SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

ACCIÓN O PROCESO INTEGRAL E INTEGRADO: CUIDADO CONTINUO POR UNA VIDA CON BIENESTAR

LINEA OPERATIVA O SUBPROCESO: GESTIÓN DEL RIESGO PARA EL BIENESTAR COLECTIVO E INDIVIDUAL EN LOS TERRITORIOS

ACCIÓN DE BIENESTAR: 84. ASESORÍAS EN SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES IDENTIFICADOS EN TRABAJO INFANTIL

VIGENCIA: OCTUBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027

Bogotá D.C. Diciembre 2025

Contenido

1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar 3
2. Descripción de la acción de bienestar: 6
3. Indicadores ..... **Error! Bookmark not defined.**

- Control de cambios 37

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

FICHA TÉCNICA ACCIÓN DE BIENESTAR:

84. ASESORÍAS EN SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES IDENTIFICADOS EN TRABAJO INFANTIL

1. Conceptualización de los elementos centrales de la acción de bienestar

En Bogotá a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), se desarrollan acciones orientadas a reconocer el trabajo infantil relacionando principalmente con aquel que por su naturaleza o condiciones pueda afectar la salud, seguridad y moralidad de los niños, niñas y adolescentes, entre ellas, las actividades peligrosas listadas en la Resolución 1796 de 2018 del Ministerio de Trabajo.

A través de esta acción de bienestar se plantea aportar a la implementación de un plan integral de respuesta para aportar a la desvinculación del trabajo infantil en los NNA identificados desde el sector salud, con el fin dar respuesta de acuerdo con las necesidades de la población. Adicionalmente, se soporta en los requerimientos establecidos normativamente, que le permiten al sector salud, desarrollar sus acciones reconociendo, el concepto de trabajo infantil y acompañamiento laboral sus implicaciones sobre la salud.

ORIENTACIONES CONCEPTUALES

Trabajo infantil: Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), define como trabajo infantil toda actividad económica realizada por menores, por debajo de la edad mínima requerida por la legislación nacional vigente de un país para incorporarse a un empleo, o por menores de 18 años, y que interfiera con su escolarización, se realice en ambientes peligrosos, o se lleve a cabo en condiciones que afecten a su desarrollo psicológico, físico, social y moral, inmediato o futuro.

El trabajo infantil, corresponde a todas aquellas actividades realizadas por los niños, niñas y adolescentes, en el marco de los diferentes sectores económicos y oficios del hogar y trae consecuencias sobre la salud incluso desde el momento de su concepción por la exposición de la madre a agentes ocupacionales, cuyos efectos dependen del factor de riesgo y tiempo de exposición. El niño que trabaja o es acompañante está expuesto a prácticas alimentarias insalubres, condiciones ambientales inadecuadas (aire, agua), exposición a factores ocupacionales que se traducen en enfermedades respiratorias cronicas , alergias, dermatitis y conjuntivitis, accidentes por manipulación de equipos o herramientas, desordenes osteomusculares por levantamiento de cargas, en algunos casos intoxicaciones cuando se asocia a actividades con exposición a agentes químicos. Existen otros efectos sobre la salud relacionados con la predisposición a adquirir

conductas disociales, abuso y hostigamiento sexual, consumo de sustancias psicoactivas, alteraciones a la funcionalidad social y familiar, lesiones físicas, heridas, y golpes.

Peores Formas de Trabajo Infantil. Conforme al Convenio 182 de la OIT, aprobado por la Ley 704 de 2001, se consideran como peores formas de trabajo infantil, las siguientes:

a) Todas las formas de esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, como la venta y el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo, y el trabajo forzoso u obligatorio, incluido el reclutamiento forzoso u obligatorio de niños para utilizarlos en conflictos armados;

b) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños y niñas para la prostitución, la producción de pornografía o actuaciones pornográficas;

c) La utilización, el reclutamiento o la oferta de niños y niñas para la realización de actividades ilícitas, en particular la producción y el tráfico de estupefacientes, tal como se definen en los tratados internacionales pertinentes, y

d) El trabajo que, por su naturaleza o por las condiciones en que se lleva a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

No es trabajo infantil, las actividades ocasionales y voluntarias realizadas en entornos protegidos como el hogar, que le aporten enseñanzas positivas o transmita valores a los niños, niñas y adolescentes. Por ejemplo: tender la cama, recoger los juguetes, zapatos, aprender actividades del campo, siempre cuando sea a modo de enseñanza y no de trabajo.

Trabajo adolescente protegido, es aquel realizado por los y las adolescentes de 15 a 17 años, que no resulta peligroso para su salud, seguridad o moralidad, autorizado por el o la inspector/a de trabajo o la autoridad territorial y que cumplen con los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo, el Código de Infancia y Adolescencia, el Estatuto de Ciudadanía Juvenil y demás normas que lo adicionen o complementen.

Excepcionalmente las niñas y niños menores de 15 años podrán recibir autorización de la Inspección de Trabajo, o en su defecto del Ente Territorial Local, para desempeñar actividades remuneradas de tipo artístico, cultural, recreativo y deportivo. La autorización establecerá el número de horas máximas y prescribirá las condiciones en que esta actividad debe llevarse a cabo. En ningún caso el permiso excederá las catorce (14) horas semanales.

La edad mínima de admisión al trabajo es los quince (15) años. Para trabajar, los y las adolescentes entre los 15 y 17 años requieren la respectiva autorización expedida por el Inspector de Trabajo o por el Ente Territorial Local y gozarán de las protecciones laborales consagrados en el régimen laboral colombiano.

Encierro parentalizado, de otro lado, el trabajo infantil que se presenta en los hogares es conocido como “encierro parentalizado”, es donde el niño, niña o adolescente asume roles y oficios domésticos, propios de las y los adultos. Es una situación que muchas veces se ha naturalizado y por consiguiente, no se visibiliza como una forma de trabajo infantil. Puede traer consigo una serie de afectaciones físicas y psicológicas para el niño, niña o adolescente, que obstaculizan su proceso de formación en la escuela y desarrollo integral.

Oficios en el hogar, de acuerdo con la OIT el trabajo doméstico infantil hace referencia de manera general al trabajo realizado por niños, niñas y adolescentes en el sector del trabajo doméstico, con o sin remuneración, en hogares de terceros o empleadores.

Acompañamiento laboral, es una actividad a la que se ven expuestos algunos niños, niñas o adolescentes cuando son llevados por sus padres, madres o cuidadores a espacios de trabajo, en donde las dinámicas responden a jornadas extensas de comercio generalmente en calle, en las que se identifican situaciones de fragilidad en el ejercicio pleno de los derechos básicos como el juego, la participación, la seguridad, el descanso y la alimentación; en donde los escenarios conllevan dinámicas que restringen la interacción con pares y adultos significativos, privándolos de los entornos seguros que requiere para su desarrollo integral. Los niños y niñas de Primera Infancia, pese a que asisten a programas de educación inicial como jardines infantiles y hogares comunitarios, estos no responden a sus necesidades conforme con las características de los modos de trabajo informal de los padres, madres o cuidadores. Albornoz O, y Cerón L. (2018). Representaciones sociales acerca del trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes de la Fundación Proinco. (Tesis de maestría) Pontificia Universidad de Cali: Colombia.

Desvinculación del trabajo infantil, es el resultado esperado del proceso de intervención en la atención integral de la niña niño o adolescente en el que se evidencia el ingreso y permanencia en el sistema educativo y ha dejado de realizar de forma definitiva cualquier actividad laboral con o sin remuneración. Implica garantizar que cada niña y cada niño tienen la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial físico y mental. Apunta a eliminar todo trabajo que ponga en peligro la educación y el desarrollo integral de los niños.

1.1 Objetivo General

Promover en niños, niñas, adolescentes, sus familias, padres y/o cuidadores, la adopción de prácticas de cuidado y autocuidado que favorezca su desarrollo integral, orientado a la prevención, la promoción de la salud y el fortalecimiento de capacidades individuales y familiares para el bienestar.

2. Descripción de la acción de bienestar:

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) trabajadores caracterizados para el desarrollo de intervenciones orientadas a la desvinculación del trabajo infantil contarán con una asesoría por parte del perfil de Enfermería. Esta asesoría tiene como objetivo identificar alertas en salud en la primera infancia, infancia y adolescencia; reconocer y promover prácticas saludables; fomentar medidas preventivas para enfermedades respiratorias, enfermedades respiratorias crónicas; mejorar hábitos alimentarios; y brindar orientación para el mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida. Durante este proceso, se establecerán compromisos de cambio o transformación en el marco de la promoción de la salud y la gestión del riesgo.

Dicho acompañamiento se desarrollará de forma transversal dentro del proceso de intervención, realizándose después de la caracterización del perfil de tecnólogo y antes de la asesoría de monitoreo del perfil de Trabajo Social o Psicología.

Durante la asesoría, se verificará si los NNA cuentan con una valoración integral y con los resultados de la misma. En caso de no contar con esta información en el momento de la intervención, se procederá a la toma de medidas antropométricas (peso y talla) y a la correspondiente clasificación nutricional, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2465 de 2016. Esto permitirá la identificación de alteraciones nutricionales u otros riesgos en salud y su posterior gestión sectorial e intersectorial según corresponda. En consecuencia, se deberá realizar educación para la promoción de la alimentación saludable, reforzando el seguimiento y las indicaciones necesarias para el cumplimiento de los compromisos definidos en el decálogo de salud.

