, evidencias fotográficas).

La ESE deberá realizar inducción y reinducción al personal médico y de salud responsable de la atención del parto y las actividades del control prenatal con el fin de garantizar la adherencia y debido cumplimiento de las guías de atención.

Se deberá realizar a partir de la fecha el debido seguimiento, a los casos de morbilidad materna extrema y entregar de forma mensual los seguimientos de los casos notificados al SIVIGILA.

A partir de la fecha se realizara IVC por parte del programa de maternidad, a la planificación familiar post parto, método elegido y adherencia al programa de planificación.

COMPROMISOS Y TAREAS			
COMPROMISOS Y TAREAS	**RESPONSABLE**	**PLAZO CUMPLIMIENTO**	**OBSERVACIONES**
Realizar base de datos de gestantes con morbilidad materna extrema	**DLS ESE**	**INMEDIATO**	**se deberá realizar la base de datos con los casos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna del municipio del año vigente con el fin de realizar un**

			seguimiento que permita la oportuna prestación de servicios a las maternas.
Realizar seguimiento a la planificación familiar post parto	DLS ESE	**INMEDIATO**	**Se realizará con el fin de realizar un exhaustivo seguimiento a las mujeres en post parto, donde se garantice el método de planificación familiar antes del egreso hospitalario, se verificará en historia clínica y control post parto.**
Registrar, analizar y evaluar las maternas que fueron remitidas para atención del parto a un mayor nivel de complejidad.	**ESE**	**INMEDIATO**	**Se verificará cada caso, para verificar si los criterios de remisión fueron válidos y oportunos.**

EVIDENCIAS DE LA CAPACITACION

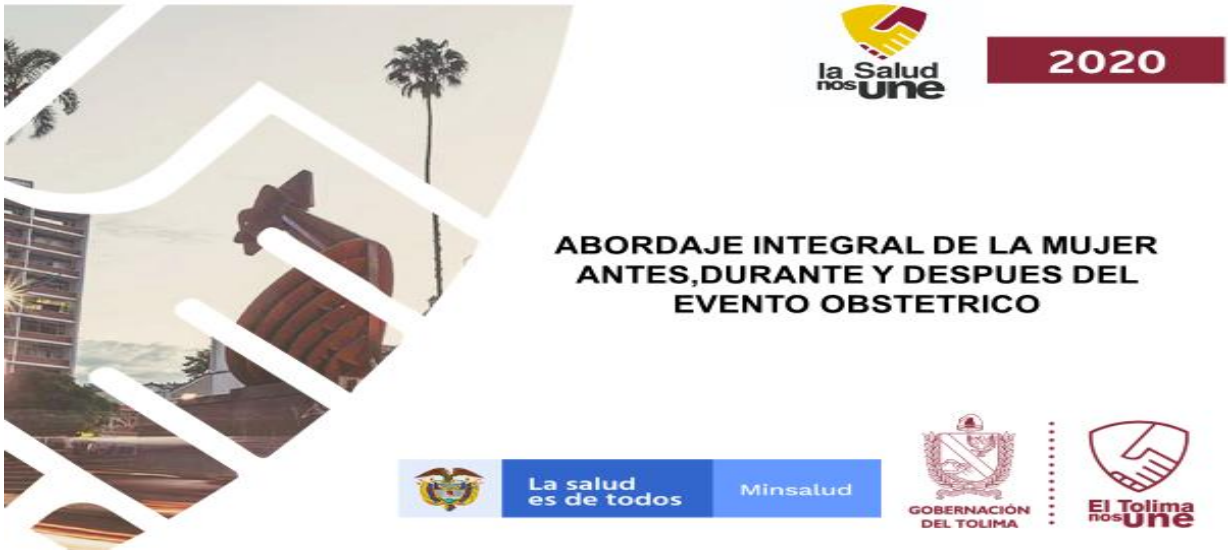
ASISTENCIA

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ASISTENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EAPB

ORGANIZADO POR:	Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
FECHA	4-nov-20
HORA	8:00 AM - 12:00 pm

Marca temporal	NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULA	CORREO E
11/4/2020 9:48:31	Anny Julieth Perez Riveros	Valle de San Juan	Dirección local de Salud- Secretaría	secretaria de desarrollo social	técnico sivigila	3,21E+09	salud@val
11/4/2020 8:10:57	Mary Rossana Lozano Villanueva	Valle de San Juan	ESE- Hospital	Hospital Vito Fasael Gutiérrez Pedraza	Enfermera Profesional	3,11E+09	marylovi-2
11/4/2020 9:15:17	PABLO IGNACIO MORENO ORTIZ	VALLE DE SAN JUAN	Dirección local de Salud- Secretaría	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL	ENFERMERO JEFE VIGILANC	3,15E+09	salud@val

PRESENTACION MATERNIDAD



OBJETIVO DE LA REUNION:	ASISTENCIA TECNICA DESARROLLO DE CAPACIDADES **MUNICIPIO DE PURIFICACIÓN**		
FECHA:	12 Noviembre 2020	**HORA:**	8:00 AM-12:00 PM
LUGAR:	Asistencia Técnica Virtual: Plataforma GOOGLE MEET		
REDACTADA POR:	Miguel Ángel Gaitán León		

ASISTENTES:		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Miguel Ángel Gaitán León	Profesional De Apoyo Dimensión Salud Sexual Y Reproductiva	Secretaria de Salud Departamental
Yuceth Cumbe Dussán	Enfermero	Nuevo Hospital La Candelaria

ORDEN DEL DIA:

1. Saludo
2. Presentación
3. Objetivos de la visita
4. Verificación de Listas de Chequeo
5. Compromisos- Plan de Mejoramiento

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Siendo las 8:00 am se da inicio a la reunión a la asistencia técnica- Desarrollo de capacidades en la plataforma GOOGLE MEET previo envío correo electrónico adjuntando Oficio de notificación y link de reunión, se hace conexión de manera correcta posterior se hace la presentación del orden del día.

1. Saludo por parte del Líder de la Dimensión de Sexualidad derechos sexuales y reproductivos
2. Socialización lista de asistencia
3. Intervención por parte de los profesionales de apoyo de las 4 estrategias de la Dimensión
4. Preguntas de la actividad
5. Cierre de Asistencia

El Dr. Boris agradece la asistencia a cada una de las entidades Administradoras de planes de beneficio, resaltando la importancia de la asistencia técnica como espacio de desarrollo de capacidades en cada una de las estrategias, de esta manera hace apertura a la actividad.

Inicia la conferencia la estrategia Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico haciendo alusión a la siguiente información,

ABORDAJE DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL EVENTO OBSTETRICO

Estrategias:

Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

Metas:

A 2021, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas.

Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país.
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales.

A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 10 de edad gestacional.

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.

INTERVENCIONES:

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.

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera con una duración de 20 a 30 min se debe hacer una consulta inicial y una de control.

