

	GESTIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS BIBLIOTECARIOS		Código	FO-GS-15
			VERSIÓN	02
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN		FECHA	03/04/2017
			PÁGINA	1 de 1
ELABORÓ		REVISÓ		APROBO
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR (ES):

NOMBRE (S): LUNA CRISLEY APELLIDOS: VACA SANTIAGO

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE (S): DIANA CAROLINA APELLIDOS: TORRES CARREÑO

TITULO DEL TRABAJO (TESIS): SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL (ETMI-PLUS) EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023 EN NORTE DE SANTANDER.

Este proyecto se basó en el seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-PLUS) en el primer semestre del 2023 por parte de las EAPB presentes en Norte de Santander con casos de sífilis gestacional y VIH. Se plantearon actividades a partir de las directrices establecidas en la estrategia, las cuales fueron confirmadas con la aplicación de una lista de chequeo, cuyo fin fue el obtener datos sobre el diligenciamiento de los formatos establecidos en la estrategia y la concordancia de lo registrado en estos, para así evitar barreras en la continuidad y calidad de la atención de las gestantes y que esto permita cumplir con las metas establecidas en la eliminación de la transmisión materno-infantil, para luego ser analizados y socializados a las EAPB exponiendo lo encontrado. Adicionalmente se llevó a cabo seguimiento individual por vía telefónica a los casos notificados de sífilis gestacional y VIH. También se realizaron circulares solicitando a las EAPB el envío de los formatos establecidos en la estrategia para poder llevar un seguimiento y control de los casos. Finalmente, la implementación de las actividades favoreció el seguimiento a la adherencia de la estrategia ETMI-PLUS.

PALABRAS CLAVE: Sífilis gestacional, embarazo, VIH, plan de acción, salud pública.

PAGINAS: 351 PLANOS: 0 ILUSTRACIONES: 0 CD ROOM: 0

SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA
ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL (ETMI-PLUS) EN EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023 EN NORTE DE SANTANDER.

PRESENTADO POR:

LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSE DE CUCUTA

AÑO 2023

SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA
ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL (ETMI-PLUS) EN EL
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023 EN NORTE DE SANTANDER.

PRESENTADO POR:

LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO

Proyecto para trabajos de extensión modalidad pasantía para optar por el título de
enfermero profesional

DIANA CAROLINA TORRES

DIRECTOR(A)

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

SAN JOSE DE CUCUTA

AÑO 2023

Acta de sustentacion



ACTA DE SUSTENTACION N° 18
PROYECTO DE GRADO MODALIDAD PASANTÍA

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 29 DE JUNIO DE 2023 **HORA:** 8:00 A.M.

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-SALON 202 - BLOQUE C

PROGRAMA DE: ENFERMERÍA

TITULO DEL PROYECTO DE PASANTÍA: " SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (ETMI-PLUS) EN EL 1 SEM DE 2023 EN NORTE DE SANTANDER. "

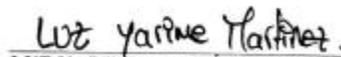
JURADOS: DIANA CAROLINA TORRES CARREÑO
LUZ YARIME MARTÍNEZ ROJAS
ASTRID GARAY

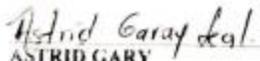
DIRECTOR: DIANA CAROLINA TORRES CARREÑO

NGMBRE DE LOS ESTUDIANTES:	CODIGO	NOTA	CALIFICACION
			(A) (M) (L)
<u>LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO</u>	<u>1801054</u>	<u>4.6</u>	<u>X</u>

FIRMA


DIANA CAROLINA TORRES CARREÑO
Jurado 1


LUZ YARIME MARTÍNEZ ROJAS
Jurado 2


ASTRID GARY
Jurado 3


Vu.Bo. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL
Directora Programa Enfermería

Dedicatoria:

Dedico mi trabajo a Dios primeramente, porque sin él nada de esto habría sido posible.

A mis padres, hermanos y mi tía Rubiela, por ser mi apoyo durante todo el proceso y siempre creer en mí.

A mi angelito que a pesar de no estar en vida para verme recibir un diploma universitario, siempre creyó en mí y apoyó cada una de mis locas ideas y porque su amor ha estado presente conmigo todos estos años.

A mis amigos, porque fueron mi apoyo moral y compañía cuando más lo necesitaba.

A BTS, SEVENTEEN, STRAY KIDS y el kpop en general por llenar mis noches de desvelos con su música y recargar mis energías con sus voces y letras preciosas.

Y, finalmente, a mí por no rendirme, porque sin importar cuantos obstáculos atravesé en este camino logré llegar a la meta, en el proceso crecí como persona y aunque muchas veces lo intentaron no dejé que mi llama, pasión y amor por la vida y por ayudar a los demás se apagara y pude mantenerme fiel a mí misma.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCION	23
2.	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	24
2.1	TITULO	24
2.2	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	24
2.3	OBJETIVOS	26
2.3.1	OBJETIVO GENERAL	26
2.3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
2.4	FORMULACION DEL PROBLEMA	26
2.5	JUSTIFICACION	27
2.6	DELIMITACIONES	29
2.6.1	DELIMITACIÓN ESPACIAL.	29
2.6.2	DELIMITACIÓN TEMPORAL.	29
2.6.3	DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.	30
2.7	RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES A DESARROLLAR	30
3.	REFERENTES TEORICOS	31
3.1	ANTECEDENTES	31
3.1.1	INTERNACIONALES	31
3.1.2	NACIONALES	34
3.1.3	LOCALES	36
3.2	MARCO TEORICO	38
3.2.1	TEORIA DEL CONTROL.	38
3.3	MARCO CONCEPTUAL	40

Transmisión Materno-Infantil:	40
Embarazo:	40
3.4 MARCO CONTEXTUAL	46
3.4.1 Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	46
3.5 MARCO LEGAL	51
3.6 MARCO ETICO	55
4. DISEÑO METODOLOGICO	57
4.1 DESCRIPCION DEL PROGRAMA A DESARROLLAR	57
5. PRESENTACIÓN RESULTADOS DEL PROYECTO DESARROLLADO	58
5.1 ACTIVIDAD 1-2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #1	58
5.1.1 ANALISIS	60
5.1.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL	60
5.2 ACTIVIDAD 1-3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #2	63
5.2.1 ANALISIS	64
5.2.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL	65
○ PRESENTACION	70
5.3 ACTIVIDAD 4 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #2	160
5.3.1 EVIDENCIA DOCUMENTAL	160
5.4 ACTIVIDAD 1 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	206
5.4.1 ANALISIS	206
5.4.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL	206
5.5 ACTIVIDAD 2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	294
5.5.1 ANALISIS	294

5.5.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL	295
5.6 ACTIVIDAD 3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	316
5.6.1 EVIDENCIA DOCUMENTAL:	316
6. CONCLUSIONES	329
7. RECOMENDACIONES	330
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	331
ANEXOS	344
ANEXO 1. ACTA DE ENTREGA	344
ANEXO 2. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS	345
ANEXO 3. CRONOGRAMA	348
ANEXO 4. PRESUPUESTO EJECUTADO	352

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Presentación resultados del proyecto ejecutado.....	58
Tabla 2. Objetivo específico N°1 con sus actividades 1-2.....	59
Tabla 3. Objetivo específico N°2 con sus actividades 1-3.....	63
Tabla 4. N° de fichas entregadas por EAPB.....	71
Tabla 5. SE REGISTRA LA FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION	72
Tabla 6. SE REGISTRA LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE LA GESTANTE CON SIFILIS.....	73
Tabla 7. SE REGISTRA LA NACIONALIDAD DE LA GESTANTE	73
Tabla 8. SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DE LA GESTANTE	74
Tabla 9. SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DE LA GESTANTE.....	74
Tabla 10. SE REGISTRA LA EDAD DE LA GESTANTE.....	75
Tabla 11. SE REGISTRA EL TIPO DE REGIMEN EN SALUD DE LA GESTANTE.....	75
Tabla 12. SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA	76
Tabla 13. SE REGISTRA LA PERTENENCIA ETNICA DE LA GESTANTE	76
Tabla 14. SE REGISTRA EL GRUPO POBLACIONAL DE LA GESTANTE.....	77
Tabla 15. SE REGISTRA EL AREA DE OCURRENCIA DEL CASO.....	77

Tabla 16. SE REGISTRA EL DEPARTAMENTO O DISTRITO DE RESIDENCIA ...	78
Tabla 17. SE REGISTRA EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA	78
Tabla 18. SE REGISTRA LA DIRECCION DE RESIDENCIA	79
Tabla 19. SE REGISTRA EL TELEFONO DE CONTACTO DE LA GESTANTE	79
Tabla 20. SE REGISTRA LA FECHA PROBABLE DEL PARTO.....	80
Tabla 21. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION PRESENTADA	81
Tabla 22. SE REGISTRA EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE SIFILIS.....	82
Tabla 23. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL DIAGNOSTICO DE SIFILIS EN SEMANAS	82
Tabla 24. SE REGISTRA SI LA GESTANTE SE LE REALIZO CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO	83
Tabla 25. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL	84
Tabla 26. SE REGISTRA SI SE REALIZO LA PRUEBA TREPONEMICA.....	85
Tabla 27. SE REGISTRA QUE TIPO DE PRUEBA TREPONEMICA SE LE REALIZO A LA GESTANTE.....	85
Tabla 28. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA TREPONEMICA	86
Tabla 29. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA	86

Tabla 30. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA TREPONEMICA	87
Tabla 31. SE REGISTRA SI SE REALIZO PRUEBA NO TREPONEMICA	88
Tabla 32. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA	88
Tabla 33. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA.	89
Tabla 34. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA	89
Tabla 35. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	90
Tabla 36. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES, SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA	91
Tabla 37. LA GESTANTE CUENTA CON LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS SEGÚN LA ESTRATEGIA.....	92
Tabla 38. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	92
Tabla 39. SE REGISTRA LA CLASIFICACION ESTADIO CLINICO DE LA SIFILIS	94
Tabla 40. SE REGISTRA LA APLICACIÓN DE PENICILINA BENZATINICA.....	95
Tabla 41. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA BENZATINICA.....	96

Tabla 42. SE REGISTRAN LAS FECHAS DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA.....	96
Tabla 43. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACION DE LA PENICILINA BENZATINICA.....	97
Tabla 44. SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA SIFILIS GESTACIONAL	98
Tabla 45. SE REGISTRA SI SE REALIZO DESENSIBILIZACION PARA LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA.....	98
Tabla 46. SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA PREVENIR LA SIFILIS CONGENITA	99
Tabla 47. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	100
Tabla 48. SE REGISTRA TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA DE SEGUIMIENTO REALIZADA DURANTE LA GESTACION	101
Tabla 49. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA	102
Tabla 50. SE REGISTRA EL REPORTE DEL RESULTADO EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	103
Tabla 51. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	103
Tabla 52. SE REGISTRA SI LA GESTANTE REQUIRIO RETRATAMIENTO	104

Tabla 53. SE REGISTRA LA CAUSA DEL RETRATAMIENTO	105
Tabla 54. SE REGISTRA SI HUBO APLICACIÓN DE PENICILINA BENZATINICA	106
Tabla 55. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA	106
Tabla 56. SE REGISTRA LA FECHA DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA.....	107
Tabla 57. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA	108
Tabla 58. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	109
Tabla 59. SE REGISTRA SI SE REALIZO NOTIFICACION AL CONTACTO SEXUAL	111
Tabla 60. SE REGISTRA SI SE REALIZO TRATAMIENTO AL CONTACTO SEXUAL.	111
Tabla 61. SE REGISTRA SI SE APLICO PENICILINA BENZATINICA AL CONTACTO SEXUAL.	112
Tabla 62. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA BENZATINICA.....	113

Tabla 63. SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA.....	113
Tabla 64. SE REGISTRA SI NO SE UTILIZO PENICILINA BENZATINICA, EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO UTILIZADO.	114
Tabla 65. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	115
Tabla 66. SE REGISTRA LA SITUACION DE LA GESTANTE CON RELACION AL EMBARAZO ACTUAL	116
Tabla 67. SE REGISTRA LA FECHA DEL PARTO.....	117
Tabla 68. SE REGISTRA LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO.....	118
Tabla 69. SE REGISTRA EL NUMERO DE PRODUCTOS AL NACIMIENTO.....	119
Tabla 70. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	119
Tabla 71. SE REGISTRA EL PESO DEL RECIEN NACIDO	120
Tabla 72. SE REGISTRA EL SEXO DEL RECIEN NACIDO	121
Tabla 73. SE REGISTRA EL REGIMEN DE SALUD AL QUE PERTENECE EL RECIEN NACIDO.....	122
Tabla 74. SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA	122
Tabla 75. SE REGISTRAN LOS NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO	123

Tabla 76. SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DEL RECIEN NACIDO	124
Tabla 77. SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO.....	125
Tabla 78. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	125
Tabla 79. SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO	127
Tabla 80. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA EN EL MOMENTO DEL PARTO.....	128
Tabla 81. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	129
Tabla 82. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA	129
Tabla 83. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA	130
Tabla 84. SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO.....	131
Tabla 85. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO.....	132
Tabla 86. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	133

Tabla 87. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	133
Tabla 88. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA	134
Tabla 89. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	135
Tabla 90. SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO DESCARTADO DE SIFILIS	137
Tabla 91. SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO SANO AL QUE SE LE APLICO DOSIS PROFILACTICA CON PENICILINA BENZATINICA	138
Tabla 92. SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE SIFILIS CONGENITA.....	139
Tabla 93. SE REGISTRA SI LA NIÑA O NIÑO CON SIFILIS CONGENITA RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA CRISTALINA	140
Tabla 94. SE REGISTRA SI LA NIÑA O NIÑO RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA CRISTALINA POR 10 DIAS	141
Tabla 95. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA.....	142
Tabla 96. SE REGISTRA EL CRITERIO UTILIZADO EN EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA	143

Tabla 97. SE REGISTRA SI HUBO SEGUIMIENTO A LA NIÑA O NIÑO CON SIFILIS CONGENITA	144
Tabla 98. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO PEN EL SEGUIMIENTO.....	145
Tabla 99. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA	146
Tabla 100. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA	147
Tabla 101. SE REGISTRA EL CRITERIO DE CURACION DE LA NIÑA O NIÑO .	148
Tabla 102. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA	149
Tabla 103. SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE HACE EL SEGUIMIENTO DE SIFILIS.....	150
Tabla 104. SE REGISTRA EL NOMBRE DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACION	151
Tabla 105. SE REGISTRA EL CARGO DE QUIEN HACE EL SEGUIMIENTO	152
Tabla 106. SE REGISTRA EL TELEFONO CELULAR DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION	152
Tabla 107. SE REGISTRA EL CORREO ELECTRONICO DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION	153
Tabla 108. PLAN DE MEJORAMIENTO	156

Tabla 109. ACTIVIDAD 4 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #2	160
Tabla 110. MATRIZ INSTRUCCIONAL	165
Tabla 111. Marcadores serológicos del VHB y su interpretación.....	182
Tabla 112. ACTIVIDAD 1 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	206
Tabla 113. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE VIH.....	209
Tabla 114. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE SIFILIS	217
Tabla 115. ACTIVIDAD 2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	294
Tabla 116. INFORME DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO A LAS MATERNAS NOTIFICADAS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA #1 Y LA #19	295
Tabla 117. ACTIVIDAD 3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3	316
Tabla 118. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS	345
Tabla 119. CRONOGRAMA.....	348
Tabla 120. PRESUPUESTO EJECUTADO	352

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia	61
Ilustración 2. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia	61
Ilustración 3. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia	61
Ilustración 4. Evidencia de la socialización de la base de datos con las entidades correspondientes.	62
Ilustración 5. Evidencia de la lista de chequeo	158
Ilustración 6. Evidencia de la lista de chequeo	158
Ilustración 7. Evidencia de la lista de chequeo	159
Ilustración 8. Evidencia de la lista de chequeo	159
Ilustración 9. Metas de eliminación de la ETMI-PLUS	169
Ilustración 10. Interpretación de marcadores serológicos en el niño o niña expuesto al VHB y pasos a seguir.	190
Ilustración 11. Evidencia de la grabación de la socialización por medio de Meet.	200
Ilustración 12. Evidencia de la grabación de la socialización por medio de Meet.	200
Ilustración 13. Evidencia de la lista de asistencia a la actividad	201
Ilustración 14. Evidencia fotografía de la socialización	202

Ilustración 15. Evidencia fotografía de la socialización	202
Ilustración 16. Evidencia fotografía de la socialización	203
Ilustración 17. Evidencia fotografía de la socialización	203
Ilustración 18. Evidencia de las diapositivas utilizadas en la socializacion.	204
Ilustración 19. Evidencia de las diapositivas utilizadas en la socializacion.	205
Ilustración 20. Evidencia de la solicitud de las fichas de seguimiento a las EAPB.	291
Ilustración 21. Evidencia de la solicitud de las fichas de seguimiento a las EAPB.	291
Ilustración 22. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.	292
Ilustración 23. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.	293
Ilustración 24. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.	293
Ilustración 25 Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	312
Ilustración 26 Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	312
Ilustración 27. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	313
Ilustración 28. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	313
Ilustración 29. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	314
Ilustración 30. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	315

Ilustración 31. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas	315
Ilustración 32. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	317
Ilustración 33. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	318
Ilustración 34. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	319
Ilustración 35. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	320
Ilustración 36. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	321
Ilustración 37. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	322
Ilustración 38. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	323
Ilustración 39. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	324
Ilustración 40. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	325

Ilustración 41. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	326
Ilustración 42. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	327
Ilustración 43. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA	328
Ilustración 44. Anexo del acta de entrega del proyecto.	344

1. INTRODUCCION

La transmisión vertical, que comprende la transferencia de infecciones de la madre al feto o recién nacido durante el proceso de maternidad, planteando preocupaciones de salud pública significativas. En particular, el VIH, la sífilis, la hepatitis B y el Chagas son ejemplos comunes de infecciones que se transmiten de esta manera.

Con el objetivo de abordar este desafío de salud pública, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha presentado el marco para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas (ETMI-PLUS). Este marco propone una serie de estrategias e intervenciones destinadas a mujeres antes y durante el embarazo, así como a púerperas y sus recién nacidos.

Por lo tanto, el Instituto Departamental de Salud (IDS), en colaboración con la Universidad Francisco de Paula Santander, se ha embarcado en un proyecto destinado a evaluar y mejorar la adherencia a la estrategia ETMI-PLUS. Este proyecto tiene como objetivo abordar las deficiencias identificadas en el departamento, incluyendo aspectos como el reporte, seguimiento y utilización de los formatos establecidos en la estrategia. Además, se buscará identificar las necesidades, carencias y oportunidades de mejora en las instituciones involucradas, implementando enfoques como la vigilancia en salud pública, la creación y actualización de instrumentos de análisis y evaluación, capacitación de instituciones y seguimiento de casos.

2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

2.1 TITULO

Seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-PLUS) en el primer semestre del año 2023 en Norte de Santander.

2.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La transmisión vertical comprende el concepto de todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes a la maternidad como lo son el embarazo, el parto y la lactancia, las cuales pueden ser causadas por virus, bacterias o en casos raros por parásitos. Entre las transmisiones verticales más comunes y las cuales se consideran un problema de salud pública en el país, podemos encontrar el VIH, la sífilis, la Hepatitis B y el Chagas, las cuales comprenden el marco de objetivos estipulados en la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI-PLUS) (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el 2017 se estimaba que cada año en América Latina y el Caribe 2.100 niños nacían y contraían VIH de sus madres, 22.400 se infectaban con sífilis, alrededor de 9.000 nacían con Chagas y cerca de 6.000 contraían el virus de la Hepatitis B. Estas siendo enfermedades que si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo pueden llegar a generar abortos, muerte fetal, malformaciones congénitas y neurológicas, problemas cardiacos, cirrosis, cáncer de hígado, y en algunos casos hasta la muerte.

Por ello para poner fin a la transmisión vertical de estas cuatro enfermedades, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzo el marco para la Eliminación de la

Transmisión Materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas (ETMI-PLUS), una hoja de ruta con estrategias e intervenciones dirigidas a las mujeres antes y durante el embarazo, así como a las puérperas y a sus recién nacidos (Organización Panamericana de la Salud, 2023, 27 de abril).

Dentro de la estrategia se encuentra Norte de Santander como departamento priorizado ya que este se encuentra entre las entidades territoriales con mayores porcentajes tanto bruto como neto de transmisión materno-infantil por VIH y Hepatitis B para el año 2019, actualmente las entidades territoriales han estado trabajando en el cumplimiento de la estrategia, pero aún se siguen encontrando muchas falencias por parte de las EAPB y las mismas entidades territoriales locales en cuanto al seguimiento y reporte de los casos, por ello se ve la necesidad de realizar un seguimiento a la adherencia de la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI-PLUS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El Instituto Departamental de Salud (IDS) en convenio con la Universidad Francisco de Paula Santander por parte de la pasante de enfermería realizara un seguimiento a la adherencia de la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI-PLUS), debido a las falencias que se han encontrado a nivel departamental en cuanto al reporte, seguimiento y uso de los formatos establecidos en la estrategia, por otra parte se hace necesario indagar las necesidades, falencias y oportunidades de mejora en las instituciones involucradas en el proceso, implementando estrategias como la vigilancia en salud pública, creación y actualización de instrumentos para el análisis y evaluación de los formatos de seguimiento establecidos por la estrategia, procesos de capacitación a las instituciones correspondientes para la implementación del plan y realizar un seguimiento adecuado a los casos que se presenten.

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-PLUS) en el primer semestre del año 2023 en Norte de Santander.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Construir una base de datos de las entidades territoriales con el fin de mejorar la comunicación y la oportunidad de la información requerida.
- Diseñar herramientas para evaluar la calidad de la información presentada de los casos de Sífilis gestacional en Norte de Santander.
- Fortalecer el seguimiento en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva de los casos de VIH y Sífilis gestacional notificados por las entidades territoriales.

2.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo lograr la adecuada adherencia del plan estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil en Norte de Santander durante el primer semestre del 2023?

2.5 JUSTIFICACION

El grado de desarrollo de un país está determinado principalmente por la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, los niños y las niñas, quienes representan los pilares fundamentales del desarrollo de la sociedad actual y futura.

Para el país es de suma importancia que la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incorpore dentro de sus prioridades de salud pública la prevención y la atención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y la sífilis gestacional y congénita, que afectan en forma creciente a las mujeres y sus recién nacidos en nuestro país, y que el Estado debe propender por preservarlas (GOV.CO, 2023, 27 de abril).

Aunque en las últimas décadas se han obtenido importantes avances en el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, aún es necesaria la implementación de iniciativas y estrategias que impacten favorablemente la salud y el bienestar del binomio madre hijo, incluidos en el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de Naciones Unidas, aprobados en septiembre de 2015.

El objetivo de la eliminación es garantizar la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y materno-infantil de calidad para reducir y controlar la transmisión del VIH, la sífilis y el VHB entre las madres y sus hijos, y proporcionar el mejor tratamiento disponible a la madre, de modo que la incidencia se reduzca a un nivel muy bajo y deje de ser un problema de salud pública.

Alcanzar y mantener la eliminación requiere un fuerte compromiso político y de salud pública, incluida la adopción de marcos jurídicos y normativos propicios que mantengan los

programas y servicios de prevención primaria, atención y tratamiento, que a su vez también requiere un sistema de vigilancia sólido para detectar los casos incidentes y monitorear los indicadores del rendimiento a lo largo del tiempo que garanticen el acceso continuo y sin problemas a servicios que proporcionen prevención y tratamiento primarios de calidad para las mujeres y las adolescentes y sus recién nacidos (o niños pequeños), a lo largo de la vida; que presten servicios que respeten y protejan los derechos humanos y garanticen la igualdad de género y la participación de la comunidad; y dispongan de sistemas de vigilancia funcionales con la capacidad de detectar y monitorear de manera integral a las mujeres con infección o en riesgo de contraerla, así como los resultados observados en los niños (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El fortalecimiento del sistema de salud para abordar la transmisión vertical sirve para mejorar una amplia gama de servicios y resultados de salud materno-infantil. Esto contribuye directamente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 5 y 10, que aspiran a garantizar la salud y el bienestar para todos, lograr la igualdad de género, empoderar a las mujeres y las niñas, y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios y productos básicos (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El plan específico para la eliminación de la transición materno-infantil tiene como objetivo fortalecer la atención de la mujer en edad fértil, la gestante y sus hijos e hijas a fin de orientar los esfuerzos del país hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil para el año 2030. Esto a través de líneas operativas como la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo en salud, y la gestión de la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, la ejecución del presente proyecto de pasantía por parte del estudiante del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, pretende fortalecer el bienestar de las maternas que presenten Sífilis gestacional o VIH y sus hijos e hijas al evitar la transmisión vertical de estas patologías, esto a través del seguimiento de la adherencia adecuada a la estrategia del departamento de Norte de Santander. De igual forma, en visión de interdependencia el proyecto contribuirá al desarrollo de capacidades y logro de habilidades tanto científicas, técnicas e investigativas como requeridas para formar un profesional íntegro y completo, llevando a cabo estrategias de gestión organizacional encaminadas al mejoramiento del sector salud del municipio de Cúcuta.

2.6 DELIMITACIONES

2.6.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.

El presente proyecto será desarrollado en el Instituto Departamental de Salud desde la oficina de Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos.

2.6.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL.

El proyecto de pasantías fue aprobado por el comité curricular de la Facultad de Enfermería para su desarrollo el día 21 de marzo de 2023. La implementación del plan operativo se iniciará a partir del día 10 de abril de 2023 hasta el día 16 de junio de 2023, el cual tendrá una duración de 11 semanas con un horario de 7 am hasta la 1 pm. Cabe mencionar que en ocasiones se cumplirá jornadas completas hasta las 6 pm, debido a la necesidad de cumplir con las 300 horas estipuladas para la modalidad de grado de pasantías.

2.6.3 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.

En este proyecto se emplearon como referentes primarios los siguientes conceptos:

Transmisión vertical.

Transmisión materno-infantil.

VIH.

Sífilis gestacional.

Plan de Acción.

Plan de acción.

Salud Pública.

EAPB.

2.7 RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES A DESARROLLAR

En este proyecto se obtendrán resultados relevantes en cuanto al cumplimiento de los procesos de salud que se realizan en el Instituto Departamental de Salud, principalmente al momento de llevar un seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI PLUS), lo cual permitirá a la institución mejorar y fortalecer la implementación de esta estrategia a nivel departamental.

3. REFERENTES TEORICOS

3.1 ANTECEDENTES

3.1.1 INTERNACIONALES

Moreno R., et al, En el año 2021, realizaron un estudio de revisión de publicaciones con carácter descriptivo, con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica de diversas publicaciones relacionadas a medidas de prevención para disminuir la transmisión vertical del VIH durante la gestación, en dicho estudio se pudo encontrar que el uso de antirretrovirales combinados (TARc) en la gestante infectada y el recién nacido expuesto, la culminación del embarazo mediante cesárea electiva, así como la alimentación al recién nacido con leche artificial, cuando son aplicados oportunamente reducen la transmisión materno infantil a menos del 2%, siendo primordial para ello el acceso temprano al control prenatal, tamizaje para VIH y diagnóstico precoz del VIH en la gestante (Reyes, K., Ayala, F. & Velásquez, C., 2021).

En el año 2018 Albornoz M. y Lazarte S., en Argentina realizaron un estudio analítico de corte transversal en 278 puérperas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes, mediante prueba de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test), TP-PA (Treponema pallidum particle agglutination assay) y una encuesta sobre factores socioeconómicos, conductas de riesgo y factores maternos, entre octubre de 2014 y marzo de 2015 con el fin de establecer la prevalencia de sífilis en puérperas sin serología en el último mes de gestación; detectar factores que influyeron en dicha prevalencia; e identificar causas de control prenatal (CPN) inadecuado de sífilis. Como resultado de dicho estudio se encontró que la prevalencia fue de 2,9% (IC95%: 1,5-5,6%), con 3 casos de sífilis actual y 5 de sífilis pasada. Los factores de

riesgo detectados fueron: ser adulta joven, no trabajar, tener menor número de hijos y haber tenido un mortinato. Un CPN adecuado se relacionó con ser adulta, tener mayor nivel de instrucción y estar casada. No tener hábitos tóxicos actuó como factor de protección, y la causa más frecuente de CPN inadecuado fue la falta de solicitud por el médico. Por lo que se puede afirmar que en dicho estudio se detectó una prevalencia superior a la nacional (1,321%), y se identificaron algunos factores de riesgo. Para prevenir la transmisión de sífilis, sería esencial fortalecer los servicios de atención prenatal existentes (Albornoz, M., & Lazarte, S., 2018).

Igualmente, en el 2018 Anangono et al, desarrollaron una revisión bibliográfica centrándose en el estudio de la transmisión vertical del VIH, específicamente de su tratamiento en las diferentes etapas de riesgo de contagio de la madre hacia el hijo, las cuales son durante el embarazo, en el trabajo de parto, en el momento del parto y después de este, durante la lactancia materna, en dicho estudio se encontró que para el año 2012 la Organización Mundial de la Salud publicó un manual o guía para el uso de antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la transmisión al lactante, el cual diferencia el tratamiento de la profilaxis. Asimismo, define tres planes a seguir A, B (para la profilaxis) y B+ (Tratamiento Antirretroviral - TAR de por vida en todas las embarazadas seropositivas), los dos primeros aplicables con recuentos de CD4, y el último, con importantes ventajas que superan a los otros planes por aplicarse indistintamente del recuento, durante toda la vida de la mujer seropositiva para garantizar mejores resultados en su salud y por ende la de sus hijos. (Morales, H., Peláez, G., & Rodríguez, H., 2019).

En el 2017 en Guinea Ecuatorial, Sánchez et al, elaboraron un estudio aplicado, longitudinal y descriptivo, a 43 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple con el antecedente de madres seropositivas, en el año 2016, en el Hospital Provincial "Bonifacio Ondo

Edú", de Evinayong caracterizar el estado de salud de los niños/as hijos de madres VIH/ Sida en el Hospital. Como Resultado se observó una mayor prevalencia de niños nacidos a término, con buen peso al nacer y por vía vaginal, encontrándose que el total de los que no cumplieron con el protocolo de seguimiento establecido pasaron a la condición actual de enfermos. Esto llevando a la conclusión de que la atención integral a los niños expuestos hijos de madres con VIH/Sida del distrito de Evinayong, resultó ser válida al garantizar en los mismos una baja tasa de transmisión vertical, lo que permitió confeccionar una propuesta de guía integral de trabajo que define acciones diagnósticas, terapéuticas y promocionales (Cabrera, J., Mora, O., & Sanabria, J., 2017).

En el 2016 en Venezuela, Avila A. et al, realizaron un estudio descriptivo con una muestra conformada por 175 embarazadas entre 14 a 43 años, a las cuales se les descartó Toxoplasmosis, Anticuerpos Reagínicos por VDRL cualitativa, VIH, hepatitis B (Anti-HBsAg, HBsAg, anti-Core); hepatitis C (Anticuerpos totales), a través de ultramicroELISA (UMELISA). Esto con el fin de identificar la presencia de infecciones de transmisión vertical: toxoplasmosis, VIH, sífilis, Hepatitis B y C, durante el periodo noviembre 2013 a mayo 2014. Los resultados del estudio arrojaron Anticuerpos Anti Toxoplasma gondii positivas en 27,4%, donde el 31,2% de estas embarazadas presentaron títulos de anticuerpos de 1/512, Los Anticuerpos Anti-VIH resultaron positivos en 0,6%, El 99,4% mostraron un VDRL No Reactivo, El 38,9% tuvo un resultado positivo para anticuerpos contra el antígeno de superficie de la hepatitis B, los marcadores HBsAg y Anti-Core resultaron negativos en un 100%; el 1,7% fue positivo para anticuerpos totales contra el virus de la Hepatitis C. Debido a lo anterior se llegó a la conclusión de que el despistaje de enfermedades infecciosas que representan factores de riesgo de transmisión vertical en embarazadas, constituye uno de los medios más oportuno para diagnosticar estas patologías y

prevenir la morbilidad materna e infantil (Ávila, A., Gómez, M., Castillo, E., Guerra, M., Álvarez, Y., Bastiste, K., & Carrasco, M., 2016).

3.1.2 NACIONALES

Angelica Maria Calle-Ramirez, et. Al, del 2017 al 2020 realizaron un estudio con el fin de determinar los perfiles de morbilidad materna extrema de acuerdo con las condiciones clínicas y sociodemográficas de pacientes colombianas y venezolanas, este se realizó como un estudio observacional, transversal y retrospectivo con intención analítica de asociación, incluyendo embarazadas con diagnóstico de morbilidad materna extrema atendidas entre enero de 2017 hasta junio de 2020, en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia, Colombia. En este estudio se estudiaron 300 colombianas y 29 venezolanas embarazadas con diagnóstico de morbilidad materna extrema y edad promedio de 27 años y 26 las segundas. El 51.7% (n = 155) de las colombianas y 17 de 29 venezolanas tenían antecedente de embarazo, 15% y 5 de 17 con antecedente de morbilidad materna extrema, respectivamente. Las comorbilidades de mayor prevalencia en las colombianas fueron: diabetes, hipotiroidismo, VIH, sífilis, obesidad y consumo de sustancias psicoactivas. Por su parte las venezolanas tuvieron más casos de hipertensión arterial. Llegando a la conclusión de que los perfiles de las pacientes colombianas con morbilidad materna extrema estuvieron conformados por características de la salud materna y los de las venezolanas además por condiciones sociodemográficas y comorbilidades (Calle, A., Ramírez B., & Quirós, O., 2022).

Amador et. Al, en el 2017 realizaron un estudio descriptivo retrospectivo donde se analizó la información contenida en 97 casos de sífilis gestacional confirmados durante las primeras 15 semanas epidemiológicas de 2012 a 2015. En dicho estudio se pudo encontrar que el grupo etario

más afectado fue de 15 a 35 años, con predominio de 24 años, 41% de las maternas tuvieron resultados de la prueba serológica en el I trimestre de embarazo, 14% de las maternas reporta haber padecido previamente sífilis, 97% iniciaron tratamiento con penicilina benzatina, 69% de los contactos sexuales no se diagnosticaron, ni trataron; cada año entre 3 y 5 de cada seis casos son incidentes mostrando el aumento de la sífilis gestacional, con una tasa de 0,87 por cada mil nacidos vivos. Por ello podríamos decir que la prevalencia de sífilis gestacional refleja una baja cobertura del programa de Infecciones de Transmisión Sexual. La vigilancia epidemiológica es pasiva, falta gestión, prevención, captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para cumplir la meta de erradicación de la sífilis gestacional se hace necesario integrar las acciones de los programas de control de éstas, con el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo. Debido a esto se llegó a la conclusión de que la sífilis gestacional se mantiene como prevalente en la ciudad de Montería, identificando-se entre 1 y 5 casos en cada semana epidemiológica. (Ahumada, C., Lavalle, M., & Chamorro, V., 2017).

Gómez A. et Al en el 2014 realizaron una estudio descriptivo de cohorte histórica, donde se incluyeron pacientes gestantes con diagnóstico confirmado de infección por VIH que asistieron al control prenatal y a quienes se les atendió el parto y el puerperio entre enero de 2003 y diciembre de 2011, en el Hospital Simón Bolívar, institución de tercer nivel de complejidad, centro de referencia para pacientes con VIH, ubicado en el noroccidente de Bogotá. Esto con el fin de describir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas a la infección por VIH en el Hospital Simón Bolívar en los años en que se llevó a cabo el estudio, en él se pudo evidenciar que un total de 136 pacientes tenían diagnóstico de VIH confirmado en la institución, de estas se obtuvo información completa en 106 (78 %). No hubo ningún caso de muerte materna y se presentaron 2 casos de muerte fetal en útero. Las principales comorbilidades maternas encontradas fueron

anemia (18 %), ETS (22,6 %), neumonía (5,7 %) y fiebre puerperal (4,7 %). Las comorbilidades perinatales más frecuentes fueron bajo peso al nacer (21,7 %) y convulsiones (2,8 %). No se encontró asociación entre la carga viral y el recuento CD4 con la morbilidad materna o perinatal. Por lo anterior se puede decir que la paciente gestante con infección por VIH presenta en general un ligero aumento de las complicaciones maternas y perinatales, resaltando la importancia de realizar nuevos estudios en los diferentes grupos poblacionales para poder valorar adecuadamente todas estas asociaciones (Gómez. C., Carrillo, E., & Rodríguez, A., 2014).

3.1.3 LOCALES

En el año 2022 Ruedas et al; realizaron un estudio de caso en Norte de Santander con el fin de reportar el caso de una gestante, migrante de nacionalidad venezolana, diagnosticada con sífilis secundaria y coinfección por VIH, este estudio se realizó en una revisión de la literatura relacionada, donde se presentó el caso de una mujer de 22 años con embarazo de 20,6 semanas, sin controles prenatales, consulta por lesiones cutáneas de 3 meses de evolución. Se diagnostica sífilis secundaria, se inicia tratamiento, y se remite a la paciente al servicio de atención en población migrante. Posteriormente, se diagnostica coinfección por VIH, además infectología indica terapia antirretroviral (TAR). Sin embargo, el tratamiento no se inicia debido a su condición de migrante ilegal. Transcurridos 3 meses, la paciente consulta por dolor pélvico. Se decide finalizar embarazo vía cesárea y realizar ligadura tubárica. Se implementó profilaxis preoperatoria. Se obtuvo producto de sexo femenino en el que se descartó sífilis congénita y que se consideró de bajo riesgo para infección por VIH, esto permitió llegar a la conclusión de que la incidencia de sífilis gestacional en pacientes venezolanos que han migrado a Colombia se ha incrementado notablemente. Se deben instaurar políticas en salud pública que faciliten el acceso a los servicios

de salud y a programas de prevención de ETS en esta población (Ruedas, L., Bautista, S. & Melo, H., 2022).

Escobar L. y Arias A. realizaron un estudio en Cúcuta, Norte de Santander de tipo observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo comprendido entre el año 2017 al 2020 en 3 centros hospitalarios de tercer nivel de la ciudad de San José de Cúcuta, Colombia, donde se incluyeron 29 gestantes con diagnóstico confirmado de VIH con un total de 32 recién nacidos expuestos, esto con el fin de caracterizar a los recién nacidos expuestos al VIH materno en 3 centros hospitalarios de referencia en Cúcuta, Colombia; ciudad con la mayor atención al migrante venezolano durante la crisis migratoria, determinando los indicadores del proceso, factores de riesgo asociados, el abordaje del protocolo de prevención perinatal del VIH en las maternas y los recién nacidos expuestos, la tasa de transmisión vertical, entre otros. En dicho estudio se identificaron factores de riesgo para transmisión materno-infantil del VIH tales como: ausencia de controles prenatales (100%), ausencia de TAR durante la gestación (100%), diagnóstico materno tardío en el intraparto (66.6%) o en el puerperio (33.3%), no administración de profilaxis anteparto con ZDV (33.3%). Además, en el 59.3% de los recién nacidos expuestos al VIH se evidenciaron errores en cuanto a la posología de profilaxis antirretroviral. En 3 niños se realizó un diagnóstico confirmatorio de VIH acorde a los lineamientos establecidos por el ministerio nacional de salud en la GPC del año 2014, evidenciándose una tasa de TMI del VIH de 9.3%, cifra muy por encima de la meta establecida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la eliminación de la TMI del VIH ($\leq 2\%$). El 33.4% de las gestantes incluidas en el estudio eran de procedencia venezolana, lo cual evidencia el impacto generado en los últimos 5 años respecto al aumento de casos de maternas con VIH/SIDA en la región de Norte de Santander (Leonardo, C. & A., 2020).

3.2 MARCO TEORICO

3.2.1 *TEORIA DEL CONTROL.*

La teoría del control es una teoría gerencial que se enfoca en el proceso de medición y evaluación del desempeño para asegurar el logro de los objetivos organizacionales. Esta teoría aplicada al seguimiento de la adherencia de un plan de acción en salud pública, puede ser útil para garantizar que se están cumpliendo los objetivos y que se están tomando medidas correctivas en caso de desviaciones (Lectura Control El Proceso Administrativo Puntos Clave, 2021, 1 de mayo).

El proceso de control en el seguimiento de la adherencia de un plan de acción en salud pública puede incluir los siguientes pasos:

1. Establecimiento de objetivos y estándares: El primer paso en el proceso de control es establecer objetivos y estándares claros para el plan de acción. Esto puede incluir la definición de indicadores de salud y el establecimiento de metas específicas para cada indicador. En el caso de un plan de acción en salud pública, los objetivos podrían reducir la incidencia de una enfermedad específica o mejorar la calidad de los servicios de salud.
2. Medición del desempeño: Una vez que se han establecido los estándares, se debe medir el desempeño en relación con ellos. Esto puede incluir la recolección de datos sobre la adherencia a las intervenciones de salud pública, el monitoreo de indicadores de salud clave y la evaluación de la calidad de los servicios de atención médica.

3. Establecimiento de un sistema de monitoreo y medición: Para controlar el progreso del plan de acción en salud pública, se debe establecer un sistema de monitoreo y medición que permita medir y evaluar el desempeño en relación con los estándares establecidos. Por ejemplo, se podrían medir indicadores como la tasa de vacunación o el número de pacientes que reciben atención médica.
4. Evaluación y retroalimentación: La teoría del control también implica la evaluación y retroalimentación continua del desempeño. Los resultados de las mediciones deben ser comparados con los estándares establecidos y las desviaciones deben ser corregidas. Además, se debe proporcionar retroalimentación a los equipos y responsables de la implementación del plan de acción, para que de esta forma se pueda ajustar el plan de acción para mejorar la adherencia. Esto puede incluir ajustes en las intervenciones de salud pública, la capacitación de los proveedores de atención médica y la mejora de la coordinación entre los equipos de atención médica.
5. Acción correctiva: Si el desempeño está por debajo de los estándares, se deben tomar medidas correctivas para asegurarse de que se están cumpliendo los objetivos del plan de acción en salud pública.
6. Monitoreo continuo: Una vez que se han tomado medidas correctivas, es importante continuar monitoreando el progreso y realizar ajustes según sea necesario. El monitoreo continuo puede incluir la recopilación de datos adicionales y la revisión regular de los indicadores de salud.

En resumen, la teoría del control puede ser una herramienta útil para el seguimiento de la adherencia de un plan de acción en salud pública. Permite el establecimiento de objetivos y

estándares claros, la identificación de los factores críticos que afectan el logro de esos objetivos, el establecimiento de un sistema de monitoreo y medición, la evaluación y retroalimentación continua del desempeño y la toma de acciones correctivas cuando sea necesario (*Control*, 2023).

3.3 MARCO CONCEPTUAL

Las siguientes definiciones son correspondientes a éste trabajo de pasantía:

Transmisión Materno-Infantil: Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

La transmisión de la infección de la madre a su hijo, puede ocurrir en útero (congénita), en el momento o alrededor del momento del parto (perinatal) o posteriormente (posnatal) como puede ocurrir en la transmisión de microorganismos mediante lactancia materna. Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por:

- Infección ascendente de la vagina superior por el cuello uterino al líquido amniótico
- Propagación hematogena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia.

El feto puede ser afectado no solo mediante la transmisión directa del agente, sino también indirectamente por las consecuencias de infección materna, tales como nacimiento de pretérmino o retraso del crecimiento intrauterino (IUGR) (Centro Latinoamericano de Perinatología & Salud de la Mujer y Reproductiva, 2012).

Embarazo: Según el Instituto Nacional de Cáncer define el embarazo como el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura

aproximadamente 288 días. También se llama gestación (Instituto Nacional del Cáncer, 2023, 12 de febrero).