A continuación, se detallan algunas temáticas a reforzar acorde con la edad del niño, niña, adolescente o gestante:

- **Recomendaciones en alimentación saludable**

La orientación en alimentación saludable durante los primeros años de vida es fundamental para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimos, prevenir la malnutrición y reducir el riesgo de enfermedades a futuro. Según las GABAS, la alimentación debe adaptarse a cada etapa del curso de vida, asegurando que sea suficiente, variada, inocua y culturalmente aceptada.

Las recomendaciones emplearán metodologías pedagógicas, dialógicas y participativas, que promuevan el intercambio de saberes y la construcción colectiva para la mejora de habilidades en alimentación saludable, contribuyendo a la transformación de prácticas y

a la creación de entornos cuidadores sostenibles para Más Bienestar de los momentos del curso de vida abordados.

- **Recién nacidos hasta los 6 meses:** Promover la lactancia materna exclusiva como el alimento ideal, ya que **cubre** todos los requerimientos de agua y nutrientes, protegiendo contra diarreas, estreñimiento, cólicos, desnutrición y obesidad. Evitar biberones por sus riesgos de diarrea, otitis, caries y problemas del lenguaje. Brindar consejería en lactancia materna (posición, agarre del seno, entre otras), extracción y conservación de la leche materna, reservas de leche en casa, acceso a salas amigas de la familia lactante, etc.
- **De 6 a 24 meses:** A partir de los seis meses, iniciar alimentación complementaria segura y adecuada, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más. Ofrecer alimentos variados, frescos y naturales, preparados en casa, incluyendo huevo desde los 6 meses y carnes magras, vísceras, cereales y frutas o verduras en cada comida. Evitar la leche de vaca antes del año. Las porciones deben aumentar progresivamente: de 4–6 cucharaditas a media taza entre los 6–11 meses, y hasta una taza o plato entre los 12–23 meses (esto debe ajustarse según criterio profesional); así como las texturas deben progresar acorde con la edad.
- **De 2 a 5 años:** Garantizar una alimentación variada, rica en frutas y verduras, incorporando al menos dos veces por semana granos (fríjol, lenteja, arveja, garbanzo) y una vez por semana vísceras. Evitar consumo de productos ultraprocesados, comidas rápidas, bebidas azucaradas, gaseosas, embutidos y procesados por su alto contenido de azúcares, grasas y sodio, los cuales aumentan el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas (enfatizar en los sellos de advertencia y su impacto en la salud).
- **Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años:** Importancia de consumir alimentos variados y de todos los grupos en las porciones adecuadas; el fomento del consumo diario de frutas, verduras, leguminosas, cereales integrales, alimentos ricos en proteínas y agua potable; la reducción del consumo de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas, frituras, comidas rápidas y snacks altos en sodio, azúcar y grasas; el reconocimiento de la diversidad corporal; la lectura y comprensión de etiquetado nutricional; y el fortalecimiento de habilidades para seleccionar, preparar y disfrutar alimentos seguros y nutritivos. Estas temáticas deben desarrollarse con metodologías lúdicas, participativas y culturalmente pertinentes que reconozcan las realidades y saberes de la infancia y la adolescencia, favoreciendo su rol activo como agentes de cambio en sus hogares, instituciones o comunidades.
- **Personas gestantes:** Durante la gestación, la alimentación debe ser equilibrada, variada y suficiente, incorporando diariamente alimentos de todos los grupos: cereales y tubérculos, frutas y verduras frescas, alimentos fuente de proteínas (carnes magras, pescado, pollo, huevos y leguminosas) y lácteos. Es fundamental mantener una adecuada hidratación, preferiblemente con agua potable, y distribuir la ingesta en seis tiempos de comida (tres principales y tres refrigerios) para asegurar un aporte constante de energía y nutrientes (revisar bajo criterio profesional). Se recomienda aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido fólico, así como el uso de suplementos indicados por el personal de salud (calcio, sulfato ferroso y ácido fólico), para prevenir anemia y defectos del tubo neural.

Asimismo, se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco, productos ultraprocesados, comidas rápidas, bebidas azucaradas y alimentos altos en sal, azúcares y grasas trans, ya que representan riesgos tanto para la madre como para el bebé. Es importante garantizar una adecuada higiene en la manipulación y preparación de los alimentos, evitando carnes, pescados, huevos y lácteos crudos o mal cocidos para prevenir infecciones alimentarias. Mantener una alimentación saludable durante la gestación contribuye al bienestar materno, favorece el crecimiento y desarrollo del bebé y previene complicaciones durante la gestación y el parto.

Estas recomendaciones deben ser transmitidas de forma clara y práctica, utilizando herramientas pedagógicas disponibles en el portal del ICBF, como guías, infografías, videos y cartillas, para facilitar el aprendizaje y promover hábitos saludables desde la primera infancia.

Por otro lado, es fundamental tener en cuenta las prioridades en salud para este grupo poblacional: esquema de vacunación (PAI), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), enfermedades respiratorias crónicas, salud materno-infantil, seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, enfermedades crónicas, y salud sexual y reproductiva. Con base en estas prioridades, se realizarán canalizaciones a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), de acuerdo con las necesidades identificadas en cada NNA y su familia.

En caso de que un NNA trabajador, después de haber sido caracterizado y haber recibido al menos una asesoría (de Trabajo Social, Psicología o Enfermería), sea trasladado sin previo aviso, el caso deberá registrarse como "termina proceso: NO". Las visitas no realizadas podrán ser reasignadas a otro NNA trabajador que presente mayores dificultades en el proceso de desvinculación laboral, siempre y cuando esté caracterizado, e ingresado en la base de datos del sistema GESI.

Es obligatorio registrar en el formato de trabajo infantil la indagación sobre el estado de vacunación de los NNA, con el fin de establecer si están al día según el esquema actual o si requieren vacunación. Asimismo, se debe registrar si fueron remitidos a un punto de vacunación cercano a su vivienda o lugar de trabajo, o si asistirán al punto de su preferencia o al asignado por su EAPB. En caso de que el cuidador o responsable no brinde la información o no la conozca, se deberá consignar lo referido por el usuario. De igual forma, revisar adherencia a servicios de salud acorde a edad.

Momento de Curso de vida: Primera infancia, infancia y Adolescencia

Contenidos mínimos: condiciones de salud, promoción de la salud.

Nombre de la acciòn	***Periodicidad***	***Perfiles del talento humano***	***Entregables***
Asesorías en salud de los niños, niñas y adolescentes	*Mensual y única durante la vigencia por caso NNA trabajador*	*Profesional universitario 2 (operativo): Profesional universitario Enfermería*	*Formato del entorno cuidador laboral,* Ficha_ NNA *con diligenciamiento de acompañamiento asesoría enfermería.*

identificados en trabajo infantil			*Canalización a la ruta en caso de identificarse necesidad.* *Base de datos con registro de la información en concordancia con la información recolectada y de acuerdo con la meta establecida a través de la PPP* *Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años*

A continuación, se describen los tamizajes a realizar y la población objeto:

Descripción de la acción: Toma de medidas antropométricas y clasificación nutricional

La toma adecuada de medidas antropométricas y la correcta clasificación del estado nutricional son acciones fundamentales en salud pública, ya que permiten identificar de manera oportuna alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como situaciones de malnutrición por déficit o por exceso en la población. Estas mediciones, realizadas conforme a los lineamientos técnicos establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, facilitan la detección temprana de riesgos nutricionales, orientan la implementación de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y contribuyen al seguimiento y evaluación de políticas y programas dirigidos a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en los diferentes grupos de edad.

Cuando corresponda realizar la toma de medidas antropométricas y la clasificación nutricional, se deberán considerar los siguientes aspectos, de acuerdo con el momento del curso de vida:

Momento de Curso de vida: Primera infancia (Niños y niñas menores de 5 años**)**

Para el desarrollo de la acción es pertinente en primera instancia realizar la toma de medidas antropométricas: peso, longitud o talla, perímetro cefálico y perímetro braquial (para el caso de niños y niñas de seis a 59 meses).

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

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

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

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

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

Adicional, durante la toma de medidas antropométricas se debe realizar la verificación de signos clínicos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Para esto, se identificará la presencia de:

Signos físicos:

- Cabello seco, quebradizo y con cambio de color por capas (signo de la bandera)
- Piel seca áspera o escamosa.
- Abdomen inflamado o abultado y costillas que se marcan en el tórax.
- Palmas de las manos y plantas de los pies pálidas.
- Cuadros gastrointestinales y respiratorios frecuentes.
- El rostro luce hinchado y pálido, los ojos permanecen hundidos.

