

RUTAS DE CANALIZACION PARA LAS CONDICIONES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

Fuente: Instructivo para diligenciamiento de la ficha de recolección de información para canalización a servicios de salud y servicios sociales. Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia SIRC.

1. RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD: PROTECCION ESPECIFICA

No	Riesgo	Descripción
7	Niñas entre los 9 y 17 años sin esquema o esquema incompleto de vacunación para VPH	Aplica para personas entre los 6 y 23 meses

1. RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD: DETECCIÓN TEMPRANA

1	Persona sin toma de prueba ADN-VPH o de citología (entre los 25 y 29 años para citología / entre los 30 y 65 años ADN-VPH)	Citología: De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 29 años. En menores de 25 años según riesgo identificado (edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o mas hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud. Esquema 1-3-3-años, ante resultados negativos. ADN VPH: Se deben realizar a todas las mujeres entre los 30 y 65 años. Esquema 1-5-5 ante resultados negativos. A partir de los 65 años se suspende tamización siempre y cuando la tamización previa en los últimos 5 años en ADN VPH sean negativas, en caso contrario continuar seguimiento según algoritmos. (Resolución 3280 de 2018)
2	Persona sin realización del examen clínico de la mama (a partir de los 40 años)	Examen clínico de mama a partir de los 40 años, cada año. (Resolución 3280 de 2018)
3	Persona sin toma de mamografía (entre los 50 y 69 años)	Mamografía de 2 proyecciones cada 2 años. Ante resultados Normales (BI-RADS 1Y2) continuar esquema cada 2 años hasta los 69 años BI-RADS 3: realizar seguimiento BI-RADS 4a 4b 4c y 5: Emitir orden para biopsia (Resolución 3280 de 2018)
4	Persona con riesgo de cáncer de próstata (tamizaje por oportunidad a partir de los 50 años)	Tamizaje para hombre entre 50 y 75 años: examen clínico de próstata (tacto rectal _TR) cada cinco años; o en mayores de 40 años con antecedentes familiares o de raza negra, antígeno prostático en sangre cada cinco años. (PSA Anormal + TR Normal: repetir PSA en los siguientes meses, si persiste elevado gestionar consulta por urología dentro de las siguientes 4 semanas) (PSA Anormal + TR Anormal: gestionar consulta por urología dentro de las siguientes 4 semanas para biopsia) (Resolución 3280 de 2018)
5	Personas con riesgo de cáncer de colon (Tamizaje sangre oculta en materia fecal) entre los 50 y 75 años	Realizar tamizaje en hombres y mujeres iguales o mayores a 50 años, sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada 10 años. Ante la presencia de factores de riesgo derivar a RIAS cáncer. Ante resultado de tamización anormal solicitar colonoscopia y/o biopsia respectiva.
7	Persona con tamizaje anormal para cáncer de cuello uterino y requiere biopsia	Ante un resultado positivo de las pruebas de citología, gestionar la cita para la confirmación diagnóstica en los servicios de colposcopia (colposcopia + biopsia según hallazgos), en un tiempo no mayor a 30 días. Para casos ADN VPH Positivo se debe analizar citología; (ADN VPH + CCU-: Control de ADN VPH en 18 meses) (ADN VPH + CCU+: colposcopia + biopsia según hallazgos) (Resolución 3280 de 2018)
8	Persona con tamizaje anormal para cáncer de mama y requiere biopsia	Aplica para tamizajes BI-RADS 4a 4b 4c y 5: Emitir orden para biopsia (Resolución 3280 de 2018)