Durante el embarazo, se producen cambios fisiológicos, hormonales, metabólicos e inmunológicos importantes para permitir el crecimiento y desarrollo del feto. Estos cambios incluyen el aumento del tamaño del útero, la producción de hormonas como el estrógeno y la progesterona, y el aumento de la circulación sanguínea para proporcionar nutrientes y oxígeno al feto en crecimiento (Carrillo, P., García, A., Soto, M., Rodríguez, G., Pérez, J., & Martínez, D., 2021).

El embarazo dura normalmente unas 40 semanas desde la última menstruación de la mujer, aunque puede variar en función de la duración del ciclo menstrual de cada mujer. El proceso de embarazo se divide en tres trimestres, cada uno de los cuales tiene una serie de hitos importantes en el desarrollo fetal y cambios en el cuerpo de la mujer (Pérez, L., 2020).

En resumen, el embarazo es un proceso biológico complejo que involucra una serie de cambios en el cuerpo de la mujer y el desarrollo de un feto en su útero. Es importante que las mujeres se cuiden adecuadamente durante el embarazo para garantizar un resultado saludable tanto para ellas como para sus bebés.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) El VIH, que es el virus de la inmunodeficiencia humana, afecta al sistema inmunológico y reduce la capacidad del cuerpo para combatir diversas infecciones y tipos de cáncer que son fácilmente combatidos por personas con un sistema inmunológico más fuerte. Conforme el virus daña las células inmunológicas y afecta el funcionamiento normal del sistema

de defensa, la persona infectada experimenta una progresiva inmunodeficiencia. Se evalúa la función inmunológica mediante el conteo de linfocitos CD4.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es la fase más avanzada de la infección por el VIH y, dependiendo de la persona y la ausencia de tratamiento, puede tardar varios años en aparecer. Las personas que tienen sida pueden padecer ciertos tipos de cáncer e infecciones, así como otras enfermedades crónicas graves (Organización Mundial de la Salud, 2023, 13 de julio).

Sífilis Gestacional: La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluidas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado. Es una forma grave de sífilis que puede tener consecuencias graves para la salud del feto, incluyendo aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y deformidades congénitas (Díaz, L., 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sífilis gestacional es una de las principales causas evitables de mortalidad fetal y neonatal en todo el mundo. Se estima que en el mundo, cada año, cerca de 1.5 millones de mujeres embarazadas tienen sífilis, y que la mitad de los embarazos afectados por la sífilis terminan en muerte fetal o neonatal (Organización Mundial de la Salud, 2023, 29 de abril).

La sífilis gestacional se puede prevenir con una adecuada atención prenatal y tratamiento temprano de la infección. La detección temprana de la sífilis durante el embarazo es fundamental para evitar complicaciones. Las pruebas de detección de sífilis son parte de los cuidados prenatales de rutina y están recomendadas por la OMS.

El tratamiento de la sífilis gestacional se basa en el uso de penicilina, un antibiótico que es efectivo en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo. El tratamiento temprano y adecuado de la sífilis durante el embarazo puede prevenir complicaciones graves y proteger la salud del feto (Díaz, L., 2011).

En resumen, la sífilis gestacional es una infección grave que puede tener consecuencias graves para la salud del feto y la madre. La detección temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones y proteger la salud del feto.

Plan de acción: Según la Coordinación de la Fundación Rotaria (ROTARY) un plan de acción es una descripción de forma detallada la organización de las habilidades y las actividades a realizar, identifica los objetivos concretos, los recursos que se destinarán y el porqué. Todo plan de acción despliega entonces los parámetros y el sistema de medición de resultados para cada asignación, siempre con el claro objetivo de obtener los mejores resultados (Rotary, 2020, 30 de agosto).

Un plan de acción en salud es un documento que describe una estrategia integral para mejorar la salud de una población determinada. Este plan puede incluir objetivos específicos, actividades a realizar, responsabilidades, recursos necesarios y un marco de tiempo para la implementación y seguimiento de las acciones.

Un ejemplo de un plan de acción en salud es el Plan de acción programado para cada vigencia fiscal Ministerio de Salud y Protección Social y sus reportes de seguimiento los cuales se efectúan trimestralmente (Ministerio de salud y Protección Social, 2023, 23 de abril).

Otro ejemplo es el Plan de Acción Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que establece un marco de trabajo para reducir la carga mundial de enfermedades no transmisibles mediante la implementación de políticas y estrategias específicas (Organización Mundial de la Salud, 2023, 29 de abril).

Salud pública: Según la Escuela Graduada de Salud Pública la salud pública es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad. El propósito fundamental es alcanzar los más altos niveles de bienestar físico, mental y social, de acuerdo a los conocimientos y recursos existentes (UPR Recinto de Ciencias Públicas, 2023, 12 de febrero).

La salud pública es el conjunto de acciones, políticas y prácticas utilizadas para proteger y mejorar la salud de la población. Se trata de una disciplina que aborda la prevención y el control de las enfermedades, la promoción de la salud y la gestión de los servicios de salud a nivel comunitario y poblacional.

La salud pública se enfoca en la salud de la población en lugar de la salud individual, y su objetivo es mejorar las condiciones de vida y la calidad de vida de la sociedad en su conjunto. Para ello, se utilizan herramientas como la epidemiología, la estadística, la planificación y la gestión sanitaria, entre otras (Ministerio de salud y protección social, 2023, 29 de abril).

Algunas de las áreas de trabajo de la salud pública incluyen el control y prevención de enfermedades infecciosas, la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la

prevención del tabaquismo, la seguridad y salud laboral, la salud ambiental y la gestión de emergencias sanitarias.

La salud pública es una disciplina multidisciplinaria, que involucra a profesionales de la salud, epidemiólogos, biólogos, estadísticos, sociólogos, psicólogos, economistas, entre otros, y su trabajo se realiza en colaboración con gobiernos, organizaciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil (Recinto de ciencias médicas, 2023, 29 de abril).

En resumen, la salud pública es esencial para garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población, y para prevenir y controlar enfermedades y otros problemas de salud que surgen a las comunidades.

Vigilancia epidemiológica: Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la vigilancia epidemiológica en términos prácticos, se entiende como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. Resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud. El enfoque de la vigilancia requiere equilibrio entre las necesidades de información y las limitaciones para la recolección de datos (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La vigilancia epidemiológica es un proceso sistemático y continuo de recolección, análisis e interpretación de datos de salud para la detección de otros tempranos y el control de enfermedades y problemas de salud pública. Esta actividad es fundamental para la toma de decisiones en salud pública y para la prevención y el control de enfermedades transmisibles y no

transmisibles. La vigilancia epidemiológica puede ser realizada a nivel local, nacional e internacional y está dirigida por profesionales de la salud pública, epidemiólogos y otros expertos en salud.

La vigilancia epidemiológica implica la identificación de casos de enfermedades, la recopilación y análisis de datos sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades, la identificación de patrones de enfermedad y la identificación de factores de riesgo. La información obtenida se utiliza para informar y orientar la toma de decisiones de los responsables de la salud pública y de otros interesados en la salud de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

3.4 MARCO CONTEXTUAL

Descripción de la institución por medio de la cual se llevará a cabo la ejecución del presente proyecto:

3.4.1 Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

3.4.1.1. Reseña histórica

A partir de la expedición de la ley 10 de 1990 el Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander inicia el proceso de descentralización abocándose a la elaboración de una serie de trabajos relacionados con el análisis y la planeación sectorial, dando origen al Plan Sectorial de Salud 1991- 1994; así mismo, se preparó, sustento y logró la aprobación de la ordenanza No. 036 de enero de 1991, mediante la cual se creó el Instituto de los Servicios de Salud de Norte de Santander “NORSALUD”, como un Instituto descentralizado del orden Departamental con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito a la

gobernación del Departamento, con domicilio en la ciudad de Cúcuta, pero con radio de acción en el territorio del Departamento. Por razones de diversa índole NORSALUD no tuvo ningún desarrollo, es más, solo contaba con un funcionario (El Director, quien es nombrado por el Gobernador y encargado de las funciones de Jefe del Servicio de Salud). Los demás, hacían parte de la nómina del Servicio Seccional de Salud. Con base en la situación existente y la normatividad vigente se decidió la conformación de una nueva entidad y fue así como se aprobó mediante ordenanza 039 de septiembre de 1996 el Departamento Administrativo de Salud de Norte de Santander, con nueva estructura orgánica y manual de funciones de acuerdo a competencias.

Mediante el decreto 000041 expedido por el Gobernador del Departamento el 6 de enero de 1999, se creó la Secretaria Departamental de Salud, en cumplimiento de los requisitos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Mediante acta se asignaron a la Secretaria de Salud del Departamento las funciones que en virtud del contrato de reestructuración venía desempeñando el Servicio Seccional de Salud, mientras se suscribe el convenio de descentralización con el Ministerio, bajo la dependencia técnica y administrativa de este último, conforme a las políticas y planes nacionales de salud que señale para estos efectos. Mediante el decreto 000699 se deroga el Decreto No. 000041 del 6 de enero de 1999 y se fija la estructura de la Secretaria de Salud, se establecen sus funciones generales y las de sus dependencias y se dictan otras disposiciones. Finalmente, el 18 de Julio de 2003, la Asamblea del Departamento expide la Ordenanza 018 mediante la cual se crea el INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, como un establecimiento público del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, ente que funciona plenamente en la actualidad (Instituto Departamental de Salud, 2022).

El Instituto Nacional de salud (IDS) es una entidad descentralizada y autónoma, encargada de regir la salud del departamento. La máxima autoridad en el Instituto la tiene la Junta Directiva, desde donde se nombra a la persona responsable de ejercer la Dirección; funcionalmente cuenta con seis instancias asesoras, entre las que se encuentra el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) y las oficinas de Participación Social y Comunicaciones y la oficina de Planeación y sistemas de información, ambas estratégicas para los propósitos de implementación del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP.

Su sede principal se encuentra ubicada en la Av. 0 Calle 10 – Ed. Rosetal 3 Piso, centro de San José de Cúcuta – Norte de Santander. Tienen una línea gratuita y trabajan de lunes a viernes; Mañana 7:30 am a 12:00 m Tarde 2:00 pm a 6:00 pm.

3.4.1.2 Objetivo

Dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio del Departamento Norte de Santander.

Competencias institucionales:

- * Dirección del sector salud en el ámbito departamental.
- * De prestación de servicios de salud.
- * De salud pública.
- * De Aseguramiento.

El Instituto asume como principios básicos:

* La calidad.

* La eficiencia.

* La equidad.

* El compromiso social

El Instituto Nacional de salud (INS) aborda diversas dimensiones transversales y menciona la misión, visión y objetivos. Por consiguiente, en este proyecto se enfoca y trabaja con la Dimensión de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos:

3.4.1.3 Misión - Visión

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

3.4.1.4 Competencias

*Adoptar y adaptar la Política Pública Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento promoviendo los derechos sexuales y reproductivos con enfoque en los determinantes de la salud a nivel sectorial, transectorialidad y comunitario mediante:

*Difusión de lineamientos fortaleciendo la capacidad de respuesta en cumplimiento de metas, estrategias y acciones en EAPB, Municipio, ESEs e IPSs. Inspección, vigilancia y Control hacia las EAPB, Municipio, ESE e IPS.

*Promover la abogacía hacia el desarrollo de estrategias y acciones a nivel sectorial, intersectorial y transectorial. (Instituto Departamental de Salud, 2022).

En el Plan de Salud Territorial (PST) se identifican compromisos enmarcados tanto para el componente de promoción de DSR como para el componente de prevención y atención en SSR (salud sexual y reproductiva); acciones que pueden ser fortalecidas como oportunidad de mejora, a partir de la vigilancia en salud pública y el fortalecimiento de los sistemas de información. Por tratarse de zona de frontera cobra mucho valor el que se fortalezcan los procesos de análisis de situación de las distintas enfermedades de transmisión sexual que se vienen presentando en la población; así como con el desarrollo de estrategias de mercadeo, comunicación y movilización social (Instituto Departamental de Salud, 2016).

Con respecto a la Universidad Francisco de Paula Santander ambas instituciones han trabajado en conjunto permitiendo la realización de Prácticas Académicas y Trabajos de Grado en cualquiera de sus modalidades, de tipo académico que deban efectuar los estudiantes de sus programas de estudio de conformidad con la ley y las normas internas de la universidad.

Actualmente se encuentra trabajando la pasante de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander del primer semestre del 2023 en conjunto con el Instituto Departamental de Salud, en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva con el fin de fortalecer el proceso de seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno

infantil en las EAPB e IPS del departamento de Norte de Santander en el primer semestre del año 2023.

3.5 MARCO LEGAL

Constitución Política de 1991: Establece en el artículo 49, que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Senado de la República de Colombia, 2023, 18 de agosto).

Ley 100 de 1993: Mediante la cual se estableció el SGSSS para garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población optando por una forma más racional de financiación de los servicios (Función Pública, 2023, 28 de abril).

La Ley 715 de 2001: La cual define los recursos y competencias para cada uno de los niveles, nacional, departamental y municipal, para la prestación de servicios de salud y el desarrollo de acciones de salud pública (Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros, 2023, 28 de abril).

Ley 1098 de 2006: Este código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde prevalezca el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. En su Artículo 20 establece, específicamente, que los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra la transmisión

del VIH-Sida y las infecciones de transmisión sexual (Congreso de la República, 2006, 8 de noviembre).

La Ley 1438 de 2011: Reforma parcialmente la Ley 100 de 1993, da un enfoque en Atención Primaria en Salud, y define explícitamente que el gobierno nacional será responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este, con el fin de que lo administren las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública (Congreso De Colombia, 2011, 19 de enero).

Ley 1751 de 2015: También llamada Ley Estatutaria en Salud. Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Senado de la Republica de Colombia, 2015, 16 de febrero).

El Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. En él se incluye la reglamentación del manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contemplaba el Decreto 1543 de 1997 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, 6 de mayo).

La Resolución 3442 de 2006: La cual adopta el Modelo de Gestión Programática y la guía de atención integral para el manejo de la infección por el VIH (Ministerio de la Protección Social, 2022, Septiembre).

La Resolución 1446 de 2006: La cual definió el sistema de información para la calidad y adoptó los indicadores de monitoreo de dicho sistema, incluyendo la sífilis congénita y la transmisión vertical del VIH dentro de los eventos adversos de referencia para las EAPB (Ministerio de la Protección Social, 2023, 28 de abril).

Resolución 2257 de 2011: Por la cual se adoptan los Protocolos y Guías para la Gestión de la Vigilancia en Salud pública, las Guías de Atención Clínica Integral y las Guías de Vigilancia Entomológica y Control para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (Ministerio de la Protección Social, 2011, 14 de junio).

Resolución 0459 de 2012: Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, el cual contempla la vacunación contra Hepatitis B y la aplicación de gammaglobulina antihepatitis B (también llamada inmunoglobulina contra la hepatitis B) en víctimas de violencia sexual. Esta resolución se fortaleció mediante la Circular 031 de 2014 por la cual se dictaron lineamientos para garantizar la vacunación contra la Hepatitis B a las víctimas de violencia sexual (Granda, J., 2014, 11 de mayo).

Resolución 1841 de 2013: Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y se definen las competencias en los departamentos y municipios. Involucra las acciones en la línea de política relacionadas con la promoción de la salud y calidad de vida, además de la prevención de riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud. Incluye dentro de sus acciones la prevención y control de las hepatitis virales de manera inter-programática (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023, 28 de abril).

Resolución 1314 de 2020: Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS (Díaz, J., 2020).

Resolución 518 de 2015: En la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC (Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2015, 25 de febrero).

Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023, 28 de abril).

Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023, 28 de abril).

Resolución 5269 de 2017: 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 (Sas, C., 2017, diciembre 28).

Resolución 3280 de 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 (Sistema Único de Información Normativa, 2022, 18 de agosto).

Circular 016 de 2012: Por medio de la cual se definen los lineamientos para el funcionamiento de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, con el fin de fortalecer las acciones preventivas y de prestación oportuna de los servicios que se orienten a eliminar la transmisión materno infantil del VIH en el marco de la normatividad vigente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Circular 13 de 2019: Por medio de la cual se definen las acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, co-infección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C (Díaz, J. (2019).

3.6 MARCO ETICO

La Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, en su artículo 11, aclara que esta investigación se considera de riesgo mínimo. Esto se debe a que es un estudio que utiliza registros de datos mediante procedimientos simples, como el uso de herramientas de diagnóstico por teléfono para obtener información sobre la atención médica en pacientes infantiles con cáncer (Gobierno de Colombia, 2023).

Este proyecto cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 8430 del Ministerio de Salud, emitida el 4 de octubre de 1993, que requiere la existencia de un comité de ética en investigación. Este comité se encarga de garantizar la dignidad, la protección de los derechos, el consentimiento informado y la seguridad de los seres humanos que participan en esta investigación sin estar expuestos a ningún tipo de riesgo (Gobierno de Colombia, 2023).

Asimismo, se cuenta con la orientación ética y el comité de ética universitario, que establece la estructura, las funciones, la organización y la financiación de la investigación,

respaldando e implementando las políticas relacionadas con la bioética, según lo dispuesto en la Ley 1374 de 2010 (Gobierno de Colombia, 2010).

El Código de Belmont de 1979 establece principios éticos y pautas para proteger a los seres humanos en la investigación. El principio del respeto a las personas implica que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y que se debe proteger a todas las personas cuya autonomía esté disminuida. El principio de beneficencia implica tratar éticamente a las personas respetando sus decisiones y protegiéndolas de daños, así como esforzarse por garantizar su bienestar. El principio de justicia implica tratar a las personas de manera igualitaria (Observatorio de Bioética de Barcelona, 1979).

Finalmente, también se sigue la Declaración de Helsinki de 1964, ya que el objetivo principal de este proyecto es el bienestar de los participantes y de la población estudiada. Esto se coloca por encima de consideraciones científicas y sociales, con el propósito principal de mejorar la atención médica proporcionada a los usuarios. La institución investigadora, en este caso, la U.F.P.S, se encarga de asegurar que se cumplan estos requisitos (Asociación Médica Mundial, 2017, 21 de marzo).

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 DESCRIPCION DEL PROGRAMA A DESARROLLAR

El presente trabajo se desarrollará como proyecto de grado– modalidad pasantía, en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva (SASER) del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, con carta de solicitud de la pasantía con fecha del 24 de enero del 2023, y aceptación de la pasantía por parte del IDS en día 30 de enero del 2023.

La pasantía es una actividad académica con objetivo de aplicar los conocimientos teóricos en un área o tema específico, son prácticas profesionales que desarrollan personas que están culminando sus estudios o que recién han egresado de la carrera. De ese modo, buscan ganar experiencia laboral o como en este caso modalidad trabajo de grado para optar por el título profesional de enfermería.

En él se incluyen actividades académicas que se ejecutan en el tiempo programado, donde se incluyen acciones de mejora y estrategias planteadas por parte de la pasante de enfermería, quien en primera estancia identificó las necesidades y falencias del servicio, como fallas latentes en el proceso de atención.

5. PRESENTACIÓN RESULTADOS DEL PROYECTO DESARROLLADO

5.1 ACTIVIDAD 1-2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #1

Tabla 1. *Presentación resultados del proyecto ejecutado*

NOMBRE DEL PROYECTO	N° HOJA	NOMBRE IPS
Seguimiento a la adherencia del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-PLUS) en el primer semestre del año 2023 en Norte de Santander	319	Instituto Departamental de Salud
TEMATICA QUE ORIENTA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	N° DE BENEFICIARIOS	182
Infecciones de Transmisión Sexual en el embarazo	Fecha de inicio	10-04-2023
	Fecha final	16-06-2023
	Municipio	Cúcuta
1. Construir una base de datos de las entidades territoriales con el fin de mejorar la comunicación y la oportunidad de la información requerida		
2. Diseñar herramientas para evaluar la calidad de la información presentada de los casos de Sífilis gestacional en Norte de Santander.	Periodo Académico	I-2023
3. Fortalecer el seguimiento en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva de los casos de VIH y Sífilis gestacional notificados por las entidades territoriales.		

Tabla 2. Objetivo específico N°1 con sus actividades 1-2

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROYECTO				
Construir una base de datos de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS con el fin de mejorar la comunicación y la oportunidad de la información requerida.				
ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO	Elaborar un formato con información que permita evitar barreras en la comunicación entre las entidades a la hora de recaudar la información pertinente para el seguimiento de los casos a nivel departamental.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
# de entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS a las que se le pudieron actualizar la información de contacto en la base de datos $\frac{\text{# de entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS actualizadas}}{\text{# de entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS totales del Norte de Santander}} \times 100$	$\frac{71}{105} \times 100 = 67,6\%$	Lograr la actualización de los datos del 90% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS de los 40 municipios de Norte de Santander en el primer semestre del 2023.	Se logró la actualización de los datos del 67,6% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS de los 40 municipios de Norte de Santander en el primer semestre del 2023.	Del 17 de abril al 01 de mayo del 2023
ACTIVIDAD N° 2 DEL OBJETIVO	Socializar la información consolidada en la base de datos con las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS para facilitar una comunicación.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
$\frac{\text{# de entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS socializadas}}{\text{# de entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS totales}} \times 100$	$\frac{71}{71} \times 100 = 100\%$	Lograr socializar la base de datos al 100% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e	Lograr socializar la base de datos al 100% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e	El 02 de mayo del 2023

EAPB, ESE e
IPS actualizadas

IPS que se
actualizaron

IPS que se
actualizaron.

5.1.1 ANALISIS

Se diseñó una base de datos actualizada con el 67,6% de las 105 EAPB, ESE e IPS presentes en Norte de Santander entre el 17 de abril y el 01 de mayo del 2023, esto a través de la búsqueda manual en el correo electrónico de la dimensión y a través de la lista de asistencia a la capacitación de la estrategia ETMI PLUS realizada el día 28 de abril del 2023, la base de datos pudo socializarse por medio de correo electrónico logrando la meta de la segunda actividad en un 100%.

5.1.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL

5.1.2.1 BASE DE DATOS EN FORMATO EXCEL CARGADO AL DRIVE DE LA ESTRATEGIA

1	Regional	Municipio	Nombres y Apellidos Coordinadores de Salud Pública	Cargo	Teléfonos	Correo Electrónico
2	Ocaña	Abrego	Marcia Fernanda Torrado Ortiz	Coordinación de salud publica	3112161071	coordsaludpublica@abrego@gmail.com
3	Centro	Arboledas	Katherine Monsalve	Coordinación de salud publica	3213776927	coordinacionarboledas2023@gmail.com
4	Suroriental	Bochalema	Johana Méndez	Coordinación de salud publica	3115157943	saludpublica@bochalema-nortedesantander@gmail.com
5	Norte	Bucarasica	Albany Pérez	Coordinación de salud publica	3112371459	saludpublica@bucarasica-nortedesantander.gov.co
6	Ocaña	Cáchira	Martha Irovi Cacedo Castañeda	Coordinación de salud publica	3132796177	saludpublica@cachira-nortedesantander.gov.co
7	Pamplona	Cárcota	Ailyn Geisel Díaz Castro	Coordinación de salud publica	3209895968	saludcacota2022@gmail.com
8	Suroriental	Chinacota	Jarison Alejandro Pabon Morales	Coordinación de salud publica	3118286025	coordinacionasaludpublica@chinacota-nortedesantander.gov.co
9	Pamplona	Chitagá	Ruth Johana Villamizar Carvajal	Coordinación de salud publica	3143666517	coordsaludpublicachitagaga@gmail.com
10	Ocaña	Convención	Maria Fernanda Solano Garcia	Personal de Apoyo Salud Publica	3114465432	saludpublica@chitagaga-nortedesantander.gov.co
11	Ocaña	Convención	Judith Cristina Contreras Uribe	Coordinación de salud publica	3228524993	coordsaludpublicaconvencion@gmail.com
12	Metropolitana	Cucuta	Salua Duran Reyes	Profesional de Apoyo DSDSR	3105627449	salua.duran@gmail.com
13	Pamplona	Cucullilla	Sandra Galvis Tarazona	Coordinación de salud publica	3108909175	saludpublica@cucullilla-nortedesantander.gov.co
14	Suroriental	Durania	Ledy Karina Mora Morales	Coordinación de salud publica	3149489968	coordsaludpublicadurania@gmail.com
15	Ocaña	El Carmen	Luceneth Mora Pérez	Coordinación de salud publica	3123561127	saludpublica@elcarmen-nortedesantander.gov.co
16	Norte	El Tarra	Mileidy Ballesteros Toro (Titular en licencia) Andrea (apoyo)	Coordinación de salud publica	3214895334 3204737870	saludpublica@elarra-nortedesantander.gov.co

Ilustración 1. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia

Municipio	IPS	Nombre Responsable	Cargo	Telefono	Correo Electronico
Ocaña	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Natalia Pieteranda Laguna	Lider Vigilancia Epidemiologica	5636330 EXT 104 / 301-7246963	vigilancasae@hsc.gov.co
Pamplona	ESE Hospital San Juan de Dios	Isabel Cristina Arias Vera	Lider Vigilancia Epidemiologica	3204332898	hospitalpamplona@gmail.com
Cucuta	ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Rafael Alberto Olate Ardia	Coordinador de Epidemiologia		epidemiologia@herasnomoz.gov.co
Gramalote	ESE Hospital Regional Centro	Erika Viviana Lopez Calderon	Coordinadora Vigilancia en Salud Publica	3023739152	vigilancaysaludpublica@esecentro.gov.co
Gramalote	ESE Hospital San Vicente de Paul	Thania Marcela Ortiz Buitrago	Enfermera SSO	3112202331	infaturagramalote@esecentro.gov.co
Hacari	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Andrea Valentina Rojas Pallares	Enfermera SSO	3219642619	rojasandrea1114@gmail.com
Hacari	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Thaydein mayreta Martinez Sanchez	Medico General	3138367377	thaydelims@gmail.com
La playa	ESE Hospital Isabel Celis Yañez	Nora Jacome	Enfermera SSO	3158136765	svigilaplaya2021@gmail.com
Lourdes	IPS Lourdes	William Eduardo Diaz Guevara	Medico General	3102945127	williamedg@gmail.com
Ocaña	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Samira Angarita Castro	Coordinadora Primer Nivel	3156164686	scastroca@hospitalhsc.gov.co
Ocaña	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Javier Edilio Cardona Bautista	Enfermero	3214855158	javier_10_18@hotmail.com
Ocaña	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Juan Carlos Sierra Orozco	Coordinador Medico de Urgencias	3218937187	coordinacionurgencia@hospitalhsc.gov.co
San Calixto	Centro de Salud San Calixto	Yuleith Carolina Ramirez Bayona	Enfermera SSO	3138618423	svigilanscalixto@gmail.com
San Cayetano	IPS San Cayetano	Joseph Rafael Hernandez Aular	Medico General	3202377281	josephrafael.aular@gmail.com
Booota	Vivir IPS	Inevy Paola Collazos Alvarez	Coordinadora PPL B24X	3207684376	prooramceb24x@gmail.com

Ilustración 2. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia

EAPB	Nombre Responsable	Cargo	Telefono	Correo Electronico
VITAL MEDICAL CARE S A S	Fraida Andrea Arevalo Paba	Enfermera Vigilancia Epidemiologica	3174420075	vigilancaycontrol@vitalmed.com.co
COMFAORIENTE EPSS	Kelly Yuranny Gelvez Tornado	Jefe del grupo de Promocion y Prevencion	3222186531	kyms.epss@comfaorientes.com
COMFAORIENTE EPSS	Jonathan Javier Ochoa Carvajal	Auxiliar Alto Costo	3206870966	cuentaldealto costo.epss@comfaorientes.com
EPS SANITAS	Maria Juliana Bermudez Lopez	Aseso Medico de Atencion Primaria	3006107690	majulbermudez@epsanitas.com
NUOVA EPS	Sonia del Pilar Fernandez Bautista	Profesional Organismos De Control	3204768950	SONIA.FERNANDEZ@NUOVAEPS.COM.CO
SANIDAD MILITAR	Camila Alejandra Murcia Pinto	Enfermera Salud Publica	3183736608	scas@bas30@gmail.com
ASMET SALUD	Deiy Yamira Cuspoqa Diaz	Profesional del Riesgo Departamental	3185096374	judith.sola@asmetsalud.com
RED INTEGRADA FOSCAL / CMQ	Elkyn Johan Abril Quezada	Coordinador de Promocion y Mantenimiento de la Salud	3112476366	nor.promocionyprevencion@tr7magistero.com
COMPENSAR EPS	Gilda Vanessa Zapata Briceño	Gestor Cohortes Regional	3008329207	gvzapatab@compensarsalud.com
ECOPETROL	Rosa Ines Calderon Corzo	Profesional de Apoyo	3002146257	enfermeraecopetrol@ageso.co

Ilustración 3. Evidencia de la base de datos cargada al drive de la estrategia

5.1.2.2 SOCIALIZACION POR VIA ELECTRONICA DE LA BASE DE DATOS ACTUALIZADA

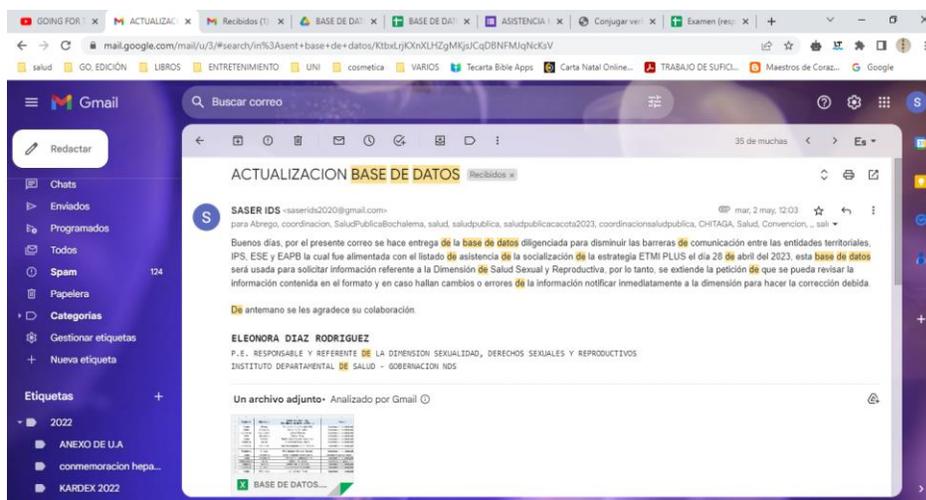


Ilustración 4. Evidencia de la socialización de la base de datos con las entidades correspondientes.

5.2 ACTIVIDAD 1-3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #2

Tabla 3. *Objetivo específico N°2 con sus actividades 1-3*

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROYECTO				
Evaluar la calidad de la información presentada en la ficha de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de los casos de sífilis gestacional en Norte de Santander.				
ACTIVIDAD N° 1_ DEL OBJETIVO	Evaluar el nivel de adherencia del diligenciamiento del formato de seguimiento clínico del binomio madre-hijo de sífilis establecido en la estrategia ETMI-PLUS en las EAPB que cuenten con casos notificados de sífilis gestacional en el primer semestre del 2023.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
N° de fichas de seguimiento evaluadas / N° de fichas de seguimiento enviadas por las EAPB x 100	$43 \% 43 \times 100 = 100\%$	Para el mes de junio se evaluará la adherencia al diligenciamiento del 80% de los formatos de seguimiento clínico enviados por las EAPB para el primer semestre del 2023.	Para el mes de junio se evaluó la adherencia al diligenciamiento del 100% de los formatos de seguimiento clínico enviados por las EAPB para el primer semestre del 2023.	Del 23 de mayo al 10 de junio del 2023
ACTIVIDAD N° 2_ DEL OBJETIVO	Presentar los resultados obtenidos en la evaluación del nivel de adherencia al diligenciamiento del formato de seguimiento clínico de las maternas establecido en la estrategia en las EAPB presentes en Norte de Santander			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
# De informe de auditoría de las fichas evaluadas.	1 informe de auditoría realizado	1 informe de auditoría de las fichas evaluadas	1 informe de auditoría realizado	Del 11 al 17 de junio del 2023

ACTIVIDAD N° 3_ DEL OBJETIVO	Elaborar un plan de mejoramiento con los hallazgos encontrados en la evaluación realizada.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
# De planes de mejoramiento elaborados.	1 plan de mejoramiento elaborado.	1 plan de mejoramiento elaborado.	1 plan de mejoramiento elaborado.	Del 11 al 17 de junio del 2023

5.2.1 ANALISIS

Se creó una lista de chequeo como instrumento principal para evaluar los aspectos relacionados con el diligenciamiento de la ficha de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de sífilis según el instructivo establecido en la estrategia ETMI PLUS. El instrumento consta de 103 Ítems calificados con las opciones sí, no y no aplica, el último siendo utilizado en caso del que el ítem no correspondiera a la situación del caso. La unidad de muestreo correspondió a las fichas de seguimiento clínico de los 68 casos de sífilis gestacional notificados a las semana epidemiológica #19 del 2023 que cuentan con esquema de tratamiento incompleto pertenecientes a las 7 EAPB: ASMET SALUD, EPS SANITAS, NUEVA EPS, COOSALUD, COMFAORIENTE EPSS, COMPENSAR Y SALUD TOTAL.

De los 68 casos que cumplían con los requerimientos de inclusión anteriormente mencionados solo se recibieron 43 fichas entre abril y junio del 2023, analizados por EAPB de la siguiente manera:

- **ASMET SALUD:** se solicitó 1 caso y se recibió la ficha de 1 caso lo que equivale al **100%** de lo solicitado
- **EPS SANITAS:** se solicitaron 9 casos y se recibió la ficha de 2 casos lo que equivale al **22.2%** de los solicitado
- **NUEVA EPS:** se solicitaron 21 casos y se recibió la ficha de 17 casos, aparte se notificó de dos casos descartados, lo que equivale al **90.4%** de lo solicitado
- **COOSALUD:** se solicitaron 13 casos y no se recibió a la ficha de ninguno de los casos solicitados lo que equivale a un **0%**
- **COMFAORIENTE EPSS:** se solicitaron 16 casos y se recibió la ficha de 16 casos lo que equivale al **100%** de lo solicitado
- **COMPENSAR EPS:** se solicitaron 7 casos y se recibió la ficha de 6 casos lo que equivale al **85.7%** de lo solicitado
- **SALUD TOTAL:** se solicitó 1 caso y no se recibió a la fecha la información solicitada lo que equivale a un **0%**

5.2.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL

**EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA DE SEGUIMIENTO
CLINICO DEL BINOMIO MADRE E HIJO DE SIFILIS ESTABLECIDA EN LA ESTRATEGIA
ETMI PLUS DE LOS CASOS NOTIFICADOS HASTA LA SEMANA 19 DEL 2023.**

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

PRESENTADO POR:

LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO

CÓDIGO: 1801054

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

MODALIDAD DE GRADO PASANTIA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERIA

CÚCUTA 2023

**EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA DE SEGUIMIENTO CLINICO
DEL BINOMIO MADRE E HIJO DE SIFILIS ESTABLECIDA EN LA ESTRATEGIA ETMI
PLUS**

N° AUDITORIA: 01

**EMPRESA AUDITADA: ASMET SALUD, EPS SANITAS, NUEVA EPS, COOSALUD,
COMFAORIENTE EPSS, COMPENSAR Y SALUD TOTAL.**

NORMA DE REFERENCIA: LEY 87 DE 1993

**ALCANCE DE LA AUDITORIA: 68 FICHAS DE SEGUIMIENTO DE MATERNAS CON
SIFILIS CON ESQUEMA DE PENICILINA INCOMPLETO AFILIADAS A ESTAS 7 EAPB**

EQUIPO AUDITOR: LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO

SUPERVISOR DE LA AUDITORIA: DIANA CAROLINA TORRES

FECHA DE REALIZACION: DEL 23 DE MAYO HASTA EL 10 DE JUNIO

NUMERO DE HOJAS: 74

FECHA DEL INFORME: 17 JUNIO 2023

- **TITULO:**

EVALUACION DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA DE SEGUIMIENTO CLINICO DEL BINOMIO MADRE E HIJO DE SIFILIS ESTABLECIDA EN LA ESTRATEGIA ETMI PLUS DE LOS CASOS NOTIFICADOS HASTA LA SEMANA 19 DEL 2023.

- **OBJETIVO GENERAL:**

Verificar el correcto diligenciamiento de las fichas de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de sífilis según esta establecida en la estrategia ETMI PLUS de los casos notificados hasta la semana 19 del 2023 por parte de las EAPB a las cuales estas maternas están vinculadas.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las EAPB que actualmente cuentan con casos de sífilis gestacional con esquema de penicilina benzatínica incompleta.
 - Reconocer las falencias que se están presentando en el diligenciamiento de las fichas de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de sífilis.
 - Socializar al personal administrativo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva, las falencias encontradas en el diligenciamiento de las fichas de seguimiento.
-
- ✓ **LUGAR:** Instituto Departamental de Salud
 - ✓ **ALCANCE:** 68 fichas de seguimiento de maternas con sífilis con esquema de penicilina incompleto, afiliadas a estas 7 EAPB
 - ✓ **RESPONSABLE:** Luna Crisley Vaca Santiago
 - ✓ **SEGUIMIENTO:** según consideración de la institución y diagnostico encontrado

- ✓ **INDICADOR:** N° de fichas de seguimiento evaluadas / N° de fichas de seguimiento programadas a evaluar x 100
- ✓ **FECHA DE APLICACIÓN:** del 23 de mayo hasta el 10 de junio
- ✓ **FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS:** 17 de junio del 2023.
 - **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**
 - **Métodos y técnicas**

La recolección de datos para la evaluación se llevará a cabo ejecutando una lista de chequeo que será el instrumento principal para evaluar los aspectos relacionados con el diligenciamiento de la ficha de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de sífilis según el instructivo establecido en la estrategia ETMI PLUS. Por lo tanto, se aplicará por la estudiante evaluadora verificando el cumplimiento de las orientaciones dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- **Lista de chequeo**

El instrumento fue elaborado por la estudiante de la UFPS, cuyo objetivo principal es verificar el adecuado diligenciamiento de la ficha de seguimiento por parte de las EAPB según el instructivo dispuesto en la estrategia. Consta de 103 Ítems calificados con las opciones sí, no y no aplica, el último será utilizado en caso del que el ítem no corresponda a la situación del caso.

- **Plan de análisis de resultados**

La tabulación se realizará mediante la hoja de cálculo del programa de Microsoft Excel y/o formularios de Google permitiendo el análisis de los datos obtenidos en la realización de la evaluación; utilizando gráficos de barras o circulares que agrupen los resultados fácilmente; con la finalidad de identificar el nivel de cumplimiento de cada uno de los ítems mencionados en el

instrumento resaltando el correcto diligenciamiento de las fichas o las falencias presentadas en el proceso.

- **Muestra**

La unidad de muestreo corresponde a las fichas de seguimiento clínico de los 68 casos de sífilis gestacional notificados a las semana epidemiológica #19 del 2023 que cuentan con esquema de tratamiento incompleto pertenecientes a las 7 EAPB: ASMET SALUD, EPS SANITAS, NUEVA EPS, COOSALUD, COMFAORIENTE EPSS, COMPENSAR Y SALUD TOTAL y que son evaluadas por la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva del Instituto Departamental de Salud.

- **PRESENTACION DE RESULTADO**

Según revisión de la retroalimentación hasta la semana epidemiológica #19 del 2023 se filtró por casos que contaban con EAPB y que no contaran con ninguna dosis o una sola dosis de penicilina benzatinica para hacer seguimiento del caso, se solicitó a las EAPB por medio de correo electrónico las fichas de seguimiento de los casos notificados entre la semana 1 y 19 del 2023.

De los 68 casos que cumplían con los requerimientos de inclusión anteriormente mencionados solo se recibieron 43 fichas entre abril y junio del 2023, analizados por EAPB de la siguiente manera:

- **ASMET SALUD:** se solicitó 1 caso y se recibió la ficha de 1 caso lo que equivale al **100%** de lo solicitado
- **EPS SANITAS:** se solicitaron 9 casos y se recibió la ficha de 2 casos lo que equivale al **22.2%** de los solicitado
- **NUEVA EPS:** se solicitaron 21 casos y se recibió la ficha de 17 casos, aparte se notificó de dos casos descartados, lo que equivale al **90.4%** de lo solicitado
- **COOSALUD:** se solicitaron 13 casos y no se recibió a la ficha de ninguno de los casos solicitados lo que equivale a un **0%**
- **COMFAORIENTE EPSS:** se solicitaron 16 casos y se recibió la ficha de 16 casos lo que equivale al **100%** de lo solicitado
- **COMPENSAR EPS:** se solicitaron 7 casos y se recibió la ficha de 6 casos lo que equivale al **85.7%** de lo solicitado
- **SALUD TOTAL:** se solicitó 1 caso y no se recibió a la fecha la información solicitada lo que equivale a un **0%**

Durante el seguimiento se encontraron dos casos que debieron ser ajustados con el código de descarte pero no se evidencia en la retroalimentación. Debido a lo anterior se contó con 43 fichas para realizar la evaluación, en la cual se pudo observar los siguientes hallazgos:

Tabla 4. *Nº de fichas entregadas por EAPB*

NOMBRE DE EAPB	# DE FICHAS	% DE FICHAS
ASMET SALUD	1	2,4%
COMFAORIENTE	16	38,1%
COMPENSAR	6	14,3%
EPS SANITAS	2	4,8%
NUEVA EPS	17	40,5%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

De las 43 fichas recibidas se registraron 42 respuestas en cuanto al nombre de la EAPB, en este apartado podemos encontrar que el 40,5% (17 fichas) eran pertenecientes a NUEVA EPS ocupando así el mayor número de casos entre los 43 enviados, seguido por el 38,1% (16 fichas) de COMFAORIENTE, de tercero tenemos a COMPENSAR con el 14,3% (6 fichas), seguido de SANITAS con un 4,8% (2 fichas), para finalizar con ASMET SALUD con un 2,4% (1 ficha) siendo este el que menos casos presenta.

- **DATOS DE LA GESTANTE CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS**

Tabla 5. *SE REGISTRA LA FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION*

SE REGISTRA LA FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del registro de la información, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 6. SE REGISTRA LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE LA GESTANTE CON SIFILIS

SE REGISTRA LOS NOMBRES Y APELLIDOS DE LA GESTANTE CON SIFILIS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de los nombres y apellidos de la gestante con sífilis, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 7. SE REGISTRA LA NACIONALIDAD DE LA GESTANTE

SE REGISTRA LA NACIONALIDAD DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la nacionalidad de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 8. SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DE LA GESTANTE

SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de documento de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 9. SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DE LA GESTANTE

SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de identificación de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 10. SE REGISTRA LA EDAD DE LA GESTANTE

SE REGISTRA LA EDAD DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 11. SE REGISTRA EL TIPO DE REGIMEN EN SALUD DE LA GESTANTE

SE REGISTRA EL TIPO DE REGIMEN EN SALUD		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de régimen en salud de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 12. SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA

SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados se pudo evidenciar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron el nombre de la aseguradora a la que está afiliada la gestante con sífilis y el 2,3% (1 ficha) no registro el nombre de la aseguradora a la que está afiliada la gestante con sífilis.

Tabla 13. SE REGISTRA LA PERTENENCIA ETNICA DE LA GESTANTE

SE REGISTRA LA PERTENENCIA ETNICA DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron la pertenencia étnica de la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro la pertenencia étnica de la gestante con sífilis.

Tabla 14. SE REGISTRA EL GRUPO POBLACIONAL DE LA GESTANTE

SE REGISTRA EL GRUPO POBLACIONAL DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	25	41,9%
NO	18	58,1%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 58,1% (25 fichas) de estas registraron el grupo poblacional de la gestante y el 41,9% (18 fichas) no registro el grupo poblacional de la gestante con sífilis.