Exámenes paraclínicos Adicional a la valoración:
1. Antígeno superficie hepatitis B
2. Tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino
3. .Glicemia en ayunas
4. Hemoclasificación
5. Hemograma
6. Hemoparásitos (en zonas endémicas)
7. IgG G toxoplasma
8. IgG G rubéola
9. IgG G varicela
10. Prueba treponémica rápida para sífilis
11. Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)

12. VIH (prueba rápida), con asesoría pre y pos-test

Suplementación con micronutrientes Indicar suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL

RECURSO HUMANO: Medico o enfermera (bajo riesgo) además 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.

DURACIÓN: 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.

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.

VALORACION INTEGRAL: Debe realizarse una adecuada anamnesis con el fin de conocer los antecedentes ginecológicos, obstétricos, patológicos, familiares, valoración biopsicosocial (escala herrera y hurtado) indagar la exposición a violencias.

Realizar examen físico cefalocaudal, tomar medidas antropométricas de la gestante. Clasificar en cada control prenatal el riesgo obstétrico.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

- 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.
- 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.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas

VALORACION 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. Remitir a especialista si procede.

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 preclamsia. - 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*: 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.
- *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 o Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud o Detección temprana de alteraciones o Información en salud
  - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
  - Detección temprana de alteraciones
  - Información en salud
  - Establecimiento del plan de parto

Información en salud: 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.

Plan de parto: 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
- 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.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD:

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.

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
- tres sesiones en el tercer trimestre.

ATENCION DEL PARTO:

Atenciones incluidas:

Admisión de la gestante en trabajo de parto, atención del primer periodo del parto atención del expulsivo y atención del alumbramiento.

Solicitud de exámenes paraclínicos:

- Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL
- 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.

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.

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 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).

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.

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.

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.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

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.

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, involución 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.

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

LINEAMIENTOS PROVISIONALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS GESTANTES, RECIÉN NACIDOS Y PARA LA LACTANCIA MATERNA, EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN COLOMBIA

PROPÓSITO Orientar a la población del territorio nacional frente a la atención en salud de las gestantes, recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia, durante la pandemia por COVID-19, a fin de evitar complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos del país.

ALCANCE Establecer las acciones que se requieren implementar en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y las Empresas Promotoras de Salud – EPS, de manera que durante el tiempo de la epidemia por COVID -19, se garantice al máximo la salud y bienestar de las gestantes y el recién nacido.

Durante la contingencia el parto, puerperio y el recién nacido deben ser atendidos de acuerdo con lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno – Perinatal, respetando los tiempos de egreso hospitalario establecidos para las mujeres y recién nacidos de bajo riesgo sin complicaciones. Ante emergencia funcional declarada la IPS podrá flexibilizar el tiempo de egreso hospitalario mínimo a 24 Hrs para las madres y neonatos de bajo riesgo
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal, a mujeres con alto riesgo obstétrico y que, a criterio médico, de no adelantarse las atenciones pertinentes se corre el riesgo de complicaciones graves para la mujer y el feto
Durante esta fase la IPS deberá ajustar la modalidad de prestación para que las gestantes no estén expuestas directamente al virus.

CASO SOSPECHOSO O CONFIRMADO PARA COVID 19

La definición de caso sospechoso o confirmado de COVID-19 en gestantes no es diferente del establecido por el Ministerio de Salud y Protección social para la población general.
El estado de gestación no se considera por si solo un criterio de hospitalización para mujeres con COVID-19.
Las gestantes con síntomas sugestivos de COVID-19 Deben mantener el aislamiento preventivo hasta que se les indique lo contrario;
Si presentan cualquier signo de alarma debe ser informado a la IPS que presta la atención.
Se recomienda que las citas de cuidado prenatal rutinarias en gestantes con sospecha o confirmación de COVID-19, deben posponerse hasta después del período de aislamiento recomendado
El criterio de hospitalización en una gestante con COVID se debe regir por los signos de alarma del espectro de la enfermedad: neumonía severa, SDRA, sepsis y shock séptico.

A todos los hijos de mujeres con sospecha o confirmación de COVID-19 se les debe descartar la infección por COVID-19 En el caso de las madres sintomáticas y asintomáticas que están amamantando, practicando contacto piel a piel o método madre canguro, se recomienda mantener estas prácticas:

Aislamiento por 14 días de la madre y el recién nacido, manteniendo el alojamiento conjunto día y noche.
Lavado de manos frecuente durante 40 a 60 segundos antes de tocar al niño o niña o extraerse la leche.
Usar permanentemente mascarilla quirúrgica estándar (cubriendo completamente nariz y boca)
Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de la leche. Mantener las medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.

A continuación, sigue la **estrategia Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes** los cuales exponen que:

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

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.

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

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-VIHSIDA, 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.

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.

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 (cardiovasculares, diabetes, obesidad, cáncer, asma, tuberculosis, rinitis, insulinoresistencia, 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. 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. Se debe verificar la realización y los resultados de las pruebas de tamizaje para anemia. 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. 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) 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.

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. 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. 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 y la información debe ser registrada en las gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. 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, 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. Valoración de la salud visual: a partir del examen oftalmoscopio 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. 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? 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.

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.
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.

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

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

Anamnesis: Debe realizarse una anamnesis completa que incluya indagación de antecedentes y revisión por sistemas.

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

Atención Diferenciada A La Adolescente Embarazada Menor De 14 Años y el responsable de la gestación es mayor de 18 años, elementos de la resolución 0459 del ministerio de salud y protección social. Asesoría en interrupción voluntaria del embarazo.

Atención del caso como urgencia médica.
Brindar información sobre los derechos y procedimientos a seguir, incluida la posibilidad de escoger el sexo del profesional médico sobre consentimiento informado, evaluación y atención en salud física y mental, exámenes y tratamiento para Infecciones de Transmisión Sexual
Asesoría sobre IVE y servicios de atención para IVE: (sentencia C-355.)

Atención psicosocial y de salud mental

Activación de la Ruta:
se realiza el reporte de sospecha de violencia sexual a Protección:
(Comisaría de Familia)
Justicia (Fiscalía/ URI/CAIVAS, Policía Judicial de Infancia y Adolescencia, SIJIN)
Sistema de Vigilancia Epidemiológico.

Se presenta la ruta en caso de que la paciente opte por la IVE, los métodos y diligenciar el consentimiento informado, posterior al procedimiento, provisión de los métodos anticonceptivos, Antes de que la mujer deje el centro de salud, los profesionales deben asegurarse de que reciba información y asesoramiento en anticoncepción post-aborto, incluyendo anticoncepción de emergencia. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán discutir con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH.
Vacunación post IVE una dosis de vacuna bivalente contra sarampión/ rubéola.

Si la niña opta por continuar el embarazo: Cita de primera vez: duración 40 minutos, Control Prenatal: duración 30 minutos. Remitir a Obstetricia desde el momento de la captación o identificación de la Paciente. El responsable de esta consulta será el encargado de coordinar todo el proceso de atención transdisciplinaria. El Control Prenatal se hará en conjunto entre el Obstetra cada 4 semanas y el equipo Interdisciplinario de I nivel (Medico General y/o Enfermera), también cada 4 semanas, intercalando la atención cada 2 semanas. Según su criterio la periodicidad puede ser inferior. Este esquema se mantendrá hasta la semana 34. Garantizar anticipación. Remisión a consulta de planificación familiar, red de apoyo y lactancia.