9	Persona con tamizaje anormal para cáncer de próstata y requiere biopsia	Aplica para tamizaje PSA Anormal + TR Anormal: gestionar consulta por urología dentro de las siguientes 4 semanas para biopsia (Resolución 3280 de 2018)
10	Persona con tamizaje anormal para cáncer de colon y requiere biopsia	Ante resultado de tamización sangre oculta anormal solicitar colonoscopia y/o biopsia respectiva. (Resolución 3280 de 2018)
2. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio — cerebro — vascular — metabólicas manifiestas		
1	2. Persona con riesgo de desarrollar condición crónica (diabetes, hipertensión, obesidad)	
2	Persona con diagnóstico de obesidad, hipertensión Arterial, Diabetes no adherente tratamiento	
3	Persona con diagnóstico de obesidad y/o Hipertensión Arterial y/o Diabetes no adherente a tratamiento y/o controles médicos.	Persona diagnosticada por personal médico y que en los últimos 3 meses no ha recibido control (paciente controlado) y que no dispone o no está siguiendo un plan de tratamiento farmacológico y terapéutico de asesoría en hábitos saludables. La hipertensión puede ser controlada –por debajo de 140/90* La Diabetes puede ser controlada –con HbA1c < 7%** * Verificar disponibilidad de medicamentos, auto-monitoreo de la TA (según aplique) **Verificar disponibilidad de medicamentos, registro de glucometrias, ultimo control de HbA1c Verificar asistencia a programas estructurados de seguimiento, liderados por equipos multidisciplinarios que impartan educación, motivación y soporte por personal entrenado.
4	Persona con complicaciones secundarias a la patología de base sin control reciente	Persona diagnosticada por personal médico, estas están establecidas de acuerdo a la ruta integral y dependiendo de la patología (retinopatía, enfermedad renal crónica, hipertrofia ventricular izquierda, nefropatía, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, ECV, falla cardíaca, neuropatía) En riesgo bajo el control debería ser antes de 6 meses. En riesgo medio el control debe ser antes de 3 meses. En riesgo alto o muy alto el control debe ser de inmediato
5	Persona con tamización de riesgo CCVM (escala cardiovascular de OMS y Findrisk) y estratificación de riesgo medio, alto y muy alto.	Escala cardiovascular de OMS Riesgo bajo: <10% Riesgo moderado: 10 - <20% Riesgo alto: 20 - <30% Riesgo muy alto o extremo: 30 - <40% Riesgo extremadamente alto: > <40% Tamizaje Findrisk Riesgo bajo: <10 puntos Riesgo moderado: 10 a 12 puntos Riesgo alto: >12 puntos

6	Paciente con egreso hospitalario o de urgencia por condición crónica sin asignación de cita para seguimiento.	Todo paciente con egreso hospitalario o de urgencia derivado de su patología crónica HTA o DM o con signos de alarma que implican un manejo de inmediato será canalizada para asignación de cita de seguimiento: Dolor de cabeza intenso (el más intenso que haya sentido en toda su vida) Hemiparesia (Se refiere a la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo), Dolor en el pecho, Hemorragia. En riesgo bajo: el control debería ser antes de 6 meses. En riesgo medio: el control debe ser antes de 3 meses. En riesgo alto: control debe ser antes de 1 meses. En riesgo muy alto: el control debe ser de inmediato.
7	Persona con riesgo CVM medio, alto o con diagnóstico de obesidad y/o Hipertensión Arterial y/o Diabetes para prescripción/recomendación de actividad física	El nivel del riesgo cardiovascular se define de acuerdo a la presencia o ausencia de factores de riesgo, dado por % de nivel de riesgo cardiovascular con base a los tamizaje de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Parámetros de cumplimiento de recomendaciones OMS de actividad física: Si cumple: >30 minutos de actividad física moderada al día o 150 minutos de actividad física moderada a la semana o al menos 75 minutos de actividad física vigorosa a la semana o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. No cumple: <30 minutos de actividad física moderada al día Todo paciente con riesgo cardiovascular alto o medio de acuerdo a puntuación de tamizaje de Findrisk u OMS debe ser canalizado a un programa integral de prescripción de ejercicio y asesoría para actividad física. Los pacientes de riesgo cardiovascular bajo que no cumplan el parámetro de actividad física de acuerdo a la OMS deben ser canalizados a un programa de asesoría grupal o individual de actividad física* * En el programa se deben realizar recomendaciones para motivar y promover la actividad física y disminuir el sedentarismo.
8	Persona con patología CCVM sin esquema o esquema incompleto para vacunación COVID _19.	Personas con HTA, DM, Insuficiencia renal, Obesidad grado 1,2,3, en lista de espera para trasplante de órganos, post trasplante de órganos, Enfermedad isquémica aguda del corazón, Insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, deberán recibir el siguiente esquema para COVID según biológico así: Pfizer (dos dosis, 21 días después de la primera) Sinovac (Dos dosis, 28 días después de la primera) AstraZeneca (Dos dosis, 84 días después de la primera) Janssen (Unica dosis) Moderna (Dos dosis, 28 días después de la primera)
3. RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas (ERC).		
1	Persona con diagnóstico de EPOC sin espirometría	Persona con un diagnóstico conocido de EPOC que refiere no haber sido sometido a una espirometría al momento del diagnóstico o sin actualización en los últimos 6 meses. (GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta 2014)