- Piernas y brazos visiblemente delgados o por el contrario inflamados dejando huella en la piel cuando se ejerce presión con un dedo (edema)
- El niño o la niña se ve más delgado o cuando se carga se siente más liviano

Cambios en el comportamiento:

- El niño o la niña esta desganado**,** luce fatigado o ha perdido interés en el juego**.** Permanece quieto y sin ánimo.
- Está inapetente y se niega recibir leche materna u otros alimentos, dependiendo su edad.
- Llora excesivamente y con frecuencia, permanece irritable

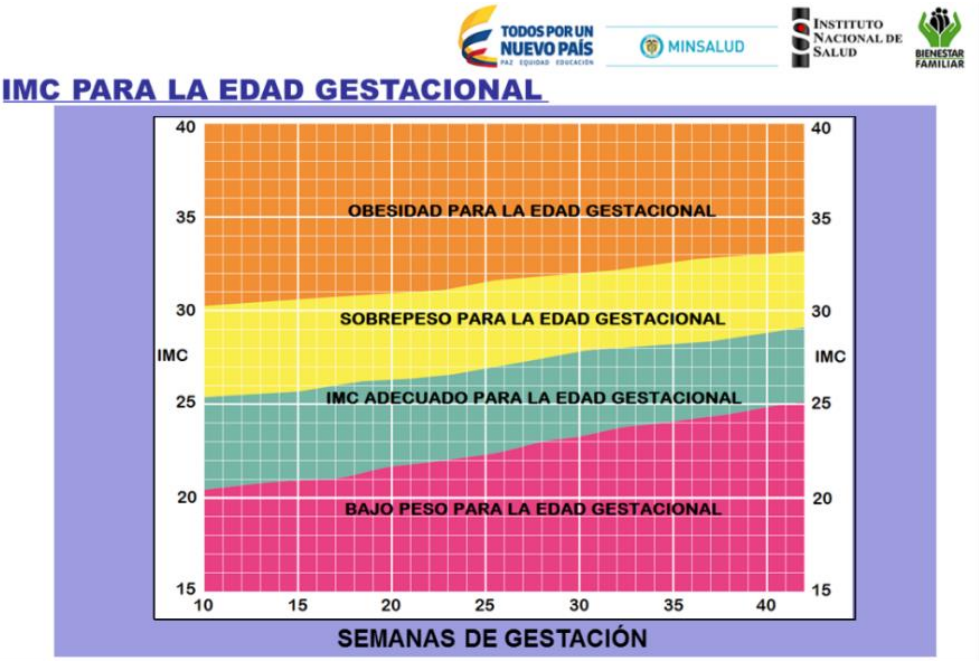
***Nota:** En caso de identificar un niño o niña con desnutrición aguda moderada o severa y alguna de las siguientes condiciones, se deberá realizar remisión **inmediata** a la Institución Prestadora de Servicios de Salud más cercana, a través del llamado de ambulancia:

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

Momento de Curso de vida: Personas gestantes

Se establece el IMC para Edad Gestacional –IMC/EG desarrollado por el doctor Eduardo Atalah y colaboradores, publicado en la revista médica de Chile en el año 1997. El método de Atalah se basa en el incremento de peso medido mediante el IMC ajustado para la

edad gestacional de mujeres adultas y gestaciones no gemelares o múltiples, a partir de la semana 6 y hasta la semana 42 de gestación (antes de la semana 6 de gestación no se observan cambios significativos en el índice de masa corporal de las gestantes adultas). Las categorías establecidas en la clasificación antropométrica del estado nutricional de las gestantes son: bajo peso para la edad gestacional, peso adecuado para la edad gestacional, sobrepeso y obesidad para la edad gestacional.



Fuente: Resolución 2465 de 2016.

La metodología desarrollada por Atalah permite calcular la ganancia total de peso que debe alcanzar la mujer en la gestación según el IMC pregestacional así:

Cuadro 2. Incremento de peso esperado según el IMC pregestacional.

Clasificación del IMC pregestacional	Valor de referencia del IMC*	Incremento de peso esperado (kg)	Gramos/ Semana
IMC menor a 20	< 20,0	12 - 18	400 - 600
IMC adecuado	20.0 - 24.9	10 - 13	330 - 430
Sobrepeso	25 - 29,9	7 - 10	230 - 330
Obesidad	≥ 30	6 - 7	200 - 230

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

Cuando las gestantes al momento de la primera consulta (dentro del primer trimestre) desconocen su peso pregestacional, puede utilizarse como referencia el IMC de la mujer

en ese momento e indagar con ella los posibles cambios de peso percibidos, para determinar la ganancia de peso esperada para las semanas de gestación restantes.

Momento de Curso de vida: Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años

En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, se deben utilizar los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A continuación, se presentan los puntos de corte para cada indicador, su denominación y tipo de uso:

Cuadro 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar D.E)	Clasificación antropométrica
Talla para la edad (T/E)	≥ -1	Talla adecuada para la edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de retraso en talla
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla
IMC para la edad (IMC/E)	> +2	Obesidad
	+1 a ≤ +2	Sobrepeso
	≥ -1 a ≤ +1	IMC adecuado para la edad
	≥-2 a < -1	Riesgo de delgadez
	< -2	Delgadez

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

El proceso de clasificación nutricional se debe validar a través de la herramienta **WHO AnthroPlus**, disponible para descarga en https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools, la cual permite clasificar nutricionalmente a niñas, niños y adolescentes de 5 a 19 años conforme a los patrones de referencia establecidos por la Organización Mundial de la Salud, garantizando uniformidad y precisión en la valoración antropométrica.

Es importante mencionar que a nivel individual se deben analizar y comparar varias mediciones de un mismo individuo y cómo se comportan en el tiempo esas mediciones individuales en relación con su propio canal de crecimiento, analizando a nivel individual la tendencia de los datos sobre la gráfica.

Salud respiratoria

Momento de Curso de vida: Primera infancia, infancia y Adolescencia

Contenidos mínimos: promoción de la salud, canalización

Esta asesoría contará con la aplicación de los tamizajes: • Tamizaje ERC de 0-17 años incorporando propuesta de tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas para población de 0 a 17 años. Consultar Instructivo tamizaje ERC de 0-17 años. Con canalización a partir de la presencia de dos (2) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda derivar a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas.

• El resultado de los tamizajes orientará la canalización y los aspectos a educar. Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas para población de 0 a 17 años,

Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años
1 justificación

La detección temprana de enfermedades respiratorias crónicas en la infancia y adolescencia es prioritaria en salud pública, dado que los primeros 17 años son críticos para el desarrollo pulmonar e inmunológico y altamente sensibles a factores ambientales, genéticos y conductuales [1]. La identificación de síntomas como tos persistente, sibilancias o disnea, junto con la exposición a humo, contaminación o antecedentes familiares, permite implementar medidas preventivas y terapéuticas oportunas.

El estudio ISAAC evidenció variaciones de más de quince veces en la prevalencia de síntomas asmáticos entre países, demostrando la influencia de determinantes como clima, genética, urbanización y prácticas culturales, lo que resalta la necesidad de tamización contextualizada [2]. Herramientas como el cuestionario ISAAC, complementadas con historia clínica y espirometría en edad escolar, han mostrado utilidad para mejorar la precisión diagnóstica y facilitar intervenciones tempranas [3].

A nivel poblacional, la tamización contribuye a estimar prevalencia, identificar subgrupos en riesgo y planificar recursos. Un meta-análisis con 1,5 millones de niños estimó una prevalencia global de asma infantil del 10,2 %, con marcadas diferencias regionales (Europa 9 %, Asia 10 %, Latinoamérica 14 %, Oceanía 23 %) [4]. Asimismo, la exposición a contaminantes atmosféricos, en especial PM2.5 y PM10, se asocia con mayor riesgo de asma, lo que enfatiza la urgencia de políticas ambientales y educativas en entornos escolares y comunitarios [5].

En síntesis, la implementación de programas de tamización se justifica por la alta prevalencia y variabilidad geográfica del asma, su riesgo de cronicidad en la adultez, la disponibilidad de instrumentos validados y la eficacia de la detección temprana. El personal de enfermería y los gestores comunitarios son clave para garantizar procesos equitativos y sostenibles.

2 Población objeto

Definir como población objeto a los menores de 0 a 17 años responde a criterios epidemiológicos, clínicos y de salud pública. En este periodo se consolidan procesos de maduración pulmonar e inmunológica que determinan la salud respiratoria futura, y que pueden verse alterados por factores genéticos, ambientales y socioeconómicos [6]. La evidencia muestra que múltiples riesgos —como exposición a contaminantes, humo

ambiental, prematuridad, ausencia de lactancia exclusiva, sobrepeso y condiciones de vivienda precarias— pueden preceder la aparición clínica de asma u otras enfermedades respiratorias crónicas [8–11].

El estudio ISAAC demostró que la prevalencia de síntomas respiratorios en la infancia varía ampliamente entre regiones, lo que refuerza la necesidad de considerar a toda la población pediátrica y adolescente, tanto en contextos urbanos como rurales, y no solo a quienes ya presentan síntomas [7]. Además, los lineamientos técnicos en Colombia recomiendan incluir en la ruta de detección a todo menor de 17 años que consulte por síntomas respiratorios en cualquier nivel asistencial, garantizando continuidad en el seguimiento clínico y comunitario [12].