¿La interrupción voluntaria del embarazo es un servicio que se encuentra en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud? SI. Resolución 5592 de 2015, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por

Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS y se dictan otras disposiciones", incorporó los procedimientos para efectuar una interrupción voluntaria del embarazo como uno de los servicios que se encuentra garantizado en el plan de beneficios al que tiene cualquier persona, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Seguidamente se capacita en Modelos de servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes
Unidades amigables en salud para adolescentes: Adecuar un espacio físico en una IPS Centro amigable en salud para adolescentes: con espacio físico independiente, por sí mismo puede conformar una IPS
Consulta diferenciada, cuando la institución de salud no cuenta con una infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, en cambio un profesional de la salud puede dar una atención con las características necesarias desde la perspectiva de los SAS gente joven.

Indicadores de calidad de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.

Programa de inducción y re inducción al personal, o desarrollo de capacidades al talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes. (R/3280, Modelo
SSAAJ, Normas globales y rutas de atención)
Ofrecer una de las modalidades de atención para adolescentes y jóvenes.
Oferta del servicio para la atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020
La IPS desarrolla estrategias para lograr que los adolescentes y jóvenes a su cargo estén bien informados sobre su propia salud, y sepan donde y cuando acceder a la oferta de servicios de salud disponibles.

La IPS realiza acciones para poner en funcionamiento sistemas destinados a lograr que los padres, madres, o cuidadores se informen sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios por parte de estos.
El talento humano en salud y también el personal de apoyo administrativo respetan, protegen y hacen efectivos los derechos de los adolescentes y jóvenes a la información, la privacidad, la confidencialidad, la no discriminación, a una actitud exenta de prejuicios y al respeto
La IPS analiza y usa los datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, con el fin de respaldar el mejoramiento de la calidad en los servicios para adolescentes y jóvenes. El talento humano en salud de la IPS recibe apoyo en favor de su participación en el progreso continuo de la calidad.
La IPS vincula a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios

Se continua con las acciones del ente territorial para la atención integral de adolescentes y jóvenes:

Identificación de la población de 10 a 29 años en su jurisdicción y de su situación de aseguramiento.
Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes, estimando el volumen de procedimientos esperados de acuerdo con las características de la población afiliada y no afiliada, en los diferentes territorios, con la información suministrada por la EPSARS.
Ordenamiento de la red de servicios requerida.
Definición de estrategias de inducción de la demanda.
Definición de los mecanismos de seguimiento y control a la prestación de los servicios. En población asegurada: verificar que las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas presentes y operando en el territorio cuenten con una red de prestadores de servicios habilitada y con las condiciones necesarias para desempeñarse como IPS, para prestar los servicios de salud a adolescentes y jóvenes.
En población pobre no afiliada: organizar y garantizar una red de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes mediante la contratación de la red pública existente en su jurisdicción, bajo la modalidad más adecuada en términos de cobertura y calidad de los mismos.
Verificar y actuar en entidades transformadas presentes y operando en el territorio.
Vigilancia del funcionamiento de las IPS públicas y privadas que conforman la red de prestación de servicios y la evaluación de la prestación de servicios a la población pobre sin subsidio.
Evaluación del cumplimiento de las intervenciones de protección específica y detección temprana de las entidades responsables en los regímenes contributivo y subsidiado. Analizar las condiciones administrativas

para la organización de la prestación de servicios para garantizar la oportunidad, seguridad, continuidad e integralidad de los procesos de atención.
Retroalimentar la gestión de las entidades, anotando el desempeño alcanzado en cada área de intervención.

Acciones de las instituciones prestadoras de servicios para la atención integral de adolescentes y jóvenes

- ✓ Conformar un equipo líder dinamizador.
- ✓ Acoger la política de prestación de servicios para adolescentes y jóvenes.
- ✓ Organización del servicio para facilitar la atención integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Garantizar el recurso humano, asistencial y administrativo capacitado.
- ✓ Ajustar los procesos administrativos (facturación, estadísticas, citas) para garantizar la continuidad del servicio.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención.
- ✓ Programar las acciones de inducción de la demanda a emplear para garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios.
- ✓ Programación de las acciones de atención integral dirigidas a adolescentes y jóvenes.
- ✓ Diseñar sistema de información integral.
- ✓ Garantizar dotación e infraestructura en los servicios de atención Sensibilización y capacitación del recurso humano de la IPS. Realizar acciones de orientación e inducción de la demanda.
- ✓ Atender a adolescentes y jóvenes de acuerdo con el paquete de servicios definido por la institución.
- ✓ Verificar y actuar Revisar y evaluar mensualmente el cumplimiento de las actividades desarrolladas frente a las planeadas, de acuerdo con el mapa de procesos y procedimientos de la entidad.
- ✓ Consolidación de la información de los indicadores de gestión de la IPS, y remisión a la aseguradora para alimentar el sistema de información en salud.
- ✓ Analizar la información y realizar ajustes necesarios para el logro de lo planeado.
- ✓ Elaborar actas y demás registros para socializar con todos los actores, incluida la comunidad de referencia, de acuerdo con los mecanismos definidos por la institución.

RESOLUCIÓN 518 DE 2015

Objeto: establecer disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y directrices para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en adelante PIC. Establecer las Intervenciones, Procedimientos, Actividades e Insumos a ser financiados con recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.
Generalidades de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y herramientas para el desarrollo de capacidades de talento humano:

Estándares de Calidad del ministerio de salud de protección social y/o la Organización Mundial de la Salud: Estos fueron elaborados por el Ministerio de Salud de Protección Social /o la Organización Mundial de la Salud. En este punto se aclara que, dichos estándares se encuentran calificados en la Encuesta Nacional dirigida a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de evaluar la Calidad en la atención en salud a adolescentes y jóvenes en Colombia y a la Dirección Local de Salud del municipio de Saldaña se le será aplicada. Por dicha razón, es importante que los tengan en cuenta para el momento de evaluación.

De manera que, se da continuidad a la mención de los estándares de calidad. Es importante que la entidad cuente con el respectivo fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud para mejorar la atención de adolescentes y jóvenes en su entidad. Así como, deben contar con modalidades de atención para adolescentes y jóvenes para brindar en la entidad y con medios de atención ambulatoria en atención de adolescentes y jóvenes en el marco de la Resolución 521 de 2020. De igual manera, se tiene que vincular a los adolescentes y jóvenes en la planeación, seguimiento y evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención de salud que reciben y también en algunos aspectos de la prestación de servicios. Es obligación de la IPS informar a los adolescentes y jóvenes sobre su propia salud y dónde y cuándo pueden acceder a la oferta de servicios de salud disponible.