Tabla 15. SE REGISTRA EL AREA DE OCURRENCIA DEL CASO

SE REGISTRA EL AREA DE OCURRENCIA DEL CASO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	35	81,4%
NO	8	18,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 81,4% (35 fichas) de estas registraron la pertenencia étnica de la gestante y el 18,6% (8 fichas) no registro el área de ocurrencia del caso de sífilis gestacional.

Tabla 16. SE REGISTRA EL DEPARTAMENTO O DISTRITO DE RESIDENCIA

SE REGISTRA EL DEPARTAMENTO O DISTRITO DE RESIDENCIA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del departamento o distrito de residencia, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 17. SE REGISTRA EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA

SE REGISTRA EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%

NO	0	0%
----	---	----

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del municipio de residencia de la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 18. SE REGISTRA LA DIRECCION DE RESIDENCIA

SE REGISTRA LA FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron la dirección de residencia de la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro la dirección de residencia de la materna con sífilis.

Tabla 19. SE REGISTRA EL TELEFONO DE CONTACTO DE LA GESTANTE

SE REGISTRA EL TELEFONO DE CONTACTO DE LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron el teléfono de contacto de la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro el número de teléfono de contacto de la gestante con sífilis.

Tabla 20. SE REGISTRA LA FECHA PROBABLE DEL PARTO

SE REGISTRA LA FECHA PROBABLE DE PARTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron la fecha probable de parto de la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro la fecha probable de parto de la materna con sífilis.

Tabla 21. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION PRESENTADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION PRESENTADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	40	93%
NO	3	7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se pudo evidenciar que el 93% (40 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante y el 7% (3 fichas) no registraron concordancia en la información presentada.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas las más comunes fueron:

- No se registra el barrio de residencia en la dirección
- No se registra la fecha probable de parto dificultando el evaluar la oportunidad de las intervenciones y demás datos registrados
- En el tipo de documento de identidad de la gestante se marca tanto CC como PE

- **MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CON RELACIÓN A LA GESTACIÓN ACTUAL**

Tabla 22. *SE REGISTRA EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE SIFILIS*

SE REGISTRA EL MOMENTO DE DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del momento del diagnóstico de sífilis, se logró observar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron el momento del diagnóstico de la sífilis en la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro el omento de diagnóstico de la sífilis gestacional.

Tabla 23. *SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL DIAGNOSTICO DE SIFILIS EN SEMANAS*

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL DIAGNOSTICO DE SIFILIS EN SEMANAS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	37	86%

NO	3	7%
NO APLICA	3	7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas al diagnóstico de sífilis, se logró observar que el 86% (37 fichas) de estas registraron la edad gestacional al diagnóstico de sífilis en semanas de la gestante, un 7% (3 fichas) no registraron la edad gestacional al diagnóstico de sífilis en semanas de la gestante y el 7% restante (3 fichas) registraron que no aplicaba debido a que eran casos diagnosticados posterior al parto.

Tabla 24. SE REGISTRA SI LA GESTANTE SE LE REALIZO CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO

SE REGISTRA SI LA GESTANTE SE LE REALIZO CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si la gestante se le realizó control prenatal durante el embarazo, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 25. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	37	86%
NO	3	7%
NO APLICA	3	7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional al primer control prenatal, se logró observar que el 86% (37 fichas) de estas registraron la edad gestacional al primer control prenatal en semanas de la gestante, un 7% (3 fichas) no registraron la edad gestacional en semanas de la gestante al primer control prenatal y el 7% restante (3 fichas) registraron que no aplicaba debido a que eran casos que no tuvieron controles prenatales.

Tabla 26. SE REGISTRA SI SE REALIZO LA PRUEBA TREPONEMICA

SE REGISTRA SI SE REALIZO LA PRUEBA TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se realizó prueba treponemica a la gestante, se logró observar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron si se realizó prueba treponémica a la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro si se le realizo prueba treponemica a la gestante.

Tabla 27. SE REGISTRA QUE TIPO DE PRUEBA TREPONEMICA SE LE REALIZO A LA GESTANTE

SE REGISTRA QUE TIPO DE PRUEBA TREPONEMICA SE LE REALIZO A LA GESTANTE		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de qué tipo de prueba treponémica se le realizó a la gestante se logró observar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron que tipo de prueba treponémica se le realizó a la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro el tipo de prueba treponémica que se le realizó a la gestante.

Tabla 28. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA TREPONEMICA

SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3% %
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado de la prueba treponémica, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron el resultado de la prueba treponémica realizada a la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro el resultado de la prueba treponémica.

Tabla 29. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA

SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA INFORMACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron la fecha del resultado de la prueba treponémica realizada a la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro la fecha del resultado de la prueba treponémica.

Tabla 30. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA TREPONEMICA

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	40	93%
NO	3	7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba treponémica, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba treponémica en la

gestante y el 7% (3 fichas) no registraron la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba treponémica.

Tabla 31. SE REGISTRA SI SE REALIZO PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA SI SE REALIZO LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se realizó prueba no treponémica a la gestante, se logró observar que el 100% de las EAPB, cumplen con el ítem evaluado.

Tabla 32. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de prueba no treponémica, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron el tipo de prueba no treponémica que se le realizó a la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro el tipo de prueba no treponémica realizada a la gestante.

Tabla 33. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado de la prueba no treponémica, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron el resultado de la prueba no treponémica que se le realizó a la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro el resultado de la prueba no treponémica realizada a la gestante.

Tabla 34. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA

SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba no treponémica, se logró observar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron la fecha del resultado de la prueba no treponémica realizada a la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro la fecha del resultado de la prueba no treponémica realizada a la gestante.

Tabla 35. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponémica, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponémica en la

gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponemica realizada a la gestante.

Tabla 36. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES, SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA

SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES, SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	40	93%
NO	1	2,3%
NO APLICA	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron el reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva en la gestante, un 2,3% (1 ficha) no registraron el reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva en la gestante y el 4,7% restante (2 fichas) registraron que no aplicaba debido a que eran casos que no dieron resultado reactivo a la prueba no treponemica realizada a la gestante.

Tabla 37. LA GESTANTE CUENTA CON LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS SEGÚN LA ESTRATEGIA

LA GESTANTE CUENTA CON LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS SEGÚN LA ESTRATEGIA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	23	53,5%
NO	20	46,5%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si la gestante cuenta con las pruebas diagnósticas según la estrategia, se logró observar que el 53,5% (23 casos) de las gestantes contaban con las pruebas diagnósticas según lo estipula la estrategia de acuerdo a su etapa gestacional y proceso de enfermedad y el 46,5% (20 casos) de las gestantes no contaban con las pruebas diagnósticas según lo estipula la estrategia de acuerdo a su etapa gestacional y proceso de enfermedad.

Tabla 38. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	22	53,4%

NO	20	47,6%
----	----	-------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro con concordancia de la información, se logró observar que el 52,4% (22 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante y el 47,6% (20 fichas) no registraron concordancia en la información presentada.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- Se registra retratamiento sin justificación en el seguimiento serológico de la materna
- En la ficha se registra que el diagnóstico se realizó después del parto pero al igual registra la edad gestacional del diagnóstico, dice que recibió controles prenatales pero no registra las semanas que tenía al iniciar, se registra que se le realizó prueba rápida pero no registra ni fecha ni semanas de gestación al momento de la prueba, se registra que no se tomó prueba no treponémica pero al mismo tiempo se registra la fecha y las semanas gestacionales de la prueba junto con las diluciones
- hay información faltante en la ficha que dificulta la confirmación de la veracidad de los datos registrados
- no hay concordancia entre las fechas de la prueba treponémica y no treponémica y las semanas gestacionales registradas.

- en el apartado de seguimiento serológico no se registran datos o seguimiento completos.
- la VDRL registrada del diagnóstico se evidencia como no reactiva a las 7 semanas, cuando se supone debería registrar la prueba reactiva con la cual se realizó el diagnóstico.
- no hay concordancia entre el inicio controles prenatales y el diagnóstico de la gestante.
- la prueba rápida está registrada como negativa, por lo que según resultado no debería de haberse tomado las VDRL.
- prueba rápida positiva a las 7 semanas, VDRL no reactiva a las 7 semanas cuando se deberían de registrar los exámenes confirmatorios para el diagnóstico
- Registro de las fechas en la ficha mal diligenciadas.
- No hay concordancia entre el momento del diagnóstico de la semana y los datos registrados, ya que se diagnostica posterior al parto pero hay datos que indican que fue durante la gestación.
- Las semanas gestacionales a la realización de los exámenes no concuerdan con la fecha probable de parto.

- **TRATAMIENTO MATERNO Y ESTADIO CLÍNICO DE LA SÍFILIS**

Tabla 39. *SE REGISTRA LA CLASIFICACION ESTADIO CLINICO DE LA SIFILIS*

SE REGISTRA LA CLASIFICACION DEL ESTADIO CLINICO DE LA SIFILIS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%

NO	2	4,7%
----	---	------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la clasificación estadio clínico de la sífilis, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron la clasificación del estadio clínico de la sífilis en la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro la clasificación del estadio clínico de la sífilis.

Tabla 40. SE REGISTRA LA APLICACIÓN DE PENICILINA BENZATINICA

SE REGISTRA LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	42	97,7%
NO	1	2,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la aplicación de penicilina benzatinica se logró observar que el 97,7% (42 fichas) de estas registraron la aplicación de penicilina benzatínica a la gestante y el 2,3% (1 ficha) no registro si se le aplico la penicilina benzatínica a la materna.

Tabla 41. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA**BENZATINICA**

SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA
BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	43	100%
NO	0	0%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica, se logró observar que el 100% de estas registraron el número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica a la materna con sífilis.

Tabla 42. SE REGISTRAN LAS FECHAS DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA**BENZATINICA**

SE REGISTRAN LAS FECHAS DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA
BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	41	95,3%
NO	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de las fechas de aplicación de la penicilina benzatínica, se logró observar que el 95,3% (41 fichas) de estas registraron las fechas de aplicación de las dosis de penicilina benzatínica a la gestante y el 4,7% (2 fichas) no registro las fechas de aplicación de la penicilina benzatínica.

Tabla 43. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACION DE LA PENICILINA BENZATINICA

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	36	83,7%
NO	7	16,3%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica, se logró observar que el 83,7% (36 fichas) de estas registraron la edad gestacional en semanas a la aplicación de las dosis de penicilina benzatínica a la gestante y el 16,3% (7 fichas) no registro la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica.

Tabla 44. SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA SIFILIS GESTACIONAL

SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA SIFILIS GESTACIONAL		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	37	88,1%
NO	5	11,9%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado del tratamiento para el manejo de la sífilis gestacional, se logró observar que el 88,1% (37 fichas) de estas registraron el resultado del tratamiento para el manejo de la sífilis gestacional en la materna y el 11,9% (5 fichas) no registro el resultado del tratamiento para el manejo de la sífilis gestacional.

Tabla 45. SE REGISTRA SI SE REALIZO DESENSIBILIZACION PARA LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA

SE REGISTRA SI SE REALIZO DESENSIBILIZACION PARA LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	34	79,1%

NO	9	20,9%
----	---	-------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se realizó desensibilización para la aplicación de la penicilina, se logró observar que el 79,1% (34 fichas) de estas registraron si se les realizo o no desensibilización para la aplicación de las dosis de penicilina benzatínica a la gestante y el 20,9% (9 fichas) no registro si se le realizo la desensibilización para la aplicación de la penicilina benzatínica.

Tabla 46. SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA PREVENIR LA SIFILIS CONGENITA

SE REGISTRA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO PARA PREVENIR LA SIFILIS CONGENITA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	32	74,4%
NO	11	25,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado del tratamiento para prevenir la sífilis congénita, se logró observar que el 74,4% (32 fichas) de estas registraron el resultado del tratamiento aplicado a la gestante para prevenir la sífilis congénita y el 25,6% (11 fichas) no registro el resultado del tratamiento para prevenir la sífilis congénita.

Tabla 47. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	23	53,5%
NO	20	46,5%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la información habiendo concordancia en los datos registrados, se logró observar que el 53,5% (23 casos) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante y el 46,5% (20 casos) no registraron concordancia en la información presentada.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- no se realiza desensibilización de la penicilina.
- no se registra el esquema completo de penicilina benzatínica.
- faltan los datos de la edad gestacional a la aplicación de las dosis de penicilina para verificar la concordancia de los datos.

- Inconsistencias en el registro de la clasificación teniendo en cuenta datos del seguimiento serológico y momento del diagnóstico.
- Tiempos distantes entre el diagnóstico de la materna y la aplicación de las dosis de penicilina.
- No hay concordancia entre el resultado del tratamiento y la información registrada de las dosis de penicilina.
- las fechas de registradas en la ficha están mal diligenciadas.
- las semanas gestacionales no concuerdan según las fechas registradas en la ficha.
- la materna está registrada con diagnostico posterior al parto pero las fechas de la penicilina están registradas con edad gestacional.
- se registra alergia a la penicilina, no se registra ningún otro tratamiento alternativo utilizado.

- **SEGUIMIENTO SEROLÓGICO A LA GESTANTE - PRUEBA NO TREPONÉMICA**

Tabla 48. *SE REGISTRA TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA DE SEGUIMIENTO REALIZADA DURANTE LA GESTACION*

SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA DE SEGUIMIENTO REALIZADA DURANTE LA GESTACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	20	46,5%

NO	23	53,5%
----	----	-------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de prueba no treponemica de seguimiento realizada durante la gestación, se logró observar que el 53,5% (23 casos) de estas registraron el tipo de prueba no treponemica de seguimiento realizada durante la gestación a la materna y el 46,5% (20 casos) no registraron el tipo de prueba no treponemica de seguimiento realizada durante la gestación a la materna.

Tabla 49. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA

SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	38	88,4%
NO	5	11,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba, se logró observar que el 88,4% (38 casos) de estas registraron el resultado de la prueba no treponemica de seguimiento realizada durante la gestación a la materna y el 11,6% (5 casos) no registraron el resultado de la prueba no treponemica de seguimiento realizada durante la gestación a la materna.

Tabla 50. SE REGISTRA EL REPORTE DEL RESULTADO EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL REPORTE DEL RESULTADO EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	37	86%
NO	6	14%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del reporte en diluciones de la prueba no treponemica, se logró observar que el 86% (37 fichas) de estas registraron el reporte del resultado en diluciones de la prueba no treponemica realizada a la gestante, y el 14% restante (6 fichas) no registraron el reporte del resultado en diluciones de la prueba no treponemica realizada a la gestante.

Tabla 51. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	31	72,1%

NO	12	27,9%
----	----	-------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponémica, se logró observar que el 72,1% (31 casos) de estas registraron la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponémica de seguimiento durante la gestación a la materna y el 27,9% (12 casos) no registraron la edad gestacional en semanas a la realización de la prueba no treponémica de seguimiento durante la gestación a la materna.

- **RETRATAMIENTO MATERNO PARA LA SÍFILIS GESTACIONAL**

Tabla 52. SE REGISTRA SI LA GESTANTE REQUIRIRIO RETRATAMIENTO

SE REGISTRA SI LA GESTANTE REQUIRIRIO RETRATAMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	22	51,2%
NO	21	48,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si la gestante requirió retratamiento, se logró observar que el 51,2% (22 casos) de estas registraron si la gestante requirió retratamiento y el 48,8% (21 casos) no registraron si la gestante requirió retratamiento.

Tabla 53. SE REGISTRA LA CAUSA DEL RETRATAMIENTO

SE REGISTRA LA CAUSA DEL RETRATAMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	8	18,6%
NO	5	11,6%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la causa del retratamiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba la causa del retratamiento materno debido a que estas maternas o no lo necesitaron o no se registró información al respecto, un 18,6% (8 fichas) registraron la causa del retratamiento en la gestante y el 11,6% restante (5 fichas) no registraron la causa del retratamiento materno.

Tabla 54. SE REGISTRA SI HUBO APLICACIÓN DE PENICILINA BENZATINICA

SE REGISTRA SI HUBO APLICACIÓN DE PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	9	20,9%
NO	4	9,3%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si hubo aplicación de penicilina benzatínica en el retratamiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si hubo aplicación de penicilina benzatínica para el retratamiento debido a que estas maternas o no lo necesitaron o no se registró información al respecto, un 20,9% (9 fichas) registraron si hubo o no aplicación de penicilina benzatínica como retratamiento en la gestante y el 9,3% restante (4 fichas) no registraron si hubo o no aplicación de penicilina benzatínica como retratamiento materno.

Tabla 55. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA

SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	8	18,6%
NO	5	11,6%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica como retratamiento materno debido a que estas maternas o no lo necesitaron o no se registró información al respecto, un 18,6% (8 fichas) registraron el número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica en el retratamiento en la gestante y el 11,6% restante (5 fichas) no registraron el número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica en el retratamiento materno.

Tabla 56. SE REGISTRA LA FECHA DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA

SE REGISTRA LA FECHA DE APLICACIÓN DE LA PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	7	16,3%
NO	6	14%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha de aplicación de la penicilina benzatínica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la fecha de aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento materno debido a que estas maternas o no lo necesitaron o no se registró información al respecto, un 16,3% (7 fichas) registraron la fecha de aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento en la gestante y el 14% restante (6 fichas) no registraron la fecha de aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento materno.

Tabla 57. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS A LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	6	14%
NO	7	16,3%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas

registraron que no aplicaba el registrar la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento materno debido a que estas maternas o no lo necesitaron o no se registró información al respecto, un 14% (6 fichas) registraron la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento en la gestante y el 16,3% restante (7 fichas) no registraron la edad gestacional en semanas a la aplicación de la penicilina benzatínica en el retratamiento materno.

Tabla 58. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	5	11,6%
NO	9	20,9%
NO APLICA	29	67,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de los datos evidenciados en la ficha se observó concordancia entre estos, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron que no aplicaba en la concordancia de la información registrada debido a que estas maternas o no necesitaron retratamiento o no se registró información al respecto, un 20,9% (9 fichas) no registraron concordancia en la información presentada y el 11,6% restante (5 fichas) de estas

registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- se registra el retratamiento pero no hay justificación con el seguimiento serológico.
- se registra que no requirió retratamiento pero no se registra un seguimiento serológico para justificarlo.
- no se encuentra ningún dato referente.
- se registra que se requirió retratamiento por reinfección pero no se evidencian datos de las dosis de penicilina en la materna.
- se registra causa de retratamiento por reinfección pero teniendo en cuenta las fechas de las dosis de penicilina, las VDRL tomadas en la materna no concuerda la información y se tomaría como un caso de tratamiento inadecuado.
- Se registra retratamiento incompleto.

- **SEGUIMIENTO A SU O SUS CONTACTOS SEXUALES**

Tabla 59. SE REGISTRA SI SE REALIZO NOTIFICACION AL CONTACTO SEXUAL

SE REGISTRA SI SE REALIZO NOTIFICACION AL CONTACTO SEXUAL		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	38	88,4%
NO	5	11,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se realizó notificación al contacto sexual, se logró observar que el 88,4% (38 casos) de estas registraron si se les realizo o no notificación al contacto sexual de la materna y el 11,6% (5 casos) no registraron si se les realizo o no notificación al contacto sexual de la materna.

Tabla 60. SE REGISTRA SI SE REALIZO TRATAMIENTO AL CONTACTO SEXUAL.

SE REGISTRA SI SE REALIZO TRATAMIENTO AL CONTACTO SEXUAL		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	32	74,4%
NO	11	25,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se le realizo tratamiento al contacto sexual, se logró observar que el 74,4% (32 fichas) de estas registraron si se le realizo o no tratamiento al contacto sexual de la materna y el 25,6% (11 fichas) no registro si se le realizo o no tratamiento al contacto sexual de la materna.

Tabla 61. SE REGISTRA SI SE APLICO PENICILINA BENZATINICA AL CONTACTO SEXUAL.

SE REGISTRA SI SE APLICO PENICILINA BENZATINICA AL CONTACTO SEXUAL		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	32	74,4%
NO	11	25,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si se aplicó penicilina benzatínica al contacto sexual, se logró observar que el 74,4% (32 fichas) de estas registraron si se le aplico o no las dosis de penicilina benzatínica al contacto sexual de la materna y el 25,6% (11 fichas) no registro si se le aplico o no las dosis de penicilina benzatínica al contacto sexual de la materna.

Tabla 62. SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA**BENZATINICA**

SE REGISTRA EL NUMERO DE DOSIS APLICADAS DE PENICILINA
BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	28	65,1%
NO	15	34,9%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de dosis aplicadas de penicilina benzatínica, se logró observar que el 65,1% (28 fichas) de estas registraron el número de dosis de penicilina benzatínica aplicadas al contacto sexual de la materna y el 34,9% (15 fichas) no registro el número de dosis de penicilina benzatínica aplicadas al contacto sexual de la materna.

Tabla 63. SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACIÓN DE LA PENICILINA**BENZATINICA**

SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACION DE PENICILINA
BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	19	44,2%

NO	24	55,8%
----	----	-------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha de aplicación de la penicilina benzatínica, se logró observar que el 44,2% (19 fichas) de estas registraron la fecha de aplicación de las dosis de penicilina benzatínica al contacto sexual de la materna y el 55,8% (24 fichas) no registraron la fecha de aplicación de las dosis de penicilina benzatínica al contacto sexual de la materna.

Tabla 64. *SE REGISTRA SI NO SE UTILIZO PENICILINA BENZATINICA, EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO UTILIZADO.*

SE REGISTRA SI NO SE UTILIZO PENICILINA BENZATINICA, EL
NOMBRE DEL MEDICAMENTO UTILIZADO.

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	1	2,3%
NO	11	25,6%
NO APLICA	31	72,1

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si no se utilizó penicilina benzatínica, el nombre del medicamento utilizado, se logró observar que el 72,1% (31 fichas) de estas

registraron que no aplicaba el registrar si no se utilizó la penicilina benzatínica el nombre del otro medicamento utilizado debido a que o no se le aplicó el tratamiento a la pareja sexual de la materna o no se necesitó de otro medicamento aparte de la penicilina benzatínica, un 25,6% (11 fichas) no registraron si no se utilizó la penicilina benzatínica el nombre del otro medicamento utilizado y el 2,3% restante (1 ficha) de estas registraron el nombre del otro medicamento utilizado aparte de la penicilina benzatínica.

Tabla 65. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	26	61,9%
NO	16	38,1%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la información observada se evidenció concordancia en esta, se logró observar que el 61,9% (26 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la pareja sexual de la gestante y el 38,1% (16 fichas) no registraron concordancia en la información presentada.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- no se registra el motivo del que no se le aplicara penicilina a la pareja de la gestante.
- no se realizó contacto con la pareja de la materna, por lo cual no se llevó a cabo el tratamiento.
- se registra se notificó a la pareja de la materna pero no hay evidencia de tratamiento ni justificación de esto.
- no se evidencia información ya que según observación de la ficha la usuaria refiere no tener pareja o estar separada de ella.
- las fechas de las dosis están mal diligenciadas.
- no se registra información debido a que la pareja se aplicó tratamiento de forma particular pero no reportan soporte.
- usuaria firmo desentimiento porque refiere estar separada de su pareja.
- No se aplica tratamiento por exámenes negativos o discordantes.

- **SITUACIÓN DE LA GESTANTE CON EL EMBARAZO ACTUAL**

Tabla 66. *SE REGISTRA LA SITUACION DE LA GESTANTE CON RELACION AL EMBARAZO ACTUAL*

SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACION DE PENICILINA
BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	3	7%
NO APLICA	28	65,1%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la situación de la gestante con relación al embarazo actual, se logró observar que el 65,1% (28 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la situación de la gestante con relación al embarazo actual ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 27,9% (12 fichas) registraron la situación de la gestante en relación con el embarazo actual y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron la situación de la gestante con relación al embarazo actual.

Tabla 67. SE REGISTRA LA FECHA DEL PARTO

SE REGISTRA LA FECHA DEL PARTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	14	32,6%
NO	1	2,3%
NO APLICA	28	65,1%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del parto, se logró observar que el 65,1% (28 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la fecha de parto ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 32,6% (14 fichas) registraron la fecha del parto y el 2,3% restante (1 ficha) de estas no registraron la fecha del parto.

Tabla 68. SE REGISTRA LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	2	4,7%
NO APLICA	29	67,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la condición del recién nacido, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la condición del recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 27,9% (12 fichas) registraron la condición del recién nacido y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron la condición del recién nacido.

Tabla 69. SE REGISTRA EL NUMERO DE PRODUCTOS AL NACIMIENTO

SE REGISTRA EL NUUMERO DE PRODUCTOS AL NACIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	10	23,3%
NO	3	7%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de productos al nacimiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el número de productos al nacimiento ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 23,3% (10 fichas) registraron el número de productos al nacimiento y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron el número de productos al nacimiento.

Tabla 70. SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

SE REGISTRA LA EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	1	2,3%

NO APLICA	30	69,8
-----------	----	------

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la edad gestacional en semanas al nacimiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la edad gestacional en semanas al nacimiento ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 27,9% (12 fichas) registraron la edad gestacional en semanas al nacimiento y el 2,3% restante (1 fichas) de estas no registraron la edad gestacional en semanas al nacimiento.

Tabla 71. SE REGISTRA EL PESO DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA EL PESO DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	1	2,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del peso del recién nacido en la gestación reportada, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el peso del recién nacido, en la gestación reportada ya que son maternas que al

momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 27,9% (12 fichas) registraron el peso del recién nacido, en la gestación reportada y el 2,3% restante (1 fichas) de estas no registraron el peso del recién nacido, en la gestación reportada.

Tabla 72. SE REGISTRA EL SEXO DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA EL SXO DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	1	2,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del sexo del recién nacido, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el sexo del recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 27,9% (12 fichas) registraron el sexo del recién nacido y el 2,3% restante (1 fichas) de estas no registraron el sexo del recién nacido.

Tabla 73. SE REGISTRA EL REGIMEN DE SALUD AL QUE PERTENECE EL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA EL REGIMEN DE SALUD AL QUE PERTENECE EL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	10	23,3%
NO	3	7%
NO APLICA	30	60,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del régimen de salud al que pertenece el recién nacido, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el régimen de salud al que pertenece el recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 23,3% (10 fichas) registraron el régimen de salud al que pertenece el recién nacido y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron el régimen de salud al que pertenece el recién nacido.

Tabla 74. SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA

SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	11	25,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del nombre de la aseguradora, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el nombre de la aseguradora al que está afiliado el recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 25,6% (11 fichas) registraron el nombre de la aseguradora al que está afiliado el recién nacido y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron el nombre de la aseguradora al que está afiliado el recién nacido.

Tabla 75. SE REGISTRAN LOS NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA LOS NOMBRES Y APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	8	19%
NO	4	9,5%
NO APLICA	30	71,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de los nombres y apellidos del recién nacido, se logró observar que el 71,4% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar los nombres y apellidos del recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 19% (8 fichas) registraron los nombres y apellidos del recién nacido y el 9,5% restante (4 fichas) de estas no registraron los nombres y apellidos del recién nacido.

Tabla 76. SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA EL TIPO DE DOCUMENTO DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	10	23,3%
NO	3	7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de documento del recién nacido, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el tipo de documento del recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 23,3% (10 fichas) registraron el tipo de documento del recién nacido y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron el tipo de documento del recién nacido.

Tabla 77. SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

SE REGISTRA EL NUMERO DE IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	10	23,3%
NO	3	7%
NO APLICA	30	69,8

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de identificación del recién nacido, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el número de identificación del recién nacido ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 23,3% (10 fichas) registraron el número de identificación del recién nacido y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron el número de identificación del recién nacido.

Tabla 78. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACION DE PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	5	11,9%
NO	7	16,7%
NO APLICA	30	71,4

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la información observada se evidencio concordancia en esta, se logró observar que el 71,4% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba en la concordancia de la información registrada debido a que estas maternas al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, un 11,9% (7 fichas) no registraron concordancia en la información presentada y el 16,7% restante (5 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante y el recién nacido.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz.
- al momento del seguimiento no se han actualizado los datos del recién nacido, aun no se registran sus nombres y sigue con el CNV.
- Inconsistencias entre la fecha probable de parto, la fecha del parto y las semanas gestacionales registradas al momento del parto.
- Se registran abortos.

- se registra al recién nacido como no asegurado y no se evidencia la información de nombre, tipo y número de identificación del menor.
- según fecha probable de parto la materna ya debería haber tenido parto pero no se registran datos.

- **DIAGNÓSTICO DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO A LA SÍFILIS**

Tabla 79. *SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO*

SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	12	27,9%
NO	1	2,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la realización de la prueba no treponemica de la madre al momento del parto, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la realización de la prueba no treponemica de la madre al momento del parto ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían

dado a luz o presentó aborto, un 27,9% (12 fichas) registraron la realización de la prueba no treponémica de la madre al momento del parto y el 2,3% restante (1 ficha) de estas no registraron la realización de la prueba no treponémica al momento del parto.

Tabla 80. *SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONÉMICA REALIZADA EN EL MOMENTO DEL PARTO*

SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONÉMICA REALIZADA EN EL MOMENTO DEL PARTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	11	25,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de prueba no treponémica realizada en el momento del parto, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el tipo de prueba no treponémica realizada en el momento del parto ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentó aborto, un 25,6% (11 fichas) registraron el tipo de prueba treponémica realizada al momento del parto y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron el tipo de prueba no treponémica realizada al momento del parto.

Tabla 81. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	9	20,9%
NO	4	9,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado de la prueba no treponemica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el resultado de la prueba no treponemica ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentó aborto, un 20,9% (9 fichas) registraron el resultado de la prueba no treponemica y el 9,3% restante (4 fichas) de estas no registraron el resultado de la prueba no treponemica.

Tabla 82. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA

SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	11	25,6%

NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la fecha del resultado de la prueba ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentó aborto, un 25,6% (11 fichas) registraron la fecha del resultado de la prueba y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron la fecha del resultado de la prueba.

Tabla 83. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA

SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONEMICA ES REACTIVA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	9	20,9%
NO	2	4,7%
NO APLICA	32	74,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva, se logró observar que el 74,4% (32 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva ya que son maternas o que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, presentó aborto o dieron un reporte no reactivo en la prueba, un 20,9% (9 fichas) registraron el reporte en diluciones de las pruebas no treponémicas reactivas y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron el reporte en diluciones de la prueba no treponemica siendo reactiva.

Tabla 84. *SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO*

SE REGISTRA LA REALIZACION DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	11	25,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la realización de la prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si se le realizo o no la prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no

habían dado a luz o presentó aborto, un 25,6% (11 fichas) registraron si se le realizo o no la prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron si se le realizo o no la prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento.

Tabla 85. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO

SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO EXPUESTO AL NACIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	11	25,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de prueba no treponemica realizada a la niña o niño expuesto al nacimiento, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el tipo prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentó aborto, un 25,6% (11 fichas) registraron el tipo de prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron el tipo de prueba no treponemica a la niña o niño expuesto al nacimiento.

Tabla 86. SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	9	20,9%
NO	4	9,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del resultado de la prueba no treponemica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el resultado de la prueba no treponemica ya que son maternas o que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentaron aborto, un 20,9% (9 fichas) registraron el resultado de la prueba no treponemica y el 9,3% restante (4 fichas) de estas no registraron el resultado de la prueba no treponemica.

Tabla 87. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	11	25,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba no treponémica, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar la fecha del resultado de la prueba ya que son maternas que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz o presentaron aborto, un 25,6% (11 fichas) registraron la fecha del resultado de la prueba y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron la fecha del resultado de la prueba.

Tabla 88. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONÉMICA ES REACTIVA

SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES SI LA PRUEBA NO TREPONÉMICA ES REACTIVA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	5	11,6%
NO	3	7%
NO APLICA	35	81,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva, se logró observar que el 81,4% (35 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el reporte en diluciones si la prueba no treponemica es reactiva en el recién nacido expuesto ya que son maternas o que al momento del seguimiento aún no habían dado a luz, presentaron aborto o los recién nacidos dieron un reporte no reactivo en la prueba, un 11,6% (5 fichas) registraron el reporte en diluciones de las pruebas no treponémicas reactivas y el 7% restante (3 fichas) de estas no registraron el reporte en diluciones de la prueba no treponemica siendo reactiva.

Tabla 89. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	9	20,9%
NO	4	9,3%
NO APLICA	30	69,8%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, se logró observar que el 69,8% (30 fichas) de estas registraron que no aplicaba en la concordancia de la información registrada debido a que estas

maternas o no necesitaron retratamiento o no se registró información al respecto, un 20,9% (9 fichas) no registraron concordancia en la información presentada y el 9,3% restante (4 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz.
- la información está incompleta, prácticamente vacía.
- no se registra resultado de la VDRL en la recién nacida pero si se registran diluciones del resultado.
- la materna presenta aborto.
- según fecha probable de parto la materna ya debería haber tenido parto pero no se registran datos

- **DIAGNÓSTICO E INTERVENCIONES DE LA NIÑA O NIÑO FRENTE A LA SÍFILIS**

Tabla 90. *SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO DESCARTADO DE SIFILIS*

SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO DESCARTADO DE SIFILIS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	5	11,6%
NO	5	11,6%
NO APLICA	33	76,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si es una niña o niño con diagnostico descartado de sífilis, se logró observar que el 76,7% (33 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si es una niña o niño con diagnostico descartado de sífilis – sano debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que no tenían diagnostico descartado de sífilis, un 11,6% (5 fichas) no registraron si es una niña o niño con diagnostico descartado de sífilis – sano y el 11,6% restante (5 fichas) de estas registraron si es una niña o niño con diagnostico descartado de sífilis – sano.

**Tabla 91. SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO SANO AL QUE SE LE APLICÓ
DOSIS PROFILÁCTICA CON PENICILINA BENZATÍNICA**

SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO SANO AL QUE SE LE APLICÓ DOSIS PROFILÁCTICA CON PENICILINA BENZATÍNICA		
OPCIÓN DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	8	18,6%
NO	2	4,7%
NO APLICA	33	76,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si es una niña o niño sano al que se le aplicó dosis profiláctica con penicilina benzatínica, se logró observar que el 76,7% (33 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si la niña o niño sano se le aplicó dosis profiláctica con penicilina benzatínica debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que no tenían diagnóstico descartado de sífilis, un 18,6% (8 fichas) no registraron si la niña o niño sano se le aplicó dosis profiláctica con penicilina benzatínica y el 4,7% restante (2 fichas) de estas registraron si la niña o niño sano se le aplicó dosis profiláctica con penicilina benzatínica.

Tabla 92. SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE SIFILIS CONGENITA

SE REGISTRA SI ES UNA NIÑA O NIÑO CON DIAGNOSTICO CONFIRMADO DE SIFILIS CONGENITA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	1	2,3%
NO	4	9,3%
NO APLICA	38	88,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si es una niña o niño con diagnostico confirmado de sífilis congénita, se logró observar que el 88,4% (38 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si es una niña o niño con diagnostico confirmado de sífilis congénita debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que tenían diagnostico descartado de sífilis, un 9,3% (4 fichas) no registraron si es una niña o niño con diagnostico confirmado de sífilis congénita y el 2,3% restante (1 fichas) de estas registraron si es una niña o niño con diagnostico confirmado de sífilis congénita.

Tabla 93. SE REGISTRA SI LA NIÑA O NIÑO CON SIFILIS CONGENITA RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA CRISTALINA

SE REGISTRA SI LA NIÑA O NIÑO CON SIFILIS CONGENITA RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA CRISTALINA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	2	4,7%
NO	3	7%
NO APLICA	38	88,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina, se logró observar que el 88,4% (38 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que tenían diagnostico descartado de sífilis, un 7% (3 fichas) no registraron si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina y el 4,7% restante (2 fichas) de estas registraron si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina.

Tabla 94. SE REGISTRA SI LA NIÑA O NIÑO RECIBIO TRATAMIENTO CON PENICILINA CRISTALINA POR 10 DIAS

SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACION DE PENICILINA BENZATINICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	3	7%
NO	2	4,7%
NO APLICA	38	88,4%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si la niña o niño recibió tratamiento con penicilina cristalina por 10 días, se logró observar que el 88,4% (38 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina por 10 días debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que tenían diagnóstico descartado de sífilis, un 7% (3 fichas) registraron si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina por 10 días y el 4,7% restante (2 fichas) de estas no registraron si la niña o niño con sífilis congénita recibió tratamiento con penicilina cristalina por 10 días.

Tabla 95. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	7	16,3%
NO	5	11,6%
NO APLICA	31	72,1%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la información observada en la ficha encontrándose concordancia entre ella, se logró observar que el 72,1% (31 fichas) de estas registraron que no aplicaba en la concordancia de la información registrada debido a que eran maternas que aún no habían dado a luz al momento del seguimiento o presentaron aborto, un 16,3% (7 fichas) registraron concordancia en la información presentada y el 11,6% restante (5 fichas) de estas no registraron los datos requeridos en la ficha, por lo que no se presenta concordancia entre estos datos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz.
- según resultados de VDRL no reactivo el recién nacido se clasificaría como sano, no se marcar el espacio, se marca que si tuvo profilaxis de penicilina, pero tambien marca el tratamiento de recién nacido con diagnóstico de sífilis.
- La información no se encuentra en la ficha.
- la materna presenta aborto.
- no se registra la casilla de dx confirmado, se registra la casilla de profilaxis en rn sano.
- según fecha probable de parto la materna ya debería haber tenido parto pero no se registran datos.

- **CRITERIO UTILIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS CONGÉNITA EN LA NIÑA O NIÑO**

Tabla 96. *SE REGISTRA EL CRITERIO UTILIZADO EN EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA*

SE REGISTRA EL CRITERIO UTILIZADO EN EL DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	1	2,3%
NO	6	14%
NO APLICA	36	83,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del criterio utilizado en el diagnóstico de sífilis congénita, se logró observar que el 83,7% (36 fichas) de estas registraron que no aplicaba el registrar el criterio utilizado en el diagnóstico de sífilis congénita debido a que o eran casos de maternas que aún no habían dado a luz, tuvieron un aborto o eran niños que tenían diagnóstico descartado de sífilis, un 14% (6 fichas) no registraron el criterio utilizado en el diagnóstico de sífilis congénita y el 2,3% restante (1 ficha) de estas registraron el criterio utilizado en el diagnóstico de sífilis congénita.

- **SEGUIMIENTO DE LA NIÑA O NIÑO CON SÍFILIS CONGÉNITA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

Tabla 97. SE REGISTRA SI HUBO SEGUIMIENTO A LA NIÑA O NIÑO CON SIFILIS CONGENITA

SE REGISTRA LA FECHA DE LA APLICACION DE PENICILINA BENZATINICA

OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de si hubo seguimiento a la niña o niño con sífilis congénita, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron en el ítem “hubo seguimiento a la niña o niño con sífilis congénita” que no aplicaba, los casos donde no aplicaba por lo general se debía a que la materna aún no había dado a luz al momento del seguimiento, eran recién nacidos que no eran diagnosticados con sífilis congénita o eran recién nacidos que al momento del seguimiento aun no contaban con la edad requerida para el seguimiento de sífilis congénita, en el caso del 7% restante (3 fichas) no registraron datos del seguimiento a la niña o niño con sífilis congénita.

Tabla 98. SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO PEN EL SEGUIMIENTO

SE REGISTRA EL TIPO DE PRUEBA NO TREPONEMICA REALIZADA A LA NIÑA O NIÑO PEN EL SEGUIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del tipo de prueba no treponémica realizada a la niña o niño pen el seguimiento, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron en el ítem “tipo de prueba no treponémica realizada a la niña o niño pen el seguimiento” que no aplicaba, los casos donde no aplicaba por lo general se debía a que la materna aún no había dado a luz al momento del seguimiento, eran recién nacidos que no eran diagnosticados con sífilis congénita o eran recién nacidos que al momento del seguimiento aun no contaban con la edad requerida para el seguimiento de sífilis congénita, en el caso del 7% restante (3 fichas) no registraron el tipo de prueba no treponémica realizada a la niña o niño en el seguimiento.

Tabla 99. SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA

SE REGISTRA LA FECHA DEL RESULTADO DE LA PRUEBA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la fecha del resultado de la prueba, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron en el ítem “fecha de resultado de la prueba” que no aplicaba, los casos donde no aplicaba por lo general se debía a que la materna aún no había dado a luz al momento del seguimiento, eran recién nacidos que no eran diagnosticados con sífilis congénita o eran recién nacidos que al momento del seguimiento aun no contaban con la edad requerida para el seguimiento de sífilis congénita, en el caso del 7% restante (3 fichas) no registraron la fecha del resultado de la prueba realizada a la niña o niño durante el seguimiento.

Tabla 100. SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA

SE REGISTRA EL REPORTE EN DILUCIONES DE LA PRUEBA NO TREPONEMICA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del reporte en diluciones de la prueba no treponémica, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron en el ítem “diluciones de la prueba no treponémica” que no aplicaba, los casos donde no aplicaba por lo general se debía a que la materna aún no había dado a luz al momento del seguimiento, eran recién nacidos que no eran diagnosticados con sífilis congénita o eran recién nacidos que al momento del seguimiento aun no contaban con la edad requerida para el seguimiento de sífilis congénita, en el caso del 7% restante (3 fichas) no registraron datos en diluciones de la prueba no treponémica realizada durante el seguimiento a la niña o niño con sífilis congénita.

Tabla 101. SE REGISTRA EL CRITERIO DE CURACION DE LA NIÑA O NIÑO

SE REGISTRA EL CRITERIO DE CURACION DE LA NIÑA O NIÑO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del criterio de curación de la niña o niño, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron en el ítem “criterio de curación de la niña o niño” que no aplicaba, los casos donde no aplicaba por lo general se debía a que la materna aún no había dado a luz al momento del seguimiento, eran recién nacidos que no eran

diagnosticados con sífilis congénita o eran recién nacidos que al momento del seguimiento aun no contaban con la edad requerida para el seguimiento de sífilis congénita, en el caso del 7% restante (3 fichas) no registraron datos del criterio de curación de la niña o niño luego de terminado el seguimiento a la niña o niño con sífilis congénita.

Tabla 102. HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA

HAY CONCORDANCIA EN LA INFORMACION REGISTRADA		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	0	0%
NO	3	7%
NO APLICA	40	93%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro de la información observada se encuentra concordancia entre esta, se logró observar que el 93% (40 fichas) de estas registraron los datos requeridos en la ficha presentando concordancia entre estos de acuerdo al proceso de atención y protocolo realizado en la gestante y el 7% (3 fichas) no registraron concordancia en la información presentada.

- **OBSERVACIONES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz.
- al momento del seguimiento el recién nacido aún no cuenta con la edad establecida para realizar seguimiento.
- para el tiempo del envío de la ficha de seguimiento y teniendo en cuenta la fecha del parto el recién nacido ya debería contar con el primer seguimiento de los 3 meses, lo cual no se ve evidenciado en la ficha.
- la materna presenta aborto.
- dificultad de captación de la materna y su recién nacido debido a barreras de comunicación y a que es población dispersa.

- **REPORTE DE DATOS DEL SEGUIMIENTO AL BINOMIO MADRE - HIJO**

Tabla 103. *SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE HACE EL SEGUIMIENTO DE SIFILIS*

SE REGISTRA EL NOMBRE DE LA INSTITUCION QUE HACE EL SEGUIMIENTO DE SIFILIS		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS

SI	35	81,4%
NO	8	18,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del nombre de la institución que hace el seguimiento de sífilis, se logró observar que el 81,4% (35 fichas) de estas registraron el nombre de la institución que le hace el seguimiento de sífilis a la gestante y el 18,6% (8 fichas) no registro el nombre de la institución que hace el seguimiento de sífilis.