2	Persona con diagnóstico de EPOC sin tratamiento o sin adherencia al tratamiento	Persona no adherente al tratamiento médico para manejo integral de su patología, la cual no ha asistido en los últimos 2 meses a control por médico o especialista de acuerdo a clasificación de la enfermedad, persona que con diagnóstico de EPOC que presenta sibilancias, disnea con cianosis, La falta de aire no mejora con el tratamiento en casa, necesita utilizar cada vez más oxígeno o más inhaladores para poder respirar, hinchazón en las piernas que no mejora ni siquiera después de dormir con los pies en alto, se despierta ahogado durante la noche, las puntas de los dedos o de los labios son de color azul. (GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta 2014)
3	Persona con diagnóstico de ASMA sin tratamiento / sin control medico	La terapia farmacológica del asma se usa para prevenir y controlar los síntomas, mejorar la calidad de vida, reducir la frecuencia e intensidad de las exacerbaciones y revertir la obstrucción al flujo de aire. Los medicamentos se clasifican en dos grupos: - los de control a largo plazo, los cuales se toman diariamente para obtener y mantener el control de los pacientes con asma persistente, y - los de acción rápida o mejoría rápida, también llamados de rescate o aliviadores, que producen una mejoría rápida de la obstrucción al flujo de aire y de la broncoconstricción asociada. Se recomienda evaluar sistemáticamente a los pacientes con asma para confirmar el diagnóstico de asma, identificar los mecanismos de los síntomas persistentes y evaluar el cumplimiento del tratamiento.
4	Persona con exposición laboral informal a polvo, gas y/o ≥ 10 años a biomasa.	En sujetos adultos con exposición a biomasa por más de 10 años se recomienda realizar búsqueda activa con espirometría para la EPOC. En los sujetos expuestos en su trabajo a polvos, gases y/o humos se recomienda la búsqueda activa de la EPOC. Se sugiere realizar búsqueda activa con espirometría cada año.
5	Persona con antecedente de TB y sospecha clínica de ERC.	Se sugiere en pacientes con antecedente de Tuberculosis pulmonar realizar búsqueda de obstrucción bronquial con espirometría. Sospecha clínica: ciertos síntomas y hallazgos del examen físico permiten apoyar el diagnóstico de la EPOC como son la disnea, sibilancias, tos, historia reportada de la EPOC, la edad, el tabaquismo, el tiempo espiratorio forzado, la altura laríngea y la espiración prolongada; sin embargo ninguno de ellos es patognomónico de la enfermedad. (GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta 2014)
6	Persona con EPOC sin aplicación vacuna influenza y neumococo	Se recomienda la vacunación contra influenza en todos los pacientes con la EPOC estable para disminuir la frecuencia de infecciones respiratorias agudas. Se recomienda la vacunación contra neumococo en los pacientes con la EPOC estable en menores de 65 años, especialmente en aquellos con VEF1 < 40%, para disminuir la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad. Se sugiere la vacunación contra neumococo en los pacientes mayores de 65 años con la EPOC estable, independiente de la función pulmonar (medida por VEF1), para disminuir la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad. (GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta 2014)