Se debe agregar que, la entidad esta con compromiso de informar a los padres, madres, o cuidadores sobre la importancia de facilitar el acceso a los servicios de atención en salud a los adolescentes, fomentando la utilización de los servicios. A su vez, evaluar y monitorear las competencias técnicas necesarias para ofrecer una prestación efectiva del servicio.

Definición: En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes se brinda información y atención de manera diferenciada, garantizando la confidencialidad y respeto por su edad, complementaria a la que se debe entregar en las escuelas y colegios, en el marco de los programas de educación para la sexualidad. Este modelo busca que las instituciones de salud reduzcan las barreras de acceso para los adolescentes y jóvenes y que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población. Asimismo, favorece la participación de los adolescentes y jóvenes y de la comunidad en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades.
Es decir que, el Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población. El Modelo se construyó participativamente con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social y ha logrado escalarse a la mayor parte del territorio nacional.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo a las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS en donde la profesional de la dimensión explica que existen muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, se identifican tres modalidades básicas:
Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.

Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno.

Cabe resaltar que, el Modelo de SSAAJ se enmarca adecuadamente en la nueva Política de Atención Integral en Salud –PAIS– y en el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS– respondiendo a las líneas operativas de gestión del riesgo, promoción de la salud y gestión de la salud pública, en el cuidado y el autocuidado en un momento que es central en el curso de vida. Además, se inscribe en lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNDSDSDR) promoviendo los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos con equidad de género y realizando prevención y atención de la salud sexual y la salud reproductiva desde el enfoque de Derechos. Todo esto partiendo del reconocimiento y la adaptación a la diversidad de territorios y poblaciones.

De igual forma, se mencionó la relación existente entre el desarrollo, salud y educación para adolescentes y jóvenes, concluyendo que, la relación directa entre el desarrollo humano personal y el social llena de sentido y de urgencia la propuesta de incorporar al grupo de adolescentes y jóvenes en las prioridades políticas de salud y educación. Con lo que respecta al, desarrollo de los servicios amigables, se resalta el propósito

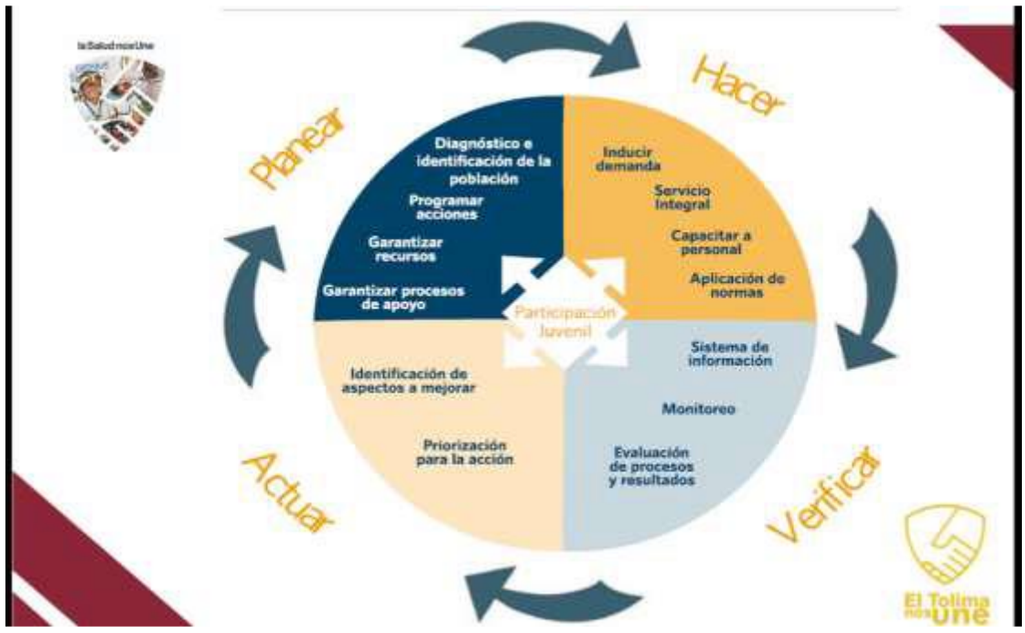
fundamental de este, haciendo énfasis que los actores involucrados en la producción de salud se deben sentir motivados y convencidos de la necesidad de agregar calidad en sus servicios. Además de mencionar las características que deben implementar (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad).

También se mencionó, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, los cuales son:

1. El sistema de habilitación;
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
3. La acreditación orientada al alcance de estándares superiores de calidad: donde se subdividen en: la confidencialidad; la eficiencia, la gradualidad y el sistema de información de la calidad. De manera semejante, se brindó información del eje central del modelo de servicios amigables el cual se denomina: el ciclo de baming o de calidad. Además de, los roles de cada actor, la propuesta de mejora de mencionados servicios, los cinco componentes, las tres modalidades (consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes, unidades de salud amigables y centros de salud.

Con lo que concierne a, los principios, se logran resumir en cinco
1. Reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población; 2. Reconocer la heterogeneidad del país. Búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y respondan a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población; 3.Promover los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud; 4. Permitir el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización dé respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población (vulnerabilidad) y 5. Reconocer la necesidad que tienen las comunidades de explorar y fortalecer todas sus posibilidades y organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios. Para finalizar, se enfatiza en el seguimiento y evaluación del proceso de desarrollo de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, ligado a su respectivo objetivo.

CICLO DE LA CALIDAD:



Socialización resolución 0459 de 2012, protocolo y modelo de atención integral de salud a víctimas de violencia sexual.

La profesional Sary Parra proyecta una presentación en PowerPoint, titulada: Atención a víctimas de violencia sexual, en esta se encuentra información del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ligado a la Resolución 0459 de 2012. Hace la aclaración que los hospitales y centros de salud de carácter público, se encuentran en la constricción de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados a las víctimas de violencia sexual. Así mismo, se abordan los pasos fundamentales en la atención integral de dichas víctimas. Simultáneamente se define el objetivo general y los específicos de la resolución.

PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual Implementar de manera permanente acciones de información, educación y comunicación - lEC, dirigidas hacia la comunidad en general:

En torno a los siguientes temas:

El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.
El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).
La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.
Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual. a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre éstos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan. Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:
Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva - SSR.
Usuarias de programas de control prenatal.
Personas usuarias de programas de atención integral en ITS - VIH / SIDA.
Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes.
Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados.
Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría.
Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud.
Mujeres y otras personas con discapacidad.
Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios. Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural.
Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas.
Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afro descendientes. Personas migrantes y refugiadas.

PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud:



PASO 3, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas:
En donde la profesional les recuerda que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.
De igual forma se socializa que la violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del triage de urgencias. Luego de 72 horas se clasifica como prioridad II.
Si la víctima acude con:
Ideación depresiva o suicida.
Sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma.
Retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo.
Agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud Se dará prioridad I de triage independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.

PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima:
Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a. examen físico general, examen genital y examen mental. El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir.

Posteriormente se continua con La anamnesis de la víctima de violencia sexual
En donde se manifiesta que se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta. Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima. Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual 18.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo. Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

El examen clínico general de la víctima de violencia sexual:
Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado). La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.

PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial:
Antes de 72 horas desde la agresión sexual:
Serología para sífilis (VDRL).
Frotis en fresco.
Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar chocolate orientado a la detección de gonococo.
Prueba de tamizaje para VIH.
Muestra de sangre en busca de antígenos contra hepatitis B.
Búsqueda de espermatozoides en diversas muestras.
Después de cinco días desde la agresión sexual:
Prueba de embarazo.
Asesoría para prueba de VIH.
Prueba rápida de anticuerpos para VIH.
Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva. Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud Realizar profilaxis sindromática para ITS: Según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año

2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo)

PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud: este punto trata de asegurar la profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. De ahí que, es debido colocar en consideración el tiempo transcurrido de la violencia. Entonces, si esta es atendida durante las primeras 72 horas es necesario suministrar la profilaxisis para VIH/Sida, pero si tratada después de dicho tiempo se inicia el manejo integral según el protocolo, siendo inadmisible cualquier demora en la prescripción y suministro de profilaxis. Así mismo, se resalta l necesidad de contar con una farmacia o urgencias en la institución.

Paso 8: Anticoncepción de emergencia – interrupción Voluntaria del Embarazo:



Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis b y el virus de la hepatitis c.

- Dentro de las 72 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única.
- Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición: Levonorgestrel tabletas por 0,75 mg: Dos tabletas en dosis única y adicionalmente dispositivo intrauterino (DIU).

PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta: El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contra referencia que se requieran para asegurarlo.
Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas en donde la profesional de apoyo a la Dimensión, socializa los esquemas para persona adulta y para niños jóvenes y adolescentes.



PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima: En relación con, el décimo lineamiento, se distingue que las organizaciones de los seguimientos clínicos requeridos por la víctima se basan en su edad. Si es menor de edad es de completa obligación activar la búsqueda ante pérdida del caso en los seguimientos, pero si es mayor de edad, es necesario apoyarse en el consentimiento informado de la víctima para su adecuado seguimiento. cabe resaltar que, las periodicidades de estos controles se hacen a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses después de la atención inicial.

PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual: Para avanzar en los lineamientos de la exposición del protocolo, se aborda el paso once, donde se deriva hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. De modo que, intervienen: 1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE; 2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA y 3. Profesionales especializados en salud mental.

PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: Ahora se considera, el paso doce, del cual se procede hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. Siempre que se trate de un menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF y si se trata de una víctima adulta se debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia. De manera simultánea, se vincula el sector justicia, tales como: la fiscalía, la policía, SIJIN, CTI, entre otros.

PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan: Al mismo tiempo, la profesional Sary, informa que se debe efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan en: 1. Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual; 2. Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal y 3. Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial. Siendo estos procedimientos el paso número trece.

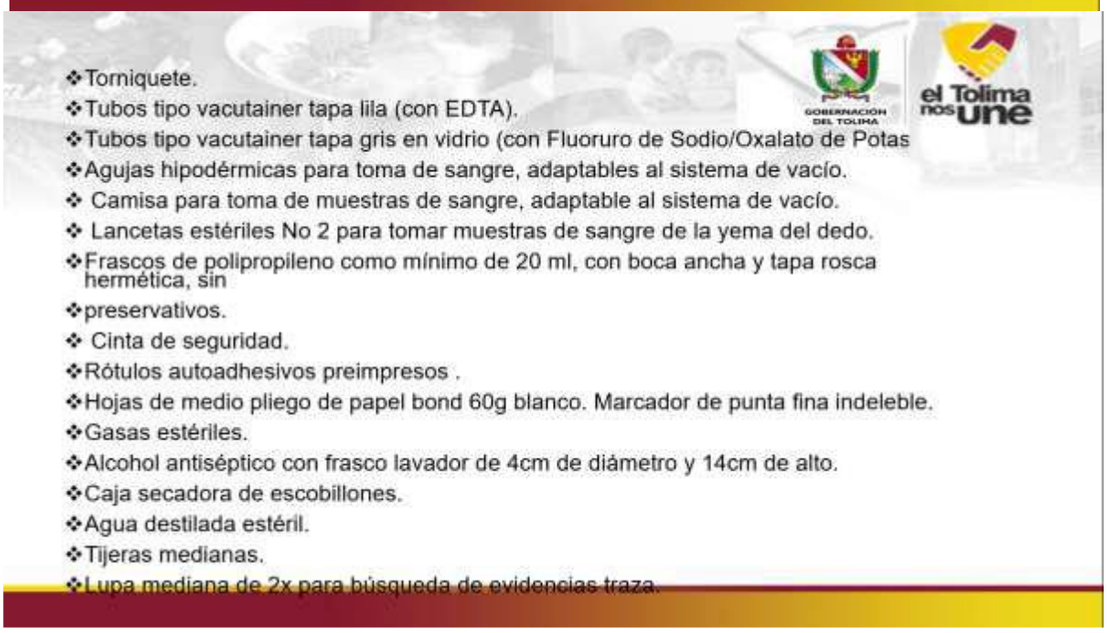
PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud: En referencia al paso número catorce, de tendrán que realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. De ahí que, es pertinente delegar en un profesional de la medicina general en el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea éste el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias. Con relación, al cumplimiento del último lineamiento, se tendrá que verificar un adecuado cierre de caso, teniendo en cuenta la eeducación de la víctima en cuanto a sus derechos, promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas.

PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso: Para finalizar todo lo relacionado con el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, se mencionan los apartados para detallar en la sinopsis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud y algunos elementos del

kit para la toma de muestras, como, por ejemplo: tubos tipo vacutainer tapa lila (con EDTA) y tubos tipo vacutainer tapa gris en vidrio (con Fluoruro de Sodio/Oxalato de Potasio).

Abordaje del kit de profilaxis.





Contextualización de las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS) incluidas de acuerdo a la Resolución 3280 del 2 de agosto del 2018 y seguimiento de casos:
En lo que toca a, dicha contextualización, se tiene en cuenta que el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en uno de sus últimos actos administrativos, firmó la Resolución 3280 del 2 de agosto de 2018 que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con las que se busca que los actores del sector prioricen la prevención como una forma de anticiparse a las enfermedades. Conforme a esto, se recuerda que el objetivo de la resolución es crear un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En conformidad con lo anterior, se resalta que, dentro de dicha ruta, en el capítulo 3 se encuentran las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud para las personas, familias y comunidades

ofrecidas por la E.S.E, aunque para el progreso de la primera visita de desarrollo de capacidades se magnifican las intervenciones individuales dentro de la adolescencia y juventud. Dentro de estas intervenciones se encuentran establecidos por la resolución 3280 los esquemas de intervenciones/atenciones en salud

individuales para los adolescentes y jóvenes, con los siguientes apartados: 1. Procedimientos /consultas: Valoración Integral, detención temprana, protección específica educación para la salud; 2. Cups; 3. Frecuencia según edad en años; 4. Talento humano y 5. directrices de obligatorio cumplimiento

De igual forma se le brindan al municipio las recomendaciones y lineamientos sobre la dimensión de sexualidad derechos sexuales y reproductivos, la importancia de estas jornadas de asesoría y apoyo, el papel que el Departamento desempeña para el municipio y finalmente se da a conocer cada una de las acciones que se deben desarrollar las cuales fueron mencionadas anteriormente al igual en la asistencia realizada con el municipio se realiza un abordaje de las temáticas brindando las herramientas de desarrollo de capacidades de talento humano.

PRESENTACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018:



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003280 DE 2018

– 2 AGO 2018

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos 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 y se establecen las directrices para su operación

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 2° del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, los artículos 12 de la Ley 1438 de 2011 y 65 de la Ley 1753 de 2015 y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá *"Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales"* y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población"*.

Que el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques (i) Atención Primaria en Salud (APS); (ii) Salud Familiar y Comunitaria; (iii) Articulación de las Actividades Individuales y Colectivas y (iv) Enfoque Poblacional y Diferencial.

Que con fundamento en la precitada disposición, este Ministerio expidió la Resolución 429 de 2016, mediante la que adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Que a través de la misma se busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población, generando un cambio de prioridades tanto del Estado como regulador, como de los integrantes del SGSSS, en donde todo se centre en el sujeto de atención en salud y el segundo, se ha entendido como el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en una visión que se centra en el sujeto de atención en salud.

Así mismo la estrategia Acceso universal a prevención y atención integral en ITSVIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad

Se enuncia las temáticas abordar en la Intervención de la siguiente manera:

- VIH /SIDA
- SIFILIS GESTACIONAL
- SÍFILIS CONGÉNITA
- HEPATITIS B (TMI)
- TAMIZACIÓN ITS POR CURSO DE VIDA
- ANTICONCEPCION

Se inicia con el evento VIH/SIDA mencionado que es una enfermedad de interés en salud publica constituida además como de alto costo que requiere un diagnóstico adecuado con base en la guía de práctica clínica la cual cuenta con dos algoritmos diagnósticos: 1 Algoritmo diagnóstico de infección por VIH en adolescentes y adultos, 2 Algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH en mujeres Gestantes.

Todo caso confirmado debe cumplir criterios de confirmación por laboratorio así; 1 algoritmo: A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). 2 algoritmo: Se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5.000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.

El resultado producto de la aplicación de los algoritmos mencionados, trae consecuente intervenciones las cuales son: SIEMPRE realizar asesoría pre-prueba y pos-prueba.

Ante resultado negativos: Brindar APV pos test, recomendar nueva prueba en 3 meses según factores de riesgo y criterios clínicos, Considerar C.V. para VIH ante sospecha de infección aguda.

Ante resultados positivos: Notificar al SIVIGILA en ficha 850. Brindar APV y remitir el paciente al programa de atención integral en VIH.

Se socializa la meta de Resultado departamental en relación al evento.

DIMENSION	METAS DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2023	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR DE RESULTADO
Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos	Disminuir la tasa de mortalidad por VIH a 5 por 100.000 habitantes	5,3	5	tasa	Tasa de mortalidad por VIH X 100.000

Haciendo alusión en la responsabilidad que tienen las entidades administradoras de planes de beneficio en brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona.

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA TRASMISIÓN PERINATAL DEL VIH

Se resalta la importancia del conocimiento de la estrategia por los actores del sistema de salud, dado que las acciones realizadas por los mismos en la gestante y recién nacido expuestos, reduce e incluso elimina la probabilidad de Transmisión materno infantil del VIH.

Se señala que mediante la consulta preconcepcional se podrá identificar esta infección en la mujer fértil con intención reproductiva y podrá embarazarse siempre y cuando se tenga previo manejo de la infección con tratamiento, cargar virales indetectables para dar lugar a una gestación y parto seguros con respecto a la situaciones actuales donde se realiza el diagnóstico tardío en la gestante o en el peor de los casos durante el parto o el posparto teniendo como consecuencias trasmisión verticales de VIH en los recién nacidos expuestos y dando lugar a eventos adversos evitables. Por lo tanto, es de Obligatorio Cumplimiento garantizar durante la atención prenatal el tamizaje con prueba rápida para VIH en cada trimestre y en el parto a la gestante. Como lo indica la ruta materno perinatal.

La Transmisión Materno Infantil del VIH tiene lugar en los momentos prenatal, intraparto y posparto con un porcentaje de probabilidad de TMI variables. Por tanto, es vital realizar el seguimiento al binomio madre e hijo en los cinco momentos que indica la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, mediante el diligenciamiento de ficha de monitoreo o seguimiento clínico a la gestante y recién nacido expuesto. Se enuncia la circular 016 del 2012, correspondiente a los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Se resaltan algunos puntos de buena práctica clínica:

En ningún caso la Asesoría Pre Test debe convertirse en una barrera de acceso al Diagnóstico
La Resolución 2338/2013 permite la realización de Pruebas Rápidas fuera del contexto del laboratorio, por profesionales de la salud en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería, debidamente certificados por los Laboratorios de Salud Pública, favoreciendo así, la reducción de la gran brecha al Diagnóstico oportuno.

Se considera una mala práctica tomar pruebas de C.V. en RN a quienes se les ha documentado exposición materna o se sospecha infección por VIH/Sida desde el nacimiento o antes de las 4 semanas de vida porque el rendimiento operativo de estas pruebas en las primeras 4 semanas de vida es muy pobre.

Se considera una mala práctica realizar en los niñ@s <18 meses de edad una 2da prueba serológica, ya sea una ELISA o PR, como método de confirmación DX ante prueba presuntiva serológica reactiva.
Se menciona que las EAPB deben garantizar el suministro de leche de fórmula durante todo el periodo de lactancia, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.

Se menciona la importancia que tienen la población en el contexto de contener la epidemia por VIH. Por lo tanto, para hablar de prevención y detección del VIH, se abordan la población general y la población clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Jóvenes en contexto de vulnerabilidad, Trabajadoras Sexuales, Mujeres Transgenero, Personas que se inyectan drogas, Mujeres en contexto de vulnerabilidad, Población privada de la libertad) con gran relevancia en el enfoque de vulnerabilidad.

La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH. Factor de Riesgo en población general. Partiendo de la premisa que todos tienes derechos a conocer su estado serológico.

Para concluir este tema se hace un llamado al cumplimiento de la obligación que tienen las EAPB en la promoción, prevención y asistencia del VIH.

SÍFILIS GESTACIONAL (S.G)

El Tamizaje para sífilis en la mujer gestante debe realizarse en cada trimestre de la gestación, en el intraparto, este debe realizarse con prueba rápida treponémica en el momento de la consulta de control prenatal de la gestante,

Se continua con la explicación de la definición de caso probable y caso confirmado

Caso PROBABLE de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA que no haya recibido TTO para sífilis de acuerdo a su ESTADÍO CLÍNICO durante la presente gestación. En todos los casos se debe solicitar P.NO.T. (VDRL-RPR) y esta debe ser reportada en diluciones.