Tabla 104. SE REGISTRA EL NOMBRE DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACION

SE REGISTRA EL NOMBRE DE QUIEN REGISTRA LA INFORMACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	29	67,4%
NO	14	32,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del nombre de quien registra la información, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron el nombre de quien registra la información presentada en la ficha de seguimiento clínico de sífilis y el 32,6% (14

fichas) no registro el nombre de quien registra la información presentada en la ficha de seguimiento clínico de sífilis.

Tabla 105. SE REGISTRA EL CARGO DE QUIEN HACE EL SEGUIMIENTO

SE REGISTRA EL CARGO DE QUIEN HACE EL SEGUIMIENTO		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	29	67,4%
NO	14	32,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del cargo de quien hace el seguimiento, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron el cargo de quien hace el seguimiento del caso de sífilis y el 32,6% (14 fichas) no registro el cargo de quien hace el seguimiento del caso de sífilis.

Tabla 106. SE REGISTRA EL TELEFONO CELULAR DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION

SE REGISTRA EL TELEFONO CELULAR DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	29	67,4%

NO	12	27,9%
NO APLICA	2	4,7%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del número de teléfono celular de quien hace la notificación, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron el teléfono celular de quien hace la notificación del caso de sífilis, un 27,9% (12 fichas) no registraron el teléfono celular de quien hace la notificación del caso de sífilis y el 4,7% restante (2 fichas) de estas registraron que no aplicaba este ítem, pero este fue un error de digitación al momento de la evaluación, ya que eran fichas que aplicaban para la opción de que no registraron la información.

Tabla 107. SE REGISTRA EL CORREO ELECTRONICO DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION

SE REGISTRA EL CORREO ELECTRONICO DE QUIEN HACE LA NOTIFICACION		
OPCION DE RESPUESTA	# RESPUESTAS	% DE RESPUESTAS
SI	29	67,4%
NO	14	32,6%

FUENTE: Datos obtenidos a través de la lista de chequeo aplicada a la información recibida a través del correo solicitando a las EAPB a las que están vinculadas las maternas.

Según los resultados relacionados, al registro del correo electrónico de quien hace la notificación, se logró observar que el 67,4% (29 fichas) de estas registraron el correo electrónico de quien hace la notificación del caso de sífilis y el 32,6% (14 fichas) no registro el correo electrónico de quien hace la notificación del caso de sífilis.

- **OBSERVACIONES GENERALES**

Entre las observaciones registradas por inconsistencias las más comunes fueron:

- no hay información pertinente, solo se registra la IPS donde se le realizo el seguimiento a la materna.
- la ficha de seguimiento clínico está muy incompleta.
- El caso se cierra caso por aborto.
- Se ha observado que el registro de la ficha la ha realizado las EAPB y no la IPS que atiende el caso.

- **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

Se recomienda que el personal de apoyo de la dimensión siga realizando evaluaciones periódicas de las fichas de seguimiento clínico del binomio madre e hijo y que se cumpla con el plan de mejora recomendado.

Se recomienda que el personal de la dimensión Salud Sexual y Reproductiva mantenga un monitoreo constante en las EAPB e IPS que cuentan con casos de sífilis gestacional en cuanto

al adecuado diligenciamiento de la ficha y cumplimiento al protocolo según la estrategia ETMI PLUS.

- **CONCLUSIONES**

Debido a la falta de respuesta por parte de las EAPB solo se pudo cumplir con un 63,2% de la meta establecida, al solo evaluar 43 fichas de seguimiento de las 68 planteadas, de acuerdo a los resultados observados en la evaluación del diligenciamiento de la ficha podemos observar que en general se han encontrado muchas falencias en el diligenciamiento de estas, recalcando que solo una de las secciones supero el 70% de la concordancia en la información registrada, siendo la sección de seguimiento de la niña o niño la de menor porcentaje con un 0%, seguida de la sección de retratamiento materno con un 11,6%, seguida de la sección de situación de la gestante frente al embarazo actual con un 11,9%, luego sigue la sección de diagnóstico e intervenciones de la niña o niño frente a la sífilis con un 16,3%, seguida de la sección del diagnóstico de la niña o niño expuesto a la sífilis con un 20,9%, luego sigue la sección de momento del diagnóstico con relación a la gestación actual con un 52,4%, seguida de la sección de tratamiento materno y estadio clínico de la sífilis con un 53,5%, luego sigue la sección de reporte de datos de seguimiento del binomio madre e hijo con un 67,4% y para finalizar con la sección de los datos de la gestante siendo la de mayor porcentaje con un 93%, por lo que se ve la necesidad de fortalecer el correcto diligenciamiento de la ficha de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de sífilis con las EAPB e IPS quienes atienden los casos.

- PLAN DE MEJORAMIENTO

Tabla 108. PLAN DE MEJORAMIENTO

AREA RESPONSABLE: Dimensión Salud Sexual y Reproductiva						
Acciones de mejora	Actividad	Fecha		Recursos	Indicador seguimiento	Responsable seguimiento
		inicio	Fin			
Realizar asistencia técnica a las EAPB e IPS que cuentan con casos activos de sífilis gestacional en relación de fortalecer la adherencia al adecuado diligenciamiento de la ficha y cumplimiento de la estrategia ETMI PLUS.	<u>Educativa</u> Dar capacitaciones con el fin facultarlos en el diligenciamiento de las fichas de seguimiento clínico según lo dicta el instructivo establecido en la estrategia.	Julio de 2023	Diciembre de 2023	Humano	N° de capacitaciones realizadas / N° de capacitaciones programadas x 100	Profesionales de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.
	<u>Gestión</u> Actualizar la base de datos donde se lleva registro de los seguimientos realizados a los casos notificados y el cumplimiento de la estrategia en ellas.	Julio de 2023	Diciembre de 2023	Humano	N° de casos a los que se les hizo seguimiento / N° de casos notificados con esquema incompleto x 100	
	<u>Gestión</u> Redactar y difundir una circular donde	20 de junio de 2023	30 de junio de 2023	Circular	1 Circular difundida	

	comprometa a las EAPB a enviar las fichas de seguimiento de sífilis trimestralmente para su evaluación y seguimiento.				
	<u>Investigación:</u>				
Aplicar la lista de chequeo que se implementó para realizar la evaluación del diligenciamiento de la ficha de seguimiento de manera que se pueda monitorizar y evaluar el proceso de implementación de la estrategia a nivel departamental.	Aplicar la lista de chequeo que se implementó para realizar la evaluación del diligenciamiento de la ficha de seguimiento de manera que se pueda monitorizar y evaluar el proceso de implementación de la estrategia a nivel departamental.	Julio de 2023	Diciembre de 2023	Humano	N° de auditorías realizadas / N° de auditorías programadas x 100

- ANEXO LISTA DE CHEQUEO UTILIZADA PARA LA EVALUACION

ds INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
DE NORTE DE SANTANDER

Lista de chequeo - Ficha de seguimiento clínico binomio madre - hijo SÍFILIS

Por favor, responde a estas preguntas antes de irte.

lunacrisleyva@ufps.edu.co [Cambiar de cuenta](#)

No compartido

* Indica que la pregunta es obligatoria

Fecha de evaluación

Fecha

dd/mm/aaaa

EAPB (Escribir el nombre todo en mayúsculas)

Tu respuesta

Se registra la fecha de registro de la información *

Sí

No

Ilustración 5. Evidencia de la lista de chequeo

Se registra los nombres y apellidos de la gestante con sífilis

Sí

No

Se registra la nacionalidad de la gestante

Sí

No

Se registra el tipo de documento de la gestante

Sí

No

Se registra el número de identificación de la gestante

Sí

No

Se registra la edad de la gestante

Sí

No

Ilustración 6. Evidencia de la lista de chequeo

Se registra el tipo de régimen en salud <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra nombre de la aseguradora <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra la pertenencia étnica de la gestante <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra el grupo poblacional de la gestante <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra el área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Ilustración 7. *Evidencia de la lista de chequeo*

Se registra el departamento o distrito de residencia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra el municipio de residencia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra dirección de residencia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra el teléfono de contacto de la gestante <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Se registra fecha probable de parto <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Ilustración 8. *Evidencia de la lista de chequeo*

- **MATRIZ INSTRUCCIONAL**

LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO 1801054

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

2023

- **MATRIZ INSTRUCCIONAL: “ESTRATEGIA ETMI PLUS”**

TEMA: Estrategia ETMI PLUS

FECHA: 28/04/2023

DIRIRIDO A: Personal de salud de las diferentes IPS, ESE, EAPB y entidades territoriales

TIEMPO: 25 minutos

RESPONSABLE: Luna Crisley Vaca Santiago (1801054)

OBGETIVO GENERAL: Socializar con el personal de salud de diferentes IPS, ESE, EAPB y entidades territoriales, la estrategia ETMI PLUS mediante una sesión educativa contribuyendo al cumplimiento de las metas establecidas en el Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis b y la enfermedad de Chagas.

Tabla 110. MATRIZ INSTRUCCIONAL

OBJETIVOS ESPECIALES	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	TIEMPO	RECURSOS	TÉCNICAS EDUCATIVAS O AYUDAS AUDIO-VISUALES	EVALUACIÓN
<p>Identificar el objetivo de la ETMI PLUS Colombia por medio de una sesión educativa.</p> <p>Identificar las metas de eliminación de la ETMI PLUS a través de los datos informativos presentes en el Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la</p>	<p>Objetivo de la ETMI PLUS Colombia</p> <p>Metas de eliminación de la ETMI PLUS</p>	<p>ARTE, JUEGO Y TRABAJO</p>	<p>2 min</p> <p>3 min</p>	<p>Humanos:</p> <p>Estudiante de octavo semestre de enfermería.</p> <p>Personal de salud de diferentes IPS</p> <p>Materiales:</p>	<p>Técnicas educativas:</p> <p>Charla educativa.</p> <p>Diapositivas</p>	<p>¿Cuál es el objetivo de la estrategia ETMI PLUS?</p> <p>¿Cuáles son las metas de eliminación de la ETMI PLUS?</p>

sífilis, la hepatitis b y la enfermedad de Chagas	Diapositivas	la prevención de la transmisión materno infantil del VIH	5 min	Describir la prevención de la transmisión materno infantil del VIH por medio de una sesión educativa
Describir las medidas de prevención de la transmisión materno infantil de la sífilis, el tratamiento y seguimiento del niño con sífilis congénita por	5min	Medidas de prevención de la transmisión materno infantil de la sífilis. El tratamiento y seguimiento del niño con sífilis congénita	¿Cuáles son las medidas de prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis?	

medio de una sesión educativa	por medio de una sesión educativa	5 min	¿Cómo se previene la transmisión materno-infantil de la hepatitis B?
Describir la prevención de la transmisión materno infantil de la hepatitis b, la atención y seguimiento del niño expuesto al virus de la hepatitis b por medio de una sesión educativa	Prevenición de la transmisión materno infantil de la hepatitis b. Atención y seguimiento del niño expuesto al virus de la hepatitis b	5 min	¿Cómo se previene la transmisión materno-infantil de la hepatitis B?
Describir la prevención de la transmisión materno-infantil de la enfermedad de Chagas y la atención del niño expuesto a la enfermedad de Chagas por medio de una sesión educativa.	la prevención de la transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas	5 min	¿Cómo es el proceso de atención del niño expuesto a la enfermedad de Chagas?

- **METODOLOGÍA:**

- **REFLEXIONEMOS Y COMPARTAMOS**

Se le preguntará al talento humano de diferentes IPS sobre los conocimientos y puntos de vista que tengan acerca de la estrategia ETMI PLUS

- **CONSULTEMOS**

La estudiante de VIII semestre de enfermería de la Universidad Francisco De Paula Santander enseñará sobre la estrategia ETMI PLUS.

- **DEBATAMOS**

Luego de haber escuchado los conocimientos previos que tenía el talento humano y de que ellos escucharan más sobre el tema de la estrategia ETMI PLUS. Se hará una retroalimentación del tema donde se pueda debatir y explicar inquietudes que hayan quedado.

- **COMPROMETAMONOS**

Se le pedirá al talento humano de diferentes IPS que se comprometan a utilizar los conocimientos adquiridos durante la sesión educativa con el fin de lograr las metas establecidas en la estrategia ETMI PLUS

- **EVALUEMOS**

Se les realizará unas series de preguntas cortas a los usuarios para saber qué conocimientos nuevos aprendieron:

- ¿Cuál es el objetivo de la estrategia ETMI PLUS?
- ¿Cuáles son las metas de eliminación de la ETMI PLUS?
- ¿Cuáles son las medidas de prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis?
- ¿Cómo se previene la transmisión materno-infantil de la hepatitis b?
- ¿Cómo es el proceso de atención del niño expuesto a la enfermedad de Chagas?

- **CONTENIDO**

OBJETIVO DE LA ETMI-PLUS COLOMBIA

Fortalecer la atención de la mujer en edad fértil, la gestante y sus hijos e hijas a fin de orientar los esfuerzos del país hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil al año 2030.

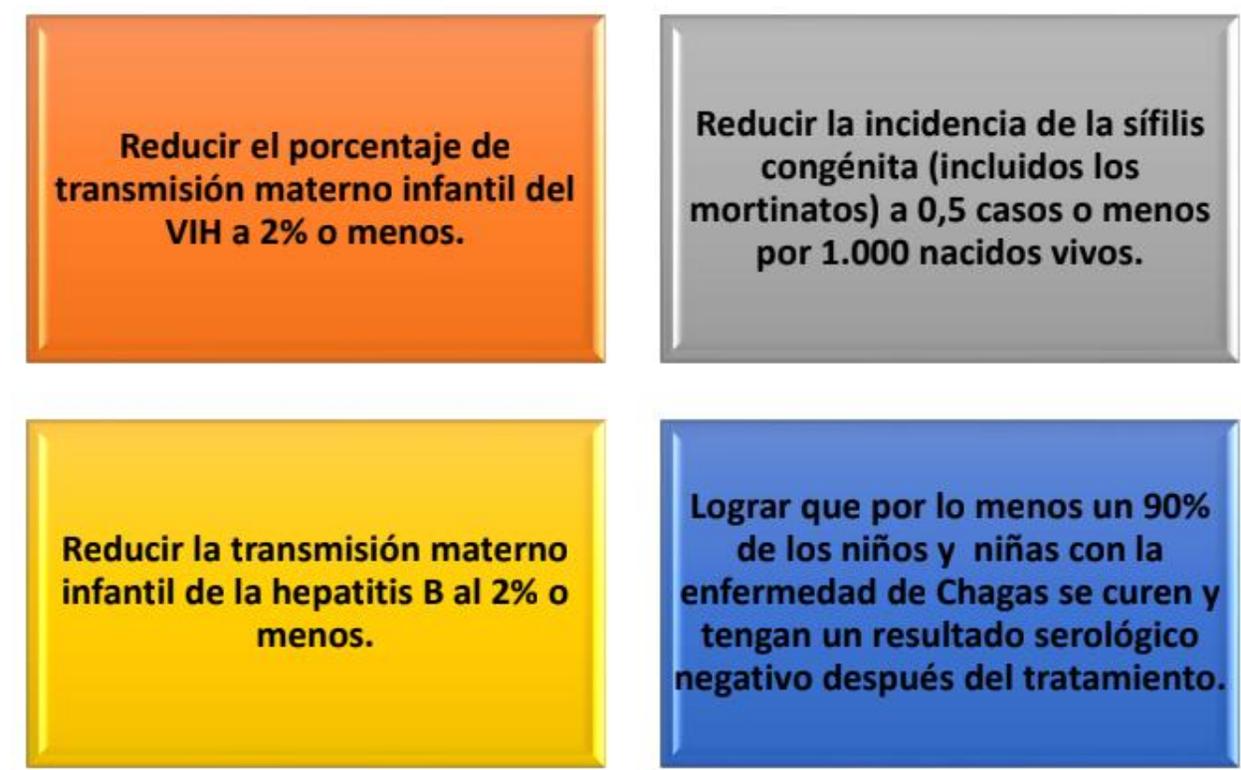
METAS DE ELIMINACIÓN DE LA ETMI-PLUS

Ilustración 9. *Metas de eliminación de la ETMI-PLUS*

VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, esférico, que posee una envoltura y una cápside proteica. Su material genético es una cadena de ARN que debe copiarse provisionalmente al ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta.

Existen dos tipos de VIH, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1, con distribución mundial, es el más agresivo y tiene más de 10 subtipos genéticos; por su parte, el VIH-2, presenta los mismos modos de transmisión que el VIH-1 y la inmunodeficiencia parece desarrollarse más lentamente y ser más leve, además tiene un estado menos infeccioso en las primeras fases de la enfermedad y su presencia se observa principalmente en África.

Una vez que el VIH ha ingresado al cuerpo humano, este se aloja en las células, principalmente en los linfocitos T CD4, para generar nuevas copias del virus, utilizando su material genético, con lo cual logra destruirlas. La destrucción de las células CD4, combinada con la alta velocidad de replicación del virus, debilita el sistema inmunitario de la persona infectada, la cual, sin tratamiento, queda expuesta a infecciones oportunistas, lo que conlleva al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

Mecanismos de transmisión

El VIH ingresa al organismo únicamente a través de heridas abiertas y mucosas. Se transmite a través de fluidos corporales como: semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales, sangre y leche materna. Sus mecanismos de transmisión son:

1. Sexual: Es la vía que aporta la mayor parte de las infecciones. Se produce al tener relaciones sexuales penetrativas anales, vaginales u orales sin protección con una persona infectada.

2. Sanguínea o percutánea: Este mecanismo está dado por la exposición a sangre o sus derivados o a tejidos trasplantados provenientes de una persona infectada por VIH. También se incluyen dentro de este grupo las lesiones o heridas, de origen laboral o no laboral, con elementos cortopunzantes contaminados con VIH (agujas, cuchillas, máquinas de afeitarse, tijeras, entre otros).

3. Materno infantil: Es la transmisión del virus de una madre que vive con VIH a su hijo o hija durante la gestación, el parto o la lactancia materna.

Diagnóstico de VIH

El VIH se diagnostica en la madre a través de una prueba de sangre que se puede realizar en el consultorio o en el laboratorio clínico. El médico ordenará esta prueba desde la consulta preconcepcional y en el primer control prenatal.

Si la prueba sale negativa, se repetirán en cada trimestre del embarazo o en el momento del parto, Si la prueba sale positiva, se ordenará otras pruebas para confirmar el diagnóstico.

Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

Las intervenciones clave para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH se agrupan así:

- Tratamiento antirretroviral a la madre en el anteparto.

- Profilaxis antirretroviral a la madre en el intraparto.
- Parto por cesárea o parto vaginal, si está indicado, de acuerdo con el resultado de la carga viral realizada en la semana 36 antes de la atención del parto.
- Profilaxis antirretroviral con zidovudina de la niña o niño expuesto durante 42 días (6 semanas) y 3 dosis de nevirapina, si está indicado.
- Supresión de la lactancia materna, administración de fórmula láctea al recién nacido desde el momento de su nacimiento hasta los 12 meses de edad y, a partir de los 6 meses, iniciar alimentación complementaria.

Durante el embarazo

La prevención durante el embarazo se hace con la administración de la terapia antirretroviral, cuyo objetivo es reducir los niveles de carga viral a niveles indetectables para disminuir el riesgo de transmisión. Ver las opciones terapéuticas para gestantes en la guía de práctica clínica vigente.

Durante el parto

La cesárea electiva realizada antes del inicio del trabajo de parto o de una ruptura de membranas reduce significativamente la transmisión materno-infantil en comparación con la cesárea de urgencia o el parto vaginal, particularmente en gestantes con carga viral mayor o igual a 1.000 copias/ml cerca al tiempo del parto.

Se recomienda la cesárea electiva a las 38 semanas de gestación y abstenerse de confirmar madurez pulmonar fetal a través de amniocentesis; si existe duda, debe esperarse hasta la semana 39.

Para cesárea electiva, debe iniciarse zidovudina intravenosa 3 horas antes del inicio de la cirugía. Si la paciente está tomando medicación antirretroviral durante el embarazo, ésta no debe interrumpirse en el momento del parto, independiente de la vía de atención de este.

De elegirse parto por vía vaginal, está contraindicada la amniotomía y cualquier procedimiento invasivo que aumente el riesgo de exposición fetal a sangre materna como monitoreo fetal invasivo, instrumentación, etc.

Vía del parto:

- Mujer en tercer trimestre de embarazo con antirretrovirales, carga viral tercer trimestre desconocida, mayor o igual a 1.000 copias/ml: programe parto por cesárea electiva semana 38.

- Mujer en tercer trimestre de embarazo con antirretrovirales, carga viral tercer trimestre menor de 1.000 copias/ml: programe parto vaginal.

En gestantes que acuden a parto institucional sin antecedente de control prenatal ni tamizaje para VIH, deberá realizarse una prueba rápida para VIH al momento del parto y si ésta es reactiva, se debe aplicar el goteo de zidovudina según la tabla expuesta, iniciar la profilaxis del recién nacido hasta que se defina la condición serológica de la madre frente al VIH.

Posterior al parto

Inmediatamente después del parto se deben suministrar medicamentos para la supresión de la lactancia materna como la Cabergolina y reemplazar la leche materna por leche de fórmula desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, independientemente de si la madre recibe tratamiento antirretroviral o si la niña o el niño se encuentra en profilaxis antirretroviral; No se debe dar leche materna (46) (para mayor información ver guía de práctica clínica vigente).

Atención y seguimiento del niño o niña expuesto al VIH

Atención del recién nacido: Para reducir la transmisión de la infección durante el momento del parto se debe:

- Lavar al niño o niña con agua y jabón inmediatamente después del nacimiento para disminuir el contacto con secreciones cervicovaginales, el líquido amniótico y la sangre materna.
 - Succionar la vía aérea evitando traumatismos.
 - Iniciar suministro de profilaxis antirretroviral entre las 6 y 12 horas de vida.
- Para hijas e hijos de madres que recibieron tratamiento antirretroviral adecuado, y con evidencia de supresión viral (carga viral menor de 1.000 copias) en las últimas 8 semanas del embarazo, se recomienda el uso de Zidovudina postnatal por 6 semanas (42 días).
- Para hijas e hijos de madres que no recibieron tratamiento antirretroviral durante el embarazo o no se alcanzó supresión viral (carga viral igual o mayor a 1.000 copias) en las últimas 8 semanas del embarazo, se recomienda que el recién nacido reciba 3 dosis de Nevirapina (1a dosis

al nacimiento, 2a dosis a las 48 horas de la primera dosis y una 3a dosis a las 96 horas de la 2a dosis) en conjunto con Zidovudina por 6 semanas (42 días). Ver dosis en la guía de práctica clínica vigente.

Seguimiento del niño o niña expuesto

El seguimiento del niño o niña expuesto al VIH se hará con cargas virales las cuales se realizarán con la frecuencia que determine la guía de práctica clínica vigente hasta que se defina la condición final del niño o niña frente al VIH.

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa y sistémica, exclusiva del ser humano como único reservorio, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Se transmite por el contacto de la mucosa o piel erosionada con una lesión infectante, o de forma transplacentaria, y se multiplica en la lesión inicial pasando rápidamente al torrente sanguíneo y al sistema linfático, provocando manifestaciones clínicas y cambios serológicos que caracterizan los diferentes estadios clínicos de la sífilis.

Clasificación clínica

Según la clínica, la sífilis adquirida por vía sexual se divide en sífilis temprana y sífilis tardía. La sífilis temprana comprende los estadios primarios, secundarios y latentes tempranos.

- El estadio primario se caracteriza por la aparición de una úlcera o chancro en el sitio de la infección.

- El estadio secundario incluye erupción cutánea, condilomas planos, lesiones mucocutáneas y linfadenopatía generalizada, y
- La infección latente temprana no presenta manifestaciones clínicas. Si su evolución es menor a un año es definida como latente temprana, pero si es mayor de un año se denomina latente tardía.

Mecanismos de transmisión.

Se transmite por vía:

- Sexual
- Sanguínea y
- Materno infantil, durante la gestación.

Transmisión materno-infantil de la sífilis

La sífilis congénita es el resultado de la transmisión de la infección por vía materno infantil al producto de la gestación, la cual puede ocurrir, ya sea in útero por paso transplacentario, o durante el paso a través del canal del parto.

El paso a través de la placenta suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos desde la semana 9 de gestación.

La probabilidad de que una mujer embarazada transmita la infección al feto está relacionada con el estadio clínico en el cual se encuentre, siendo esta de aproximadamente 90%

durante el primer año de la enfermedad sin tratamiento o con tratamiento inadecuado, y disminuyendo en los estadios tardíos de la infección.

El pronóstico de los niños infectados por sífilis a través de la transmisión materno infantil no está bien documentado, pero se estima una tasa de eventos negativos entre el 50% y el 80% que incluyen aborto, muerte neonatal, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal, pudiendo desarrollar secuelas tardías.

Diagnóstico de la sífilis gestacional y congénita

El diagnóstico de infección por sífilis se inicia con una prueba treponémica rápida, la cual es una prueba cualitativa que detecta anticuerpos específicos contra el *Treponema pallidum* aplicada en el sitio de atención.

Si el resultado de la prueba treponémica rápida es positivo, en todos los casos debe iniciarse inmediatamente el tratamiento y realizar pruebas no treponémicas (VDRL o RPR), para diferenciar entre una infección activa y una cicatriz o huella inmunológica de una infección anterior y con ello decidir la continuidad del tratamiento.

Si el resultado de la prueba treponémica rápida es negativo, la gestante continuará sus controles prenatales, en los cuales deberá acceder a una prueba rápida treponémica para sífilis en el lugar de atención cada trimestre de la gestación y en el momento del trabajo de parto, postaborto, o en la primera consulta, en caso de parto domiciliario. (Ver algoritmo diagnóstico en la guía de práctica clínica de Sífilis Gestacional y Congénita vigente).

Tratamiento de la embarazada con sífilis gestacional

El tratamiento adecuado de la sífilis gestacional se administra dependiendo del estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante así:

- Sífilis temprana (incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana menor o igual a 1 año de infección): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica intramuscular (IM), dosis única.

- Sífilis tardía (sífilis latente mayor a 1 año de infección) o de duración desconocida: administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM, dosis semanal por 3 semanas.

En todos los casos se debe tratar a su o sus contactos sexuales, de acuerdo con el estadio de la infección y teniendo en cuenta las guías de práctica clínica y protocolos vigentes.

Tratamiento y seguimiento del niño o niña con sífilis congénita

En todo recién nacido expuesto que NO cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada adecuadamente se debe aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.

Se considera que los recién nacidos que cumplan el criterio de caso de sífilis congénita, se les debe diligenciar la ficha de notificación al Sivigila y aplicar el siguiente esquema de tratamiento y seguimiento:

Administre penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días, y luego 150.000 UI/Kg/IV del día 8 al día 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.

- Realizar seguimiento clínico y serológico (prueba no treponémica VDRL o RPR) cada 3 meses hasta el año de edad (3, 6, 9 y 12 meses), para verificar el descenso de los títulos en dos (2) diluciones, hasta la negativización o hasta tener títulos persistentemente bajos en al menos dos mediciones separadas utilizando la misma técnica (VDRL, RPR).

Si el recién nacido tuvo compromiso del sistema nervioso central, a los seis meses de edad se le deberá hacer punción lumbar para verificar la normalidad de los parámetros en el LCR de acuerdo con la edad (ver GPC vigente). Si persiste algún parámetro alterado deberá recibir el tratamiento nuevamente ajustado al peso actual.

Otras medidas de prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis

La prevención de la sífilis congénita es el resultado de diversas acciones de las cuales hacen parte:

- Prevención de infecciones de transmisión sexual en la población general y sobre todo en población gestante.

- Promoción del uso del condón de forma correcta y consistente.

- Promoción del tamizaje para sífilis durante la consulta preconcepcional.

- Realización de pruebas treponémicas y no treponémicas en el control prenatal.

- Tratamiento de la gestante infectada y de su o sus contactos sexuales (según estadio de la infección, teniendo en cuenta guías clínicas y protocolos vigentes del evento).
- Estudios de la totalidad de recién nacidos, hijos de madres con diagnóstico de sífilis.

HEPATITIS B

El Virus de la Hepatitis B (VHB), es un virus ADN, hepatotrópico que pertenece a la familia hepadnaviridae. Está compuesto por una partícula de doble cápsula, con envoltura externa, constituida por el antígeno de superficie (HBsAg) y una nucleocápside interna (core), que encapsula al ADN. Contiene también un antígeno nuclear (HBcAg) y el antígeno e soluble (HBeAg). El virus persiste hasta 7 días en el ambiente y es estable en superficies inertes hasta por un mes.

Mecanismo de transmisión

El VHB se transmite a través de la exposición a sangre y fluidos corporales por:

- Relaciones sexuales
- Vía materno-infantil, durante el embarazo o parto.
- Transmisión horizontal al compartir elementos de aseo personal en el hogar entre personas infectadas y no infectadas.
- Parenteral o percutánea durante la realización de tatuajes o colocación de piercing con material contaminado con el virus, uso compartido de jeringas y agujas (por ejemplo, entre consumidores de sustancias psicoactivas) o transfusiones de sangre contaminada.

En muchos entornos de ingresos bajos y medios, la mayoría de las infecciones por hepatitis B se producen de la madre al hijo o en la primera infancia (entre los niños pequeños, a menudo a través de contactos en el hogar – mecanismo horizontal). En los países de ingresos altos, la mayoría de las nuevas infecciones se producen por transmisión sexual y el uso de sustancias psicoactivas inyectables.

Cerca del 90% de las hepatitis B agudas son asintomáticas, particularmente cuando la infección es adquirida en etapas tempranas de la vida. La probabilidad o riesgo de progresión a la cronicidad depende de la edad, el sexo y del estado inmunológico del individuo infectado. En recién nacidos la probabilidad de cronicidad es del 90,3%, mientras que en adultos es menor al 5%.

Diagnóstico de la hepatitis B

Para el diagnóstico y seguimiento de la hepatitis B se cuenta con múltiples marcadores serológicos.

La hepatitis b se diagnostica a través de una prueba de sangre que se puede realizar en el consultorio o en el laboratorio clínico.

El médico le ordenara esta prueba desde la consulta preconcepcional y en el primer control prenatal.

Si la prueba sale negativa, deberá continuar con sus consultas prenatales.

Si la prueba sale positiva, se ordenará otras pruebas para confirmar el diagnóstico

Tabla 111. *Marcadores serológicos del VHB y su interpretación*

Marcador	Significado	Interpretación
HBsAg	Antígeno de superficie del VHB	Indica la presencia del virus. La persona tiene Infección por VHB sea aguda o crónica.
Anti- HBs	Anticuerpos dirigidos contra el antígeno de superficie del VHB	Presente en personas que han adquirido inmunidad contra el VHB por enfermedad o por vacuna. Indica replicación viral e infectividad (a mayor replicación, mayor viremia, y a mayor viremia, mayor infectividad). Identifica personas con alta probabilidad de transmitir el VHB.
HBeAg	Antígeno e del VHB	Anticuerpos producidos en respuesta al antígeno e del VHB. Refleja la respuesta inmunitaria de la persona a este antígeno. Se encuentra presente con mayor frecuencia en la fase aguda de la infección.
Anti HBe	Anticuerpos dirigidos contra el antígeno e del VHB	Antígeno específico asociado a core, sólo identificable en la biopsia hepática, por lo tanto, no se utiliza para confirmación del diagnóstico.
HBcAg	Antígeno del core del VHB	Permite la detección de infección aguda o reciente.
Anti HBc IgM	Anticuerpos IgM dirigidos contra el Antígeno core del VHB	Permite la detección de infección crónica, ya que estos anticuerpos aparecen 6 meses después de la infección.
Anti HBc IgG	Anticuerpos IgG dirigidos contra el Antígeno core del VHB	Permiten la detección de la infección aguda o crónica, de acuerdo con la fracción elevada (anti HBc IgG o anti HBc IgM).
Anti HBc Total	Anticuerpos Totales dirigidos contra el Antígeno core del VHB	

Fuente: *Salud materna y neonatal: atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata, 2013 (54);*

Hepatitis B: diagnosis and treatment, 2010.

El algoritmo diagnóstico de la hepatitis B se inicia con una prueba para la detección de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg).

- Cuando la prueba de HBsAg es positiva, se considera que la gestante tiene la infección y se procede a realizar carga viral o HBeAg, si la carga viral no está disponible, para determinar la replicación viral y necesidad de tratamiento durante la gestación.

- Cuando el antígeno de superficie (HBsAg) es negativo, se continúan las atenciones prenatales y se puede considerar repetir la prueba hacia el final del embarazo o al momento del parto, en caso de presentar factores de riesgo.

En caso de tener la infección por el VHB, se debe realizar la evaluación para cirrosis utilizando criterios clínicos (que incluyen hepatomegalia y esplenomegalia) y pruebas no invasivas como el APRI, el FIB-4 o la ecografía abdominal.

Toda gestante con hepatitis B debe ser tamizada para coinfecciones con pruebas para VIH, hepatitis C y hepatitis Delta.

Estadificación de la fibrosis hepática por pruebas no invasivas

La hepatitis B crónica (HBC) puede llegar a producir desde fibrosis mínima hasta cirrosis y carcinoma hepatocelular. Identificar a las personas con cirrosis o con HBC avanzada con necesidad de tratamiento, se basa generalmente en una evaluación combinada de características clínicas (que incluyen hepatomegalia y esplenomegalia), el nivel y el índice de las aminotransferasas, y otras pruebas pertinentes.

Las pruebas no invasivas ampliamente disponibles son:

APRI: El índice de la razón aspartato aminotransferasa (AST) / plaquetas, es un índice simple para estimar la fibrosis hepática con base en una fórmula derivada de las concentraciones de AST y de plaquetas.

La fórmula dada para calcular el APRI es:

$$\text{APRI} = (\text{AST}/\text{Límite Superior Normal}) \times 100 / \text{recuento de plaquetas (109 /L)}.$$

Se considera fibrosis significativa con un puntaje ≥ 1.5 y cirrosis con un puntaje ≥ 2 .

Las pruebas no invasivas ampliamente disponibles son:

APRI: El índice de la razón aspartato aminotransferasa (AST) / plaquetas, es un índice simple para estimar la fibrosis hepática con base en una fórmula derivada de las concentraciones de AST y de plaquetas.

La fórmula para el cálculo de FIB-4 es:

$$\text{FIB-4} = (\text{edad (años)} \times \text{AST (UI/L)}) / (\text{recuento de plaquetas (109 /L} \times [\text{ALT (UI L)}]^{1/2})$$

Se considera fibrosis significativa con un puntaje entre 1.45 y 3.25.

Transmisión materno-infantil de la Hepatitis B

El riesgo de transmisión materno infantil de la hepatitis B depende de tres factores: la edad gestacional al momento de adquirir la infección por el VHB, los niveles de antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y los niveles de antígeno e de la hepatitis B (HBeAg).

- La transmisión in útero es relativamente rara y no es considerada el principal mecanismo de transmisión, se da especialmente durante amenazas de parto prematuro.

- La transmisión al momento del nacimiento se produce principalmente por la exposición a la sangre y secreciones de la madre durante el parto.

- La transmisión durante la lactancia se puede dar en casos de contacto con sangre materna por fisuras en las mamas o presencia de mastitis.

Sin intervenciones, el riesgo de infección por el VHB en un hijo de madre con HBsAg positivo y HBeAg negativo es de 10% a 40%, pero si el HBeAg de la madre es positivo, este riesgo aumenta al 90%.

Cuando el virus de la hepatitis B se adquiere por vía materno infantil, el niño o niña tiene una probabilidad del 90% de convertirse en un paciente crónico de hepatitis B, con un riesgo cercano al 25% de morir en forma prematura debido a cáncer de hígado o cirrosis hepática.

Por esta razón, la vacunación contra la hepatitis B en mujeres en edad fértil, el diagnóstico oportuno en las gestantes y la administración temprana de vacuna e inmunoglobulina en el recién nacido expuesto, junto con el esquema completo de 3 dosis de vacuna en el primer año de vida son las principales medidas para reducir este riesgo.

Prevención de la transmisión materno-infantil de la hepatitis B

Atención de la gestante con VHB

Actualmente no se ofrece tratamiento antiviral de rutina para hepatitis B a las gestantes que presentan esta infección. El tratamiento antiviral se inicia cuando la madre presenta:

- Niveles elevados de carga viral ADN (mayor o igual a 200.000 UI/ml).
- Antígeno e (HBeAg) positivo
- Evidencia clínica de cirrosis hepática o puntuación de APRI mayor o igual a 2 (58).
- Coinfección con VIH
- Otros criterios de inicio de tratamiento similares a los de personas no gestantes, según la guía de práctica clínica vigente.

(Ver algoritmo de intervenciones en la gestante y su hijo o hija para la prevención de la transmisión materno-infantil de la hepatitis B.).

Consideraciones sobre los medicamentos para el tratamiento antiviral

- El medicamento recomendado es el tenofovir en dosis de 300mg/día.
- El entecavir no se utiliza durante el embarazo por no conocerse sus efectos sobre el feto.
- El Interferón (IFN) está contraindicado durante el embarazo.
- En coinfección con VIH se recomienda el manejo con esquemas basados con tenofovir.

Consideraciones para el seguimiento de la gestante

El tratamiento para hepatitis B podrá ser prescrito por el ginecoobstetra quien dará continuidad a la atención prenatal de esta gestante y posterior al parto debe ser remitida al internista, Infectólogo, hepatólogo o gastroenterólogo para la continuidad o suspensión de este tratamiento.

Cuando la gestante tiene coinfección con VIH se remite al programa de atención integral de VIH para su manejo por infectología y el médico experto en VIH.

De no haber indicación de tratamiento al momento del diagnóstico, deberá hacerse seguimiento para determinar la progresión de la enfermedad. Es de recordar que la hepatitis B crónica, puede a largo plazo producir cirrosis y cáncer primario de hígado.

Lactancia materna

La lactancia materna no está contraindicada para el hijo o hija de una madre con hepatitis B. La madre debe recibir indicaciones sobre como lactar a su bebé de tal manera que se reduzca el riesgo de fisuras, laceraciones y procesos infecciosos en los pezones que puedan facilitar el contacto con sangre y secreciones que favorezcan el riesgo de infección a su hijo o hija.

Este riesgo es aún menor cuando el niño ha recibido la administración de la inmunoglobulina anti hepatitis B y la dosis de vacuna del recién nacido contra el virus de la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida.

Atención y seguimiento del niño o niña expuesto al virus de la hepatitis B

Atención del niño expuesto al VHB

Al momento del parto, el recién nacido deberá recibir:

- Vacuna contra la hepatitis B en las primeras 12 horas de vida, independientemente del peso al nacer y la edad gestacional.

- Inmunoglobulina específica para la hepatitis B (HBIG) en las primeras 12 horas de vida.

La dosis de inmunoglobulina se aplicará de acuerdo con las recomendaciones del laboratorio fabricante.

La aplicación solo de la vacuna o de la inmunoglobulina previene la transmisión materno infantil de la hepatitis B en un 75% y 71% respectivamente, pero cuando se combinan, su eficacia es del 94% (57). Después se deberá continuar el esquema de vacunación contra la hepatitis B a partir de los 2 meses de edad, de acuerdo con el esquema PAI vigente.

La aplicación de la inmunoglobulina puede hacerse en el mismo momento en que se hace la aplicación de la vacuna contra el virus de la hepatitis B, pero en sitios diferentes de inyección (65). Antes de la aplicación es siempre recomendable revisar el inserto del fabricante para asegurar que se aplica la dosis adecuada de inmunoglobulina y se utiliza la vía de aplicación recomendada.

Aunque la recomendación de aplicación de la inmunoglobulina es durante las primeras 12 horas de vida, en circunstancias excepcionales, cuando el parto fue domiciliario y no hubo oportunidad de instaurar esta medida profiláctica en dicho período de tiempo, el personal de salud podrá aplicarla tan pronto como sea posible, pero en un tiempo no superior a los 7 días después

del nacimiento, teniendo presente la reducción de la efectividad con el paso de las horas. En recién nacidos con antecedentes familiares de coagulopatías es necesario tener precaución con la aplicación de medicamentos por vía intramuscular.

Seguimiento del niño o niña expuesto a la hepatitis B

El niño o niña expuesto deberá recibir seguimiento clínico y las intervenciones establecidas para el niño sano hasta el momento de la definición del diagnóstico por laboratorio, el cual se hace con pruebas de HBsAg y anti – HBs 3 meses a partir del momento en que finalice el esquema de vacunación contra la hepatitis B (pentavalente o monovalente), pero no antes de los 9 meses de edad (65) (66). Esto para evitar la detección de anti-HBs de la inmunoglobulina aplicada al nacimiento y maximizar las posibilidades de detectar infecciones tardías por el virus de la hepatitis B.

Las pruebas para hepatitis B del niño o niña deberán interpretarse de la siguiente manera:

HBsAg	Anti HBs	Interpretación	Paso a seguir
+	-	Caso confirmado de hepatitis B	Remitir al especialista para seguimiento.
-	+	Inmunidad por vacuna o por resolución espontánea de la infección.	Se da por finalizado el seguimiento para hepatitis B y se continúan las intervenciones del niño sano.
-	-	El niño no se infectó, pero tampoco desarrolló respuesta a la vacuna. Está en riesgo de adquirir la infección.	Se deberá iniciar un 2º. esquema de vacunación completo contra la hepatitis B.

Ilustración 10. Interpretación de marcadores serológicos en el niño o niña expuesto al VHB y pasos a seguir.

Fuente: Basado en el documento Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, CDC, 2018.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

La enfermedad de Chagas humana es causada por el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi*, que también infecta a más de 100 especies de mamíferos domésticos y selváticos y que puede ser transmitido por más de 150 especies de insectos hemípteros de la subfamilia Triatominae (Reduviidae).

Se han identificado 15 géneros que transmiten la infección a los humanos, principalmente *Triatoma*, *Panstrongylus* y *Rhodnius*, que generalmente se encuentran en grietas de las paredes y techos de casas humildes, en áreas rurales y periurbanas en toda América Latina.

La variedad en manifestaciones clínicas de la enfermedad de Chagas, tropismo por tejidos del *T. cruzi* y su presencia selectiva en reservorios, triatomíneos y humanos (con variedad geográfica en el continente americano), se ha relacionado con la gran diversidad genética del parásito, que posee variados biotipos, zimodemas, clones, antígenos recombinantes específicos de linaje, polimorfismos de genes nucleares y genoma de cinetoplasto. Lo anterior exigió y permitió en 1999 establecer el primer consenso para su clasificación en dos linajes (*T. cruzi* I – TcI- y *T. cruzi* II –TcII-) y actualizarse en 2009 acorde a la evolución científica en Unidades de Tipificación Discretas UTD, denominadas *T. cruzi* I a *T. cruzi* VI.

Factores de riesgo para enfermedad de Chagas

Presencia o conocimiento del vector «pito»

- Vivienda con piso de tierra, techo de palma o pared de bahareque ubicada a menos de 2.000 m sobre el nivel del mar,
- Antecedente materno de Chagas o familiares con diagnóstico de enfermedad de Chagas.
- Haber recibido transfusiones sanguíneas (o hemoderivados) principalmente antes del año 1995.

Mecanismos de transmisión

Vectorial: Durante la picadura, el insecto defeca en la piel del hospedero, eliminando las formas infectantes que penetran por el orificio de la picadura al rascarse o por soluciones de continuidad existentes en la piel, por frotamiento sobre las mucosas (conjuntival, nasal) del mismo hospedero o por ingestión. El período de incubación por esta vía es de 4 a 15 días.