Dentro de este grupo, se reconocen subpoblaciones críticas: los menores de cinco años, en quienes la diferenciación entre episodios virales y asma es compleja, y los adolescentes, que presentan baja adherencia al tratamiento y alta exposición a riesgos sociales y conductuales [13]. Por tanto, abarcar de 0 a 17 años como población objeto permite una captación integral, la identificación temprana de factores predisponentes y la implementación de intervenciones diferenciales según la etapa del desarrollo, asegurando mayor efectividad en la prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas desde la infancia hasta la transición a la adultez.

3 Acciones para la tamización

La tamización en menores de 0 a 17 años requiere un enfoque estructurado con tres componentes: capacitación del personal, aplicación diferenciada por edad y seguimiento integral. El personal de enfermería y gestores comunitarios debe formarse en criterios clínicos y en el uso de cuestionarios validados, como ISAAC adaptado, junto con técnicas funcionales simples como PEF o espirometría básica en mayores de cinco años, lo que asegura estandarización y confiabilidad [14].

En menores de cinco años, la detección se centra en historia clínica y pruebas terapéuticas, dado que la espirometría es poco viable [15]. En escolares (5–11 años) se incorpora espirometría o PEF, y en adolescentes se añade la evaluación del control y adherencia al tratamiento [17]. Como complemento, la medición de óxido nítrico exhalado (FeNO) se reconoce como herramienta no invasiva útil para estimar inflamación bronquial, avalada por guías internacionales [18].

El seguimiento debe incluir planes de acción del asma con educación familiar, control ambiental y programas comunitarios de actividad física segura. Se ha demostrado que la práctica regular de ejercicio moderado, como natación o caminata, mejora la función pulmonar, el control de síntomas y la calidad de vida, reduciendo además la necesidad de medicación y visitas a urgencias [16].

En conjunto, la formación del personal, protocolos adaptados por edad, tecnologías de apoyo y estrategias educativas aseguran una tamización eficaz, inclusiva y sostenible.

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **Lectura previa**

   Antes de iniciar, el encuestador o el propio paciente (en caso de contar con la

edad y capacidad de comprensión suficiente) debe revisar cuidadosamente cada pregunta. En pacientes menores de edad o con limitaciones cognitivas, la información deberá ser suministrada por un acudiente o tutor legal.

2. **Periodo de referencia**
   Todas las preguntas hacen alusión a la presencia de síntomas o eventos ocurridos dentro de los últimos 12 meses, con el fin de garantizar la pertinencia y validez temporal de la información.
3. **Registro de respuestas**
   - Marque **"Sí"** si el síntoma o situación descrita ha ocurrido durante el periodo de referencia.
   - Marque **"No"** si no ha ocurrido.
   - Es imperativo responder todas las preguntas y evitar omisiones para asegurar la integridad de los datos.
4. **Ítems evaluados**
   - **P1:** Presencia de silbidos en el pecho en los últimos 12 meses.
   - **P2:** Despertares nocturnos por tos en los últimos 12 meses.
   - **P3:** Aparición de tos, silbidos o disnea durante el ejercicio o actividad física, o necesidad de interrumpir la actividad por dichos síntomas en los últimos 12 meses.
   - **P4:** Episodios de infección respiratoria tipo gripe con duración habitual superior a 10 días.
5. **Criterios para la interpretación**
   - La presencia de dos (2) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda la remisión al médico de atención primaria.
   - **Total Positivo:** Es la suma de todas las respuestas "Sí" que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran dos o más respuestas afirmativas.
   - **Total Negativo:** Es la suma de todas las respuestas "No" que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de dos respuestas afirmativas.
   - **Resultado Positivo:** Si la persona entre 0 y 17 años responde "Sí" a dos o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
   - **Resultado Negativo:** Si la persona entre 0 y 17 años responde "Sí" a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; sin embargo, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

- El profesional de la salud valorará la indicación de estudios complementarios, incluyendo pruebas de función pulmonar, para confirmar o descartar el diagnóstico de asma.

6. Recomendaciones adicionales

- Se debe responder con veracidad y precisión para optimizar la validez diagnóstica del instrumento.
- Ante la presencia de síntomas de alarma, como disnea intensa, dolor torácico o cianosis labial/digital, se debe acudir de forma inmediata a un servicio de urgencias.

4. **Tamizaje ERC de 10 años hasta 17 años.**

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
Ha tenido silbidos en el pecho o en los últimos 12 meses		
Se ha despertado en la noche por tos en los últimos 12 meses		
Ha tenido tos, silbidos o dificultad para respirar con el ejercicio o con la actividad física o ha tenido que parar por estos síntomas en los últimos 12 meses		
Cuando ha tenido gripa, le dura usualmente más de 10 días		

En caso de 2 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de estudios adicionales para detectar si tiene ASMA

Fuente: construido a partir de International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. (1998). Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *European Respiratory Journal, 12*(2), 315–335. https://doi.org/10.1183/09031936.98.12020315 validado Fundación Neumológica de Colombia

5. Clasificación del riesgo

La clasificación del riesgo en enfermedades respiratorias crónicas en niños, niñas y adolescentes constituye un componente esencial para orientar las acciones de tamización, seguimiento y canalización oportuna en el nivel comunitario y en los servicios de salud. Esta clasificación no solo debe sustentarse en criterios clínicos individuales, sino también en la magnitud epidemiológica reportada a nivel internacional, como lo evidenció el *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, el cual demostró la existencia de variaciones significativas en la prevalencia de síntomas asmáticos entre países y regiones [24].

En este marco, se reconocen tres categorías de riesgo que integran información clínica, antecedentes familiares y condiciones del entorno:

En primer lugar, el riesgo bajo se asocia a individuos que no presentan síntomas respiratorios recurrentes, como tos persistente, sibilancias o disnea de esfuerzo, ni cuentan con antecedentes familiares directos de asma u otras enfermedades respiratorias crónicas. A nivel poblacional, corresponden a los grupos donde el ISAAC identificó

prevalencias bajas de síntomas (<5%), generalmente en regiones con menor exposición a contaminantes ambientales y con adecuados determinantes sociales de salud.

En segundo lugar, se identifica el riesgo moderado en personas con síntomas intermitentes de vías respiratorias, tales como episodios ocasionales de sibilancias, tos nocturna o limitación leve de la actividad física. En este grupo se incluyen aquellos con antecedentes familiares de asma o alergias respiratorias, así como quienes habitan en territorios urbanos con niveles intermedios de prevalencia reportados por ISAAC (10%–20%). En este nivel se recomienda fortalecer la vigilancia activa comunitaria y el seguimiento en atención primaria.

Por último, el riesgo alto agrupa a quienes presentan síntomas respiratorios persistentes o recurrentes, exacerbaciones frecuentes, necesidad de atención de urgencias o uso de medicación de control, así como antecedentes familiares de asma grave. A nivel epidemiológico, el ISAAC reportó en algunos países prevalencias superiores al 20%, asociadas a factores ambientales críticos como la contaminación atmosférica urbana, la exposición al humo de tabaco y las condiciones de hacinamiento. En este grupo, la canalización inmediata hacia servicios especializados resulta prioritaria, a fin de garantizar diagnóstico preciso, inicio temprano del tratamiento y educación familiar en autocuidado.

La inclusión de la clasificación de riesgo basada en ISAAC permite al personal de enfermería y a los gestores comunitarios contextualizar los hallazgos clínicos individuales en función de la magnitud poblacional, logrando así intervenciones más precisas, oportunas y equitativas en la prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas en menores de 17 años.

La aplicación de estas guías por parte de gestores comunitarios y personal de enfermería favorece la canalización oportuna de los pacientes hacia la ruta de atención de enfermedades respiratorias crónicas, garantizando la detección precoz y la continuidad en el seguimiento.

- **Tamizaje positivo:** Si el paciente responde “Sí” a dos o más ítems, se considera un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
- **Tamizaje negativo:** Si el paciente responde “Sí” a menos de dos ítems, se considera que no hay evidencia de alarma, aunque se recomienda educación en autocuidado y seguimiento rutinario por parte de gestores comunitarios o enfermería.
- **Recomendaciones adicionales:** Ante signos de alarma como disnea intensa, dolor torácico o sensación persistente de opresión torácica, se debe remitir de forma inmediata al servicio de urgencias [25].