Los casos PROBABLES NO son notificados al SIVIGILA.

Caso CONFIRMADO de Sífilis Gestacional: Toda gestante, puérpera o con aborto en los últimos 40 días con o sin signos clínicos sugestivos de SG (como úlcera genital, erupción cutánea, placas en palmas y plantas), con una P.T. RÁPIDA POSITIVA acompañada de una P.NO.T. REACTIVA a cualquier dilución (VDRL-RPR), que NO ha recibido TTO ADECUADO para sífilis durante la presente gestación o que tiene una reinfección no tratada.

Los casos CONFIRMADOS se DEBEN notificar al SIVIGILA.

Se mencionan además las definiciones de reinfección y la importancia que tiene el seguimiento a los casos y la entrega de preservativos a los mismos

Se describen algunas de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención de la gestante con sífilis gestacional:

En todas las gestantes se debe tamizar sífilis utilizando Pruebas Treponémica rápidas realizadas en el sitio de atención durante la primera consulta de CPN.

En gestantes con Pruebas treponémica. rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se deberá ampliar la HC y buscar antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y su reacción después de la aplicación y reacciones graves de hipersensibilidad.

En mujeres SIN antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la p.t rápida positiva y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

en gestantes con una Prueba treponema rápida positiva (aplicada en el sitio de atención), se recomienda realizar inmediatamente después de recibir la penicilina benzatínica, una prueba no treponémica. (VDRL) que se solicitará sea reportada en diluciones. el resultado de la prueba no treponémica. será valorado en la siguiente cita de CPN.

Se recomienda que el tratamiento de la S.G. se administre dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante.

En mujeres con prueba treponémica rápida inicial negativa, la misma prueba deberá repetirse en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. (por el alto grado de reinfección)

En mujeres tratadas por sífilis gestacional se realizará seguimiento al tratamiento con una prueba no treponémica (VDRL-RPR) reportada en diluciones, la cual será realizada en cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, post aborto y en la primera consulta en caso de parto domiciliario. efectividad: disminución de 2 diluciones con respecto a la serología inicial.

De mencionar en esta recomendación que es obligación de las EPAB realizar el seguimiento estricto a las gestantes de manera trimestral.

El o los contactos sexuales de la mujer con SG deberán ser notificados y captados por la IPS donde es atendida. Se recomienda que el contacto se haga inicialmente a través de la paciente. en caso que no acuda se procederá a la búsqueda activa de los contactos. En el o los contactos sexuales de la mujer con SG se recomienda no realizar pruebas diagnósticas para sífilis.

SÍFILIS CONGÉNITA (S.C)

Se explican las Definiciones del caso:

Todo Recién nacido hijo de gestante con Diagnostico de Sífilis en el embarazo actual, con una o varias manifestaciones sugestivas de S.C. al examen físico con exámenes paraclínicos sugestivos de S.C

Todo fruto de la gestación con prueba no treponémica (VDRL-RPR) con títulos 4 veces mayores que los títulos de la madre al momento del parto, lo que equivale a 2 diluciones por encima del título materno

Fruto de la gestación (mortinato o nacido vivo) de madre con SG. Sin Tratamiento o Tratamiento inadecuado para prevenir la SC, sin importar el resultado de la Prueba no treponémica. (VDRL –RPR) del neonato.

Se continua con las recomendaciones de la guía de práctica clínica para la atención del recién nacido expuesto:

En todo R.N. que cumpla los criterios de caso de S.C. se recomienda realizar seguimiento clínico y serológico (P.NO.T. VDRL-RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3,6,9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en 2 diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL-RPR).

Se recuerda que es responsabilidad de las EAPB garantizar los procesos de detección temprana que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte. En el caso de sífilis es su competencia asumir el costo de la prueba no treponémica y treponémica para diagnóstico, por estar incluida dentro del Plan de Beneficios en Salud

HEPATITIS B

Desde la Estrategia de Anticoncepción e ITS VIH/SIDA, se menciona la adherencia que deben tener los actores en el cumplimiento de los lineamientos de los documentos técnicos del Ministerio de Salud y la protección social.

Para hepatitis B los lineamientos operativos de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis B, la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B y del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de la Hepatitis B, C y confección/superinfección Hepatitis B- Delta, mencionando que para definir la clasificación del evento de interés en salud pública de Hepatitis B en aguda o crónica, se requiere del ordenamiento de pruebas de laboratorio complementarias tal y como lo indica la definición de caso de Hepatitis B a clasificar: Paciente con nueve meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total), necesarios para la identificación de la fase de la enfermedad.

Estos casos se deben notificar como “a clasificar” con la salvedad que deben ser obligatoriamente ajustados a más tardar en el próximo periodo epidemiológico (4 semanas subsiguientes) con los resultados de los anticuerpos contra el antígeno core, definiendo si presenta una infección de tipo aguda o crónica.
Con base en lo anterior se hace el llamado a las EAPB a realizar el seguimiento correspondiente a sus afiliados notificados e identificados con el evento. Así mismos a garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la infección, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento y la reducción de su duración y el daño que causa, evitando secuelas, incapacidad y muerte

En los concerniente a la eliminación de la transmisión materno infantil de la Hepatitis B. Se expone que el diagnóstico de la hepatitis B en la gestante se realiza con la Prueba para la detección de HBsAg. SI esta HBsAg es reactiva (deben Realizarse pruebas de laboratorio complementarias)

Se resaltan las intervenciones clave de la estrategia, ante resultados positivos en la gestante:

- ✓ Notificar en la ficha 340
- ✓ Ordenar Anticore IgM y Anticore Total para clasificar (no superior a 4 semanas)
- ✓ Entregar preservativos en todos los CPN
- ✓ Remisión de la gestante a CPN ARO (parto institucional nivel II o III)
- ✓ Realizar medición de carga viral en tercer trimestre de la gestación (definir necesidad terapia antiviral)
- ✓ La IPS captadora del caso informa a EPS y PAI DPTO (Vacuna HB, inmunoglobulina HB). Registrar gestión en HC e informar a la IPS de mayor complejidad.
- ✓ RECORDAR…. La infección por VHB NO es indicación para realizar cesárea
- ✓ La lactancia NO está CONTRAINDICADA para los hijos o hijas de madres VHB positivas (oportuna profilaxis al RN)
- ✓ Garantizar antes del egreso hospitalario, el suministro de un método anticonceptivo de larga duración a la madre

Atención del recién nacido expuesto al VHB

- Aplicación de la VACUNA DE HB y de la INMUNOGLOBULINA para la HB, en las primeras 12 horas de vida (80% a 95%).
- Registrar en HC la aplicación de los biológicos (fecha y hora
- Iniciar controles de crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta el registro en HC del antecedente de la madre.