Oral: Ocurre por ingestión de las heces o de los triatominos infectados cuando hay contaminación de los utensilios usados para la preparación de los alimentos o en la manipulación de cadáveres de mamíferos infectados, consumo de sangre o carne mal cocida de animales silvestres. El período de incubación por esta vía es de 3 a 22 días.

Se debe sospechar la forma de transmisión oral cuando se identifiquen los siguientes hallazgos: presencia simultánea de dos o más casos agudos confirmados, con nexo epidemiológico entre ellos; presentación de cuadro clínico severo; fiebre prolongada; ausencia de signos que indiquen la puerta de entrada del parásito; ausencia de triatominos domiciliados o en el peri domicilio en el área de ocurrencia de los casos.

Hemotransfusión y trasplante de órganos: Todos los componentes de la sangre son infectantes. La reactivación postrasplante puede darse desde el órgano donante en receptor sano o, al contrario, órgano sano y receptor infectado, pues es dependiente de la inmunosupresión a la que es sometido el paciente trasplantado. Este tipo de infección genera cuadros clínicos atípicos, pero generalmente se puede identificar el parásito por métodos directos. El período de incubación por esta vía es de 30 a 40 días o más.

Materno infantil: La infección es posible en cualquier etapa del embarazo y puede ocurrir en cualquier fase de la enfermedad materna: aguda o crónica. Este es el principal mecanismo de infección en los países no endémicos, lo que ha llevado a algunas comunidades a implementar programas de prevención de la transmisión materno-infantil de la enfermedad de Chagas en las mujeres en edad fértil y embarazadas procedentes o residentes de áreas endémicas. Así mismo emerge como problema de salud pública en áreas en las cuales se ha logrado la interrupción de la transmisión vectorial.

SITUACIONES DE POTENCIAL TRANSMISIÓN:

Contaminación accidental en el laboratorio: Ocurre por manipulación de pitos y animales infectados, cultivos de *Trypanosoma cruzi* o de material biológico proveniente de enfermos o de animales infectados, manipulados sin las adecuadas medidas de bioseguridad. Estos pacientes deben recibir siempre tratamiento profiláctico. El período de incubación por esta vía es de aproximadamente 20 días.

Manejo de animales contaminados:

En algunas regiones colombianas es frecuente el consumo de animales silvestres como armadillos o zarigüeyas y, la infección se puede adquirir, mediante el contacto de lesiones en la piel con la sangre de estos animales, mientras son desollados y preparados para ser cocinados.

En áreas con transmisión vectorial intradomiciliaria, típicamente los niños menores de 5 años están infectados. En áreas sin transmisión domiciliaria, la infección se detecta a edades más avanzadas y es, generalmente, relacionada con la agricultura, la pesca o actividades de caza que proporcionan una mayor exposición a los vectores de vida silvestre y peridomiciliaria.

Fases

La enfermedad de Chagas se manifiesta en 2 fases. Inicialmente, hay una fase aguda, que dura aproximadamente 2 meses, con una alta parasitemia. La mayoría de los casos son oligosintomáticos o asintomáticos, pero de acuerdo con el sitio de ingreso del parásito al cuerpo en la transmisión vectorial, los primeros signos pueden ser fiebre persistente que puede durar varias semanas, una lesión cutánea (chagoma) o hinchazón violácea de los párpados de un ojo (signo de Romana) aunque poco frecuente, con ganglios linfáticos localmente agrandados.

Otros síntomas pueden incluir: cefalea, palidez, mialgias, disnea, edema de las piernas o de la cara, dolor abdominal, tos, hepatomegalia, rash, nódulos dolorosos, esplenomegalia, hinchazón generalizada del cuerpo, diarrea, adenopatías múltiples, miocarditis y otras.

La fase aguda es seguida por la fase crónica, con parásitos enquistados en tejidos diana, especialmente el corazón y los músculos del sistema digestivo. Durante esta fase, se pueden observar diferentes formas clínicas:

1. Forma indeterminada o asintomática (la forma más frecuente): se presenta inmediatamente después de la fase aguda. Aproximadamente entre el 60-70% de las personas infectadas pueden permanecer en esta fase durante toda la vida, sin desarrollar complicaciones.

2. Forma cardíaca: ocurre en alrededor del 30% de las personas infectadas, con trastornos del sistema de conducción eléctrica del corazón (arritmia) desorden del músculo cardíaco, insuficiencia cardíaca, aneurisma cardíaco, embolias secundarias y afectación del sistema simpático y parasimpático.

3. Forma digestiva: con lesiones localizadas y agrandamiento del esófago y el colon. Esta manifestación es poco frecuente en el país.

4. Forma mixta (cardíaca más digestiva): afecta a alrededor del 10% de las personas infectadas, ocasionando muerte súbita causada por arritmias o insuficiencia cardíaca que a menudo se produce a principios de la edad adulta.

Reactivación de la infección: En personas con antecedente confirmado de infección por *Trypanosoma cruzi* y con inmunodepresión por alguna de las siguientes situaciones: postrasplante, infección por VIH, terapia inmunosupresora por cualquier causa, se genera clínica de agudización de la enfermedad de Chagas y evidencia de la presencia de *Trypanosoma cruzi* por examen parasitológico positivo.

Diagnóstico de la enfermedad de Chagas

Para el diagnóstico de la enfermedad de Chagas se pueden utilizar diferentes métodos serológicos para la identificación de la infección por *Trypanosoma cruzi* en gestantes tales como ELISA, IFI y hemaglutinación indirecta-HAI en suero.

La prueba está indicada en gestantes con antecedente de procedencia o residencia en zona endémica y en aquellas con factores de riesgo para la enfermedad.

El tamizaje debe iniciarse con una prueba ELISA para detección de anticuerpos IgG anti *T. cruzi* de antígenos totales. Se recomienda empezar con una prueba que posea una sensibilidad mayor o igual al 98%.

Si el resultado es positivo o indeterminado, se debe realizar una segunda prueba complementaria para confirmar el diagnóstico. Para esta segunda prueba se recomienda una ELISA de principio antigénico diferente a la primera (Antígenos recombinantes o péptidos sintéticos).

- Si el resultado es negativo, se deberán dar recomendaciones y medidas de prevención. En aquellas gestantes con una segunda prueba positiva, se da por confirmado el diagnóstico (mayor información en el lineamiento clínico vigente). En tales casos se debe estudiar a los hijos previos al embarazo actual y en caso de que sus hijos e hijas sean positivos para enfermedad de Chagas se les debe suministrar tratamiento.

Todo resultado positivo debe reportarse al Sivigila y al asegurador para hacer seguimiento a la gestante.

Transmisión materno-infantil de la enfermedad de Chagas

Durante el embarazo el parásito puede atravesar la barrera placentaria e infectar al feto, sea durante la infección aguda o crónica. Excepcionalmente, puede transmitirse a través del canal del parto.

La tasa de transmisión materno-infantil de esta enfermedad es baja, dependiendo de los estudios podría estar entre el 1 y el 12%. En un porcentaje elevado (90%) no presentarán la infección. El resto (5-10%) presentarán la infección, y en su mayoría serán asintomáticos.

Menos del 10% de los recién nacidos infectados presentarán síntomas, entre otros: bajo peso, prematuridad, hepatoesplenomegalia, fiebre, alteraciones cardiovasculares y otros síntomas característicos del síndrome de TORCH.

En niños y niñas infectados la ausencia de síntomas al nacer, no implica ausencia de enfermedad, el niño no diagnosticado ni tratado puede presentar manifestaciones de la etapa crónica meses o años después.

Lactancia materna

La lactancia materna no está contraindicada, incluso cuando la madre o el niño o niña están recibiendo tratamiento para la enfermedad de Chagas. Estudios revelan que la concentración del medicamento antiparasitario indicado durante la lactancia no afecta al niño o niña. Sin embargo, no existe en la actualidad una recomendación explícita para indicar tratamiento etiológico durante la lactancia.

Prevención de la transmisión materno-infantil de la enfermedad de Chagas

La mejor estrategia de prevención de la transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas es el tamizaje de la infección en niñas y en mujeres en edad fértil procedentes o residentes de áreas endémicas, ya que el tratamiento antiparasitario efectivo previo a la concepción reduce el riesgo de transmisión materno infantil durante el embarazo.

La mejor estrategia de prevención de la transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas es el tamizaje de la infección en niñas y en mujeres en edad fértil procedentes o residentes

de áreas endémicas, ya que el tratamiento antiparasitario efectivo previo a la concepción reduce el riesgo de transmisión materno infantil durante el embarazo.

Durante el embarazo cuando se presenta infección por la enfermedad de Chagas en fase aguda, se puede considerar en un equipo médico interdisciplinario la administración del tratamiento antiparasitario en la gestante, de acuerdo con la presentación clínica de la enfermedad.

En los casos de infección crónica, el balance riesgo beneficio no justifica el tratamiento antiparasitario durante el embarazo.

Dado que el embarazo es una contraindicación relativa para el tratamiento antiparasitario, el tamizaje sistemático en los recién nacidos de madres con enfermedad de Chagas y el tratamiento temprano al recién nacido, constituyen acciones determinantes para prevenir la morbimortalidad.

El tratamiento precoz del recién nacido es una estrategia de prevención secundaria que es segura y 100% efectiva en menores de un año.

El tratamiento en niñas(os) sintomáticos se considera una urgencia médica porque impacta positivamente previniendo la morbimortalidad.

Al finalizar la lactancia materna exclusiva se podrá dar inicio al tratamiento de la madre. Para ello se cuenta con dos opciones terapéuticas.

- Benznidazol 120 mg cada 12 horas por 60 días, O

- Nifurtimox 120 mg cada 8 horas por 60 días.

El medicamento a utilizar se debe escoger con base en los antecedentes médicos de la mujer y los efectos secundarios de los medicamentos. Además, asegurarse que la madre esté utilizando un método anticonceptivo para prevenir un nuevo embarazo durante el tiempo del tratamiento.

El seguimiento se realizará con controles médicos a los 10, 30 y 60 días de iniciado el tratamiento. Las mujeres en edad fértil (madres o no) con enfermedad de Chagas deben recibir tratamiento parasiticida. Existen varios trabajos publicados que demuestran que las madres con enfermedad de Chagas que recibieron esta terapéutica no transmiten la infección en embarazos subsiguientes.

Atención y seguimiento del niño o niña expuesto a la enfermedad de Chagas

A todo recién nacido, hijo de madre con diagnóstico de enfermedad de Chagas, se le deben realizar exámenes parasitológicos directos y de concentración en sangre al momento del nacimiento.

Si el resultado del niño o niña es positivo para enfermedad de Chagas, se debe iniciar tratamiento tripanocida (benznidazol o nifurtimox). El tratamiento precoz del recién nacido es seguro y 100% efectivo.

Si el resultado del niño o niña es negativo al nacimiento, se recomienda repetir las pruebas parasitológicas en sangre venosa antes de los 3 meses de edad.

Si los exámenes parasitológicos al nacimiento o a los 3 meses son negativos, se realizarán entre los 8 y 10 meses de edad (ver lineamiento clínico), pruebas serológicas (detección de anticuerpos) con lo que será posible confirmar o descartar la enfermedad de Chagas congénito.

En niños y niñas que han recibido tratamiento, se deberán realizar pruebas serológicas (ELISA) a los 6, y 12 meses después de finalizado el tratamiento o cada 6 meses hasta que se obtengan por lo menos dos resultados negativos consecutivos.

GRABACION DE LA SOCIALIZACION



Ilustración 11. Evidencia de la grabación de la socialización por medio de Meet.

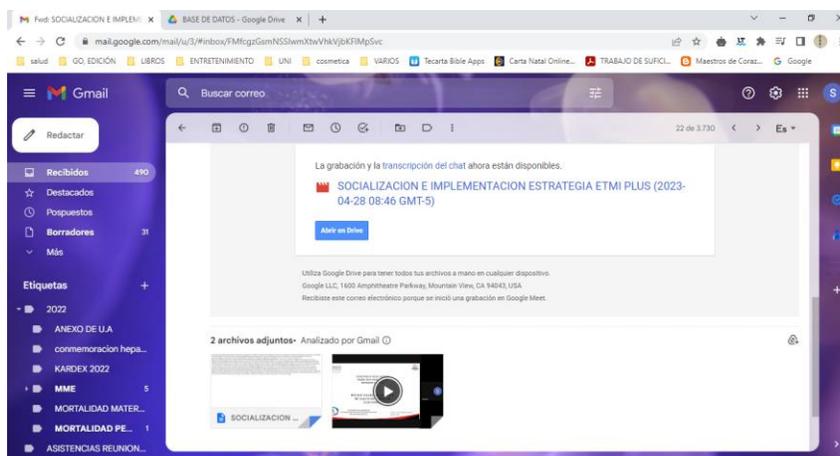


Ilustración 12. Evidencia de la grabación de la socialización por medio de Meet.

LISTA DE ASISTENCIA A LA ACTIVIDAD

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Marca temporal	NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO	CARGO	MUNICIPIO	NOMBRE DE LA INSTIT	TIPO DE INSTITUCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	
2	28/04/2023 10:06:59	Kelly Johana Torres Mol	1119840707	Enfermera	La esperanza	IPS la esperanza	IPS	svigilalaeesperanzalps@	3147	
3	28/04/2023 10:07:24	Liseth Carolina Rodrigue	1067468568	Enfermera jefe sso	Teorama	Centro de salud teorama	IPS	svigilateorama@gmail.c	3224	
4	28/04/2023 10:07:37	Leinys Rodríguez Paiez	37198226	Enfermera	Sardinata	Ips Hospital San Martín	IPS	enfermerialpsahm@gmail	3138	
5	28/04/2023 10:07:47	Luna Crisley Vaca Santia	1007760099	Pasante UFPS	CUCUTA	INSTITUTO DEPARTAM	Otro	lunacrisleysv@ufps.edu	3022	
6	28/04/2023 10:09:28	Nancy melissa lozada m	1004910841	Estudiante de enfermería	Villa del rosario	Universidad Francisco de	Otro	Nancymelissalm@ufps.e	3102	
7	28/04/2023 10:09:44	Natalia Pefaranda Lagu	1091670717	Lider vigilancia epidemio	Ocaña	ESE HEQC	E. S. E	vigilanciaepi@heqc.gov	3017	
8	28/04/2023 10:10:04	Claudia Alejandra Ramir	37441362	Apoyo profesional en sal	Ocaña	Alcaldia municipal de Oc	Entidad territorial	Claudiaapoyosaludpublic	3144	
9	28/04/2023 10:10:32	Gilda vanessa zapata br	60446739	Gestor cohortes regional	Cucuta	Compensar eps	EAPB	gvzapatab@compensars	3006	
10	28/04/2023 10:11:18	ELKYN JOHAN ABRIL C	88195568	COORDINADOR DE PR. SAN	JOSE DE CÚCUTA	UT RED INTEGRADA F(EAPB		nor.promocionprevencio	3112	
11	28/04/2023 10:11:31	Andrea Valentina Rojas F	1005000893	Enfermera sso	Hacarí	Emiro Quintero Cañizare	E. S. E	rojasandrea0114@gmail	3216	
12	28/04/2023 10:12:46	MARIA FERNANDA SOL	37370752	APOYO SALUD PUBLIC CONVENCION		ALCALDIA MUNICIPAL-	Entidad territorial	coordsaludpublicaconv	3114	
13	28/04/2023 10:12:55	Thaydelin mayela Martin	P15000772	Medica general	Hacarí	Hospital emiro quintero	C. E. S. E	thaydelinms@gmail.com	3138	
14	28/04/2023 10:13:46	Dayana Teresa Serrano I	1094346762	Profesional de Apoyo Sa	San Cayetano	Alcaldia Municipal de Sa	Entidad territorial	dayanaserrano@hotmail	3103	
15	28/04/2023 10:13:48	Edward Mauricio Pachec	88285579	Coordinador Salud Públi	La Playa de Belén	Alcaldia	Entidad territorial	saludpublica@laplayadel	3144	
16	28/04/2023 10:15:19	Lourdes colmenares	37276438	Medico	Cucuta	Cajc	IPS	lourdescolmenares61@h	3006	
17	28/04/2023 10:15:23	Javier Edilso Cardona B	1007340962	Enfermería	Ocaña	HEQC	E. S. E	javier.10.18@hotmail.cor	3214	
18	28/04/2023 10:15:58	Erika Viviana Lopez Cal	1093746356	coordinadora VSP ESE	(Gramalote	ESE Hospital Regional C	E. S. E	vigilanciaysaludpublica@	3022	
19	28/04/2023 10:17:22	María Juliana Bermúdez	60395542	Aseso médico de Atenció	Cúcuta	EPS Sanitas	EAPB	marjbermudez@epssanit	3006	

Ilustración 13. Evidencia de la lista de asistencia a la actividad

IMÁGENES DE EVIDENCIA



Ilustración 14. Evidencia fotografía de la socialización



Ilustración 15. Evidencia fotografía de la socialización

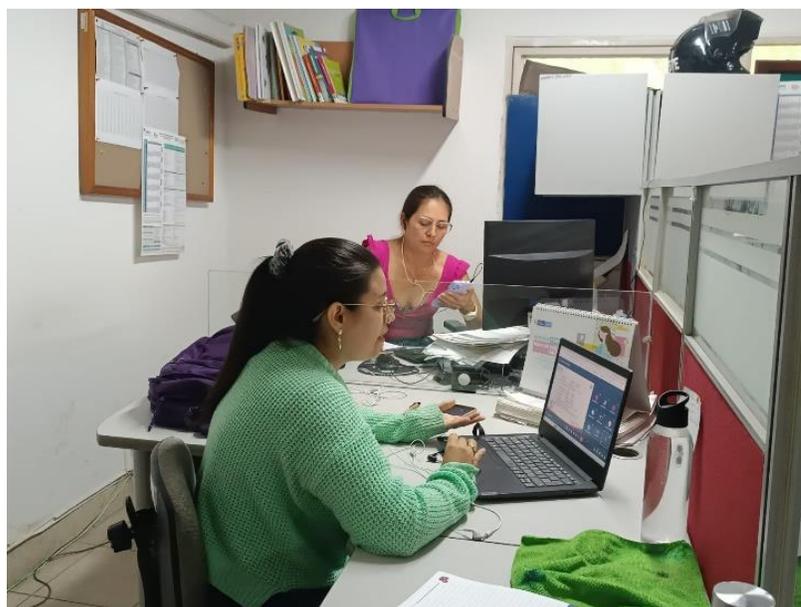


Ilustración 16. *Evidencia fotografía de la socialización*

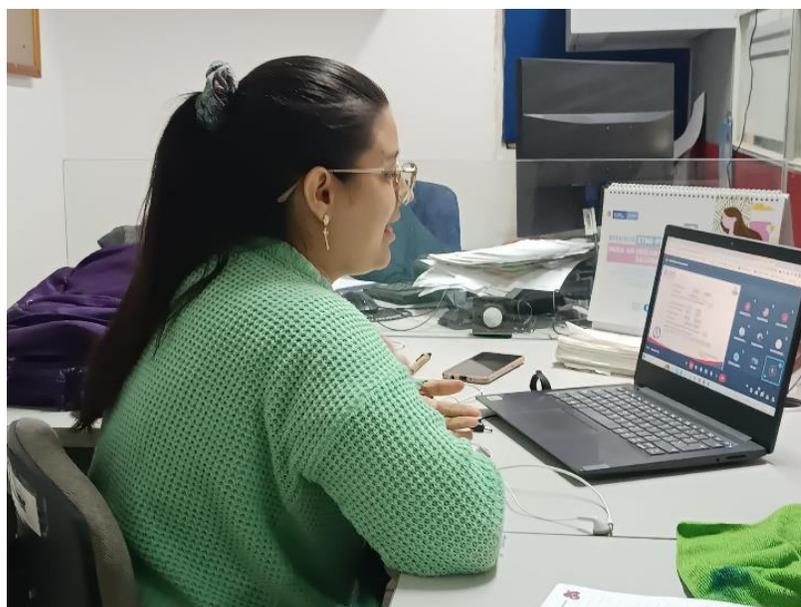


Ilustración 17. *Evidencia fotografía de la socialización*

DIPOSITIVAS UTILIZADAS EN LA SOCIALIZACION

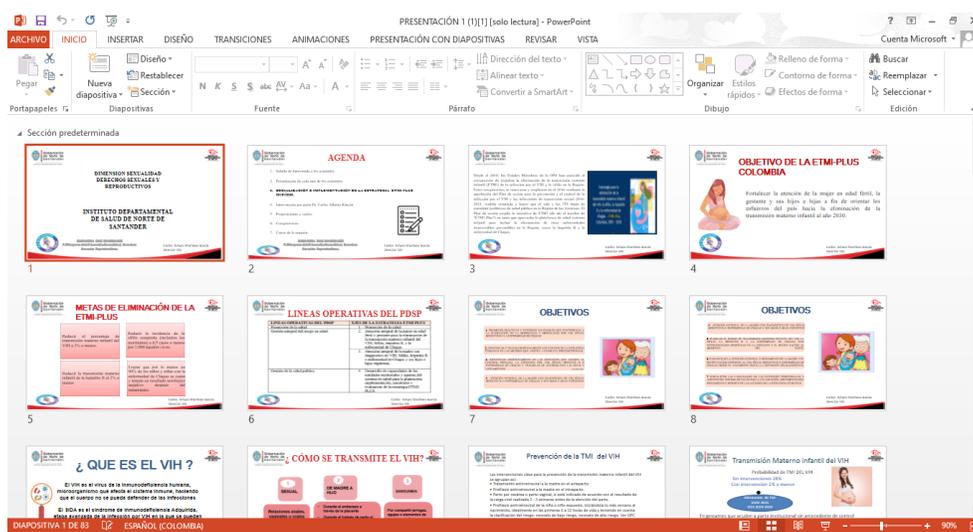


Ilustración 18. Evidencia de las diapositivas utilizadas en la socialización.

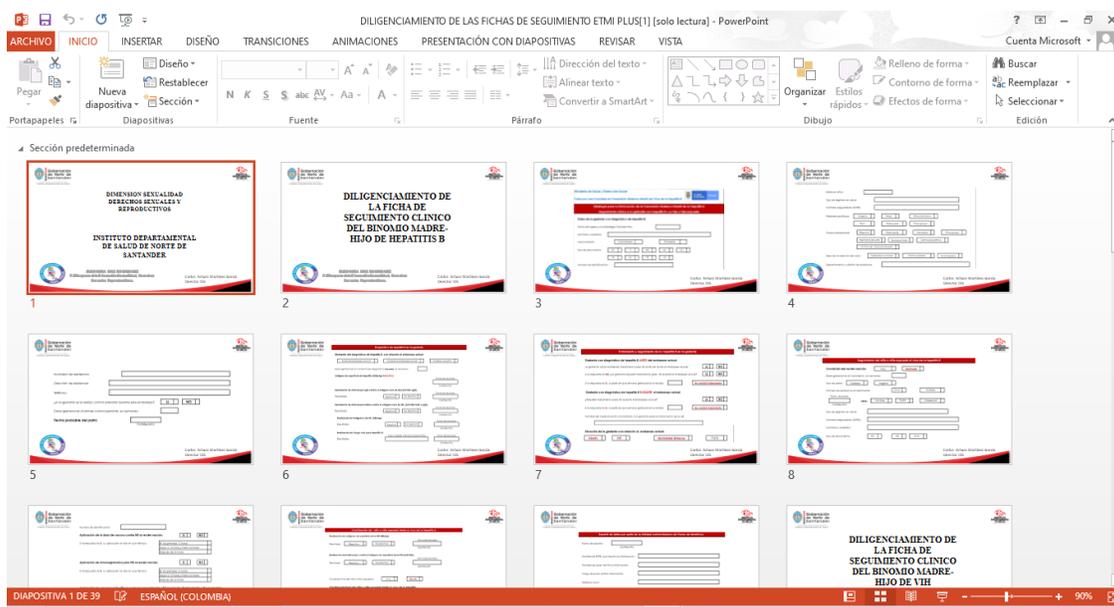


Ilustración 19. Evidencia de las diapositivas utilizadas en la socialización.

5.4 ACTIVIDAD 1 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

Tabla 112. ACTIVIDAD 1 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

OBJETIVO ESPECIFICO DEL PROYECTO				
Fortalecer el seguimiento en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva de los casos de VIH y Sífilis gestacional notificados por las entidades territoriales.				
ACTIVIDAD N°_1_ DEL OBJETIVO	Elaboración de un informe técnico del seguimiento de las gestantes notificadas en la retroalimentación semanal por parte de las EAPB.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
# De informes técnicos elaborados en el primer semestre del año 2023.	1 informe técnico elaborado en el primer semestre del año 2023.	1 informe técnico elaborado en el primer semestre del año 2023.	1 informe técnico elaborado en el primer semestre del año 2023.	Del 10 de abril al 17 de junio de 2023

5.4.1 ANALISIS

De acuerdo con los seguimientos realizados se elaboro un informe donde desglosa cada uno de los seguimientos según el caso por fechas y medio utilizado para el seguimiento, de acuerdo esto se puede observar el cumplimiento de la meta establecida para la presente actividad.

5.4.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL

**INFORME TECNICO DEL SEGUIMIENTO DE LAS GESTANTES NOTIFICADAS
CON SIFILIS Y VIH ENTRE LAS SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS #1 Y #19**

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

PRESENTADO POR:

LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO

CÓDIGO: 1801054

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

MODALIDAD DE GRADO PASANTIA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ENFERMERIA

CÚCUTA 2023**INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE VIH**

Para realizar el seguimiento de las gestantes diagnosticadas con sífilis, se tuvo en cuenta que fueran maternas notificadas entre la semana epidemiológica #1 y la #19 y aparte de esto que fueran maternas vinculadas a una EAPB, aquellas que no cumplían con lo anterior pero se les realizó seguimiento se debió a que fueron seguimientos puntuales solicitados por el personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

Las gestantes que cumplían con lo anteriormente mencionado fueron 9, de las cuales se pudo realizar seguimiento ya sea por vía de llamada telefónica o por seguimiento a la ficha de seguimiento clínico estipulada en la estrategia al 100% de ellas, como adicional se le realizó seguimiento a 3 gestantes por solicitud del personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 113. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE VIH

Nº IDENTIFICACION	EPS	Nº CELULAR	FECHA NOT	FECHA SEG	OBSERVACIONES
VEN320370794 9		3203707949	13/01/2023	11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se realiza la llamada y la contestan, pero no se escucha nada ni responden cuando se les habla al teléfono. Según la secretaria de salud, el caso es descartado ya que el mismo día del evento se realizó una IVE y la paciente ya no se encuentra en estado de embarazo.
VEN12743696		3142055247	7/02/2023	11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
1049018790	CCF050	3001111354	7/02/2023	15/05/23	Debido a falta de evidencia de la información solicitada se vuelve a solicitar la ficha de seguimiento clínico a la EAPB.
				25/05/23	La EAPB envía la ficha de seguimiento donde se puede observar que la materna fue diagnosticada antes del embarazo, por lo que ya venía recibiendo tratamiento antirretroviral, registra ultima carga viral

					del 10/02/23 con <40 copias/ml y linfocitos T CD4 en 744 células/mm ³ del mismo día, la gestante inicio controles prenatales a las 9 semanas de gestación y cuenta con fecha probable de parto para el 25/07/23 por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido.
				11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
1007248640	EPSS41	3203702324	13/02/2023		La EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede observar que la gestante fue diagnosticada durante el embarazo actual, pero se llenan datos como si fuera diagnosticada antes del embarazo, se registra inicio controles prenatales a las 29 semanas de gestación, momento en el cual inicia TAR, reporta ultima carga viral del 31/03/23 con 186 copias/ml y linfocitos T CD4 con 310 celular/mm ³ del 28/02/23 , la gestante cuenta con fecha probable de parto para el 16/05/23 por lo que no se encuentran datos del parto ni del recién nacido.
				09/05/23	
1010067867	EPSS41	3115028647	22/02/2023	11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz.

				25/04/25	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a falta de evidencia de la información solicitada se vuelve a solicitar la ficha de seguimiento clínico a la EAPB.
				11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
VEN908632509 0719	EPSS41	3102906308	22/02/2023	15/05/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				16/05/23	La EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que hay discordancia con algunos datos, por lo que se procede a llamar vía telefónica a la paciente pero la línea cae en correo de voz.
VEN28003683		3115442695	17/03/2023	11/04/2023	Se realiza seguimiento a la paciente la cual refiere no estar afiliada a ninguna EPS y que por ello asiste a los controles con la fundación, ella refiere que reside en Tibú hace un año, de igual manera refiere asistir a sus controles prenatales y que el próximo lo tiene programado para el 28 de abril, actualmente está en tratamiento con Dolutegravir.
1091810197	EPSS41	3219121520	18/03/2023	11/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para realizar el seguimiento pero cae en sistema correo de voz.

				25/04/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. La EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede observar que la gestante fue diagnosticada antes del embarazo actual pero no estaba recibiendo TAR, se registra inicia controles prenatales a las 9 semanas de gestación, momento en el cual inicia TAR, reporta ultima carga viral del 31/03/23 con 11.400 copias/ml y linfocitos T CD4 con 207 celular/mm3 del mismo día, la gestante cuenta con fecha probable de parto para el 21/10/23 por lo que no se encuentran datos del parto ni del recién nacido. En general se encuentra casillas sin información.
				09/05/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. La EAPB envía ficha de seguimiento pero se encuentra no hay concordancia en la información registrada. se procede a realizar llamada telefónica a la paciente según la información de contacta que aparece en la ficha, a dicho número telefónico contesta el esposo de la paciente, quien facilita número de WhatsApp de la paciente, se hace el
1090416310	EPSS41	3208777651	21/03/2023	25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. La EAPB envía ficha de seguimiento pero se encuentra no hay concordancia en la información registrada. se procede a realizar llamada telefónica a la paciente según la información de contacta que aparece en la ficha, a dicho número telefónico contesta el esposo de la paciente, quien facilita número de WhatsApp de la paciente, se hace el
				15/05/23	
				16/05/23	

					<p>seguimiento vía telefónica de la aplicación, la paciente refiere que recibió el diagnóstico de la enfermedad al inicio de los controles prenatales, que ya está en tratamiento farmacológico y que ha ido cumplidamente a sus consultas prenatales, evidenciando que las fecha de notificación registrada en la ficha está mal diligenciada</p> <p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio</p>
				25/04/23	<p>estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>La EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede observar que la gestante fue diagnosticada antes del embarazo actual pero no estaba recibiendo tratamiento antirretroviral, inicia controles prenatales a las 29 semanas de gestación, momento en el cual iniciar TAR, reporta ultima carga viral del 27/02/23 con 17.300 copias/ml y linfocitos T CD4 con 186 celular/mm3 del mismo día, la gestante cuenta con fecha probable de parto para el 17/06/23 por lo que no se encuentran datos del parto ni del recién nacido.</p> <p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio</p>
1004911183	EPSS41	3209618039	25/02/2023		
				09/05/23	<p>estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>La EAPB envía ficha de seguimiento donde se</p>
				25/04/23	<p>estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>La EAPB envía ficha de seguimiento donde se</p>
1057544482	RES004	3208374292	10/04/2023		
				27/04/23	<p>estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>La EAPB envía ficha de seguimiento donde se</p>

				<p>puede observar que la gestante fue diagnosticada durante el embarazo actual, pero se llenan datos como si fuera diagnosticada antes del embarazo, se registra inicia controles prenatales a las 10 semanas de gestación, momento en el cual inicia TAR, reporta ultima carga viral del 04/04/23 con 24.000 copias/ml y linfocitos T CD4 con 239 celular/mm3 del mismo día, la gestante cuenta con fecha probable de parto para el 10/10/23 por lo que no se encuentran datos del parto ni del recién nacido.</p>
				<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
			25/04/23	<p>La EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede observar que la gestante fue diagnosticada durante el embarazo actual, pero tambien se llenan datos como si fuera diagnosticada antes del embarazo, se registra inicia controles prenatales a las 32 semanas de gestación pero tambien se registra inicio de controles prenatales a las 7 semanas gestacionales, momento en el cual inicia TAR, reporta ultima carga viral del 15/04/23 con 0 copias/ml, no presenta examen de linfocitos T CD4, la gestante cuenta con fecha probable de parto para el 30/05/23 por lo que no se</p>
1081814856	EPS037	3118008176	10/04/2023	
				09/05/23

encuentran datos del parto ni del recién nacido, por lo anterior se evidencia la no concordancia en la información registrada, en las observaciones de la ficha se encuentra “GESTANTE QUIEN ESTA PENDIENTE POR DESCARTAR EN LA PROXIMA CONSULTA CON INFECTOLOGIA (LUNES 15 DE MAYO), YA QUE INGRESO CON ALGORITMO DX INCOMPLETO, Y AL REALIZAR LA CARGA VIRAL SALIO COMO RESULTADO INDETECTABLE, Y EN EL WESTER BLOT SALIERON TODAS LAS BANDAS AUSENTES”

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE SIFILIS

Para realizar el seguimiento de las gestantes diagnosticadas con sífilis, se tuvo en cuenta que fueran maternas notificadas entre la semana epidemiológica #1 y la #19, que fueran maternas vinculadas a una EAPB, y que aparte de esto contaran con esquema incompleto del tratamiento con penicilina benzatínica, aquellas que no cumplían con lo anterior pero se les realizo seguimiento se debió a que fueron seguimientos puntuales solicitados por el personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

Las gestantes que cumplían con lo anteriormente mencionado fueron 68, de las cuales se pudo realizar seguimiento ya sea por vía de llamada telefónica o por seguimiento a la ficha de seguimiento clínico estipulada en la estrategia al 98.5% de ellas, como adicional se le realizo seguimiento a 15 gestantes por solicitud del personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 114. INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CASOS NOTIFICADOS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGIA #1 Y #19 QUE CUENTAN CON ESQUEMA INCOMPLETO DE SIFILIS

N° IDENTIFICACION	EPS	N° CELULAR	FECHA NOT	FECHA SEG	OBSERVACIONES
1147686635	ESS024	3118638046	31/01/2023	17/04/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de diagnóstico y seguimiento de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo completo
VEN15855047		3228516426	21/01/2023	17/04/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de diagnóstico y seguimiento de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo completo
1091082947	EPSS41	3225401344	21/01/2023	17/04/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de diagnóstico y seguimiento de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo completo
				25/04/23	Se solicita a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico por medio de correo electrónico
				09/05/23	la EAPB envía correo electrónico en respuesta con

	<p>comprimidos, pero entre estos no se encuentra la ficha de la materna, por lo que se vuelve a solicitar el envío de la ficha</p>
15/05/23	<p>Debido a falta de evidencia de la información solicitada se vuelve a solicitar la ficha de seguimiento clínico a la EAPB.</p>
25/05/23	<p>La EAPB envía correo electrónico en respuesta con comprimidos, pero entre estos no se encuentra la ficha de la materna, por lo que se vuelve a solicitar el envío de la ficha.</p>
31/05/23	<p>Debido a falta de evidencia de la información solicitada se vuelve a solicitar la ficha de seguimiento clínico a la EAPB.</p>
06/06/23	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico donde se puede encontrar que es una materna quien reside en El Tarra, cuenta con fecha probable de parto para el 24/07/23, inicio controles prenatales a las 12 semanas gestacionales, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, primera VDRL tomada el 16/12/23 dando reactiva con 2 diluciones, un mes después del diagnóstico recibe sus 3 dosis de penicilina benzatínica, según los datos registrados en la ficha y considerando las fechas de las dosis y la VDRL las semanas gestacionales registradas en estas se evidencia que no guardan</p>

				<p>concordancia, la pareja sexual de la materna recibió 3 dosis de penicilina en las mismas fechas de la materna, se registra aborto involuntario el día 26/01/23 por lo que la materna saldría de la estrategia.</p>
				<p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de diagnóstico y seguimiento de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo completo.</p>
			17/04/2023	<p>Se solicita a la EAPB Comfaorienté la ficha de seguimiento clínico por medio de correo electrónico.</p>
			25/04/23	<p>Debido a falta de evidencia de la información solicitada se vuelve a solicitar la ficha de seguimiento clínico a la EAPB.</p>
1091076837	CCF050	3115648247	18/03/2023	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que la materna fue diagnosticada a las 14 semanas de gestación durante el primer control prenatal por medio de una prueba rápida positiva y una VDRL reactiva con 2dills del 28/02/23, posterior a esto se le aplico las 3 dosis de penicilina benzatínica, la materna requirió retratamiento por reinfección y a la fecha solo se ha aplicado una dosis de penicilina, en la ficha se registra que a la pareja sexual</p>
			15/05/23	
			19/05/23	

				de la materna se le notifico pero no recibió tratamiento. La materna tiene fecha probable de parto para el 25/08/23 por lo que no hay datos de parto ni del recién nacido todavía. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de diagnóstico y seguimiento de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo completo, además se notifica que a las 39 semanas de gestación dio a luz a su bebé.
			15/06/23	
			17/04/2023	se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere haber iniciado controles prenatales a las 6 semanas gestacionales donde se tomaron laboratorios y se aplicó las dosis de penicilina, al momento del parto los exámenes dieron positivos en ella, fecha de parto 02/03/23 , se le realizaron exámenes al momento del parto al recién nacido, los cuales dieron negativos y se le aplico profilaxis 10 días, actualmente tiene el control pendiente debido a que
1091682559	ESS091	3132289544	1/02/2023	16/06/23

				cuando fue a solicitar cita de control le dijeron que el próximo control del menor es a los 6 meses de edad pero no ha tenido el control de los 3 meses, materna residente de Agua Clara, quien es atendida en el Hospital de Ocaña, refiere el menor está afiliado a NUEVA EPS. Después de solicitar soportes del seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de visita domiciliaria de la gestante que a la fecha ella ya cuenta con el tratamiento según protocolo al día.
			17/04/2023	
				Se solicita a la EAPB Comfaorienta la ficha de seguimiento clínico por medio de correo electrónico. La EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que la materna fue diagnosticada durante el embarazo actual a las 9 semanas a través de una prueba rápida positiva tomada el 28/02/23 durante el primer control prenatal y una VDRL reactiva con 4dills tomada el 02/03/23 , por lo que se procede a aplicar las tres dosis de penicilina benzatínica a la materna, en la ficha se registra que se le notificó a la pareja sexual de la materna pero no se registra ninguna dosis de penicilina, la materna tiene como fecha probable de parto el 05/10/23
			25/04/23	
1007447382	CCF050	3123691465	2/03/2023	
			19/05/23	

				<p>por lo tanto aún no se registran datos de parto y recién nacido.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de visita domiciliaria de la gestante recibió 3 dosis de betacin, al realizar llamada telefónica para comprobar las fechas y dosis suministradas de penicilina, la paciente no responde, la llamada se desvía a correo de voz.</p>
			16/06/23	
			17/04/2023	
VEN6787397	3142112374	18/02/2023		
			16/06/23	
			17/04/2023	
VEN27284122	3138136814	9/02/2023	17/04/2023	
				<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la gestante tuvo un aborto espontaneo, por lo cual sería un caso descartado de sífilis gestacional</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la gestante</p>
VEN31443078		6/01/2023	17/04/2023	

VEN5775367	3133924123	10/01/2023	17/04/2023	<p>tuvo un aborto espontaneo el 14 de febrero, de igual manera se llevó a cabo el tratamiento según protocolo tanto para ella como para su pareja, debido al aborto este sería un caso descartado de sífilis gestacional</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente refiere nunca haber tenido exámenes que salieran positivo para sífilis durante su periodo gestacional</p>	
			17/4/2023	<p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente a la fecha ya cuenta con el tratamiento según protocolo al día.</p>	
10939600220	CCFC5 0	3134373666	20/1/2023	25/04/23	<p>Se solicita a la EAPB Comfaorienta la ficha de seguimiento clínico por medio de correo electrónico. La EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que la materna fue diagnosticada a las 26 semanas de gestación ya que inicio controles prenatales en ese momento, a ella se le tomo una prueba rápida que salio positiva el 20/01/23 y una VDRL reactiva el mismo día que arrojó 2 dills, clasificándose</p>
				19/05/23	

como estadio clínico tardío, seguido a esto se inició tratamiento con penicilina benzatínica, protocolo que ya se encuentra completo con sus tres dosis. En la ficha se estipula que requirió retratamiento con otras tres dosis de penicilina pero no registra la causa del retratamiento, la pareja sentimental de la gestante según los datos registrados en la ficha recibió tres dosis de penicilina. La paciente tuvo su parto el **18/04/23** el recién nacido se registra como vivo, único, quien nace a las 39.1 semanas de gestación pesando 3.200gr y siendo de género femenino. En la ficha se registra que el recién nacido no está asegurado pero de igual manera se registra que pertenece a Comfaorient, por lo que se evidencia inconsistencia en la información. No se registran nombres, ni tipo de documento ni número de identificación del recién nacido. En la prueba no treponémica al momento del parto la madre da reactiva con 1dill, y el recién nacido dio 1dill pero no se registra si es reactivo o no, el recién nacido se clasifica como sano pero no se registra el criterio utilizado para el diagnóstico. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del

15/06/23

				16/06/23	<p>seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que a la paciente se le recetó el tratamiento según protocolo, y luego de realizar llamada telefónica con ella, refiere ya tener el tratamiento al día</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que en la búsqueda para la visita no se pudo localizar a la paciente. Por lo tanto el personal de SASER del IDS se dispuso a llamar al número de contacto disponible en la base de datos, al llamar contesta la pareja sentimental de la materna, quien refiere la materna regreso temporalmente a Venezuela por motivos familiares pero que ha seguido con los controles prenatales y se encuentra con el esquema al día, al preguntarle a la pareja si se realizó la prueba y el tratamiento de la sífilis, el responde afirmativamente,</p>
1007374089	EPSS41	3133889835	21/1/2023	17/4/2023	
VEN30827510		3057933421	10/1/2023	17/4/2023	

				<p>dice que ya se aplicó una dosis.</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente al momento de la visita se encontraba en tratamiento, al 19 de febrero solo contaba con la primera dosis de penicilina, por lo que se procede a llamar para confirmar que la paciente haya recibido el tratamiento en su totalidad, pero al llamar al número dispuesto en la base de datos, la llamada entra a buzón de voz</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que en la búsqueda para la visita no se pudo localizar a la paciente.</p> <p>Al momento de revisar la base de datos para poder llamar a la paciente y hacer seguimiento del caso no se encuentra ningún número de contacto.</p> <p>Se solicita a la EAPB Comfaorienta la ficha de seguimiento clínico por medio de correo electrónico.</p> <p>la EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se registra que la materna fue diagnosticada posterior al parto, pero de igual manera</p>
VEN28435453	3124686951	18/2/2023	17/4/2023	
			17/4/2023	
VEN5950237	CCF050	21/2/2023		
			25/04/23	
			19/05/23	

VEN27491241

3/3/2023

17/4/2023

se registra que se diagnosticó a las 5 semanas de gestación, se registra que no se le realizo control prenatal pero de igual manera se registra que su primer control prenatal fue a las 5 semanas de gestación, mostrando incoherencia en la información, a la materna el 21/02/23 se le tomo una prueba rápida y un VDRL que dieron reactivos con 4 dills, por lo que se procede a aplicar las 3 dosis de penicilina benzatínica, a la pareja de la materna se le aplicaron de igual manera tres dosis de penicilina, en la situación de la gestante con el embarazo se registra un aborto el 21/02/23 por lo cual se concluya como caso descartado de sífilis gestacional

Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente había iniciado el protocolo, pero que no había podido aplicarse las dos dosis faltantes por falta de recursos económicos para movilizarse al lugar donde la atienden. Se procede a buscar en la base de datos para corroborar que se haya aplicado el esquema completo, pero no se evidencia número de contacto de la paciente

VEN30734268	3202259034	10/2/2023	17/4/2023	<p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente al momento de la visita se encontraba en tratamiento pero solo con una dosis aplicada, por lo que se procede a llamar a la paciente para verificar y la paciente refiere ya tener el tratamiento según protocolo al día.</p>
			16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1093502387	ESS062	25/01/2023	25/04/2023	<p>Debido a que no se encuentran datos de contacto de la paciente se procede a solicitar la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia por correo electrónico a la EAPB</p>
			09/05/23	<p>La EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que la materna tuvo su diagnóstico a las 27 semanas de gestación, momento en el cual inicio tratamiento según protocolo según resultados de las pruebas realizadas se clasifica como sífilis temprana, en las tres pruebas no treponémicas que le realizaron durante la gestación se evidencia diluciones de 1 dill y a su pareja se le aplicó una dosis</p>

				de penicilina. El 11/04/23 la materna presenta parto natural cursando sus 37 semanas de gestación, al nacido de sexo masculino se le realiza prueba no treponemica, dando como resultado 1 dill, por lo cual se le aplica dosis profiláctica de penicilina y se descarta el diagnostico de sífilis congénita, al momento del envio de la ficha el niño no ha cumplido los meses de edad para realizar seguimiento según protocolo, sin embargo se solicita a la EAPB corregir datos de la ficha porque se encuentran casillas con fechas mal diligenciadas y algunas otras se encuentran vacías. al momento de hacer seguimiento por vía telefónica para confirmar y complementar datos no se encuentran datos de contacto de la materna se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico la EAPB envía la ficha de seguimiento en la cual se puede evidenciar que la materna con fecha probable de parto del 01/05/23 inicio controles prenatales a las 19 semanas gestacionales pero tuvo su diagnóstico a las 27 semanas de gestación, se registra prueba rápida positiva del 10/01/23 y VDRL reactiva con 1
				25/04/23
1004818345	EPSS41	3229164782	15/03/2023	05/05/23

					<p>dilución del mismo día, no se registran más pruebas de seguimiento serológico de la materna, se registra aplicación de las 3 dosis de penicilina en el mes de marzo a 33,35, y 36 semanas gestacionales, no se registran datos de notificación y tratamiento de la pareja sexual de la materna, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y el recién nacido.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				15/06/23	
					<p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico La EAPB envía comprimido con datos de la paciente pero en este no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a enviar correo solicitando específicamente la ficha establecida en la estrategia.</p>
				25/04/23	
60438314	EPSS41	3213747768	2/04/2023	05/05/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico</p>
					<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	
100737408	EPSS41	3133889835	21/01/2023	25/04/2023	<p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico</p>

				05/05/23	la EAPB envía comprimido con datos de la paciente donde se evidencia la ficha de seguimiento, donde se puede evidenciar que la paciente fue diagnosticada con sífilis a las 14 semanas de gestación gracias a una prueba no treponemica que dio como resultado 1 dill, momento en el cual inicio tratamiento con penicilina, de igual forma se le dio el tratamiento a la pareja de la paciente con una dosis de penicilina, la paciente tiene fecha probable de parto para el 23/07/23 por lo cual no se cuentan con datos del parto ni del recién nacido todavía. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				16/06/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico La EAPB envía comprimido con datos de la paciente pero en este no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a enviar correo solicitando específicamente la ficha establecida en la estrategia.
				25/04/2023	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1127048742	EPSS41	3102082064	28/01/2023	05/05/23	Se recibe los datos de la gestante por parte del
VEN11301999		3124203591	17/05/2023	18/05/2023	

VEN31849657	3185638796	17/05/2023	18/05/2023	<p>HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz. Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que no ha podido tener controles prenatales porque no tiene permiso de permanencia y por lo tanto tampoco EPS, refiere que ya tiene 8 meses de gestación y no ha recibido tratamiento para la sífilis gestacional, por lo que se procede a darle indicaciones para que se acerque a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para iniciar el proceso del permiso de permanencia y además se facilitó dirección y contacto del Comité Internacional de Rescate para que se acerque y pueda solicitar la atención prenatal.</p>
VEN30339680	3003899536	17/05/2023	18/05/2023	<p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz. Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se</p>
VEN31313258	3134586882	17/05/2023	18/05/2023	<p>procede a hacer seguimiento</p>

VEN32214656	4161078674	17/05/2023	18/05/2023	<p>vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada, por medio de la cual refiere recibió las tres dosis de penicilina el 11-18 y 25 de abril, actualmente el recién nacido tiene un mes de vida, al cual se le aplicó dosis profiláctica de penicilina ya que evidencio 1dill en la prueba que se le realizó en el hospital, ella refiere no contar con permiso legal y por lo tanto no cuenta con EPS, por lo que se le aconseja acercarse a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para iniciar el proceso y que de esta forma se pueda vincular a una EPS y vincular a sus familiares también</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente cuenta con número de contacto venezolano, por lo que se procede a realizar el proceso por medio de mensaje de WhatsApp pero se evidencia que los mensajes no son recibidos</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del</p>
VEN0901024	3212292905	17/05/2023	18/05/2023	
VEN27566133	3222250800	17/05/2023	18/05/2023	

VEN19104387	3132146637	17/05/2023	18/05/2023	<p>HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero al realizar la llamada, la persona que contesta refiere ser numero equivocado</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que recibió el tratamiento de sífilis gestacional en Puerto Santander, que contaba con las dosis completas, pero que al momento del parto en el HUEM se le volvió aplicar otra dosis, actualmente la recién nacida cuenta con 16 días de vida y está hospitalizada en el HUEM por bajo peso, la cual la han ingresado al plan canguro, la paciente refiere no contar con permiso de permanencia y no saber si la bebe ha sido afiliada a un seguro de salud pero que ya cuenta con registro civil, por lo que se procede a recomendar se acerquen a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para que ella y su pareja inicien proceso del permiso de permanencia y pregunten en el HUEM si la recién nacida ya ha sido afiliada a una EPS</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento</p>
VEN30569548	3212285593	17/05/2023	18/05/2023	

VEN25776782	3123776800	17/05/2023	18/05/2023	<p>vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que recibió el tratamiento de sífilis gestacional, actualmente la recién nacida cuenta con 16 días de vida y que ya mañana se va acercar al HUEM para solicitar el registro civil y poderlo afiliar a una EPS, en cuanto a la afiliación de la materna a una EPS, ella refiere que ya está en proceso de trámite para solicitar el permiso de permanencia y poderse afiliar a una EPS</p>
			12/04/2023	<p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a que no se evidencia envío de lo solicitado</p>
			25/04/23	<p>anteriormente se vuelve a solicitar a la EAPB las fichas de seguimiento</p>
1097495023	ESS024	313237154	2/01/2023	<p>la EAPB envía documento Excel de seguimiento de las maternas pero no se evidencia la ficha de seguimiento clínico por lo que se vuelve a solicitar la información</p>
			16/05/23	<p>Debido a que no se evidencia el envío de lo solicitado anteriormente se vuelve a</p>
			31/05/23	

				<p>solicitar a la EAPB las fichas de seguimiento.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
			16/06/23	
			31/05/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico la EAPB envía la ficha de seguimiento en donde se puede evidenciar que la materna inicio controles prenatales a las 9 semanas de gestación pero su diagnóstico se realizó a las 24 semanas, el 28/12/22 se le realizo una prueba rápida que dio positivo, por lo que el 30/12/22 se le realizo una VDRL que salio reactiva con 16dills, se registra el estadio clínico como desconocido y las 3 dosis de penicilina estipuladas, hay registro de que se le notificó a la pareja de la materna pero no se registran dosis de penicilina debido a que se envió el tratamiento pero se desconoce su aplicación, se registra parto del 09/04/23 de nacido vivo único de sexo masculino a las 37 semanas pesando 3.500gr, se registra que pertenece al régimen contributivo pero que no cuenta con afiliación, no se registra VDRL de la materna al momento del parto, y no se registran más datos del recién nacido.</p>
1090486744	EPS008	3213350247	3/01/2023	01/06/23

				15/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico, la EAPB envía la ficha de seguimiento el mismo día, en donde se puede evidenciar que no concuerda con la información registrada, ya que registra la materna fue diagnosticada posterior al parto pero al mismo tiempo registra que tenía 20 semanas de gestación al momento del parto, no registra fecha de prueba rápida, registra que no se realizó VDRL pero al mismo tiempo registra fecha y resultado de dicho examen, registra dos dosis de penicilina tanto en la materna como en su pareja y así mismo una dosis en retratamiento, al momento no registra datos del recién nacido debido a que tiene fecha probable de parto para el 03/06/23 .
1094447052	EPSS37	3138815501	12/01/2023		Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				15/06/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico
1090517624	CCF050	3105755036	31/01/2023	25/04/2023	

				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
				19/05/23	la EAPB envía la ficha donde se puede evidenciar que la materna inicio controles prenatales a las 6 semanas, un dato en el que no hay concordancia es que registra que a las 13 semanas de gestación da positiva en una prueba rápida realizada el 24/05/22 , pero la VDRL se le realizo a las 6 semanas dando reactiva con 64dills el 31/01/23 , aparte de esto la materna tiene una fecha probable de parto para el 26/09/23 habiendo discordancia entre fechas, en la ficha se registra que la paciente recibió las tres dosis de penicilina y su pareja una, al momento del seguimiento no cuenta con datos del recién nacido debido a que no ha tenido parto todavía. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				15/06/23	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico
1093294798	EPSS41	3208967930 9	31/01/2023	25/04/2023	
				15/05/23	

				25/05/23	la EAPB envía la ficha donde se puede evidenciar que la materna inicio controles prenatales a las 12 semanas, se evidencia inconsistencia en las semanas de gestación a la toma de la prueba rápida y VDRL, ya que la prueba rápida se registra positiva a la fecha de 30/01/23 , misma fecha en la que se registra la VDRL REACTIVA con 64dills, pero se registra que en la prueba rápida tenía 18 semanas y en la VDRL 11 semanas, se registran las 3 dosis de penicilina en la materna al igual que su pareja, en la ficha no se encuentran datos del parto ni del recién nacido y no se puede confirmar si a la fecha del seguimiento la materna ya tuvo parto debido a que no se registra la fecha probable del parto de la materna. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante
				15/06/23	para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
1094574490	CCF050	3107938619	4/02/2023	15/05/23	debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico
				19/05/23	la EAPB envía la ficha donde se registra que la materna inicio controles prenatales a las 7 semanas pero su

1005026036	EPS008	3105466186	16/02/2023	25/04/2023	<p>diagnóstico y las pruebas diagnósticas se realizaron cuando ya cursaba 34 semanas de gestación, se registra prueba rápida positiva para el 19/01/23 y para ese mismo día se registra una VDRL reactiva con 32dills, se registran 3 dosis de penicilina, la última teniendo fecha del 16/02/23, para el 20/02/23 se registra la segunda VDRL en la cual se registra salio NO REACTIVA, de igual forma se registra que la pareja de la materna recibió 3 dosis de penicilina, la materna tuvo su parto el 03/03/23 de una recién nacida viva, única y de sexo femenino a las 38 semanas, la cual peso 3.030gr, a la cual se le realizo una VDRL al nacimiento que dio no reactiva, clasificándose como sano aunque no se registra el criterio diagnóstico. Se realiza llamada telefónica a la materna quien refiere los primeros exámenes le salieron negativos, a las 34 semanas dio positivo pero los exámenes posteriores dieron negativos al igual que los de su pareja sexual, de igual forma refiere ya haber dado a luz y que a su hija le realizaron exámenes pero tambien dio negativo para sífilis.</p> <p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la</p>
------------	--------	------------	------------	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1065870231	CCF050	3183087770	17/02/2023	11/05/23	<p>estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico</p> <p>Luego de ser enviado un requerimiento a la EAPB ellos envían los formatos solicitados, en el cual se evidencia que la materna inicio controles prenatales a las 8 semanas, el diagnostico se le realizo a las 10 semanas por medio de una prueba rápida 04/02/23 y una VDRL reactiva con 32dills del 14/02/23, la materna recibe las 3 dosis de penicilina, no se registra ninguna otra prueba no treponemica aparte de la primera, según la ficha la materna requirió retratamiento en el cual se le aplicaron otras 3 dosis de penicilina, se registra que la pareja de la materna tambien se aplicó 3 dosis de penicilina, no se registran datos del recién nacido ni del parto debido a que la fecha de parto de la paciente esta para el 14/09/23.</p>
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				25/04/2023	<p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico</p>
				15/05/23	<p>debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envio de la ficha de seguimiento clínico</p>

				la EAPB envía la ficha donde se registra que la materna inicio controles prenatales a las 9 semanas de gestación, recibió diagnostico a las 10 semanas por medio de una prueba rápida positiva del 16/02/23 y una VDRL reactiva con 1dill de la misma fecha, la materna recibió 3 dosis de penicilina al igual que su pareja, en la ficha solo se registra una prueba no treponemica que fue la del momento del diagnóstico, al momento del seguimiento no se evidencian datos del parto o recién nacido debido a que la materna cuenta con una fecha de parto para el 01/09/23 . Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere que vive en Ocaña, no se ha podido sacarse los exámenes de control debido a problemas de movilidad, asiste controles prenatales pero todavia no tiene fecha del próximo ya que refiere debe acercarse a autorizarlos primero, actualmente tiene 7 meses de gestación y cuenta con fecha probable de parto para finales de agosto.
			19/05/23	
			16/06/23	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB
1243340029	EPSS41	3224580256	15/01/2023	
			25/04/2023	
			15/05/23	

					el envío de la ficha de seguimiento clínico
				09/05/23	la EAPB envía respuesta por medio de correo electrónico notificando que este es un caso descartado debido a que la usuaria no se encuentra en estado de embarazo
				25/04/2023	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a que no se evidencia envío de lo solicitado
				25/04/23	anteriormente se vuelve a solicitar a la EAPB las fichas de seguimiento
1193030245	ESS024	3209309609	16/01/2023	16/05/23	la EAPB envía documento Excel de seguimiento de las maternas pero no se evidencia la ficha de seguimiento clínico por lo que se vuelve a solicitar la información
				31/05/23	Debido a que no se evidencia el envío de lo solicitado anteriormente se vuelve a solicitar a la EAPB las fichas de seguimiento.
				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/2023	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico
1093597874	EPSS02	3213740080	19/01/2023	15/05/23	a esta fecha aún no se evidencia respuesta por parte de la EAPB por lo que se procede a generar

					requerimiento y volver a solicitar la información
				31/05/23	Debido a que no se evidencia el envío de lo solicitado anteriormente se vuelve a solicitar a la EAPB las fichas de seguimiento.
				16/06/23	se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere iniciar los controles prenatales casi a los 4 meses de gestación, momento en el cual le realizaron exámenes y ya cuenta con protocolo completo, refiere dosis completas de su pareja, actualmente vive en Cúcuta, refiere él bebe nació en el HUEM el 19/01/23 , momento en el cual le realizaron exámenes que dieron negativos pero recibió tratamiento profiláctico durante 10 días, el menor tuvo control por pediatría pero no ha podido recibir los resultados debido a un cambio de EPS a salud total porque la antigua la liquidaron necesita actualizar sus datos para que la EPS le haga envío de los resultados, pero refiere le ha costado llevar a cabo dicho proceso se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico
1192719646	EPSS05	3224544158	16/01/2023	25/04/2023	debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB
				15/05/23	

				el envío de la ficha de seguimiento clínico
				debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico
			31/05/23	La EAPB envía comprimido con los datos de la paciente, pero en este no se encuentra la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados.
			06/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora refiere que el número no ha sido activado.
			16/06/23	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico
			15/05/2023	la EAPB envía la ficha donde se registra que la materna cuenta con fecha probable del 03/02/23 , quien inicia controles prenatales a las 13 semanas de gestación, pero no es hasta las 21 semanas que es diagnosticada con SIFILIS gestacional, se registra prueba rápida positiva del 27/05/22 a las 7 semanas gestacionales y VDRL no reactiva del mismo día, se registra segunda prueba no treponemica no reactiva del 09/09/22 pero no se registra el tipo y las semanas gestacionales al momento de la toma, se registra tercera prueba no
1007784971	EPSS41	3103337702	28/01/2023	
			25/05/23	

treponemica reactiva con 4 diluciones del **26/12/22** pero no se registra el tipo y las semanas gestacionales al momento de la toma. se registra primera dosis de penicilina el **26/07/22** y segunda dosis del **11/01/23** siendo un tratamiento inadecuado, no se registra retratamiento materno, y se registra no haber notificado a la pareja sexual de la materna, se registra fecha de parto del **24/01/23** de recién nacido vivo, único, de 38 semanas gestacionales, de sexo femenino, pesando 2.959gr, a quien no se le han actualizado los datos a que se evidencia registro del menor con CNV que considerando el momento del seguimiento ya debería de contar con RC, VDRL del momento del parto reactiva en la materna con 2 diluciones y no reactiva en la menor a quien se le realiza profilaxis con penicilina, no se evidencia seguimiento a los 3 meses de edad del menor ni los datos de la entidad que realiza el seguimiento del caso, en general se encuentra discordancia entre fechas y semanas gestacionales registradas en la ficha de seguimiento.

16/06/23

Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento al momento de la llamada contesta la pareja de la materna quien no pudo

				<p>dar información al respecto así que facilito el número de la materna para que le preguntáramos directamente a ella 3245250570, al realizar la llamada contesta la materna quien refiere el menor tiene cita para realizar el examen de control el 21/06/23, actualmente está en control en la IPS aeropuerto. se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico la EAPB envía ficha de seguimiento clínico donde se puede observar que la materna tiene fecha probable de parto para el 28/06/23 quien inicio controles prenatales a las 17 semanas gestacionales y fue diagnosticada a las 20.4 semanas gestacionales, se registra prueba rápida negativa del 17/01/23 a las 17 semanas y VDRL reactiva del 06/02/23 con 8 diluciones, al evidenciarse prueba rápida negativa no se justifica toma de VDRL y no se evidencia justificación del caso, se registra segunda</p>
			25/04/2023	
			15/05/23	
			31/05/23	
1007773159	EPS037	3143825263	26/01/2023	
			06/06/23	

				<p>VDRL reactiva con 2 diluciones del 10/03/23 y tercera VDRL reactiva con 2 diluciones del 27/04/23 pero no se registran semanas gestacionales a la toma de estas, se registran las 3 dosis de penicilina entre enero y febrero completando esquema, se registra no se realizó desensibilización de la penicilina, se evidencia tratamiento a la pareja sexual de la materna en las mismas fechas de la materna, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz, por lo que no se evidencia información del parto y el recién nacido, no se evidencian datos de la entidad que realiza el seguimiento del caso. Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere parto del 30/05/23 al momento del parto le hicieron exámenes tanto a ella como al recién nacido y los dos dieron negativo, igualmente al recién nacido se le aplicó tratamiento preventivo, y ya se encuentra en controles postparto y de pediatría.</p>
				16/06/23
1090465634	ESS024	3108620650	30/01/2023	<p>25/04/2023</p> <p>15/05/23</p> <p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB</p>

				el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidad de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha
			01/06/23	al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados La EAPB envía comprimido con la información de la
			07/06/23	materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
			16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
			25/04/2023	se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se
1090512687	EPS005	3125047207	3/02/2023	vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico
			01/06/23	al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados
			31/05/23	debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB
			07/06/23	el envío de estos la EAPB envía pdf de la ficha escaneada, en esta se

					<p>puede evidenciar que tiene fecha probable de parto para el 27/07/23 inicio controles prenatales a las 15 semanas gestacionales y fue diagnosticada en ese momento, registra prueba rápida positiva del 02/02/23 a las 15 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 32 diluciones del 22/03/23 a las 15.1 semanas gestacionales, se registra segunda VDRL reactiva con 128 diluciones del 16/05/23 con 29 semanas gestacionales, es clasificada con estadio temprano, se registran 3 dosis de penicilina en febrero, se registra retratamiento por reinfección pero no se evidencian datos de las dosis de penicilina, se registra la no notificación a la pareja sexual de la materna pero no hay justificación al respecto, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido, no se evidencian datos de la institución que realiza el seguimiento al caso.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico</p>
				16/06/23	
1193418978	EPSS08	3144325475	3/02/2023	25/04/2023	

				debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico
			15/05/23	
			31/05/23	debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos La EAPB responde a la solicitud del envío de la ficha notificando que desde que la materna fue cedida de Ecoopsos EPS desde el 22 de abril 2023 , a la fecha no se ha logrado contacto, para el respectivo seguimiento al tratamiento oportuno y el diligenciamiento de la ficha ETMI PLUS. Se notifica que
			07/06/23	la unidad de atención primaria de la EAPB inicio proceso de captación a través de los medio de contacto cedidos por Ecoopsos EPS pero que no se ha tenido éxito, se ha indagado en la página de PAI WEB 2.0 pero tampoco se ha tenido éxito y la materna al momento del seguimiento no ha solicitado servicios con la EAPB.
			16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1090380044	EPSS05	3115507057	7/02/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
			25/04/2023	
			15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a

					solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
				31/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos.
				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1066063419	EPSS41	3112334205	13/02/2023	25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
				31/05/23	Al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados.
				06/06/23	la EAPB envía ficha de seguimiento clínico, en esta se puede evidenciar que la materna residente de Teorama tenía fecha probable de parto para el 10/02/23 no tuvo controles prenatales, por lo que fue diagnosticada posterior al parto, registra prueba rápida positiva del 10/02/23 , y una VDRL reactiva con 1 dilución del mismo día, segunda VDRL del 11/02/23 reactiva con 1 dilución, se clasifica con duración desconocida y se evidencia

					<p>tratamiento inadecuado, ya que solo se registra una dosis de penicilina el 13/02/23, no se registra retratamiento, se evidencia que no se le notificó a la pareja sexual de la materna y no se registra justificación, se registra parto del 13/02/23 a las 40 semanas gestacionales de recién nacido vivo, único de sexo masculino, pesando 2.905gr, quien se registra con CNV, en la VDRL del parto la materna dio reactivo con 1 dilución el 11/02/23 y el recién nacido dio no reactivo por lo que se clasifica como recién nacido sano y se le aplica profilaxis, no se registra seguimiento del recién nacido y se justifica con el hecho de que desde que la materna salio de la institución en donde tuvo el parto no se ha logrado contacto con ella por vía telefónica.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero al realizar la llamada la persona que contesta refiere número equivocado.</p>
1090989103	CCF050	3124757946	15/02/2023	25/04/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío</p>
				16/06/23	
				15/05/23	

de la ficha de seguimiento clínico.

la EAPB envía ficha de seguimiento clínico, en esta se puede evidenciar que la materna residente de Convención con fecha probable de parto para el **09/07/23** inicio controles prenatales a las 12 semanas de gestación, recibió diagnóstico de sífilis a las 18 semanas por medio de una prueba rápida positiva del **15/02/23** y una VDRL reactiva con 1 dilución del mismo día, segunda VDRL con 0 diluciones del **08/03/23** a las 21 semanas de gestación, una tercera VDRL con resultado de 0 diluciones del **13/03/23** a las 21,3 semanas de gestación, se registra la materna es alérgica a la penicilina por lo que no se le aplican las dosis estipuladas en el protocolo pero no se evidencia el registro del tratamiento alternativo aplicado a la materna, en cuanto al tratamiento de la pareja sexual de la materna se registra que no se le aplico debido a que los primeros laboratorios fueron discordantes y los siguientes no fueron reactivos, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y el recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del

19/05/23

16/06/23

				25/04/2023	<p>seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidad de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha, 01/06/23 al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados, 07/06/23 la EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.</p>
1094832493	ESS024	3148311448	16/02/2023	15/05/23	
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				25/04/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
1094241940	CCF050	3214817279	28/02/2023	05/05/23	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío</p>

					de la ficha de seguimiento clínico.
					la EAPB envía ficha de seguimiento clínico, en esta se puede evidenciar que la materna residente de Pamplona con fecha probable de parto para el 01/09/23 quien inicio controles prenatales a las 7 semanas gestacionales, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional por medio de una prueba rápida positiva del 10/02/23 con 7 semanas gestacionales y una VDRL reactiva con 4 diluciones del 10/02/23 con 10 semanas gestacionales, al momento del seguimiento no se evidencian otras pruebas no treponémicas de seguimiento en la materna, se evidencia la aplicación de las 3 dosis de penicilina según establece el protocolo, se le notificó a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento ya que este refiere tener laboratorios negativos, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				19/05/23	
					Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				16/06/23	
1091968790	ESS024	3233035816	28/02/2023	25/04/2023	

					<p>debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidación de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha, 01/06/23 al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados, 07/06/23 la EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.</p>
				15/05/23	
					<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	
					<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
				25/04/2023	
					<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
VEN6763041	EPSS41	3227437970	4/03/2023	15/05/23	
					<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede observar que la materna de nacionalidad venezolana con fecha</p>
				25/05/23	

probable de parto del **31/08/23** inicio controles prenatales a las 14 semanas pero el momento del diagnóstico y los laboratorios diagnósticos no tiene fecha gestacional registrada, la materna cuenta con una prueba rápida positiva del **28/02/23** y una VDRL reactiva con 1 dilución del mismo día, aparte de estos laboratorios no se registra ningún otro examen de seguimiento serológico en la materna, se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de marzo pero no se registra la edad gestacional al momento de las dosis y tampoco si se le realizo desensibilización de la penicilina a la materna, a la pareja sexual de la materna se le notifico y se le aplicaron 3 dosis de penicilina, actualmente la materna no ha dado a luz por lo que no se encuentran datos del parto ni del recién nacido, en la ficha no se registran los datos de la institución que realiza el seguimiento del caso.

16/06/23

Se hace llamada telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere haber iniciado controles prenatales a las 7 semanas de gestación, momento en el cual le realizaron los exámenes diagnósticos, refiere haberse aplicado las 3 dosis de

				penicilina y haberse tomado otra prueba de control luego de estas, la cual según ella salio no reactiva, actualmente tiene 21 semanas de gestación y está asistiendo a sus controles prenatales en la IPS Loma de Bolívar.
			25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
			15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
			31/05/23	Al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados.
1004924982	EPS037	3125037161	8/03/2023	la EAPB envía ficha de seguimiento clínico, en esta se puede evidenciar que la materna tiene fecha probable de parto para el 16/09/23 quien inicio controles prenatales a las 11 semanas gestacionales, momento en el cual fue diagnosticada, registra prueba rápida negativa del 02/03/23 , y una VDRL reactiva con 4 diluciones del mismo día teniendo 11 semanas gestacionales, segunda VDRL del 26/05/23 no reactiva a las 23 semanas gestacionales, se registra las tres dosis de penicilina en el mes de marzo, se registra no se realizó desensibilización de la penicilina, no se
			06/06/23	

				<p>evidencia que se le haya notificado ni aplicado tratamiento a la pareja sexual de la materna y no se registra justificación, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz por lo que no se evidencian datos del parto y del recién nacido, tampoco se registran los datos de la institución que le está haciendo seguimiento al caso.</p>
				<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
			16/06/23	
				<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
			25/04/2023	
				<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
			15/05/23	
1005054842	EPSS41	3216637540	8/03/2023	<p>La EAPB responde enviando información de las maternas solicitadas pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha.</p>
			25/05/23	
				<p>Al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados.</p>
			31/05/23	
				<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico, en la revisión de la ficha no se evidencia la fecha probable</p>
			06/06/23	

					<p>de parto, dificultando el análisis en la concordancia de los datos diligenciados en la ficha de seguimiento, la materna inicio controles prenatales a las 12 semanas, recibiendo diagnóstico de sífilis gestacional a las 13 semanas, se evidencia prueba rápida positiva del 07/03/23 y VDRL reactiva con 16 diluciones el mismo día, se registra segunda VDRL reactiva con 16 diluciones del 05/04/23 con 23 semanas gestacionales, a la materna en el mes de marzo se le aplicaron las 3 dosis de penicilina cumpliendo con el protocolo establecido, no se evidencian datos de contacto y tratamiento de la pareja sexual de la materna debido a que ella refiere no tener pareja sexual, en concordancia a la fecha y semana gestacional al momento de la segunda VDRL se difiere que la materna al momento del seguimiento aún no ha dado a luz, por lo que justificaría la falta de evidencia en la información del parto y del recién nacido, no se evidencian datos de la institución que debe llevar el seguimiento del caso. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	
1064841278	ESS024	321616494	10/03/2023	25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del

				binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidación de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha.
			15/05/23	
				Al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados. La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
			01/06/23	
				Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora refiere número errado.
			07/06/23	
				Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
			16/06/23	
				Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
			25/04/2023	
1090445405	EPS008	3134227178	9/03/2023	la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede
			15/05/23	
			11/05/23	

					<p>evidenciar que la materna residente de Tibú con fecha probable de parto para el 31/07/23, inicio sus controles prenatales a las 14 semanas pero fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 19 semanas gestacionales, cuenta con una prueba rápida positiva del 30/01/23 a las 14 semanas y una VDRL reactiva con 4 diluciones del 03/03/23 a las 19 semanas gestacionales, no se registra prueba no treponemica del tercer trimestre gestacional, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina durante el mes de marzo, de igual forma se registra no se realizó desensibilización de la penicilina, se registra notificación y aplicación de las dosis de penicilina a la pareja sexual de la materna en las mismas fechas que ella, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y del recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1005044923	CCFC5 0	3144053476	7/03/2023	25/04/2023	<p>16/06/23</p> <p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío</p>
					<p>15/05/23</p>

de la ficha de seguimiento clínico.

la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el **04/07/23**, no se evidencia las semanas gestacionales al inicio de los controles prenatales, fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 20 semanas gestacionales, cuenta con una prueba rápida positiva del **06/03/23** a las 20 semanas y una VDRL reactiva con 1 dilución del mismo día, no se registra ninguna otra prueba no treponemica aparte de la del diagnóstico, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina durante el mes de marzo, se registra notificación y aplicación de las dosis de penicilina a la pareja sexual de la materna en las mismas fechas que ella, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y del recién nacido, en general se hace la observación de que las fechas registradas en la ficha están mal redactadas, ya que se registran como mes/día/año. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz, posteriormente la materna devuelve la llamada durante la cual refiere tener 35

19/05/23

16/06/23

					semanas de gestación, estar reciben controles prenatales en ALIADOS EN SALUD, actualmente completo esquema igual que su pareja y que los últimos exámenes realizados salieron no reactivos.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
1005029292	EPSS05	3138484004	13/03/2023		
				31/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos.
				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
1005084928	EPSS05	3153707836	13/03/2023	15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
				31/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos.

				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero el operador refiere que el número no se encuentra en servicio.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
1092531993	CCF050	3115296426	14/03/2023		la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 26/09/23 , inicio de los controles prenatales a las 11 semanas de gestación, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, cuenta con una prueba rápida positiva del 11/03/23 a las 11 semanas y una VDRL reactiva con 8 diluciones del mismo día, se registra RPR del 03/05/23 a las 19 semanas gestacionales pero no se evidencia el reporte en diluciones de la prueba, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina durante el mes de marzo, se registra notificación y aplicación de las dosis de penicilina a la pareja sexual de la materna en las mismas fechas que ella, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que
				19/05/23	

				16/06/23	no se evidencian datos del parto y del recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora refiere que el número no ha sido activado.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
1093738248	EPSS05	3142824716	14/03/2023		
				31/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos.
				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
					Debido a la falta de evidencia en los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
1126910998	EPSS41	3178247237	24/03/2023	02/05/23	
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío

de la ficha de seguimiento clínico.
la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el **18/06/23**, la materna inicio controles prenatales a las 27 semanas, no se registran las semanas gestacionales al diagnóstico de sífilis, se evidencia prueba rápida positiva del **10/03/23** a las 24 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 4 diluciones el mismo día, debido a esto no habría concordancia en información debido a que la materna cuenta con pruebas diagnósticas a las 24 semanas gestacionales pero se registra inicio de control prenatal a las 27 semanas, al momento del seguimiento no se evidencia ninguna otra prueba para seguimiento serológico de la materna, a la materna entre marzo y abril se le aplicaron las 3 dosis de penicilina pero no se registra si se le realizo o no la desensibilización de la penicilina a la materna, no se evidencian datos de contacto y tratamiento de la pareja sexual de la materna y no se evidencia justificación de esto, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que justificaría la falta de evidencia en la información del parto y del recién nacido,

25/05/23

				no se evidencian datos de la institución que debe llevar el seguimiento del caso.
				Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
			16/06/23	
				Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
			25/04/2023	
				Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
			15/05/23	
				la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 04/06/23 , inicio de los controles prenatales a las 9 semanas de gestación, pero no fue diagnosticada con sífilis gestacional hasta las 27 semanas de gestación, cuenta con una prueba rápida positiva del 16/03/23 a las 10
1090464368	CCF050	3235371470	21/03/2023	
			19/05/23	semanas y una VDRL reactiva con 2 diluciones del 16/03/23 con 27 semanas gestacionales, por lo que se evidencia discordancia en la información registrada, se registra prueba no treponemica reactiva con 2 diluciones del 04/05/23 a las 34 semanas gestacionales, no se evidencia el registro de la prueba del primer trimestre gestacional que justifique la discordancia del inicio de los

				<p>controles prenatales y la fecha en las que se le tomaron las pruebas diagnósticas a la materna, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina entre marzo y abril, se registra no se realizó desensibilización a la penicilina en la materna, se registra notificación a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento debido a que la materna firma disenteria ya que refiere estar separada de su pareja, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y del recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere parto del 14/06/23 a las 38 semanas de gestación en la CSA de recién nacido quien peso 3480gr, al momento del parto los exámenes de la materna dieron reactivos con 8 diluciones y los del recién nacido dieron reactivos con 1 dilución, por lo que se inicia retratamiento materno y tratamiento del menor según protocolo.</p>
				16/06/23
1091660446	EPS005	3212140932	23/03/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
				25/04/2023
				15/05/23
				Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a

31/05/23	<p>solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p> <p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de estos.</p> <p>la EAPB envía la ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna residente de Ocaña tiene fecha probable de parto para el 19/10/23 quien inicio controles prenatales a las 9 semanas gestacionales y fue diagnosticada en ese momento, registra prueba rápida positiva del 17/03/23 a las 9 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 1 dilución del 21/03/23 a las 10 semanas gestacionales, se registra segunda VDRL reactiva con 2 diluciones del 17/04/23 con 17 semanas gestacionales, es clasificada con estadio temprano, se registran 1 dosis de penicilina el 23/03/23 a las 10 semanas gestacionales, se registra retratamiento por tratamiento inadecuado en la cual se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de abril, se registra la notificación y tratamiento con una dosis de penicilina a la pareja sexual de la materna, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido, no se evidencian datos de la</p>
06/06/23	

					<p>institución que realiza el seguimiento al caso y las fechas registradas están mal diligenciadas, ya que se registran de forma mes/día/año.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidad de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha, 01/06/23 al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados, 07/06/23 la EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.</p>
1091808907	ESS024	3212691989	30/03/2023	15/05/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				25/04/2023	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>

1004877132	CCFC5 0	3208164202	12/04/2023	25/04/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				15/05/23	Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.
				19/05/23	la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 11/04/23 , inicio de los controles prenatales a las 9 semanas de gestación, pero no fue diagnosticada con sífilis gestacional hasta las 38 semanas de gestación posterior al parto, cuenta con una prueba rápida positiva del 11/04/23 a las 38 semanas y una VDRL reactiva con 32 diluciones del mismo día, no se evidencia el registro de ninguna otra prueba como seguimiento serológico y por el reporte en diluciones de la VDRL se indica la materna ya debía tener la enfermedad desde algún tiempo atras pero no se evidencia justificación del no diagnostico durante la gestación mediante los controles prenatales, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina en el mes de abril posterior al parto, se registra notificación a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento

					<p>debido a que la materna refiere estar separada de su pareja, se registra fecha de parto del 11/04/23 a las 38 semanas de gestación de recién nacido vivo, único, de sexo masculino, pesando 2.950gr, recién nacido J.D.O.M con RC 1092034791 al cual se le tomo VDRL del 11/04/23 la cual dio reactiva pero no se registran las diluciones, el recién nacido es diagnosticado con sífilis congénita al cual se le aplica tratamiento según protocolo, no se registra criterio epidemiológico del diagnóstico del recién nacido, al momento del seguimiento el recién nacido no cumple todavía con la edad requerida para el seguimiento de la sífilis congénita.</p>
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				15/05/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
1192915784	EPS041	3112673696	22/04/2023	25/05/23	<p>Debido a la falta de respuesta por parte de la EAPB se vuelve a solicitar el envío de las fichas por medio de correo electrónico.</p>
				06/06/23	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha</p>

probable de parto para el **01/10/23**, la materna inicio controles prenatales a las 16 semanas, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, se evidencia prueba rápida positiva del **19/04/23** a las 16 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 64 diluciones el mismo día, al momento del seguimiento no se evidencia ninguna otra prueba para seguimiento serológico de la materna, a la materna entre abril y mayo se le aplicaron las 3 dosis de penicilina, se registra no se le realizo la desensibilización de la penicilina a la materna, se evidencian notificación a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento debido a que se le envía el tratamiento a la pareja y la materna informa que se lo aplico, pero no entrega constancia de la aplicación de las dosis, por lo que se marca como que no se le aplico tratamiento a la pareja, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que justificaría la falta de evidencia en la información del parto y del recién nacido.

se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, al momento de realizar la llamada se evidencia interferencia en la llamada y al preguntar por la paciente nadie responde,

16/06/23

					<p>cuelgan la llamada, posteriormente la materna se contacta por medio de WhatsApp, en donde refiere ya tener las 3 dosis de penicilina pero que actualmente no le han vuelto a realizar exámenes de control en cuanto al proceso de sífilis, su ultimo control prenatal fue el 13 de mayo y actualmente tiene 28.7 semanas gestacionales. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 24/05/23, la materna no tuvo controles prenatales por lo que fue diagnosticada posterior al parto, no se evidencia información registrada en las pruebas de diagnóstico, no se registra información del seguimiento serológico de la paciente, ni se encuentra evidencia del tratamiento materno, no se evidencian datos referentes a la notificación y aplicación de tratamiento en la pareja sexual de la materna, se registra fecha de parto del 17/04/23 a las 38 semanas de gestación de recién nacido vivo de sexo masculino, pesando 2.560gr, información que no tiene concordancia debido a que la</p>
1193213420	EPS037	3107611894	17/04/2023	15/05/2023	
				25/05/23	

fecha probable de parto y la fecha del parto distan de casi un mes en tiempo y se registra parto de 38 semanas, por lo que no habría concordancia en este dato registrado, recién nacido con RC pero la secuencia de números del documento de identidad sugiere CNV, se registra VDRL al momento del parto de la materna tomada el **17/04/23** con resultado reactivo con 8 diluciones, VDRL del recién nacido del mismo día, quien dio reactivo con 4 diluciones, por lo que se clasifica como diagnóstico de sífilis congénita, se evidencia aplicación del tratamiento según protocolo, criterio utilizado para el diagnóstico fue por nexo epidemiológico, al momento del seguimiento el menor no cuenta con la edad requerida para realizar el seguimiento de sífilis congénita por lo que no se evidencian datos al respecto, no se registran los datos de la institución encargada de hacer el seguimiento del caso.