6. Tabla de canalización para ERC

Hallazgo en el tamizaje	Qué hace la enfermera comunitaria	A dónde canalizar / referir
Niño sano, sin síntomas ni antecedentes de riesgo	Revisa carnet de vacunación y programa próximo control de crecimiento y desarrollo	Medicina general en centro de salud si lo requiere
Tos leve ocasional, resfriados frecuentes sin dificultad respiratoria	Registra el hallazgo, da educación sobre higiene respiratoria	Consulta programada en centro de salud
Tos recurrente, sibilancias o dificultad al hacer ejercicio	Aplica cuestionario ISAAC breve, registra antecedentes	Médico general para valoración clínica
Niño con diagnóstico previo de asma mal controlado	Enseña técnica de inhalador, verifica tratamiento y plan educativo	Programa de asma o neumología pediátrica si persiste mal control
Niño en crisis leve (tos intensa, sibilancias, dificultad leve)	Administra broncodilatador si está en plan de manejo, controla signos vitales	Urgencias en hospital si no mejora
Niño en crisis grave (no habla, labios morados, respiración muy rápida)	Brinda oxígeno si hay disponibilidad, vigila signos vitales	Urgencias hospitalarias inmediatas
Sospecha de otra enfermedad respiratoria crónica (fibrosis quística, bronquiectasias, displasia broncopulmonar)	Registra hallazgo y deriva para estudios complementarios	Hospital de segundo o tercer nivel

Fuente: construido a partir de:
26. Chan M, Gray M, Burns C, Owens L, Woolfenden S, Lingam R, Jaffe A, Homaira N. Community-based interventions for childhood asthma using comprehensive approaches: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2021;17:19. DOI: 10.1186/s13223-021-00522-9 [PMC] https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-021-00522-9

27. Gill I, Shah A, Lee EK, Sommer R, Ross K, Bole A, Freedman D. Community interventions for childhood asthma ED visits and hospitalizations: a systematic review. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2021054825. DOI: 10.1542/peds.2021-054825 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36102121/ validado Fundación Neumológica de Colombia

Tabla de canalización – Ruta ERC

Resultado del tamizaje	Acción recomendada	Responsable	Observaciones

0 – 1 respuestas afirmativas	Orientar en autocuidado y prevención (evitar humo de tabaco, polvo, contaminación, exposición a alérgenos). Reforzar seguimiento comunitario.	Gestor comunitario / Enfermería	**No se canaliza** a la Ruta ERC. Mantener vigilancia periódica.
≥ 2 respuestas afirmativas	**Derivar a la Ruta de Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC)** para valoración clínica, diagnóstico (espirometría) y plan de manejo.	Enfermería / Gestor comunitario	**Canalización positiva.** Entregar información clara sobre la importancia de asistir a la cita.
Síntomas de alarma: dificultad respiratoria intensa, uso de músculos accesorios, coloración azulada, incapacidad para hablar por falta de aire.	**Remitir inmediatamente a urgencias** y, una vez estabilizado, ingreso a la Ruta ERC para seguimiento.	Enfermería / Gestor comunitario	**Canalización urgente.** Activar ruta de atención prioritaria.
Diagnóstico previo de asma o EPOC sin control (uso excesivo de inhaladores, síntomas frecuentes, crisis recurrentes).	**Reincorporar o fortalecer el ingreso a la Ruta ERC** para ajuste de tratamiento y seguimiento.	Enfermería	**Canalización programática.** Reforzar adherencia terapéutica y educación en autocuidado.

Fuente: construido a partir de

36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la gestión de las enfermedades crónicas. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf
37. Grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf

validado Fundación Neumológica de Colombia

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La acción de bienestar sesiones educativas para más bienestar en nuestras comunidades para la promoción de la sexualidad, los derechos sexuales y derechos reproductivos procura el cuidado integral de la salud haciendo énfasis en el reconocimiento de hábitos

protectores relacionados con actitudes, practicas, conductas individuales y colectivas sanas y saludables al igual que la identificación de circunstancias de riesgo que se puedan convertir en predictores de efectos negativos sobre la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a partir del reconocimiento de la multidimensionalidad, desde el enfoque diferencial, poblacional y de género que sitúa a la persona en el centro, como protagonista de su propio cuidado y de su propia salud.

La Educación para la Salud se ha definido como un proceso dialógico e intencionado de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelve su vida". (Resolución 518 de 2015). En ese sentido la acción cuidadora busca generar transformaciones a partir de procesos y espacios de encuentro que propicien un vivir con bienestar y disfrutar de la sexualidad, teniendo en cuenta aspectos como las relaciones personales y las interpersonales; las emociones, los sentimientos, la orientación del deseo, los roles de género y los riesgos asociados. La sexualidad es la manera en que cada persona tiene de vivir "el hecho de ser sexuado", es la manera propia de verse, sentirse y vivirse. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos de anatomía y fisiología. La referencia más clara de la sexualidad son las vivencias y como cada uno se siente en su intimidad y cómo va viviendo ese proceso de construcción en hombres y mujeres, como seres sexuados.

Para fortalecer el desarrollo del producto, es conveniente hacer una breve referencia a las diferencias conceptuales y vivenciales que enmarcan los derechos sexuales de los derechos reproductivos y como el ejercicio de estos facilita el disfrute de la sexualidad, en especial lo referido a la promoción de derechos, la participación ciudadana y la articulación con los servicios de salud. La Educación Integral para la Sexualidad se orienta desde la primera infancia y abarca todos los cursos de vida: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez.

Experimentar con mayor plenitud la sexualidad implica la vinculación de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la toma de decisiones sobre el cuerpo, la procreación, la vivencia del placer, limitar riesgos relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual ITS, la salud y el cuidado menstrual para lograr una vida digna, estos hacen parte de los derechos humanos, tienen las mismas garantías y exigibilidad, entre ellos se pueden destacar:

<u>Derechos Sexuales</u>

- Derecho al goce: tener placer sexual, sin que se relacione con la procreación.
- Derecho a conocer el cuerpo: cada cuerpo es distinto y, por ende, todos son igual de valiosos. (Desmitificar cánones de belleza)
- Derecho a decidir: las relaciones sexuales tienen que ser libres y consensuadas entre quienes las practican.
- Derecho a expresar la identidad: libertad de vivir la sexualidad sin importar la orientación sexual o identidad de género.
- Derecho a una vida sin violencia: vivir la sexualidad sin coacciones ni violencias

Derechos Reproductivos

- Derecho a decidir sobre la maternidad y paternidad
- Derecho a decidir la cantidad de hijos
- Derecho a conformar familia sin discriminación ni estigmas.
- Derecho a iniciar o parar un proceso reproductivo
- Derecho a la no discriminación en el embarazo: acceso a servicios de salud para un proceso libre de violencia o tratos desiguales.
- Derecho a una maternidad segura: se te debe garantizar el acceso a servicios de salud y atención médica en todas las etapas del proceso, desde la intención de reproducción, consulta antenatal, la gestación, posparto y prevención del embarazo subsiguiente (suministro de método antes del alta hospitalaria.
- Derecho a interrumpir un embarazo: en Colombia, las Sentencias C055 de 2022 y la C-355 de 2006 garantizan el aborto seguro como un derecho fundamental

Derechos Menstruales

- Acceder a información precisa, oportuna y adecuada a la edad sobre el ciclo menstrual, la menstruación, los ciclos hormonales y ovulatorios y los cambios experimentados a lo largo de la vida, así como las prácticas relacionadas con el autocuidado.
- Cuidar sus cuerpos durante la menstruación de tal manera que sus preferencias, higiene, comodidad, privacidad y seguridad sean apoyadas.
- Acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y atención de las molestias y trastornos relacionados con el ciclo menstrual, incluido el acceso a servicios y recursos de salud adecuados, alivio del dolor y estrategias de autocuidado.
- Experimentar un entorno positivo y respetuoso en relación con el ciclo menstrual, libre de estigma y angustia psicológica, incluidos los recursos y el apoyo que necesitan para cuidar con confianza de sus cuerpos y tomar decisiones informadas sobre sí mismos y sobre el cuidado durante todo su ciclo menstrual.
- Decidir si participar y cómo participar en todas las esferas de la vida, incluyendo civil, cultural, económica, social y política, durante todas las fases del ciclo menstrual, libre de exclusión relacionada con la menstruación, restricción, discriminación, coerción y/o violencia

.

De igual los profesionales que orientan la acción cuidadora pueden hacer uso de los contenidos técnicos y herramientas disponibles en la plataforma "LiteralMente": https://literalmente.saludcapital.gov.co/ , ubicada en el sitio web de la entidad que incluye en el marco de las competencias de la entidad contenidos para la promoción de la salud mental, prevención de los problemas y trastornos mentales, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención de las violencias y la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos minisitio SexualMente.

La intencionalidad de la acción de bienestar es la de aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en la determinación de sus estilos de vida y en la garantía del derecho a la salud y el goce de los derechos sexuales y reproductivos posibilitando transformaciones de los sujetos y de sus prácticas para así promover una cultura favorable a la vida, la salud y el bienestar.

SALUD MATERNO PERINATAL

La acción de bienestar a través de las sesiones educativas para Más Bienestar en nuestras comunidades orientada a la salud materna y perinatal promueve el cuidado integral de la gestante, el recién nacido, la familia de forma integral. Se fundamenta en el reconocimiento de hábitos protectores que favorecen una gestación segura, un parto humanizado y un puerperio saludable, así como en la identificación oportuna de riesgos biológicos, emocionales, sociales y culturales que pueden incidir en la salud de la madre y el bebé.

La educación comunitaria en salud materna y perinatal constituye una acción esencial de gestión para el bienestar, orientada a fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas de las gestantes, familias y comunidades, con el fin de promover gestaciones planeadas y saludables, partos seguros y una adecuada transición al cuidado neonatal. Se fundamenta en el Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, que reconoce a la madre y al recién nacido como sujetos de derechos, y a la familia y comunidad como un actores clave para la protección de la vida y la prevención de riesgos.

La acción cuidadora en este ámbito busca generar transformaciones sociales y culturales que promuevan el disfrute de una maternidad segura, respetada y acompañada, reconociendo la diversidad de experiencias de las gestantes y familias, desde un enfoque diferencial, poblacional y de género, que sitúa a la persona como protagonista de su propio cuidado y de sus decisiones en salud.