IMPORTANTE: cumplir con esquema PAI de la pentavalente (2,4,6 meses) 3 meses después de la última dosis, realizar toma de HBsAg y AntiHB.
Si resulta positivo se NOTIFICA en ficha 340 y remite a especialista para seguimiento y continuar en CYD

TAMIZACIÓN DE ITS POR CURSO DE VIDA, RES. 3280/2018

Se realiza hincapié en el tamizaje de acuerdo a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Y el cumplimiento del mismo garantizando desde la contratación con la red prestadora, para lograr aumentar la cobertura diagnostica del VIH, SIFILIS y HEPATITIS B como ITS de interés en salud publica en la población general. La cual deberá realizarse por curso de vida desde la adolescentes siempre que se identifiquen relaciones sexuales sin protección, como se ilustra en el cuadro resumen a continuación.

CURSO DE VIDA/ ACCIÓN	Asesoría pre y pos test para VIH	Se realiza consentimiento prueba VIH	Aplicación de prueba rápida para VIH	Aplicación de prueba rápida treponémica	Prueba rápida para Hepatitis B (nacido antes de 1996)	Prueba rápida para Hepatitis C (Si recibió transfusión sanguínea antes de 1996 en Colombia)
ADOLESCENCIA 12 a 17 años, 11 meses y 29 días						
JUVENTUD 18 a 28 años, 11 meses y 29 días						
ADULTEZ (29 a 59 años, 11 meses y 29 días)						
VEJEZ (60 años y más)						

Como último punto de la estrategia se aborda el tema;

ANTICONCEPCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS:

Es indispensable abordar la anticoncepción desde el enfoque de derechos, dado que este implica en las usuarias la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades anticonceptivas, ambas en el campo individual y colectivo.

En el marco normativo Las Actividades, Procedimientos e Intervenciones relacionadas con anticoncepción, están contenidas en:

Resolución 3280 del 2018: por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y manteamiento de la salud, contenida en esta la atención para planificación familiar y anticoncepción.

Las atenciones incluidas son:

Atención en salud para la asesoría en anticoncepción
Elección y suministro de métodos anticonceptivos
Atención en salud para la asesoría en anticoncepción- Control

En la elección y suministro del método en la consulta se menciona que actualmente se tienen dificultades por la fragmentación de la consulta, cuando es el caso de farmacias externas o incluso de la IPS, en situaciones no tienen disponibles los métodos en el momento, en ultimas no se entrega el método el día de la consulta.

En este punto se informa a las EAPB que el usuario tiene derecho a la doble protección, por ende, se debe garantizar la entrega del preservativo a los usuarios que así lo demanden en la asesoría y bajo ninguna circunstancia deberá negarse el preservativo, sin importar que se utilice concomitante otro método anticonceptivo.

Se alude que es importante por parte de las EAPB cumplir con las acciones de Promoción de la salud sexual y reductiva a sus afiliados incluida en este la anticoncepción, como estrategia transversal para reducir los eventos adversos o de impacto en la salud pública como lo son embarazos en adolescentes, morbimortalidad materna, como además gestionar el riesgo en salud de usuarias en edad fértil con alto riesgo reproductivo con comorbilidades o enfermedades de alto costo, etc.

Finalmente hace la intervención la estrategia de Cáncer de la Mujer:

DETECCION TEMPRANA EN CANCER DE LA MUJER

El plan decenal de salud pública contempla dos componentes los cuales son la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género así mismo la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. La secretaria de salud departamental a través del plan de gobierno cuenta con la estrategia detección temprana de cáncer de la mujer, estrategia que está contemplada en las metas de resultado del departamento de la siguiente manera: Disminuir la tasa de mortalidad por Ca de Cérvix y de mama, la cual para el año 2023 para cérvix: 11, y de mama de 14. Así mismo las metas de producto la cual contempla que los 47 Municipios de departamento del Tolima cuente con acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y seguimiento a la implementación de las RIAS para la prevención de la mortalidad por cáncer de cérvix.

En lo que está relacionado con la Ruta Integrales de Atención en salud RIAS, el ministerio de salud y protección social tiene definidos unos grupos de riesgo los cuales generan acciones que anticipan la presencia de eventos en salud, a partir de la identificación temprana, de factores de riesgo, cuyo objetivo es atender oportuna e integralmente a las personas que presentan un evento en salud, y de esta manera de direccione acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud en la población objeto de la RIA para detección temprana de cáncer de la mujer.

Es así como el ministerio de salud y protección social prioriza a cáncer como grupo de riesgo, y permite evidenciar la importancia de adoptar la Resolución 3280 del 2018 en la que se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, así mismo se establecieron directrices para su operación y la obligatoriedad a los destinatarios de dicha resolución, estas desarrolladas a través de los anexos técnicos en la que permiten Garantizar a la población las acciones e intervenciones en salud de esta manera se procedió a efectuar la evaluación de las capacidades de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, en los diferentes ámbitos territoriales tanto Urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como a la disponibilidad de tecnologías en salud en todo el territorio nacional, requeridas para la implementación de algunas de las intervenciones contenidas en dichas rutas.

Es importante recordar que producto de tal gestión se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de las acciones de tal forma que la implementación se realizara de forma progresiva, es así que se efectuaron las modificaciones a los anexos técnicos para garantizar su correcta aplicación, por eso que hacen la publicación del a Resolución 276 en la que contempla: Articulo 1. Modificar el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018. el cual quedará así Artículo 4. Progresividad y transitoriedad. Las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal deberán prestarse a partir de la entrada en vigencia de esta resolución, conforme con lo establecido en los correspondientes anexos técnicos. Lo que permitió Implementar las actividades de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años, contados a partir del 1° de enero de 2020, es así como el tamizaje en Virus de Papiloma Humano, se iniciar a hacer tan solo al 4% de la población total afiliada a cada EAPB.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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.

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.

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.

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 enfermaría 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.

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 ADNVPH, o de la inspección visual.

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 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

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

Todo lo anterior resumen a la estrategia de Consultorio rosado la cual desde el departamento busca fortalecer como espacio diferencial y como mecanismo de detección de estadios tempranos de cada caso y seguimientos a las pacientes ya diagnosticadas

De esta manera se da por terminada la asistencia técnica- desarrollo de capacidades.

Se establecen los compromisos generales a cumplir para la siguiente visita de Supervisión a los programas de cáncer en la mujer.

La asistencia se da por terminada a las 12:00 pm Se presenta como constancia registro fotográfico de la lista de asistencia al evento.

Como constancia, se anexa lista de los asistentes del día 6 del mes de noviembre de 2020, en la ciudad de Ibagué:

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

TENCIA TECNICA DIMENSION SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MUNICIPIOS

Dimension Sexualidad Derechos sexuales y reproductivos
12-nov-20
8:00 AM - 12:00 pm

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
Yuceth Cumbe Dussán	Purificacion	ESE- Hospital	Nuevo Hospital la Candelaria ESE	Enfermero	3103297514	nhc.pyp2015@gmail.com

NOMBRE Y APELLIDOS	MUNICIPIO	ENTIDAD QUE REPRESENTA	NOMBRE DE LA ENTIDAD	CARGO
Yuceth Cumbe Dussán	Purificación	ESE- Hospital	Nuevo Hospital la Candelaria ESE	Enfermero