16/06/23

se hace seguimiento por vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la cual refiere no haber recibido controles prenatales, quien diagnosticaron al momento del parto en la CSJ, recibió tratamiento con las 3 dosis de penicilina y al recién nacido se le realizo tratamiento

				<p>según protocolo por 10 días, refiere que no se le aplico tratamiento a la pareja debido a que están separados y perdieron contacto, al momento de la llamada la materna refiere que el 06/06/23 se le realizo una prueba no treponemica al menor, la cual reclamo resultado el día de ayer y dio 2DILS, actualmente ya tiene cita de control del menor para el 21/06/23 en el HUEM.</p>
			25/04/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
			15/05/23	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
1005042762	EPSS05	3123151953	22/04/2023	<p>la EAPB envía ficha de seguimiento donde se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 04/06/23, inicio de los controles prenatales a las 9 semanas de gestación, pero no fue diagnosticada con sífilis gestacional hasta las 27 semanas de gestación, cuenta con una prueba rápida positiva del 16/03/23 a las 10 semanas y una VDRL reactiva con 2 diluciones del 16/03/23 con 27 semanas gestacionales, por lo que se evidencia discordancia en la información registrada, se registra prueba no</p>
			19/05/23	

				<p>treponemica reactiva con 2 diluciones del 04/05/23 a las 34 semanas gestacionales, no se evidencia el registro de la prueba del primer trimestre gestacional que justifique la discordancia del inicio de los controles prenatales y la fecha en las que se le tomaron las pruebas diagnósticas a la materna, la gestante recibió las 3 dosis de penicilina entre marzo y abril, se registra no se realizó desensibilización a la penicilina en la materna, se registra notificación a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento debido a que la materna firma disentimiento ya que refiere estar separada de su pareja, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que no se evidencian datos del parto y del recién nacido. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
			16/06/23	
			25/04/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
1090484544	EPSS05	3157506705	21/04/2023	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
			15/05/23	
			31/05/23	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos</p>

				<p>solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, al momento de la llamada contesta el tío de la materna quien refiere ella solo se encuentra en la casa en horas de la noche, por lo que solicita se realice la llamada antes de las 7am, al preguntarle por la gestante el refiere no tener conocimiento del tratamiento y proceso por el que ella está pasando.</p>
			16/06/23	
			15/05/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p> <p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
			31/05/23	
1091076250	CCFC5 0	3143247025	22/04/2023	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 22/04/23, la materna inicio controles prenatales a las 16 semanas, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, se evidencia prueba rápida del 29/03/23 a las 16 semanas gestacionales pero no se registra si fue positiva o no, y VDRL reactiva con 4 diluciones del mismo día, al momento del</p>
			01/06/23	

					<p>seguimiento no se evidencia ninguna otra prueba para seguimiento serológico de la materna, a la materna solo se le aplicó una dosis de penicilina en mayo a las 21 semanas gestacionales pero se registra como tratamiento adecuado, hecho que no tiene coherencia con lo registrado, no se registra retratamiento materno, se evidencian notificación a la pareja sexual de la materna pero no se aplica tratamiento debido a que se deja la observación de la materna se separó de su pareja, al momento del seguimiento la materna ya debió haber dado a luz pero no se evidencian datos al respecto ni se registran datos del recién nacido.</p>
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				15/05/2023	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
1094168531	CCF050	3115976292	20/04/2023	31/05/23	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
				01/06/23	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 09/06/23, la materna inicio</p>

1065904312	ESS024	3227998202	19/04/2023	25/04/2023	<p>controles prenatales a las 11 semanas, pero se registra que fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 7 semanas de gestación, se evidencia prueba rápida positiva del 18/11/22 a las 7 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 4 diluciones del mismo día, por lo que no hay coherencia en los datos registrados en cuanto a las semanas gestacionales al inicio de los controles prenatales y las semanas gestacionales de las pruebas diagnósticas, se evidencia segunda prueba no treponemica reactiva con 1 dilución del 20/04/23 a las 32 semanas gestacionales, a la materna se le aplicaron las 3 dosis de penicilina entre noviembre y diciembre del 2022, se evidencian notificación y aplicación del tratamiento a la pareja sexual de la materna para las mismas fechas de ella, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido, como anotación general se evidencia las fechas registradas en la ficha están mal diligenciadas ya que se registran como mes/día/año. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. Debido a la falta de evidencia de los formatos</p>
				15/05/23	

				<p>solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico, el mismo día la EAPB responde enviando consolidación de EXCEL, pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se procede a solicitar nuevamente el envío de la ficha</p>
			01/06/23	<p>al no evidenciarse el envío de la información se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de los formatos solicitados La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.</p>
			07/06/23	<p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
			15/05/2023	<p>Debido a la falta de evidencia de los formatos solicitados se vuelve a solicitar a la EAPB el envío de la ficha de seguimiento clínico.</p>
			31/05/23	<p>la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 15/12/23, la materna inicio controles prenatales a las 6 semanas de gestación, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, se evidencia prueba rápida positiva del 25/04/22 a las 6 semanas</p>
1093906549	CCF050	320358349	25/04/2023	
			01/06/23	

				gestacionales y VDRL reactiva con 4 diluciones del mismo día, se evidencia segunda prueba no treponemica del 25/04/23 no se registran semanas gestacionales y se deja la anotación de que el reporte en diluciones está pendiente, a la materna se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de mayo, se evidencian notificación y aplicación del tratamiento a la pareja sexual de la materna para las mismas fechas de ella, al momento del seguimiento la materna no ha dado a luz por lo que no se evidencian datos del parto ni del recién nacido, como anotación general se evidencia las fechas registradas en la ficha están mal diligenciadas ya que se registran como mes/día/año. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. La EAPB responde el correo notificando que la materna el mismo día del diagnóstico de sífilis se le practico legrado, por lo que sería caso descartado ya que no haría parte de la estrategia. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico. la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que
				31/05/2023
1090445744	EPSS41	3228651820	4/05/2023	
				06/06/23
				31/05/2023
1090514415	EPSS41	3204950294	4/05/2023	
				06/06/23

la materna cuenta con fecha probable de parto para el **18/05/23**, la materna inicio controles prenatales a las 21 semanas de gestación, momento en el cual fue diagnosticada con sífilis gestacional, se evidencia prueba rápida negativa del **12/01/23** a las 21 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 1 dilución del mismo día, se evidencia segunda prueba no treponemica del **08/03/23** la cual da no reactiva pero no se registran las semanas gestacionales a la realización de la prueba, a la materna se le aplicaron 2 dosis de penicilina en el mes de enero, se registra no se le realizo desensibilización a la penicilina, no se registran datos de retratamiento materno, se evidencian notificación y aplicación del tratamiento a la pareja sexual de la materna en el mes de febrero, se registra fecha de parto del **03/05/23** de recién nacido vivo, único, de sexo femenino a las 36 semanas gestacionales pesando 2.630gr, se registra VDRL reactiva del momento del parto de la materna del **04/05/23** con 4 diluciones y VDRL reactiva con 1 dilución del recién nacido del mismo día, por lo que se diagnostica con sífilis congénita, al cual se le aplica tratamiento según protocolo, no se registra criterio

1010077835	EPSS08	3028442904	5/05/2023	31/05/2023	<p>diagnóstico de la sífilis congénita, al momento del seguimiento el menor no cuenta con la edad necesaria para llevar a cabo el seguimiento de sífilis congénita según dicta la estrategia, por lo que no se encuentran datos referentes en la ficha, no se evidencian los datos de la institución que lleva el seguimiento del caso, como anotación general se evidencia las fechas registradas en la ficha están mal diligenciadas ya que se registran como mes/día/año. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico, el mismo día la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 24/11/23, no se registra las semanas gestacionales al inicio de los controles prenatales, fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 11 semanas de gestación, se evidencia prueba rápida positiva del 04/05/23 a las 10.6 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 128 dilución del mismo día, se evidencia primera prueba no treponemica no reactiva del 31/03/23, a la materna se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de mayo, se registra no se le realizo</p>
------------	--------	------------	-----------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>desensibilización a la penicilina, no se registran datos de notificación y aplicación del tratamiento a la pareja sexual de la materna ni se evidencia justificación al respecto, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que se justifica la falta de información del parto y del recién nacido.</p> <p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico, el mismo día la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 21/09/23, quien inicio controles prenatales a las 11.3 semanas gestacionales, fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 21 semanas de gestación, se evidencia prueba rápida positiva del 03/05/23 a las 19.6 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 2 dilución del mismo día, se evidencia primera prueba no treponemica no reactiva del 28/02/23 a las 11.3 semanas gestacionales, a la materna se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de mayo, se registra no se le realizo desensibilización a la penicilina, se registra se le hizo notificación a la pareja sexual de la materna pero</p>
1093764845	EPSS08	3114394117	6/05/2023	31/05/2023	

1090502225	EPS008	3216989076	8/05/2023	31/05/2023	<p>que no se le aplico el tratamiento y no se evidencia justificación al respecto, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que se justifica la falta de información del parto y del recién nacido.</p> <p>Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico, el mismo día la EAPB envía la ficha de seguimiento clínico en la cual se puede evidenciar que la materna cuenta con fecha probable de parto para el 26/06/23, quien inicio controles prenatales a las 14.3 semanas gestacionales, fue diagnosticada con sífilis gestacional a las 33 semanas de gestación, se evidencia prueba rápida negativa del 15/11/22 a las 8.4 semanas gestacionales y VDRL reactiva con 2 diluciones del 05/05/23 con 33 semanas de gestación, se evidencia primera prueba no treponemica no reactiva del 15/11/22 a las 8.4 semanas gestacionales y segunda prueba no treponemica no reactiva del 02/12/22 a las 21.3 semanas gestacionales a la materna se le aplicaron las 3 dosis de penicilina en el mes de mayo, se registra no se le realizo desensibilización a la penicilina, se registra se le hizo notificación a la pareja</p>
------------	--------	------------	-----------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<p>sexual de la materna pero que no se le aplico el tratamiento y no se evidencia justificación al respecto, al momento del seguimiento la materna aún no ha dado a luz, por lo que se justifica la falta de información del parto y del recién nacido, como anotación general se evidencia las fechas registradas en la ficha están mal diligenciadas ya que se registran como mes/día/año. Se hace seguimiento por vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, materna refiere haber tenido parto hace 3 días en la CSJ, al momento del parto le realizaron exámenes a ella y a su bebe, en los cuales los dos dieron negativo, al momento desconoce si le ha aplicado tratamiento profiláctico al menor y por el momento sigue ingresada en la IPS. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>
				16/06/23	
1090534453	ESS024	3223885197	8/05/2023		
				31/05/2023	
				07/06/23	
1007248552	ESS024	3114525844	15/05/2023	31/05/2023	
					<p>La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas. Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.</p>

				07/06/23	La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
				31/05/2023	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
1092027204	ESS024	3197973016	15/05/2023		La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
				07/06/23	Se solicita a la EAPB la ficha de seguimiento clínico del binomio estipulada en la estrategia ETMI PLUS por medio de correo electrónico.
				31/05/2023	La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
1093771130	ESS024	3112105881	15/05/2023		La EAPB envía comprimido con la información de la materna pero no se evidencia la ficha de seguimiento, por lo que se vuelve a solicitar el envío de estas.
				07/06/23	

EVIDENCIA SOLICITUD DE FICHAS DE SEGUIMIENTO A LAS EAPB

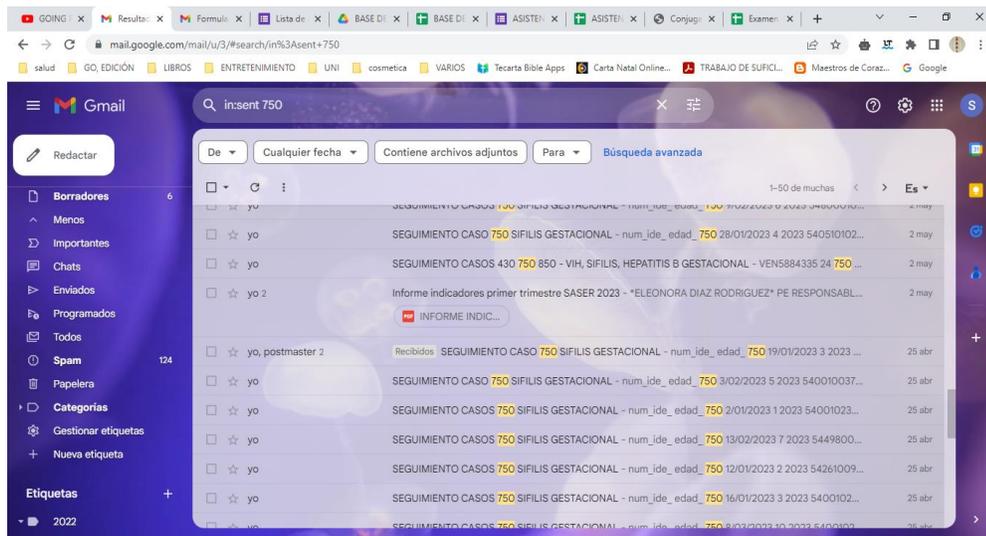


Ilustración 20. Evidencia de la solicitud de las fichas de seguimiento a las EAPB.

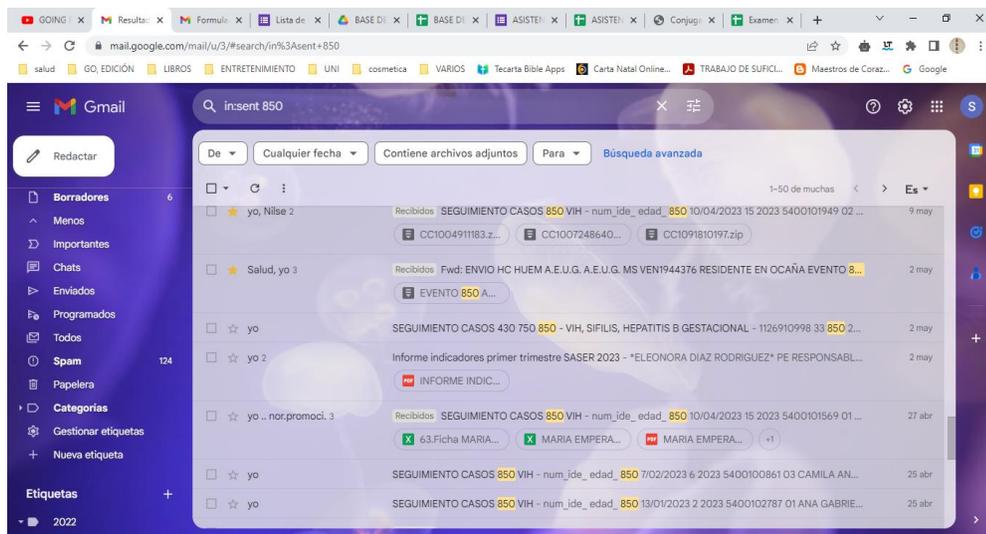


Ilustración 21. Evidencia de la solicitud de las fichas de seguimiento a las EAPB.

BASE DE DATOS EN DRIVE DEL SEGUIMIENTO

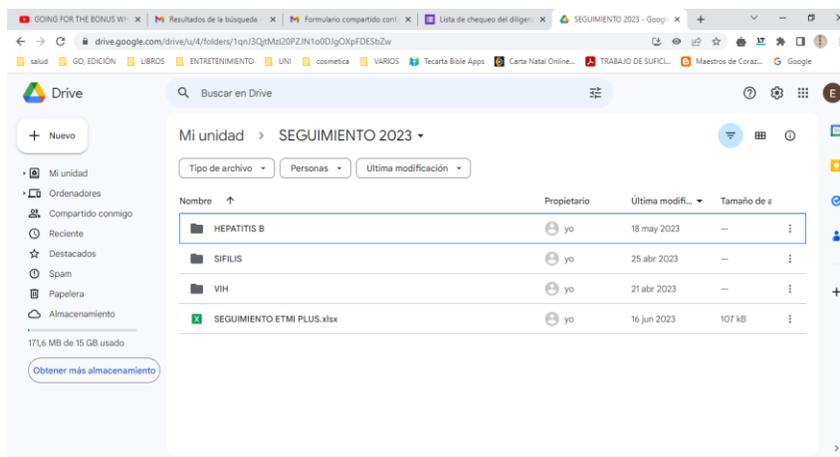


Ilustración 22. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.

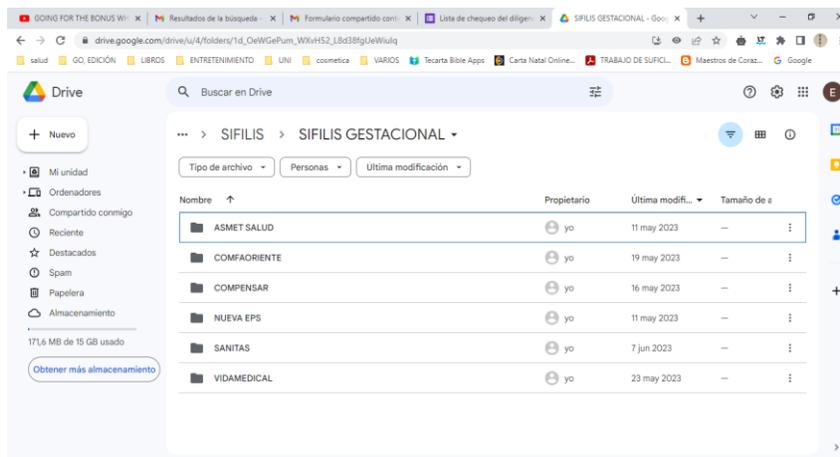


Ilustración 23. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.

Nombre	Propietario	Última modifi...	Tamaño de s
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional CC 1004877132 YEIMI ROSANA MALDON...	yo	18 may 2023	77 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional cc 1005044923 JARID RINCON CARRAN...	yo	18 may 2023	77 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional CC 1007447382 ANGIE PAOLA PEREZ.xlsx	yo	18 may 2023	76 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional CC 1065870231 LINA MARCELA ARIZA.xl...	yo	18 may 2023	77 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional CC 1090989103 YURLEY GARCIA TELLEZ...	yo	18 may 2023	76 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional cc 1091076250 yulian salcedo.xlsx	yo	4 jun 2023	77 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional CC 1093600220 KELLY YURANIS ALVAR...	yo	18 may 2023	77 kB
ficha ETMI PLUS -sifilis gestacional cc 1094168531 Ingrid yuraini moreno.xlsx	yo	4 jun 2023	77 kB

Ilustración 24. Evidencia de la base de datos en drive del seguimiento.

5.5 ACTIVIDAD 2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

Tabla 115. ACTIVIDAD 2 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

ACTIVIDAD N° _2_ DEL OBJETIVO	Llevar a cabo el seguimiento individual de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH y Sífilis gestacional por medio telefónico registradas en una base de datos.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
$\frac{\text{\# de gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH o Sífilis gestacional en primer semestre del 2023 a las que se le realizó el seguimiento}}{\text{\# de gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH o Sífilis gestacional en el primer semestre del 2023}} \times 10$	$63 \% 68 \times 100 = 92,6\%$	Para el primer semestre del año 2023 lograr el seguimiento individual por medio telefónico del 90% de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH o Sífilis gestacional en el presente año.	Para el primer semestre del año 2023 lograr el seguimiento individual por medio telefónico del 92,6% de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH o Sífilis gestacional en el presente año.	Del 12 de abril hasta el 16 de junio de 2023

5.5.1 ANALISIS

Para realizar el seguimiento de las gestantes diagnosticadas con sífilis, se tuvo en cuenta que fueran maternas notificadas entre la semana epidemiológica #1 y la #19, que fueran maternas vinculadas a una EAPB, que contaran con esquema incompleto del tratamiento con penicilina

benzatínica, y que aparte de esto que no estuvieran descartadas, aquellas que no cumplían con lo anterior pero se les realizó seguimiento se debió a que fueron seguimientos puntuales solicitados por el personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

Las gestantes que cumplían con lo anteriormente mencionado fueron 64, de las cuales se pudo realizar seguimiento ya sea por vía de llamada telefónica a 63 de ellas siendo esto un 98.4% de ellas, como adicional se le realizó seguimiento a 14 gestantes por solicitud del personal de apoyo de la Dimensión Salud Sexual y Reproductiva.

5.5.2 EVIDENCIA DOCUMENTAL

Tabla 116. INFORME DEL SEGUIMIENTO TELEFONICO A LAS MATERNAS

NOTIFICADAS ENTRE LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA #1 Y LA #19

Nº IDENTIFICACION	EPS	Nº CELULAR	FECHA NOT	FECHA SEG	OBSERVACIONES
1091076837	CCF050	3115648247	18/03/2023	15/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere haber iniciado controles prenatales a las 6 semanas gestacionales donde se le tomaron laboratorios y se aplicó las dosis de penicilina, al momento del parto los exámenes dieron positivos en ella, fecha de parto 02/03/23 , se le realizaron exámenes al
1091682559	ESS091	3132289544	1/02/2023	16/06/23	

					<p>momento del parto al recién nacido, los cuales dieron negativos y se le aplicó profilaxis 10 días, actualmente tiene el control pendiente debido a que cuando fue a solicitar cita de control le dijeron que el próximo control del menor es a los 6 meses de edad pero no ha tenido el control de los 3 meses, materna residente de Agua Clara, quien es atendida en el Hospital de Ocaña, refiere el menor está afiliado a NUEVA EPS.</p>
1007447382	CCF050	3123691465	2/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta envíe los datos correspondientes, se evidencia en la ficha de visita</p>
				17/04/2023	<p>domiciliaria de la gestante recibió 3 dosis de betacina, al realizar llamada telefónica para comprobar las fechas y dosis suministradas de penicilina, la paciente no responde, la llamada se desvía a correo de voz.</p>
VEN6787397		3142112374	18/02/2023		<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
				16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
10939600220	CCFC50	3134373666	20/1/2023	15/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>

				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1007374089	EPSS41	3133889835	21/1/2023	17/4/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que a la paciente se le recetó el tratamiento según protocolo, y luego de realizar llamada telefónica con ella, refiere ya tener el tratamiento al día
VEN30827510		3057933421	10/1/2023	17/4/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que en la búsqueda para la visita no se pudo localizar a la paciente. Por lo tanto el personal de SASER del IDS se dispuso a llamar al número de contacto disponible en la base de datos, al llamar contesta la pareja sentimental de la materna, quien refiere la materna regreso temporalmente a Venezuela por motivos familiares pero que ha seguido con los controles prenatales y se encuentra con el esquema al día, al preguntarle a la pareja si se realizó la prueba y el tratamiento de la sífilis, el responde afirmativamente, dice que ya se aplicó una dosis.
VEN28435453		3124686951	18/2/2023	17/4/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte

					de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente al momento de la visita se encontraba en tratamiento, al 19 de febrero solo contaba con la primera dosis de penicilina, por lo que se procede a llamar para confirmar que la paciente haya recibido el tratamiento en su totalidad, pero al llamar al número dispuesto en la base de datos, la llamada entra a buzón de voz
				17/4/2023	Después de solicitar el seguimiento del caso por parte de la entidad territorial local y que esta enviara los datos correspondientes, se evidencia en ficha de visita domiciliaria que la paciente al momento de la visita se encontraba en tratamiento pero solo con una dosis aplicada, por lo que se procede a llamar a la paciente para verificar y la paciente refiere ya tener el tratamiento según protocolo al día.
VEN30734268		3202259034	10/2/2023		Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
				16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1004818345	EPSS41	3229164782	15/03/2023	15/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
60438314	EPSS41	3213747768	2/04/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.

100737408	EPSS41	3133889835	21/01/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1127048742	EPSS41	3102082064	28/01/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
VEN11301999		3124203591	17/05/2023	18/05/2023 3	Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz
VEN31849657		3185638796	17/05/2023	18/05/2023 3	Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que no ha podido tener controles prenatales porque no tiene permiso de permanencia y por lo tanto tampoco EPS, refiere que ya tiene 8 meses de gestación y no ha recibido tratamiento para la sífilis gestacional, por lo que se procede a darle indicaciones para que se acerque a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para iniciar el proceso del permiso de permanencia y además se facilitó dirección y contacto del Comité Internacional de Rescate para que se acerque y pueda solicitar la atención prenatal
VEN30339680		3003899536	17/05/2023	18/05/2023 3	Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer

VEN31313258	3134586882	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada, por medio de la cual refiere recibió las tres dosis de penicilina el 11-18 y 25 de abril, actualmente el recién nacido tiene un mes de vida, al cual se le aplico dosis profiláctica de penicilina ya que evidencio 1 dill en la prueba que se le realizo en el hospital, ella refiere no contar con permiso legal y por lo tanto no cuenta con EPS, por lo que se le aconseja acercarse a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para iniciar el proceso y que de esta forma se pueda vincular a una EPS y vincular a sus familiares tambien</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente</p>
VEN32214656	4161078674	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>cuenta con número de contacto venezolano, por lo que se procede a realizar el proceso por medio de mensaje de WhatsApp pero se evidencia que los mensajes no son recibidos</p>
VEN0901024	3212292905	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente</p>

VEN27566133	3222250800	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero al realizar la llamada, la persona que contesta refiere ser numero equivocado</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que recibió el tratamiento de sífilis gestacional en Puerto Santander, que contaba con las dosis completas, pero que al momento del parto en el HUEM se le volvió aplicar otra dosis, actualmente la recién nacida cuenta con 16 días de vida y está hospitalizada en el HUEM por bajo peso, la cual la han ingresado al plan canguro, la paciente refiere no contar con permiso de permanencia y no saber si la bebe ha sido afiliada a un seguro de salud pero que ya cuenta con registro civil, por lo que se procede a recomendar se acerquen a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para que ella y su pareja inicien proceso del permiso de permanencia y pregunten en el HUEM si la recién nacida ya ha sido afiliada a una EPS</p>
VEN19104387	3132146637	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que recibió el tratamiento de sífilis gestacional en Puerto Santander, que contaba con las dosis completas, pero que al momento del parto en el HUEM se le volvió aplicar otra dosis, actualmente la recién nacida cuenta con 16 días de vida y está hospitalizada en el HUEM por bajo peso, la cual la han ingresado al plan canguro, la paciente refiere no contar con permiso de permanencia y no saber si la bebe ha sido afiliada a un seguro de salud pero que ya cuenta con registro civil, por lo que se procede a recomendar se acerquen a migración y Secretaria de Salud de Cúcuta para que ella y su pareja inicien proceso del permiso de permanencia y pregunten en el HUEM si la recién nacida ya ha sido afiliada a una EPS</p>
VEN30569548	3212285593	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM,</p>

VEN25776782		3123776800	17/05/2023	18/05/2023 3	<p>por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, pero la paciente no contesta y la llamada se transfiere a buzón de voz</p> <p>Se recibe los datos de la gestante por parte del HUEM, por lo que se procede a hacer seguimiento vía telefónica para captar el caso, la paciente contesta la llamada telefónica y refiere que recibió el tratamiento de sífilis gestacional, actualmente la recién nacida cuenta con 16 días de vida y que ya mañana se va acercar al HUEM para solicitar el registro civil y poderlo afiliar a una EPS, en cuanto a la afiliación de la materna a una EPS, ella refiere que ya está en proceso de trámite para solicitar el permiso de permanencia y poderse afiliar a una EPS</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1097495023	ESS024	313237154	2/01/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090486744	EPS008	3213350247	3/01/2023	15/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1094447052	EPSS37	3138815501	12/01/2023	15/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090517624	CCF050	3105755036	31/01/2023	15/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>

1093294798	EPSS41	3208967930 9	31/01/2023	15/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se realiza llamada telefónica a la materna quien refiere los primeros exámenes le salieron negativos, a las 34 semanas dio positivo pero los exámenes posteriores dieron negativos al igual que los de su pareja sexual, de igual forma refiere ya haber dado a luz y que a su hija le realizaron exámenes pero también dio negativo para sífilis.
1094574490	CCF050	3107938619	4/02/2023	15/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere que vive en Ocaña, no se ha podido sacarse los exámenes de control debido a problemas de movilidad, asiste controles prenatales pero todavía no tiene fecha del próximo ya que refiere debe acercarse a autorizarlos primero, actualmente tiene 7 meses de gestación y cuenta con fecha probable de parto para finales de agosto.
1005026036	EPS008	3105466186	16/02/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1065870231	CCF050	3183087770	17/02/2023	16/06/23	se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para
1193030245	ESS024	3209309609	16/01/2023	16/06/23	
1093597874	EPSS02	3213740080	19/01/2023	16/06/23	

					<p>complementar datos del seguimiento, la materna refiere iniciar los controles prenatales casi a los 4 meses de gestación, momento en el cual le realizaron exámenes y ya cuenta con protocolo completo, refiere dosis completas de su pareja, actualmente vive en Cúcuta, refiere él bebe nació en el HUEM el 19/01/23, momento en el cual le realizaron exámenes que dieron negativos pero recibió tratamiento profiláctico durante 10 días, el menor tuvo control por pediatría pero no ha podido recibir los resultados debido a un cambio de EPS a salud total porque la antigua la liquidaron necesita actualizar sus datos para que la EPS le haga envío de los resultados, pero refiere le ha costado llevar a cabo dicho proceso</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora refiere que el número no ha sido activado.</p>
1192719646	EPSS05	3224544158	16/01/2023	16/06/23	
1007784971	EPSS41	3103337702	28/01/2023	16/06/23	<p>Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento al momento de la llamada contesta la pareja de la materna quien no pudo dar información al respecto así que facilito el número de la materna para que le preguntáramos directamente a ella 3245250570, al realizar la llamada contesta la materna quien refiere el menor tiene</p>

1007773159	EPS037	3143825263	26/01/2023	16/06/23	<p>cita para realizar el examen de control el 21/06/23, actualmente está en control en la IPS aeropuerto.</p> <p>Se hace seguimiento vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere parto del 30/05/23 al momento del parto le hicieron exámenes tanto a ella como al recién nacido y los dos dieron negativo, igualmente al recién nacido se le aplico tratamiento preventivo, y ya se encuentra en controles postparto y de pediatría.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090465634	ESS024	3108620650	30/01/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090512687	EPS005	3125047207	3/02/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1193418978	EPSS08	3144325475	3/02/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090380044	EPSS05	3115507057	7/02/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1066063419	EPSS41	3112334205	13/02/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero al realizar la llamada la persona que contesta refiere número equivocado.</p>

1090989103	CCF050	3124757946	15/02/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1094832493	ESS024	3148311448	16/02/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1094241940	CCF050	3214817279	28/02/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1091968790	ESS024	3233035816	28/02/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
VEN6763041	EPSS41	3227437970	4/03/2023	16/06/23	Se hace llamada telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere haber iniciado controles prenatales a las 7 semanas de gestación, momento en el cual le realizaron los exámenes diagnósticos, refiere haberse aplicado las 3 dosis de penicilina y haberse tomado otra prueba de control luego de estas, la cual según ella salio no reactiva, actualmente tiene 21 semanas de gestación y está asistiendo a sus controles prenatales en la IPS Loma de Bolívar.
1004924982	EPS037	3125037161	8/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1005054842	EPSS41	3216637540	8/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante

1064841278	ESS024	321616494	10/03/2023	16/06/23	<p>para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora refiere número errado. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p>
1090445405	EPS008	3134227178	9/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz, posteriormente la materna devuelve la llamada durante la cual refiere tener 35 semanas de gestación, estar reciben controles prenatales en ALIADOS EN SALUD, actualmente completo esquema igual que su pareja y que los últimos exámenes realizados salieron no reactivos.</p>
1005044923	CCFC5 0	3144053476	7/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero el operador refiere que el número no se encuentra en servicio. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora</p>
1005029292	EPSS05	3138484004	13/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero el operador refiere que el número no se encuentra en servicio. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora</p>
1005084928	EPSS05	3153707836	13/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero el operador refiere que el número no se encuentra en servicio. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora</p>
1092531993	CCF050	3115296426	14/03/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero la operadora</p>

1093738248	EPSS05	3142824716	14/03/2023	16/06/23	refiere que el número no ha sido activado. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1126910998	EPSS41	3178247237	24/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la materna refiere parto del 14/06/23 a las 38 semanas de gestación en la CSA de recién nacido quien peso 3480gr, al momento del parto los exámenes de la materna dieron reactivos con 8 diluciones y los del recién nacido dieron reactivos con 1 dilución, por lo que se inicia retratamiento materno y tratamiento del menor según protocolo.
1090464368	CCF050	3235371470	21/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1091660446	EPS005	3212140932	23/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1091808907	ESS024	3212691989	30/03/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1004877132	CCFC5 0	3208164202	12/04/2023	16/06/23	Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.
1192915784	EPS041	3112673696	22/04/2023	16/06/23	se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para

1193213420	EPS037	3107611894	17/04/2023	16/06/23	complementar datos del seguimiento, al momento de realizar la llamada se evidencia interferencia en la llamada y al preguntar por la paciente nadie responde, cuelgan la llamada, posteriormente la materna se contacta por medio de WhatsApp, en donde refiere ya tener las 3 dosis de penicilina pero que actualmente no le han vuelto a realizar exámenes de control en cuanto al proceso de sífilis, su ultimo control prenatal fue el 13 de mayo y actualmente tiene 28.7 semanas gestacionales. se hace seguimiento por vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, la cual refiere no haber recibido controles prenatales, quien diagnosticaron al momento del parto en la CSJ, recibió tratamiento con las 3 dosis de penicilina y al recién nacido se le realizo tratamiento según protocolo por 10 días, refiere que no se le aplico tratamiento a la pareja debido a que están separados y perdieron contacto, al momento de la llamada la materna refiere que el 06/06/23 se le realizo una prueba no treponemica al menor, la cual reclamo resultado el día de ayer y dio 2DILS, actualmente ya tiene cita de control del menor para el 21/06/23 en el HUEM. Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del
1005042762	EPSS05	3123151953	22/04/2023	16/06/23	

1090484544	EPSS05	3157506705	21/04/2023	16/06/23	<p>seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, al momento de la llamada contesta el tío de la materna quien refiere ella solo se encuentra en la casa en horas de la noche, por lo que solicita se realice la llamada antes de las 7am, al preguntarle por la gestante el refiere no tener conocimiento del tratamiento y proceso por el que ella está pasando.</p>
1091076250	CCFC5 0	3143247025	22/04/2023	16/06/23	<p>Se hace el intento de llamar vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento pero cae en sistema correo de voz.</p> <p>Se hace seguimiento por vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, materna refiere haber tenido parto hace 3 días en la CSJ, al momento del parto le realizaron exámenes a ella y a su bebe, en los cuales los dos dieron negativo, al momento desconoce si le ha aplicado tratamiento profiláctico al menor y por el momento sigue ingresada en la IPS.</p>
1090502225	EPS008	3216989076	8/05/2023	16/06/23	<p>Se hace seguimiento por vía telefónica a la gestante para complementar datos del seguimiento, materna refiere haber tenido parto hace 3 días en la CSJ, al momento del parto le realizaron exámenes a ella y a su bebe, en los cuales los dos dieron negativo, al momento desconoce si le ha aplicado tratamiento profiláctico al menor y por el momento sigue ingresada en la IPS.</p>

EVIDENCIA DE LAS LLAMADAS TELEFONICAS A LAS PACIENTES

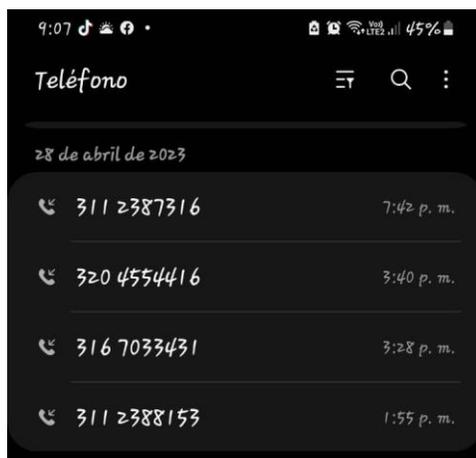


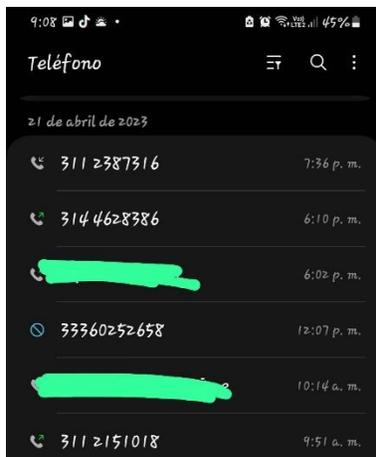
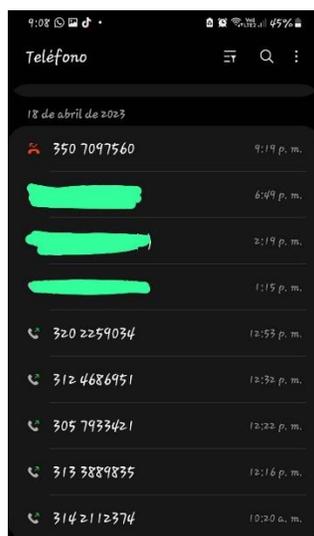
Ilustración 25 Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas**Ilustración 26** Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

Ilustración 27. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

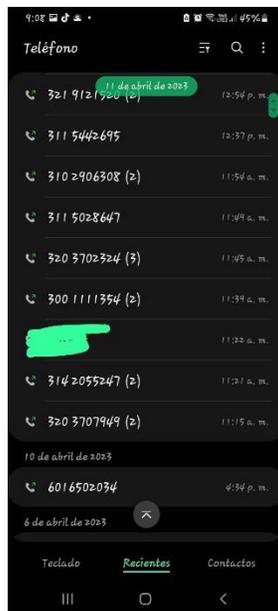


Ilustración 28. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

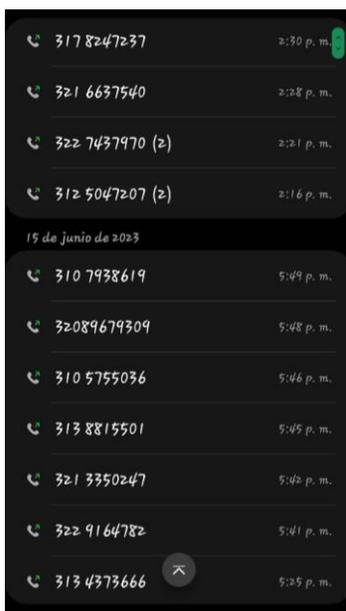


Ilustración 29. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

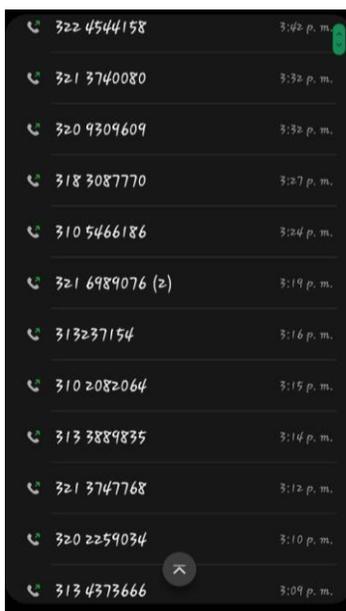


Ilustración 30. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

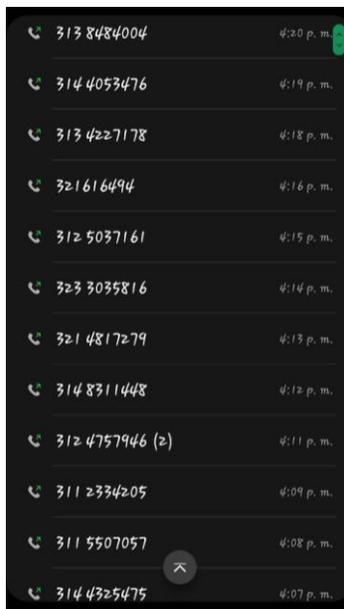


Ilustración 31. Evidencia de las llamadas telefónicas a las maternas

5.6 ACTIVIDAD 3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

Tabla 117. ACTIVIDAD 3 DEL OBJETIVO ESPECIFICO #3

ACTIVIDAD N° _3_ DEL OBJETIVO	Participar de las unidades de análisis realizadas por el IDS para identificar fallas en la implementación de la estrategia.			
RELACION INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD				
FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO	OPERACIONALIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO	META PLANTEADA	META EJECUTADA	FECHA DE DESARROLLO
Número de unidades de análisis a las que se asistió _____x10 0	$1 \% 1 x 100 = 100\%$	Lograr la asistencia del 90% de las unidades de análisis realizadas entre abril y junio del 2023.	Se logró la asistencia del 100% de las unidades de análisis realizadas entre abril y junio del 2023.	7 de junio de 2023
Número de unidades de análisis totales realizadas entre abril y junio del 2023.				

5.6.1 EVIDENCIA DOCUMENTAL:

**ACTA- MEMORIAS Y COMPROMISOS REUNION # 1 SUBMESA TECNICA
DEL COMITE INTERSECTORIAL ITS VIH- SIDA CUCUTA de 7 JUNIO 2023**

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 1 de 18

1. Generalidades

Acta N°		Fecha	7 JUNIO 2023	Hora	3 PM
Lugar	AUDITORIO UNIDAD BASICA PUENTE BARCO LEONES				
Asunto	REUNIÓN # 1 SUBMESA TÉCNICA DEL COMITÉ INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EL VIH Y EL SIDA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA.				
Objetivo	MANTENER ACTIVO EL COMITÉ INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EL VIH Y EL SIDA EN EL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, DANDO CUMPLIMIENTO AL DECRETO MUNICIPAL 0602 DE 2012.				

2. Participantes

Nombres y Apellidos	Rol - Cargo
SALUA DURAN REYES	PROFESIONAL DE APOYO DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, SECRETARÍA DE SALUD DE CÚCUTA (PROFESIONAL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD)
	SE ADJUNTA LISTADO FIRMADO DE ASISTENCIA –(21 PARTICIPANTES)-EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

3. Invitados

Nombres y Apellidos	Rol – Cargo

4. Orden del día

- Saludo de bienvenida a los asistentes a la submesa técnica del comité intersectorial para la promoción y la prevención de las ITS, VIH y Sida del municipio de San José de Cúcuta.
- Proyecto "Vacunación COVID-19 y otras Enfermedades Infecciosas en Población Migrante en la Frontera Colombo-Venezolana - Componente III Sífilis" Intervención de ONG Care Colombia.- Juliana Vergel.
- Análisis de caso: A.K.M.O. CC 1090484544 -dx sífilis gestacional sin tratamiento por decisión de la usuaria- Ant VIH 2021- inadhrente hace 2 años. Caso exitoso hasta el momento: sin TMI VIH. Excelente Trabajo articulado de EAPB – Dimensión SDR SSM.
- Análisis de caso: Adolescente J.G.G.T. TI 1097495023 dx y tratamiento oportuno sífilis gestacional- Esposo con dx sífilis (sin ttoni uso del preservativo) y con dx VIH paterno en el trimestre del embarazo. Caso exitoso hasta el momento respecto al VIH: Sin infección VIH materna. Excelente Trabajo articulado de IPS CPN – Dimensión SDR SSM.
- Proposiciones y varios.
- Cierre de la reunión.

Ilustración 32. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 2 de 18

5. Desarrollo

Siendo a las 3 pm del día 7 de junio de 2023, Se pone en consideración la agenda del día y en vista que se acepta por parte de todos los presentes, se procede a dar inicio a la reunión # 1 de la submesa técnica del comité intersectorial del ITS VIH / Sida de con el desarrollo de la misma.

1. BIENVENIDA A LA REUNION.

El líder de la dimensión sexualidad derechos sexuales y reproductivos de la secretaría de salud de Cúcuta, Rafael Estupiñán realiza la bienvenida a todos los asistentes a la reunión del comité intersectorial para la promoción y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el Sida en el municipio de San José de Cúcuta de parte del Dr Jairo Yáñez alcalde de Cúcuta, la secretaria de Salud municipal: Dra Ximena Marcela Sánchez Estrada y el subsecretario de salud Pública: Dr Leonardo Ernesto Durán Navarro y presenta a la líder de la reunión Salva Durán Reyes, profesional de apoyo de la dimensión sexualidad derechos sexuales y reproductivos de la secretaría de salud de Cúcuta, .

2. PROYECTO "VACUNACIÓN COVID-19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN POBLACIÓN MIGRANTE EN LA FRONTERA COLOMBO-VENEZOLANA - COMPONENTE III SÍFILIS" Intervención de ONG Care Colombia.- Juliany Vergel.

La representante de ONG Care Colombia: Juliany Vergel expone los avances del tamizaje de sífilis realizado en población general de la frontera colombo venezolana desde febrero de 2023 hasta el 16 junio del mismo año, realizados en El Zulia, Cúcuta y Puerto Santander, para lo cual a corte de 31 de mayo se ha desarrollado el 76% del proyecto, se han tamizado 1093 personas, se han entregado 17.055 preservativo a usuarios del proyecto que corresponden a todo tipo de población (colombiana y migrantes con y sin afiliación al régimen de salud Colombiano), que acuda a los puntos de toma de muestras previo cronograma socializado en la comunidad.

Así mismo, se informa por su parte que han realizado Trabajo con hombres- Masculinidades y Salud Masculina y Diversidad.

Da a conocer que el proyecto de tamizajes y de las diversas actividades para fortalecer la salud sexual y reproductiva de Cúcuta y los municipios priorizados será terminado el 16 junio de 2023 y se realizará la socialización de los resultados en el mes de julio de 2023 en un acto protocolario que se difundirá su lanzamiento en su debido momento, para que la institucionalidad se haga presente.

3. ANÁLISIS DE CASO: A.K.M.O. CC 1090484544 -DX SÍFILIS GESTACIONALS SIN TRATAMIENTO POR DECISIÓN DE LA USUARIA- ANT VIH 2021- INADHERENTE HACE 2 AÑOS. CASO EXITOSO HASTA EL MOMENTO: SIN TMI VIH.

EXCELENTE TRABAJO ARTICULADO DE EAPB SANITAS- DIMENSIÓN SDSR SSM.

A.K.M.O. CC 1090484544 Gestante de 28 años sin CPN, G5 G5P4V4, Habitante de Calle – Consumidora habitual SPA (incluso durante el embarazo)-Ant VIH 2021, con TAR sólo marzo y abril del año 2021 (siendo Comparta EPS).

Durante estancia en HUEM con 37 SDG el 20 abril 2023 por falso trabajo de parto, dx sífilis gestacional (VDRL 2 díls) sin tratamiento intrahospitalario por decisión de la usuaria (salida voluntaria por síndrome de abstinencia el mismo día), tampoco ambulatorio a pesar de búsqueda en casa por IPS de atención domiciliaria de la actual aseguradora, quien NO ahorró esfuerzos admitivos para poder ubicar

Ilustración 33. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 3 de 18

la usuaria y mantenía diaria información con SSM de los avances de la gestión para poder aplicar tto de sífilis-

Parto Vaginal en vía pública el 2 mayo 2023 - hora: 9.40am (mientras consumía SPA) atendido por 2 integrantes patrulleros de la policía nacional. De inmediato se traslada a UBA Comuneros a la madre y su hija RN, donde atienden y realizan revisión uterina y remiten inmediato al binomio madre-hijo, como urgencia vital, a su red prestadora (CSA), donde Ingresó sobre las 12m.

SÍFILIS GESTACIONAL / CONGÉNITA - ATENCIÓN EN CI Santa Ana.

VDRL Materna : 8 dilis. Se aplica 1 amp penicilina benzatínica 2.400.000 UI vía IM (se Entrega fórmula de una amp cada 7 días x 2 dosis). Método anticonceptivo elegido aplicado en CSA (Pomeroy por laparoscopia realizado 3 mayo, con egreso materno el mismo día).