El cuidado materno y perinatal trasciende lo clínico y biomédico: implica reconocer las dimensiones emocionales, familiares, sociales y culturales del proceso reproductivo. Ello supone fomentar vínculos afectivos, redes de apoyo y relaciones basadas en la corresponsabilidad y el respeto, que impactan directamente en el bienestar de la madre y del recién nacido.

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018) establece las acciones que deben garantizarse en los diferentes momentos del curso de vida reproductivo: anticoncepción, preconcepcional, control prenatal, atención del parto y del puerperio, cuidado del recién nacido y prevención del embarazo subsiguiente. Esta ruta se constituye en una hoja de ruta esencial para reducir la morbimortalidad materna y perinatal y promover entornos que protejan la vida y el bienestar.

La **salud materna y perinatal** no se limita a la atención médica de la gestación y el nacimiento: es un derecho humano fundamental, un proceso vital que requiere acompañamiento integral, educación en salud, corresponsabilidad comunitaria y fortalecimiento de los entornos cuidadores para garantizar que cada mujer, cada recién nacido y cada familia vivan este proceso con dignidad, seguridad y bienestar.

En este marco, la acción de bienestar en salud materna y perinatal articula la promoción de derechos, la participación comunitaria y la conexión con los servicios de salud, en concordancia con la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018). La acción busca potenciar el reconocimiento de las atenciones esenciales como la valoración preconcepcional, control prenatal, atención humanizada del parto, postparto, cuidado del recién nacido y acceso anticoncepción postevento obstétrico.

Adicionalmente, es fundamental reconocer la importancia de la prevención, detección y tratamiento oportuno de la sífilis gestacional y congénita, ya que esta infección puede generar complicaciones graves tanto en la madre como en el recién nacido. La sífilis durante el embarazo, si no es diagnosticada y tratada adecuadamente, aumenta el riesgo de aborto, parto prematuro, muerte fetal y complicaciones neonatales. Por ello, la Ruta Materno Perinatal establece el tamizaje obligatorio en los controles prenatales y garantiza el acceso gratuito al tratamiento, buscando proteger la vida y el bienestar de las mujeres y sus hijos. Socializar esta información con la comunidad permite sensibilizar sobre la necesidad de realizarse las pruebas en el embarazo y cumplir con el tratamiento, evitando la transmisión de la enfermedad al recién nacido.

De esta manera, la acción de bienestar en salud materna y perinatal busca promover prácticas de autocuidado, reconocer signos de alarma, gestionar el riesgo y transformar los entornos en escenarios seguros y protectores de la vida y contribuye a la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, fortalece el ejercicio pleno de los derechos, y promueve espacios} saludables y protectores que permitan a las mujeres, sus hijos e hijas y sus familias vivir este proceso vital con dignidad, seguridad y bienestar.

En el desarrollo de los grupos socioeducativos pueden participar personas en edad fértil, gestantes, lactantes y comunidad en general interesados en la temática, reconociendo que todos son actores claves en el cuidado y bienestar.

Contenidos claves a desarrollar:

Temas a Abordar	Claves para el abordaje de las sesiones de grupos socioeducativos
Detección temprana y atención preconcepcional	Indagar frente a la intención de tener un bebé a corto o mediano plazo, para orientar a la población frente a la atención preconcepcional, la cual busca identificar e intervenir riesgos en salud y nutrición para empezar la gestación en las mejores condiciones.

Temas a Abordar	Claves para el abordaje de las sesiones de grupos socioeducativos
	Identificación de personas en edad fértil y factores de riesgo antes del embarazo (enfermedades crónicas, nutrición, consumo de sustancias, salud mental). Aspectos claves en la valoración integral de la salud preconcepcional. Consejería en estilos de vida saludables y preparación para la gestación.
Atención durante la gestación	Primera atención prenatal temprana (antes de la semana 10). Importancia de los controles prenatales con equipo interdisciplinario. • Exámenes de laboratorio y tamizajes (VIH, sífilis, anemia, glucosa, ecografía obstétrica, entre otros). • Identificación y manejo de riesgos obstétricos (enfermedades hipertensivas, hemorragias, infecciones, diabetes gestacional). • Consejería en nutrición, suplementación (hierro, calcio, ácido fólico). • Preparación para la lactancia y el parto humanizado.
Signos de alarma durante la gestación	Importancia de acudir al servicio de urgencias oportunamente. Si presentas alguno de estos signos, acude de inmediato al servicio de salud: • Sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal. • Dolor abdominal intenso y persistente. • Dolor de cabeza fuerte, visión borrosa, zumbidos en los oídos o luces destellantes. • Hinchazón repentina de cara, manos o pies. • Fiebre o escalofríos. • Pérdida de líquido por la vagina. · Disminución o ausencia de movimientos del bebé.
Atención en Nutrición	• Importancia de acudir a Nutrición durante la gestación • Aspectos claves de una Alimentación saludable • Suplementación durante la gestación (hierro, calcio y ácido fólico). · Promoción de la Lactancia materna como base del bienestar.

Temas a Abordar	Claves para el abordaje de las sesiones de grupos socioeducativos
Atención por odontología	Es obligatoria, preventiva y segura durante la gestación, y que contribuye a mejorar no solo la salud oral de la madre, sino también los resultados maternos y neonatales. · La gestante debe recibir valoración odontológica integral durante el embarazo, idealmente en el primer trimestre y con seguimiento según hallazgos. · Detectar y tratar oportunamente enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal, infecciones). · Prevenir complicaciones que puedan afectar el embarazo (p. ej., la enfermedad periodontal se asocia a parto prematuro y bajo peso al nacer). · Promover hábitos saludables de higiene bucal, alimentación adecuada y autocuidado.
Atención por Psicología	· Salud mental y apoyo emocional durante la gestación y el postparto · Brindar información de la línea 106, la cual es atendida por un equipo de profesionales en psicología quienes están dispuestos a brindar orientación frente las diferentes situaciones que se puedan presentar en su cotidianidad.
Atención del nacimiento humanizado	• Parto humanizado, seguro y respetuoso. • Contacto piel a piel inmediato • Inicio de la lactancia materna temprana. • Acompañamiento de la gestante por la persona de su elección durante el trabajo de parto y parto.
Atención en el postparto	• Control clínico integral de la mujer en el puerperio inmediato, mediato y tardío. • Prevención y detección de complicaciones postparto (hemorragia, infecciones, depresión postparto). • Promoción de la lactancia materna exclusiva. • Acceso a métodos anticonceptivos postparto. • Orientación en autocuidado físico y mental. • Control postparto binomio madre e hij@
Signos de alarma durante el postparto para la madre y el recién nacido	Explicar con lenguaje sencillo y ejemplos prácticos, para que las familias los reconozcan fácilmente y acudan de inmediato al servicio de salud. **Signos de alarma en la madre (postparto)** • Sangrado abundante (empapar más de una toalla en una hora o presencia de coágulos grandes). • Fiebre (temperatura mayor a 38 °C), escalofríos o flujo vaginal con mal olor. • Dolor abdominal intenso o que no mejora.

Temas a Abordar	Claves para el abordaje de las sesiones de grupos socioeducativos
	• Dolor, enrojecimiento, calor o endurecimiento en las piernas (posible trombosis). • Dolor o inflamación severa en senos, con fiebre o secreción purulenta. • Dolor de cabeza fuerte, visión borrosa, convulsiones o hinchazón repentina de cara y manos. • Dificultad para respirar o dolor en el pecho. · Tristeza profunda, ansiedad intensa, dificultad para dormir o pensamientos de hacerse daño o dañar al bebé. **Signos de alarma en el recién nacido** • Dificultad para respirar, respiración rápida o ruidos extraños al respirar. • Fiebre (≥ 38 °C) o temperatura baja (< 36 °C). • Succión débil o rechazo del alimento. • Somnolencia excesiva o dificultad para despertar. • Convulsiones o movimientos anormales. • Color amarillo intenso en piel u ojos antes de los 3 días o que progresa rápidamente. • Color azulado en labios, lengua o piel. • Vómitos persistentes o verdosos. • Diarrea con deshidratación (labios secos, no orina, llanto sin lágrimas). · Ombligo enrojecido, con mal olor o secreción.
Atención del recién nacido	• Atención inmediata • Contacto piel a piel. • Lactancia materna en la primera hora de vida. • Profilaxis ocular y suplementación con vitamina K. • Vacunación según esquema nacional. • Controles de crecimiento y desarrollo. • Tamizajes neonatales (hipotiroidismo congénito, hipoacusia, enfermedades metabólicas). • Detección de malformaciones y factores de riesgo.
Interrupción voluntaria del embarazo	• En el marco de los derechos sexuales y reproductivos • Atención realizada por la institución de salud, de forma segura y gratuita • Normatividad vigente (Sentencia 355 de 2007, sentencia C-055 de 2022)

Nota general: Para todos los formatos de los diferentes productos del entorno laboral, se valida máximo un error por formato con el debido registro de observación en el formato con la información ajustada y se debe garantizar que la base de datos cuente con el respectivo ajuste en el mes de facturación de la intervención y previo a la revisión del equipo de apoyo a supervisión o auditoría externa