Menor sífilis congénita x nexo epidemiológico (VDRL 1 dilis) con tratamiento adecuado por 10 días

con penicilina cristalina y aplican el protocolo, GPC de sífilis congénita y estrategia ETMI PLUS, de manera adecuada. durante la hospitalización en Unidad de recién nacidos de CSA

VIH

MADRE sin TAR en el embarazo, ni en el parto por obvias razones. Al egreso el 3 mayo, se entregó orden para reingresar al programa en la aseguradora actual, donde se debía tomar CV, formularle TAR y demás atención integral, pero sin que se lograra tal indicación, puesto que ha sido difícil ubicación, ya que retomó la calle y a la abuela (bisabuela del menor), poco la visita por su misma condición, siendo frecuentemente agresiva y conflictiva por la exigencia de darle dinero para el consumo.

MEJOR: con TAR profiláctico iniciado 11h post parto en CSA, (2 mayo) lo tomará hasta las 6 semanas de vida. Menor a cargo de madre sustituta del ICBF, ya que SSM solicitó gestión a trabajo social de CSA realizar trámite respectivo por pobre red de apoyo fliar de la gestante y escasos recursos económicos de la bisabuela del menor (único apoyo eventual). De manera ambulatoria la han llevado a toma de lab atención infectología en Vidamedical

Caso exitoso hasta el momento : sin TMI del VIH. (CV del menor negativa a las 72H de nacer). Pend CV 2m y 4m de edad. (para determinar dx definitivo frente al VIH) que se viene realizando en IPS VIDAMEDICAL

Excelente Trabajo articulado de EAPB SANITAS (jefe Angélica Rangel) con la Dimensión SDSR SSM.

4. ANÁLISIS DE CASO: ADOLESCENTE J.G.G.T. TI 1097495023 DX Y TRATAMIENTO OPORTUNO SÍFILIS GESTACIONAL – ESPOSO CON DX SÍFILIS (SIN TTO NI USO DEL PRESERVATIVO) Y CON DX VIH PATERNO EN II TRIMESTRE DEL EMBARAZO. CASO EXITOSO HASTA EL MOMENTO RESPECTO AL VIH: SIN INFECCIÓN VIH MATERNA.

EXCELENTE TRABAJO ARTICULADO DE IPS CPN – DIMENSIÓN SDSR SSM.

J.G.G.T. TI 1097495023, Adolescente gestante de 16 años con CPN iniciado a las 21 SDG, VIH Negativo, pero se dx sífilis gestacional (VDRL 16 dilis), Con ficha de aplicación del tto respectivo 20, 28 Enero y 5 febrero 2023). Firma disentimiento de aplicación a la pareja, ya que manifiesta NO tener relación sentimental con ésta. (Posteriormente al final del embarazo se

Ilustración 34. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 4 de 18

verificó que continuaban su relación a escondidas de la madre de la adolescente). Última VDRL del CPN VDRL 4 días del 25 marzo (32 SDG).

Gestante continuó su CPN, sin embargo el 31 marzo a las 29 SDG, ordenan exámenes de III trimestre (VIH, Sífilis), pero NO los tomó (alude falta de tiempo), inasistente CPN en abril con seguimiento en IPS Promonorte.

Padre del menor de 18 años sin afiliación inicialmente al SGSSS, con dx sífilis adquirida junto con VIH en febrero de 2023 por una IPS de la ciudad, en ese momento ella tenía 26 SDG. sin tto ni uso del preservativo, se registra en HC y lo manifiesta verbalmente y es escuchado por alta voz de manera telefónica).

Él Realiza afiliación a una EPS diferente a la de ella e ingresa el día 27 de abril a iniciar su atención integral de VIH en CDI, quien hizo un excelente abordaje del evento en la anamnesis por parte de su trabajadora Social, de acuerdo a la GPC vigente donde se hace énfasis que se debe indagar y registrar en HC "datos de dx de la pareja y de existencia de hijos menores de 15 años".

Allí él manifiesta que su pareja tiene 36 SDG, pero ignora si se ha realizado nuevos exámenes del final del embarazo para definirse dx.

De inmediato el mismo 27 abril, avisa telefónicamente del caso a la profesional de la dimensión SDSR SSM y se logra apoyo y colaboración de VSP de IPS Promonorte, para ubicar e insistir a la madre de la adolescente para lograr prueba de VIH de III trimestre que había sido inasistente en varias oportunidades desde 31 de marzo q se le ordenó y ahí entendimos que el motivo era por el temor del resultado de ella, puesto q desde feb ya sabía del DX de su pareja.

Finalmente el viernes 28 de abril se logró asistencia de la gestante junto con la mamá de ésta y reportó doble prueba reactiva el mismo día NEGATIVA, sin embargo ello podría deberse a falso negativo por estar en periodo de ventana y por ello se activó ruta para valoración por infectología y la posibilidad de inicio de PrEP, la cual fue recomendación de minsalud (Aunque EPS No tiene en ese momento prestado para ello.. Gran falla admnistrativa de la EPS, en Caso que lo requiera será necesario por la premura del tiempo contratarlo por evento).

En Vidamedical el infectólogo el miércoles 3 mayo valora gestante junto con CV del esposo de 25.100 copias y por ello decide dar inicio de TAR pleno, tratando la gestante de manera acertada como si fuera positiva para VIH, por la premura del tiempo por ser gestante de 37 SDG en ese momento y dar inicio al protocolo de la estrategia ETMI PLUS y a la GPC vigente, mientras que simultáneamente toma pruebas para completar algoritmo dx.

Gestante con algoritmo dx completo de VIH del III trimestre NEGATIVO (CV negativa y Western Negativo). Validado por el laboratorio el 9 de mayo, (Sin soportes de entrega del reporte final a la Usuaría en el embarazo por parte de IPS de atención integral de VIH de la

Ilustración 35. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 5 de 18

EPS, ni hay soporte del agendamiento para ello o la inasistencia de la gestante, por motivos que SSM desconoce).

Se tiene conocimiento que se hizo necesario solicitar telefónicamente ese reporte final negativo afanosamente por la EPS el día anterior a la Cesárea (16 mayo) a Vidamedical, ya que con éste era requisito exigido por CMD para programación de cesárea y aplicación del protocolo para la atención respectiva.

TAR fue administrado a la gestantes durante últimas 2 semanas, suspendido en el intraparto por CMD por reporte negativo VIH.

SSM NO ha obtenido soportes de entrega en el embarazo de las indicaciones periparto, valoración médica presencial para darle a conocer reporte negativo final respecto al dx VIH materno, por parte de la IPS de alto costo que tiene convenio con la aseguradora. SE RECUERDA QUE ADEMÁS DE TOMAR EXAMENES, HAY QUE ENTREGAR REPORTE PRESENCIAL (ASESORIA POST PRUEBA).

En IPS de parto por dx negativo del VIH materno, infectología de la IPS NO aplica protocolo ETMI Plus por obvias razones de tratarse de gestante NO infectada (Ordena lactancia materna, NO colocación de bolo de zidovudina, NO TAR Profiláctico al menor, suspenden TAR a la gestante, etc.... Indicaciones adecuadas). Por obvias razones.

Cesárea 17 mayo 2023. – 39 SDG- Talla:50 cms. peso : 2420 grs (Valorado por pediatría, quien notifica al Sivigila por bajo peso al nacer)

Madre y RN ambos VDRL 4 díls.

SÍFILIS CONGÉNITA cumple criterio por clínica (bajo peso al nacer) - sin tratamiento al nacimiento, por causa desconocida.

El 23 de mayo (6 días post-cesárea) hay soporte de HC de TELECONSULTA de infectología de la entrega formal del reporte negativo final del VIH materno e indicaciones de iniciar PrEP a la adolescente por ser pareja serodiscordante, junto con prevención combinada con el preservativo para disminuir el riesgo de infección por VIH de ella y de la respectiva TMI del VIH por estar lactando.

2 junio se evidencia HC de Vidamedical de teleorientación de enfermería de demanda inducida para PrEP, con negación telefónica de la adolescente "por estar sin esa pareja". Se recibe esta información en SSM 5 junio, se recomendó por escrito a la EPS el mismo día, solicitarle a su prestador Vidamedical que logre firma de desistimiento de la PrEP para soportar por escrito el proceso, por la poca confiabilidad que representa la adolescente, con firma también de la mamá por ser menor de edad y porque ha demostrado ser poco confiable en sus argumentos hacia las instituciones de salud y hacia la mamá.

Caso exitoso hasta el momento respecto al VIH: Sin infección VIH materna en el embarazo. Por ello, es Innecesario protocolo en el menor (Sin TAR profiláctico, recibe lactancia materna) por adecuada orden por IPSS que atendió la cesárea.

Ilustración 36. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 6 de 18

Excelente Trabajo articulado de Dimensión SDR SSM y jefe de VSP de IPS CPN Promonorte –quien diariamente tuvo seguimiento y contacto con la madre de la adolescente (y a su vez con SSM) desde las 36 SDG (27 abril de 2023), momento que se verificó que el padre del menor es positivo VIH y el alto riesgo que representaba para la TMI VIH en caso que el proceso dx materno diera positivo, hasta el día 17 mayo día de la cesárea, (20 días que logró seguimiento con psicología a la gestante y recomendaciones telefónicas como enfermera profesional a la mama y a la gestante para sensibilizarla del uso del preservativo y acudir a realizarse el tamizaje de VIH inasistente del III trim en Promonorte y luego insistió en continuarlo en Vidamedical.

5. PROPOSICIONES Y VARIOS

COMPROMISOS.

1-La dimensión salud sexual y reproductiva de SSM, enviará el acta, los compromisos y las memorias de la presente reunión al correo registrado en el listado de asistencia de la reunión de hoy.

2- La dimensión salud sexual y reproductiva de SSM, solicitará a cada institución faltante por el formato diligenciado "plan de acción del año 2023" el envío al correo saserssm@gmail.com , donde se consignarán la planeación de las actividades a desarrollar por su entidad en la presente vigencia, para la prevención de las Infecciones de transmisión sexual, VIH / Sida, a más tardar para el jueves 15 de junio 2023. (Se adjunta nuevamente el formato para el diligenciamiento).

FALTAN POR ENVIARLO:

- *SANIDAD MILITAR –
- *UT FOSCAL SEDE CUCUTA-
- *AHF-
- *VIDAMEDICAL
- *ORGANIZACIÓN VIHONCO-

3-Enviar a la dimensión SDR del IDS al correo electrónico saserids2020@gmail.com , las acciones institucionales realizadas en el 2022 y I trimestre de 2023, respecto al plan nacional de respuesta de ITS, COINFECCIÓN TB/ VIH, Hepatitis B, C por parte de las IPS de atención integral de VIH, EAPB, era para enviar máximo el 10 de mayo de 2023.

4-Se solicita a representante de Care, compartir a secretaria de salud de Cúcuta en el mes de julio de 2023 al correo saserssm@gmail.com :

*El cuadro de Excel del # amizajes realizados de Sífilis en Cúcuta en el año 2023, discriminados cantidad de positivos y cantidad de negativos (como avance al informe final que se realizará en el II semestre del año de los resultados del proyecto de tamizaje de sífilis en el año 2023).

Ilustración 37. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 7 de 18

<p>*Excel con la base de datos (incluyendo información de contacto) de todos los usuarios positivos, del tamizaje de sífilis en el año 2023 realizado por CARE Colombia, donde se registre el valor de VDRL al dx, la acción realizada en cada uno de ellos, cantidad de dosis aplicadas y reporte de VDRL realizada de control (si se alcanzó a realizarle) con el fin de que la dimensión SDSR realice la entrega disgregada a cada EAPB (si es asegurado) o a algún cooperante, (si es migrante irregular), para que se realice la continuidad de la atención (aplicación de Tto y / o el seguimiento trimestral o semestral de VDRL) y se pueda Cerrar el caso y disminuir así la incidencia a partir de control y tto de este caso índice recuperado.</p> <p>5-Se extiende la cordial invitación a las Organizaciones, integrantes del comité intersectorial de ITS VIH, entidades y / o dependencias de la SSM y ente territorial que deseen participar en el próximo encuentro, para presentar alguna información de interés general en el tema de ITS, realizar la presentación de su organización o exponer alguna experiencia exitosa de infecciones de transmisión sexual, VIH/ Sida, que sean de interés común, favor informarlo con suficiente antelación, enviando la solicitud al correo saserssm@gmail.com junto con la presentación en power point, cuya reunión será en la siguiente agenda:</p> <p>*FECHA DE REUNIÓN # 4 del DEL COMITÉ INTERSECTORIAL ITS VIH/ SIDA CUCUTA (Con presencia de todos los integrantes de éste), junto con delegada del grupo auditoría de la secretaria de salud de Cúcuta (Programa LUPA: lineamientos unificados para el programa de auditorías en salud) (MES DE JULIO, en fecha pendiente por definir)</p> <p>6-FECHA DE REUNIÓN # 2 DE LA SUBMESA TECNICA DE ITS VIH/SIDA (Con presencia solamente de todas las IPS de atención integral del VIH, Imsalud, EAPB, Dimensión Sexualidad derechos sexuales y reproductivos del IDS y de SSM, junto con delegada del grupo auditoría de la secretaria de salud de Cúcuta : Programa LUPA- lineamientos unificados para el programa de auditorías en salud. FECHA PENDIENTE POR DEFINIR (SE DARA AVISO PREVIA DISPONIBILIDAD DEL SALON)</p> <p>6. CIERRE DE LA REUNIÓN. Se da por terminada la reunión a las 6:00 pm, del día 7 junio de 2023, solicitando el oportuno cumplimiento de los compromisos enunciados en la reunión agradeciendo la asistencia, la participación en la presente convocatoria de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/ Sida realizadas por parte de la dimensión sexualidad derechos sexuales y reproductivos de la secretaria de salud de Cúcuta.</p>

Ilustración 38. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 12 de 18

ANEXOS

DESARROLLO DE LA AGENDA -REUNION # 1 SUBMESA TÉCNICA DEL COMITÉ INTERSECTORIAL ITS /VIH – 7 JUNIO 2023

REUNION # 1 SUBMESA TÉCNICA

CREADA EL 3 MAYO 2023 EN EL COMITÉ INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS), VIH Y SIDA DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA- DECRETO 0602/ 2012

SECRETARIA DE SALUD DE CÚCUTA

7 DE JUNIO DE 2023



ORDEN DEL DIA 7 DE JUNIO 2023

1. Saludo de bienvenida de bienvenida a la reunión 1 de la submesa técnica del Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta.
2. Presentación de la submesa técnica del Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta.
3. Análisis de caso: A.J.K.M.O. CC 1090484544
4. Presentación de la submesa técnica del Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta.



1. SALUDO DE BIENVENIDA A LA REUNIÓN # 1 DE LA SUBMESA TÉCNICA

Creada el 3 de mayo de 2023 en la actualidad la submesa técnica del Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta, del cual forma parte del Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA, el cual es el encargado de la promoción y prevención de las ITS, VIH y SIDA, en el Municipio de San José de Cúcuta.



3. ANÁLISIS DE CASO: A.J.K.M.O. CC 1090484544

El día 12 de mayo de 2023 se realizó una reunión de trabajo con el Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta, con el fin de analizar el caso de A.J.K.M.O. CC 1090484544, el cual se trata de un caso de infección de transmisión sexual (ITS) en un paciente que se presentó en el Hospital General de San José de Cúcuta.



General de la submesa técnica de los patrones de conducta que afectan la salud de la comunidad



COMPROMISOS

El Comité Intersectorial ITS/VIH/SIDA del Municipio de San José de Cúcuta, se compromete a trabajar de manera conjunta con las entidades del sector salud y la comunidad en general, para la promoción y prevención de las ITS, VIH y SIDA.

SECRETARÍA DE SALUD:
SECRETARÍA DE SALUD
OFICINA DE SALUD
ASISTENTE SOCIAL
ENFERMERA
LABORATORIO



Ilustración 39. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 13 de 18

ANEXOS

INTERVENCIÓN DE CARE COLOMBIA - PROYECTO "VACUNACIÓN COVID-19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN POBLACIÓN MIGRANTE EN LA FRONTERA COLOMBO VENEZOLANA - COMPONENTE II SÍFILIS"



Actividad: Acciones de documentación y recolección de evidencia

Mayo (I) 2022

41 en total (100%)

17 julio: 1 mujer
20 julio: 11 mujeres
20 julio: 1 mujer

11 agosto: 10 mujeres por COVID-19
11 agosto: 11 mujeres por COVID-19
11 agosto: 10 mujeres por COVID-19

23 agosto: 10 mujeres por COVID-19
23 agosto: 10 mujeres por COVID-19
23 agosto: 10 mujeres por COVID-19

23 agosto: 10 mujeres por COVID-19
23 agosto: 10 mujeres por COVID-19
23 agosto: 10 mujeres por COVID-19

Actividad: Acciones de sensibilización, educación para el acceso y el empoderamiento en derechos SSR

Mayo (I) 2022

365

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

Actividad: Atención en PTIs relacionadas con ITS/SIFIS

Mayo (I) 2022

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

111 mujeres
111 mujeres
111 mujeres

Trabajo con hombres- Masculinidades y Salud Resiliente y Diversidad

111 hombres

111 hombres
111 hombres
111 hombres

111 hombres
111 hombres
111 hombres

Incidencia de los resultados de la investigación

1. Formación y capacitación de actores, desarrollo y implementación de acciones de sensibilización.
2. Acompañamiento legal de actores en Clínicas Regidas.
3. Bases de datos.
4. Bases de datos.
5. Cálculo de indicadores de impacto.
6. Cálculo de indicadores de impacto.

Ilustración 40. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 14 de 18



Ilustración 41. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 15 de 18

ANEXOS

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS REUNION # 1 SUBMESA TECNICA DEL COMITÉ ITS 7 JUNIO-23 UBA PUENTE BARCO LEONES



Ilustración 42. Acta #1 de la submesa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

 ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CUCUTA	COMUNICACIÓN INTERNA	Código: PE-02-02-F3
	ACTA DE REUNIÓN	Versión: 03
		Fecha: 03/08/2022
		Página 18 de 18

ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CUCUTA					
LISTA DE ASISTENCIA INTERNA					
FECHA	UBA	HORA INICIO	HORA FIN	ESTADO	OTROS
7 de Junio / 2022	UBA Norte Barona	8:00 PM	6:00 PM	Asistió	X
Tema: Submisa técnica del Comité Intersectorial ITS VIH/SIDA		RESPONSABLE	Edulvia Duque Pardo Prof. Pardo D.S. P.R.		
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	UNIDAD ORGANIZADA	GRUPO A REPRESENTAR	IDENTIFICACION	CONSEJO DEPARTAMENTAL	OTROS
Diana Carolina Ibaño Santiago	Buente UPPS	IPS	30431124471	Intendencia de Boyacá	
Andrés Solano Gómez Leal	Profesional Abogado	IPS	305-0004-2000010170	Intendencia de Boyacá	
Iván Mauricio Chacón C	Procurador	IPS	30480000000	Intendencia de Boyacá	
Alfonso Alejandro Torres	Ases. Alto Tumbaco	Alta Salud	3000010000	Intendencia de Boyacá	
Yolanda Luciana Ortega	Centro De Rehabilitación	Alta Salud	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Andrés María Torres Torres	Centro De Rehabilitación	Alta Salud	3053000000	Intendencia de Boyacá	
Carolina Alejandra Pardo Pardo	Soluz Pulvora	Alta Salud	3053000000	Intendencia de Boyacá	
Jennyfer Carolina Nieto C	Alta Salud	Alta Salud	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Yolanda Alejandra Pardo	Alta Salud	Alta Salud	3000000000	Intendencia de Boyacá	
La Araya Gómez Mejía	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Andrés Marcos León Pardo	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Edinson Castillo Torres	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Jonathan D. Ochoa C	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Rosa Iván Caldera C	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Edil V. Zúñiga Buitrago	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
21 Profesionales 4 Hombres de los IPS 17 Municipios 17 Mujeres					

ALCALDÍA DE SAN JOSÉ DE CUCUTA					
LISTA DE ASISTENCIA INTERNA					
FECHA	UBA	HORA INICIO	HORA FIN	ESTADO	OTROS
7 de Junio / 2022	UBA Norte Barona	8:00 PM	6:00 PM	Asistió	X
Tema: Submisa Técnica del Comité Intersectorial ITS VIH/SIDA		RESPONSABLE	Edulvia Duque Pardo Prof. Pardo D.S. P.R.		
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	UNIDAD ORGANIZADA	GRUPO A REPRESENTAR	IDENTIFICACION	CONSEJO DEPARTAMENTAL	OTROS
Fredy Elías Ochoa Espinal	Comunidad de San	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Judy Y. Ochoa Torres	Expediente Ambiental	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Alfonso Ochoa Sánchez	Carolina Torres	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Francisco Javier Torres	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Edinson A. Salazar Torres	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	
Rafael Antonio Torres	IPS	IPS	3000000000	Intendencia de Boyacá	

LISTADO DE ASISTENCIA 21 PERSONAS-REUNIÓN # 1 SUBMESA TÉCNICA DEL COMITÉ ITS VIH

Ilustración 43. Acta #1 de la submisa técnica del comité intersectorial de ITS VIH/SIDA

6. CONCLUSIONES

Al llevar a cabo la supervisión de la adhesión al Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (ETMI-PLUS) a través de la evaluación de los registros establecidos en la estrategia, se han identificado deficiencias significativas en la calidad y precisión de la información consignada en estos registros. Esto ha resaltado la necesidad evidente de proporcionar capacitación continua al personal encargado de mantener estos registros, dada la alta rotación de dicho personal. Además, la creación de una base de datos de seguimiento facilitó el control y la actualización de la información de cada uno de los casos, garantizando así el cumplimiento de la ruta establecida en la estrategia para este tipo de pacientes.

En estos mismos registros, se ha observado que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) no están cumpliendo completamente con las intervenciones especificadas en la estrategia. Por lo tanto, es imperativo llevar a cabo auditorías y evaluaciones regulares de estos procesos para mejorar la adhesión a la estrategia por parte de las EAPB correspondientes.

Además, a través del seguimiento telefónico a las maternas se pudo encontrar que según lo manifestado por ellas, entre las barreras más comunes que estas presentaban para poder recibir tratamiento y llevar el proceso según la ruta, se encontraban principalmente los problemas económicos ya que muchas veces sus respectivas EAPB les solicitaban que se trasladaran de localidad para recibir el tratamiento adecuado, y al ser estas de bajos ingresos económicos y en su mayoría residir en zonas dispersas terminaban optando por no recibir el tratamiento.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda darle continuidad a proyectos que surgen de la relación docencia-servicio entre las universidades y las distintas instituciones de salud, como es el caso de este estudio sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Instituto Departamental de Salud. Esto se debe a que, dentro de las múltiples actividades relacionadas con la dimensión de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Reproductivos, es de gran importancia llevar a cabo un seguimiento detallado de los casos para identificar las barreras que surgen en la atención brindada a los usuarios, así como evaluar el nivel de adherencia a las estrategias por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pertinentes. Los profesionales en formación del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander pueden desempeñar un papel fundamental al desarrollar diversas estrategias que aporten perspectivas alternativas o creativas, con el potencial de impactar positivamente en los objetivos de la dimensión mencionada.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahumada, C., Lavallo, M., & Chamorro, V. (2017). Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1449-1458.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n1/2216-0973-cuid-8-01-01449.pdf>

Albornoz, M., & Lazarte, S. (2018). Prevalencia de sífilis en púerperas sin control serológico en el último mes de gestación y estudio de su relación con factores de riesgo. *Revista Argentina de Salud Pública*, 9(35), 25-32.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2018000200005

Asociación Médica Mundial. (2017, 21 de marzo). *Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Wma.net.

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Ávila, A., Gómez, M., Castillo, E., Guerra, M., Álvarez, Y., Bastiste, K., & Carrasco, M. (2016).

Despistaje de infecciones de transmisión vertical durante el embarazo: Toxoplasmosis, VIH, Hepatitis B y C, Sífilis. *Kasmera*, 44(2), 77-87.

<http://ve.scielo.org/pdf/km/v44n2/art02.pdf>

Cabrera, J., Mora, O., & Sanabria, J. (2017). Experiencia en la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Evinayong. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(3), 115-121. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n3/rpr16317.pdf>

Calle, A., Ramírez B., & Quirós, O. (2022). Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(01), 21-31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2022/gom221d.pdf>

Carrillo, P., García, A., Soto, M., Rodríguez, G., Pérez, J., & Martínez, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n1/2448-4865-facmed-64-01-39.pdf>

Centro Latinoamericano de Perinatología & Salud de la Mujer y Reproductiva (2012). Infecciones Perinatales transmitidas por la madre a su hijo. *Publicación Científica: tríptico* (pp.2-2). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49417/CLAP%201567.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Congreso De Colombia. (2011, 19 de enero). *Por Medio De La Cual Se Reforma El Sistema General De Seguridad Social En Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones*. Gov.co.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Congreso de la República. (2006, 8 de noviembre). *La Protección Integral. CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA - Ley 1098 De 2006 – Colombia*. Redjurista.com.
https://www.redjurista.com/Documents/codigo_de_la_infancia_y_la_adolescencia_-_ley_1098_de_2006.aspx#/

Control. (2023). Shoutwiki.com. <http://tarea9.shoutwiki.com/wiki/Control>

Díaz, J. (2020). *Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C*. Gov.co.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=6195

Díaz, J. (2019). *Acciones de Gestión en Salud Pública para la Prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, Coinfección TB/VIH, Sífilis Gestacional y Congénita Hepatitis B y Hepatitis C*. Gov.co.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5542

Díaz, L. (2011). Sífilis gestacional: un problema de salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(3), 163-165. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v59n3/v59n3a01.pdf>

Función Pública. (2023, 28 de abril). *Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo*.

FunciónPublica.gov.co.<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Gobierno de Colombia. (2023). *Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones*. Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>

Gobierno de Colombia. (2010). *Ley 1374 de 2010*. Funcionpublica.gov.co

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38688>

Observatorio de Bioética de Barcelona. (1979). *El informe de Belmont. Principios Y Guías*

Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento. Bioeticayderecho.ub.edu.

<https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Gómez, C., Carrillo, E., & Rodríguez, A. (2014). Morbimortalidad materno-perinatal en pacientes con infección por VIH, Hospital Simón Bolívar, 2003-2011, Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(4), 308-316.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342014000400004
- GOV.CO. (2023, 27 de abril). *Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita*. Colombia Potencia de Vida.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Salud-Sexual-y-Reproductiva.aspx>
- Granda, J. (2014, 11 de mayo). *Resolución 459 de 2012*. Actualisalud.com.
<https://actualisalud.com/resolucion-459-de-2012/>
- Instituto Departamental de Salud. (2016). *Informe Gestión Institucional – 100 días Instituto Departamental de Salud*. Ids.
<https://ids.gov.co/2016/informes/separata%20IDS%20100%20DIAS.pdf>
- Instituto Departamental de Salud. (2022). *Informa a la IPS pública y privada*. Ids.gov.co.
<https://ids.gov.co/noticias/el-instituto-departamental-de-salud-de-norte-de-santander-informa-a-las-ips-publicas-y-privadas-2/>

Instituto Departamental de Salud. (2022). *Reseña historia del Instituto Departamental de Salud*.

Ids. <https://ids.gov.co/nuestra-entidad/resena-historica/>

Instituto Nacional del Cáncer. (2023, 12 de febrero). *Diccionario de cáncer del NCI*.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>

Lectura Control El Proceso Administrativo Puntos Clave (2021, 1 de mayo). Studocu.com.

<https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-virtual-del-estado-de-guanajuato/el-proceso-administrativo/lectura-control-el-proceso-administrativo-puntos-clave/24454116>

Leonardo, C. & A. (2020). Caracterización de los recién nacidos expuestos a madre con VIH gestacional en Cúcuta, ciudad con alta prevalencia de migrantes venezolanos, en 3 centros de referencia departamental entre 2017-2020. <https://herasmomeoz.gov.co/wp-content/uploads/2022/02/ARTICULO-26.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011, 14 de junio) *Por la cual se adoptan los Protocolos y Guías para la Gestión de la Vigilancia en Salud Pública, las Gulas de Atención Clínica Integral y las Gulas de Vigilancia Entomológica y Control para las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Resolución Número 00002257 DE 2011*. Gov.co. [citado el

28 de abril de 2023]. Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2257-2011.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2022, Septiembre). *Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. Resolución Número 3442. Gov.co.*

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/normas_decretos_marco_nacional_VIH/Resoluci%C3%B3n%203442%20de%202006%20GUIA%20PRACTICA%20CLINICA%20VIH.pdf

Ministerio de la Protección Social. (2023, 28 de abril). *Resolución Número 1446 De 8 mayo de 2006. Minsalud.gov.co.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

Minsalud.gov.co

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2021-2030.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 6 de mayo). *Decreto Número 780 de 2016*.

Minsa.gov.co.https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 28 de abril). Número Resolución 1841 del 2013.

Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 28 de abril). *Por medio de la cual se adopta la*

Política de Atención Integral en Salud. Resolución Número 000429 de 2016. Gov.co.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 28 de abril). *Resolución Número 03202 De 2016*.

Gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2023, 29 de abril). *Salud pública*. Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

Ministerio de salud y Protección Social. (2023, 23 de abril). *Plan de acción*. Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Paginas/planes-accion.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos Para El Funcionamiento De La*

Estrategia De Eliminación De La Transmisión Materno-Infantil Del VIH. Circular

000016 De 2012. Minsalud.gov.co.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-016-de-2012.pdf>

Morales, H., Peláez, G., & Rodríguez, H. (2019). Transmisión vertical del virus de

inmunodeficiencia adquirida (VIH). *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 453-466.

<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/87>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). *VIH Y SIDA*. Who. int

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv->

[aids#:~:text=El%20virus%20de%20la%20inmunodeficiencia,fuerte%20pueden%20combinarse%20para%20formar%20el%20VIH%20y%20SIDA](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#:~:text=El%20virus%20de%20la%20inmunodeficiencia,fuerte%20pueden%20combinarse%20para%20formar%20el%20VIH%20y%20SIDA)

Organización Mundial de la Salud. (2023, 29 de abril). *Plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020*. Who.int.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 29 de abril). *Sífilis*. Paho.org

<https://www.paho.org/es/temas/sifilis>

Organización Panamericana de la Salud (2021). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. *Organización Panamericana de la Salud*.

<https://doi.org/10.37774/9789275325858>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades MOPECE*. (2da edición.). Washington D.C.: OPS.

<https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2023, 27 de abril). *ETMI plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas*. Paho.org. <https://www.paho.org/es/documentos/etmi-plus-marco-para-eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-hepatitis>

Pérez, L. (2020). *¿Cuántas semanas dura un embarazo?* Natalben Supra.

<https://www.natalben.com/semana-a-semana/cuantas-semanas-dura-un-embarazo>

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (2023, 28 de abril). *Ley 715 de diciembre 21 de 2001*.

Mineducacion.Gov.co. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Recinto de ciencias médicas. (2023, 29 de abril). *¿Qué es la salud pública?* Sp.rcm.

<https://sp.rcm.upr.edu/que-es-salud-publica/>

Reyes, K., Ayala, F. & Velásquez, C. (2021). Estrategias de prevención para disminuir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana durante la gestación. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10(3), 47-53.

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/243/28>

Rotary. (2020, 30 de agosto). *¿Qué es un Plan de Acción?* Rotaryzona25a.org

<https://www.rotaryzona25a.org/que-es-un-plan-de-accion>

Ruedas, L., Bautista, S. & Melo, H. (2022). Sífilis secundaria en gestante con coinfección por VIH en norte de Santander, Colombia: reporte de caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 8296-8305.

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3997/6061>

Sas, C. (2017, diciembre 28). Nuevo Plan de Beneficios 2018 - Resolución 5269 de 2017.

CONSULTORSALUD. <https://consultorsalud.com/nuevo-plan-de-beneficios-2018-resolucion-5269-de-2017/>

Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2015, 25 de febrero)

Resolución 518 de 2015 Ministerio de Salud y Protección Social. Alcaldiabogota.gov.co.

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=139382>

Senado de la Republica de Colombia. (2015, 16 de febrero). *Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad. LEY 1751 2015.* Secretariassenado.gov.co.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Senado de la República de Colombia. (2023, 18 de agosto). *Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad*. Secretariassenado.gov.co.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Sistema Único de Información Normativa. (2022, 18 de agosto). RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.

Por 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. suin-juriscol.gov.co.<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995>

UPR Recinto de Ciencias Públicas. (2023, 12 de febrero). *¿Qué es Salud Pública? Escuela Graduada de Salud Pública*. Sp.rcm. <https://sp.rcm.upr.edu/que-es-salud-publica/>

ANEXOS

ANEXO 1. ACTA DE ENTREGA



**Universidad Francisco
de Paula Santander**
Vigilada Mineducación



ACTA DE ENTREGA						
NOMBRE DEL ENTREGABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN	ESTUDIANTES QUE RECIBEN	SUPERVISOR IPS DE PASANTÍA	COORDINADOR PASANTÍA
ENTREGA DE PROYECTO DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA, MEDIO MAGNETICO.	X		Se entrega en CD documento final del proyecto ejecutado en docencia e Investigación.	N/A		
ENTREGA DE DIAPOSITIVAS DE SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO	X		Se entrega en CD presentación del proyecto final del proyecto ejecutado en docencia e Investigación.	N/A		
ENTREGA SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DOCUMENTOS Y DEMAS ELEMENTOS DESARROLLADOS EN ARCHIVOS POR SEPARADO EN MEDIO MAGNETICO	X		Se entrega en CD documentos y formatos diseñados, ajustados y/o actualizados correspondientes al cumplimiento de actividades establecidas inicialmente.	N/A		
ENTREGA DE ASISTENCIAS PASANTÍAS EN MEDIO MAGNETICO	X		Se entrega en CD las listas de asistencia a Pasantías, con el cumplimiento final de las 300 horas.	N/A		

Avenida Gran Colombia No. 12E-96 Barrio Colsag
Teléfono (057)(7) 5776655 - www.ufps.edu.co
ugad@ufps.edu.co San José de Cúcuta - Colombia

Ilustración 44. Anexo del acta de entrega del proyecto.

ANEXO 2. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS

Tabla 118. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS

OBJETIVO ESPECÍFICO N 1: Construir una base de datos de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS con el fin de mejorar la comunicación y la oportunidad de la información requerida.				
ACTIVIDAD DESARROLLADA	META LOGRADA CON FECHA DE EJECUCIÓN	INDICADOR OPERACIONALIZADO	PRODUCTOS ENTREGADOS Y EVIDENCIAS DEL OBJETIVO	N° DE BENEFICIARIOS
Elaborar un formato con información que permita evitar barreras en la comunicación entre las entidades a la hora de recaudar la información pertinente para el seguimiento de los casos a nivel departamental.	Del 17 de abril al 01 de mayo del 2023 Se logró la actualización de los datos del 67,6% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS de los 40 municipios de Norte de Santander en el primer semestre del 2023.	$\frac{71\%}{67,6\%} \times 100 = 105\%$	Base de datos en Excel cargada al drive del correo creado específicamente para seguimiento de la estrategia ETMI PLUS.	99 personas con cargos referentes a la estrategia en entidades territoriales,
Socializar la información consolidada en la base de datos con las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS para facilitar una comunicación.	El 02 de mayo del 2023 Se logra socializar la base de datos al 100% de las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS que se actualizaron	$71\% \times 100 = 100\%$	Base de datos en Excel compartida por medio de correo electrónico a las entidades territoriales, EAPB, ESE e IPS a las que se actualizaron datos.	EAPB, ESE e IPS presentes en Norte de Santander.
OBJETIVO ESPECÍFICO N 2: Evaluar la calidad de la información presentada en la ficha de seguimiento clínico del binomio madre e hijo de los casos de sífilis gestacional en Norte de Santander.				

<p>Evaluar el nivel de adherencia del diligenciamiento del formato de seguimiento clínico del binomio madre-hijo de sífilis establecido en la estrategia ETMI-PLUS en las EAPB que cuenten con casos notificados de sífilis gestacional en el primer semestre del 2023.</p>	<p>Del 23 de mayo al 10 de junio del 2023 se evaluó la adherencia al diligenciamiento del 100% de los formatos de seguimiento clínico enviados por las EAPB para el primer semestre del 2023.</p>	<p>$\frac{43}{43} \times 100 = 100\%$</p>	<p>Documento en Word del informe de los resultados encontrados en la evaluación junto con el plan de mejoramiento.</p>	<p>43 gestantes que fueron notificadas con sífilis gestacional.</p>
<p>Presentar los resultados obtenidos en la evaluación del nivel de adherencia al diligenciamiento del formato de seguimiento clínico de las maternas establecido en la estrategia en las EAPB presentes en Norte de Santander</p>	<p>Del 11 al 17 de junio del 2023 se realizó un informe de auditoría</p>	<p>1 informe de auditoría realizado</p>	<p>Documento en Word del informe de los resultados encontrados en la evaluación junto con el plan de mejoramiento.</p>	<p>43 gestantes que fueron notificadas con sífilis gestacional.</p>
<p>Elaborar un plan de mejoramiento con los hallazgos encontrados en la evaluación realizada.</p>	<p>Del 11 al 17 de junio del 2023 se elaboró un plan de mejoramiento.</p>	<p>1 plan de mejoramiento elaborado</p>	<p>Documento en Word del informe de los resultados encontrados en la evaluación junto con el plan de mejoramiento.</p>	<p>43 gestantes que fueron notificadas con sífilis gestacional.</p>
<p>Socializar la estrategia y el diligenciamiento del formato de seguimiento clínico de las maternas establecido en la estrategia con las EAPB, ESE y UPGD del departamento</p>	<p>28 de abril y 7 de junio del 2023 se socializó el adecuado diligenciamiento del formato binomio madre-hijo de sífilis con el cubrimiento de un 142% de las personas invitadas a la socialización de la estrategia.</p>	<p>$\frac{60}{42} = 142\%$</p>	<p>Documento de Word con la matriz instruccional con el contenido de la socialización. Diapositivas PowerPoint</p>	<p>60 personas asistentes a la socialización.</p>

OBJETIVO ESPECÍFICO N 3: Fortalecer el seguimiento en la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva de los casos de VIH y Sífilis gestacional notificados por las entidades territoriales.

<p>Elaboración de un informe técnico del seguimiento de las gestantes notificadas en la retroalimentación semanal por parte de las EAPB.</p>	<p>Del 10 de abril al 17 de junio de 2023 se elaboró un informe técnico.</p>	<p>1 informe técnico elaborado en el primer semestre del año 2023.</p>	<p>Documento en Word del informe de los seguimientos realizados a las maternas con VIH y Sífilis.</p>	
<p>Llevar a cabo el seguimiento individual de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH y Sífilis gestacional por medio telefónico registradas en una base de datos.</p>	<p>Del 12 de abril hasta el 16 de junio de 2023 se logró el seguimiento individual por medio telefónico del 92,6% de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH o Sífilis gestacional en el presente año</p>	$63 \% 68 \times 100 = 92,6\%$	<p>Documento en Word del informe de los seguimientos por vía telefónica realizados a las maternas con VIH y Sífilis.</p>	<p>12 gestantes notificadas con VIH.</p>
<p>Participar de las unidades de análisis realizadas por el IDS para identificar fallas en la implementación de la estrategia.</p>	<p>Al 7 de junio del 2023 Se logró la asistencia del 100% de las unidades de análisis realizadas entre abril y junio del 2023.</p>	$1 \% 1 \times 100 = 100\%$	<p>Documento PDF con el acta de reunion de la submesa técnica del comité de ITS.</p>	<p>83 gestantes notificadas con sífilis.</p>

ANEXO 3. CRONOGRAMA

Tabla 119. CRONOGRAMA

FORTALECIMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LA ADHERENCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL (ETMI-PLUS) EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2023 EN NORTE DE SANTANDER											
ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO		
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 5	SEM 6	SEM 7	SEM 8	SEM 9	SEM 10	SEM 11
Elaborar un formato con información que permita evitar barreras en la comunicación entre las entidades a la hora de recaudar la información pertinente para el seguimiento de los casos a nivel departamental.											
Socializar la información consolidada en la base de datos con las entidades											

territoriales, EAPB,
ESE e IPS para facilitar
una comunicación.

Evaluar el nivel de
adherencia del
diligenciamiento del
formato de seguimiento
clínico del binomio
madre-hijo de sífilis
establecido en la
estrategia ETMI-PLUS
en las EAPB que
cuenten con casos
notificados de sífilis
gestacional en el primer
semestre del 2023.

Presentar los resultados
obtenidos en la
evaluación del nivel de
adherencia al
diligenciamiento del
formato de seguimiento
clínico de las maternas
establecido en la
estrategia en las EAPB
presentes en Norte de
Santander

Elaborar un plan de mejoramiento con los hallazgos encontrados en la evaluación realizada.

Socializar la estrategia y el diligenciamiento del formato de seguimiento clínico de las maternas establecido en la estrategia con las EAPB, ESE y UPGD del departamento.

Elaboración de un informe técnico del seguimiento de las gestantes notificadas en la retroalimentación semanal por parte de las EAPB.

Llevar a cabo el seguimiento individual de las gestantes residentes en Colombia notificadas con VIH y

Sífilis gestacional por medio telefónico registradas en una base de datos.

Participar de las unidades de análisis realizadas por el IDS para identificar fallas en la implementación de la estrategia.

ANEXO 4. PRESUPUESTO EJECUTADO

Tabla 120. PRESUPUESTO EJECUTADO

NOMBRE DE LA IPS O COMUNIDAD:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	NOMBRE DE LA COMUNIDAD O POBLACION:	MATERNAS DESDE EL DIA 1 DE LA GESTACION HASTA LOS 42 DIAS DESPUES DEL PARTO	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS:		FECHA DE INICIO:		FECHA DE TERMINACIÓN:	
NOMBRE DEL PROYECTO O EVENTO EDUCATIVO O	<i>FORTALECIMIENTO EN LA IMPLEMENTACION DEL PLAN ESPECIFICO DE ACELERACION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES PRIORIZADAS DE NORTE DE SANTANDER</i>		ESTUDIANTE:	LUNA CRISLEY VACA SANTIAGO		CODIGO:	1801054	SEMESTRE ACADEMICO:	I SEMESTRE DEL 2023
DOCENTE SUPERVISOR			ASIGNATURA	PROYECTO DE GRADO		Financiado por:			
Descripción del Recurso	UNIDAD DE MEDIDA	Cantidad		Valor Unitario	Costo Total (\$)		Universidad		Contrapartida: Entidad
		Planeado	Ejecutado		Planeado	Ejecutado	Planeado	Ejecutado	
RECURSO HUMANO									
DOCENTE CATEDRATICA	HORA	50		\$ 50.000	\$ 2.500.000	\$	50	\$ 2.5000.000	
ESTUDIANTE EN FORMACIÓN	HORA	300		\$ 20.000	\$ 6.000.000	\$		\$ 0	
PERSONAL EXTERNO	HORA	200		\$ 25.000	\$ 5.000.000	\$		\$ 0	
RECURSOS MATERIALES									
PAPELERIA - UTILES DE OFICINA	UNIDAD	50		\$ 2.500	\$125.000	\$		\$ 0	
IMPRESOS- FOTOCOPIAS	UNIDAD	300		\$ 100	\$ 30.000	\$		\$ 0	
								APORTE DIRECTO IPS EN ESPECIE	APORTE DIRECTO

									IPS EN ESPECIE	
TRANSPORTE	UNIDAD	120		\$ 2.400	\$ 288.000	\$		\$ 0		
MINUTOS DE CELULAR	UNIDAD	200		\$ 100	\$ 20.000	\$		\$ 0		
<i>TOTAL:</i>					\$	\$	\$	\$	\$ 0	\$
					13.963.000	\$ 0.000	\$ 0	\$	\$ 0	\$