3. Indicadores

Nombre del indicador	Numerador	Denominador	Frecuencia	Tipo de Indicador	Unidad de Medida	Fuente	Nombre de la Acción o proceso de Bienestar	Nivel Operación (Local, Zonal o Distrital)
Proporción de niños, niñas y adolescentes (NNA) identificados en trabajo infantil con valoración de enfermería	Número de niños, niñas y adolescentes trabajadores valorados por enfermería	Número de niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados	mensual	Proceso	porcentaje	Base de datos del Entorno Laboral – Apartado NNA – asesoría enfermería	Asesorías en salud de los niños, niñas y adolescentes identificados en trabajo infantil	Zonal
Cobertura de Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años en niños y niñas de las instituciones educativas.	Número de personas tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años en las instituciones educativas	Número total de niños y niñas programados para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Zonal
Porcentaje de niños y niñas tamizados que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratoria	Total de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas	Zonal

crónicas de 0 a 17 años	s crónicas de 0 a 17 años	de 0 a 17 años					de 0 a 17 años	
Cobertura de Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años en niños y niñas de las instituciones educativas.	Número de personas tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años en las instituciones educativas	Número total de niños y niñas programados para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Zonal
Porcentaje de niños y niñas tamizados que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Total de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 18 a 39 años	Zonal
Cobertura de Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años en niños y niñas de las instituciones educativas.	Número de personas tamizadas a nivel de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años en las instituciones educativas	Número total de niños y niñas programados para la acción de identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Trimestral	Gestión	Nominal	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Identificación del riesgo de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Zonal

Porcentaje de niños y niñas tamizados que requieren canalización a la RIAS enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Número de personas que requiere canalización a la RIAS para enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Total de personas tamizadas en enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Trimestral	Resultado	Porcentaje	Formato Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Identificación de enfermedades respiratorias crónicas mayores de 40 años	Zonal

Anexo 1. Instrucciones y paso a paso sobre cómo realizar tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas – 0 a 17 años (ERC-ASMA): este tamizaje se aplicará únicamente en la población de 0 a 10 años cuando el menor asista acompañado por su acudiente o cuidador; en caso contrario, este tamizaje se aplicará solo en el grupo de 10 a 17 años. y de mayores de 18 a 39 años.

Recursos:

- Formato Tamizaje ERC de 0 a 17 años
- Esfero
- Formato de acciones colectivas para diligenciar las respuestas.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones

Tiempo de aplicación del tamizaje respiratoria: 5 – 15 minutos.

Instrucciones para tamizaje de Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) en población de 0 a 17 años Tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas – 0 a 17 años (ERC-ASMA): este tamizaje se aplicará únicamente en la población de 0 a 10 años cuando el menor asista acompañado por su acudiente o cuidador; en caso contrario, este tamizaje se aplicará solo en el grupo de 10 a 17 años. y de 18 a 39 años

1. **Organice los recursos necesarios** para realizar el tamizaje respiratorio en el espacio previamente concertado con la institución. El lugar debe ser tranquilo, ventilado, libre de ruidos excesivos y con sillas disponibles para comodidad de los participantes.
2. **Explique de manera sencilla el propósito del tamizaje**, adaptando el lenguaje según la edad del menor. Asegúrese de que tanto la persona como su acudiente comprendan que se trata de un ejercicio preventivo y no de un diagnóstico definitivo.

3. **Verifique las condiciones de salud previas**: pregunte si el menor presenta actualmente gripa, tos intensa, fiebre o alguna otra condición que pueda interferir con la aplicación del tamizaje.
4. **Realice el cuestionario de tamizaje ERC** siguiendo el instructivo oficial. Registre cuidadosamente cada respuesta. Recuerde que **dos (2) o más respuestas afirmativas constituyen un hallazgo de alerta**.
5. **Observe al menor durante la entrevista**, prestando atención a signos visibles de dificultad respiratoria como uso de músculos accesorios, respiración ruidosa, tos persistente o silbidos audibles en el pecho.
6. **Explique los resultados al menor y/o acudiente**:
    a. Si no se identifican hallazgos de alerta, refuerce recomendaciones de autocuidado y prevención.
    b. Si existen hallazgos de alerta (≥2 respuestas afirmativas), **indique la necesidad de canalizar a la ruta de ERC** para valoración médica y posible espirometría con el fin de confirmar o descartar asma u otra enfermedad respiratoria crónica.
7. **Fomente un momento educativo breve**: enseñe al menor ejercicios sencillos de respiración (ejemplo: respiración profunda y lenta con manos sobre el abdomen) y refuerce mensajes sobre la importancia de mantener ambientes libres de humo, polvo y otros contaminantes.
8. **Registre el resultado en el formato correspondiente** y entregue la información al responsable de la institución, garantizando la confidencialidad de los datos.

Valores para interpretar los resultados de tamizaje de enfermedades respiratorias crónicas de 0 a 17 años.

El procedimiento debe seguir los siguientes pasos:

1. **Lectura previa**
   Antes de iniciar, el encuestador o el propio paciente (en caso de contar con la edad y capacidad de comprensión suficiente) debe revisar cuidadosamente cada pregunta. En pacientes menores de edad o con limitaciones cognitivas, la información deberá ser suministrada por un acudiente o tutor legal.
2. **Periodo de referencia**
   Todas las preguntas hacen alusión a la presencia de síntomas o eventos ocurridos dentro de los últimos 12 meses, con el fin de garantizar la pertinencia y validez temporal de la información.
3. **Registro de respuestas**
    - Marque **"Sí"** si el síntoma o situación descrita ha ocurrido durante el periodo de referencia.
    - Marque **"No"** si no ha ocurrido.
    - Es imperativo responder todas las preguntas y evitar omisiones para asegurar la integridad de los datos.
4. **Ítems evaluados**

- **P1:** Presencia de silbidos en el pecho en los últimos 12 meses.
- **P2:** Despertares nocturnos por tos en los últimos 12 meses.
- **P3:** Aparición de tos, silbidos o disnea durante el ejercicio o actividad física, o necesidad de interrumpir la actividad por dichos síntomas en los últimos 12 meses.
- **P4:** Episodios de infección respiratoria tipo gripe con duración habitual superior a 10 días.

5. Criterios para la interpretación

- La presencia de dos (2) o más respuestas afirmativas constituye un hallazgo de alerta y se recomienda la remisión al médico de atención primaria.
- **Total Positivo**: Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran dos o más respuestas afirmativas.
- **Total Negativo:** Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona entre 0 y 17 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de dos respuestas afirmativas.
- **Resultado Positivo:** Si la persona entre 0 y 17 años responde “Sí” a dos o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
- **Resultado Negativo:** Si la persona entre 0 y 17 años responde “Sí” a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; sin embargo, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.
- **Total Positivo:** Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona entre 18 y 39 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran dos o más respuestas afirmativas.
- **Total Negativo:** Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona entre 18 y 39 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de dos respuestas afirmativas.
- **Resultado Positivo:** Si la persona entre 18 y 39 años responde “Sí” a dos o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.

- **Resultado Negativo:** Si la persona entre 18 y 39 años responde “Sí” a menos de dos preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; sin embargo, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.
- El profesional de la salud valorará la indicación de estudios complementarios, incluyendo pruebas de función pulmonar, para confirmar o descartar el diagnóstico de asma.
- **Total Positivo:** Es la suma de todas las respuestas “Sí” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite identificar la presencia de posibles signos de alerta y respalda la clasificación como resultado positivo cuando se registran tres o más respuestas afirmativas.
- **Total Negativo:** Es la suma de todas las respuestas “No” que la persona mayor de 40 años haya dado en el tamizaje. Este valor permite confirmar la ausencia de signos de alarma y respalda la clasificación como resultado negativo cuando se registran menos de tres respuestas afirmativas.
- **Resultado Positivo:** Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a tres o más preguntas, se clasifica como un hallazgo de alerta que requiere canalización a la ruta de enfermedades respiratorias crónicas para valoración, posible espirometría y confirmación diagnóstica.
- **Resultado Negativo:** Si la persona mayor de 40 años responde “Sí” a menos de tres preguntas, se considera que no hay evidencia de alarma; no obstante, se recomienda brindar educación en autocuidado y asegurar seguimiento rutinario por parte de enfermería.

6. Recomendaciones adicionales

- Se debe responder con veracidad y precisión para optimizar la validez diagnóstica del instrumento.
- Ante la presencia de síntomas de alarma, como disnea intensa, dolor torácico o cianosis labial/digital, se debe acudir de forma inmediata a un servicio de urgencias.

Tamizaje enfermedades respiratorias crónicas 0 a 17 años

RESPONDA LAS SIGUIENTES LAS PREGUNTAS:	**SI**	**NO**
Ha tenido silbidos en el pecho o en los últimos 12 meses		
Se ha despertado en la noche por tos en los últimos 12 meses		
Ha tenido tos, silbidos o dificultad para respirar con el ejercicio o con la actividad física o ha tenido que parar por estos síntomas en los últimos 12 meses		
Cuando ha tenido gripa, le dura usualmente más de 10 días		

En caso de 2 o más respuestas afirmativas, recomendar consultar al médico de atención primaria para considerar realización de estudios adicionales para detectar si tiene ASMA

Referencias bibliográficas

- *Secretaría Distrital de Planeación. Plan de Desarrollo Bogotá 2024-2028. Disponible en https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-local/plan-de-desarrollo-bogota-2024-2028*

- *Los oficios y ocupaciones mercantiles (producción, distribución y comercialización de bienes y servicios) y no mercantiles (domésticas o comunitarias) desarrolladas por unidades económicas de baja escala (personales, familiares, micronegocios o microempresas), en cualquier sector económico". Plan Nacional de Desarrollo, 2022 – 2026.*

Referencias bibliograficas enfermedades respiratorias

1. Deolmi M, Decarolis NM, Motta M, Makrinioti H, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prenatal and Early Life Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2294. DOI: 10.3390/ijerph20032294 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767660/ | Texto completo (PMC): https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9915555/
2. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 1998;12(2):315-35. DOI: 10.1183/09031936.98.12020315 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9727780
3. Hedlin G, Bush A, Lodrup Carlsen K, Pedersen S, Wennergren G, Melen E. Problematic severe asthma in children: Not one problem but many. *Pediatr Allergy Immunol*. 2022;33(1):e13727. DOI: 10.1111/pai.13727 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34930918
4. Zhou W, Tang J. Prevalence and risk factors for childhood asthma: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2025;25(1):50. DOI: 10.1186/s12887-025-05409-x [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39833735
5. Keleb A, Abeje ET, Daba C, et al. The odds of developing asthma and wheeze among children and adolescents exposed to particulate matter: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:1225. DOI: 10.1186/s12889-025-22382-3 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37000000
6. Deolmi M, Decarolis NM, Motta M, Makrinioti H, Fainardi V, Pisi G, Esposito S. Early Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prenatal and Early Life Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2294. DOI: 10.3390/ijerph20032294 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767660/

7. ISAAC Steering Committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J*. 1998;12(2):315-35. DOI: 10.1183/09031936.98.12020315 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9727780
8. Keleb A, Abeje ET, Daba C, et al. The odds of developing asthma and wheeze among children and adolescents exposed to particulate matter: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:1225. DOI: 10.1186/s12889-025-22382-3 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37000000
9. Rona RJ, Keil T, Summers C, et al. The global burden of childhood asthma: a systematic review of the literature from 2017 to 2021. *BMC Public Health*. 2021;21:1234. DOI: 10.1186/s12889-021-11530-x [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587543/
10. Case RA, Adams HN, Thornton R, et al. Are babies born preterm high-risk asthma candidates? *Pediatr Respir Rev*. 2023;41:22-29. DOI: 10.1016/j.prrv.2022.11.001 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36723211/
11. Smith L, Nguyen BT, Kiefer C, et al. Association of exclusive breastfeeding with asthma risk among children: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2022;18(1):45. DOI: 10.1186/s13223-022-00687-4 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35512399/
12. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Lineamiento técnico operativo para la atención en salud de la población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas. Bogotá; 2024. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamiento-tecnico-operativo-atencion-salud-poblacion-riesgo-enfermedades-respiratorias-cronicas.pdf
13. Lee JH, Kim SM, Oh YJ, et al. Determinants of medication adherence in adolescents with asthma: a nationwide study. *Respir Med*. 2023;206:107074. DOI: 10.1016/j.rmed.2023.107074 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37312345/
14. Pediatric Asthma – StatPearls. NCBI Bookshelf. *Pediatric Asthma*. 2023. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/
15. Royal Children's Hospital (RCH). Clinical Practice Guideline: Preschool asthma (1–5 years). 2023. Disponible en: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Preschool_asthma_%281-5_years%29/
16. Nyenhuis SM, Jiang Z, de aller, Mayo KW, Hebert A, Skinner D, et al. Recommendations for physical activity in asthma: A Work Group Report of the AAAAI Sports, Exercise, and Fitness Committee and the AAAAI Quality Improvement/Measurement Science Group. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(2):e16986. Disponible en: https://www.aaaai.org/Aaaai/media/Media-Library-PDFs/Allergist%20Resources/Statements%20and%20Practice%20Parameters/Recommendations-for-physical-activity-in-asthma-Feb-2022.pdf
17. American Academy of Pediatrics. Asthma – Diagnosis and management. *Pediatric Care Online*. 2023. Disponible en: https://publications.aap.org/pediatriccare/article/doi/10.1542/aap.ppcqr.396134/1508/Asthma
18. Orme MW, Jayamaha AR, Santin L, Singh SJ, Pitta F. A Call for Action on Chronic Respiratory Diseases within Physical Activity Policies, Guidelines and Action Plans: Let's Move! *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16986. DOI: 10.3390/ijerph192416986
19. The importance of early asthma detection in children's health – News-Medical. 2025. Disponible en: https://www.news-medical.net/whitepaper/20250723/The-importance-of-early-asthma-detection-in-childrene28099s-health.aspx
20. Pediatric Asthma Risk Score (PARS) in clinical office — NEJM Evidence. 2023. The Pediatric Asthma Risk Score (PARS) is a validated risk score... *NEJM Evidence*. Disponibilidad: https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVIDoa2300026
21. Global Initiative for Asthma. GINA Pocket Guide 2023 (Spanish). Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Updated 2023. 2023. Disponible en: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/02/GINA-Pocket-Guide-2023-SPANISH-WMS.pdf

22. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.2). SEMG. 2023. Sección clasificación riesgo exacerbaciones en niños. Disponible en: https://www.semg.es/images/2023/documentos/GEMA_53.pdf
23. Li X, et al. Early prediction of pediatric asthma in the Canadian Healthy Infant Longitudinal Development (CHILD) cohort: machine learning models. *Pediatr Res*. 2023;94(6):1435-1443. DOI: 10.1038/s41390-023-02988-2 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36834929/
24. Chan M, Gray M, Burns C, Owens L, Woolfenden S, Lingam R, Jaffe A, Homaira N. Community-based interventions for childhood asthma using comprehensive approaches: a systematic review and meta-analysis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2021;17:19. DOI: 10.1186/s13223-021-00522-9 [PMC] https://aacijournal.biomedcentral.com/ articles/10.1186/s13223-021-00522-9 PubMed
25. Gill I, Shah A, Lee EK, Sommer R, Ross K, Bole A, Freedman D. Community interventions for childhood asthma ED visits and hospitalizations: a systematic review. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2021054825. DOI: 10.1542/peds.2021-054825 [PubMed] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36102121/ PubMed
26. Liu C, He F. Effectiveness of Community-Based Nursing Intervention for Pediatric Asthma Patients: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2023;52(10):2025-2035. DOI: 10.18502/ijph.v52i10.13840 [PMC] https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10612560/ PMCijph.tums.ac.ir
27. Tyris J, Keller S, Parikh K. Social Risk Interventions and Health Care Utilization for Pediatric Asthma: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2022;176(2):e215103. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.5103 [JAMA Pediatrics] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34870710/
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Noncommunicable diseases. 2023. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
29. Plaza V, Blanco M, Ferreira J, García G, Morete A, Quirce S, Soto-Campos G, Almonacid C; Comité Ejecutivo GEMA. Highlights of the Spanish Asthma Guidelines (GEMA), Version 5.4. Open Respiratory Archives. 2024;6(4):100356. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100356
30. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMG). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), versión 5.4. Madrid: SEMG; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf
31. Blanco-Aparicio M. Estudio de prevalencia de asma en población general. Open Respiratory Archives. 2023;6(1):100049. doi:10.1016/j.opresp.2023.100049.
32. Landa IU. Factores de desarrollo de asma en la edad adulta. Revista SEPAR. 2019;33(3):135-142. Disponible en: https://separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/135/178
33. Barría P, et al. Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y terapéutico. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26(2):161-168. doi:10.1016/j.rmclc.2015.01.003.
34. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMG). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA), versión 5.4. Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.semg.es/images/2024/documentos/GEMA_54.pdf
35. Plaza V, Blanco M, Ferreira J, García G, Morete A, Quirce S, Soto-Campos G, Almonacid C; Comité Ejecutivo GEMA. Highlights of the Spanish Asthma Guidelines (GEMA), Version 5.4. Open Respiratory Archives. 2024;6(4):100356. https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100356
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la gestión de las enfermedades crónicas. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf
37. Grupo de trabajo de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en:

- Control de cambios

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	15/08/2025	Inicio convenios interadministrativos GSP-PSPIC Octubre 2025
2	18/12/2025	Ajustes técnicos a los convenios interadministrativos GSP-PSPIC de acuerdo con el periodo de estabilización

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre (s)	Sandra Rodríguez Erica Ospina Heydi Hidalgo Mendez	Sofía Rios Marcela Martínez	Sofía Rios Marcela Martínez Claudia Cuellar Diana Walteros
Firma (s)			
Cargo	Profesional especializado Subdirección Determinantes Profesional especializado Subdirección de Acciones Colectivas	Subdirectora Determinantes Subdirectora Acciones Colectivas	Subdirectora Determinantes Subdirectora Acciones Colectivas Subdirectora Políticas públicas Subdirectora Vigilancia

Fecha	15/08/2025	Septiembre de 2025	Septiembre de 2025
	Diciembre 2025	Diciembre 2025	Diciembre 2025