7	Persona con EPOC y/o Asma sin aplicación vacuna influenza y neumococo	Se recomienda la vacunación contra influenza en todos los pacientes con la EPOC estable para disminuir la frecuencia de infecciones respiratorias agudas. Se recomienda la vacunación contra neumococo en los pacientes con la EPOC estable en menores de 65 años, especialmente en aquellos con VEF1 < 40%, para disminuir la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad. Se sugiere la vacunación contra neumococo en los pacientes mayores de 65 años con la EPOC estable, independiente de la función pulmonar (medida por VEF1), para disminuir la frecuencia de neumonía adquirida en la comunidad. (GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta 2014) • Administrar todas las vacunas a los niños con asma en su forma habitual, independiente de alguna consideración relacionada con la presencia de su enfermedad y • Aplicar anualmente la vacuna de influenza inactivada a los pacientes con diagnóstico de asma; es seguro administrarla a niños mayores de 6 meses y adultos. Neumoco: 2 meses, 4 meses, 12 meses. (GPC para la prevención, Para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de Asma. 2013) http://portal.neumopediatricolombia.com/wp-content/uploads/2017/03/GPC_Prest_Salu_Asma.pdf
8	Persona mayor de 40 años con factores de riesgo y resultado positivo en el cuestionario para EPOC	En caso de identificar factores de riesgo para EPOC : exposición al humo de leña o carbón, consumo de tabaco (Fumador o exfumador: N°paquetes/año = Número de cigarrillos diarios x número de años / 20), tabaquismo de segunda mano, humo de biomasa, exposición ocupacional (polvos, gases, vapores o humos), Contaminación del aire – Ambiente exterior -Ambientes interiores se debe aplicar cuestionario para el mismo. El cuestionario incluye: Tose muchas veces la mayoría de los días? Tiene flemas o mocos la mayoría de los días? Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad? Es mayor de 40 años? Actualmente fuma o es un exfumador? Sin contesto SI a 3 o más de estas preguntas debe activar este evento específico, podríamos estar frente a un diagnóstico de EPOC.
9	Persona con patología ERC sin esquema o esquema incompleto para vacunación COVID _19.	Personas con EPOC, TB, ASMA, Fibrosis quística, hipertensión pulmonar, deberán recibir el siguiente esquema para COVID según biológico así: Pfizer (dos dosis, 21 días después de la primera) Sinovac (Dos dosis, 28 días después de la primera) AstraZeneca (Dos dosis, 84 días después de la primera) Janssen (Única dosis) Moderna (Dos dosis, 28 días después de la primera)
7. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.		
1	Personas con caries cavitacional, gingivitis y/o periodontitis, pérdida dental, procesos infecciosos , trauma o sin acceso al servicio en el último año	
2	Personas con caries cavitacional	Cavidad/ lesión cavitada: Una lesión de caries/careada con una superficie que no se encuentra macroscópicamente intacta, con una discontinuidad o abertura clara en la superficie, perceptible a la vista o el tacto. (Estudio Nacional de Salud Bucal MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bc-salud-bucal.pdf)

3	Personas con gingivitis y/o periodontitis.	La enfermedad periodontal hace referencia a lesiones que se presentan en los tejidos que rodean y sostienen los dientes en su posición. Generalmente se inician como una gingivitis (inflamación de la encía con enrojecimiento y sangrado) en respuesta a la infección de las encías causada por diversos microorganismos, que al no tener manejo y control generan una infección más generalizada y crónica, destruyendo progresivamente los tejidos de soporte del diente (ligamento periodontal e incluso el hueso), haciendo que se separen de los dientes por la pérdida de inserción, generando como resultado bolsas periodontales e incluso a la pérdida dental. (Estudio Nacional de Salud Bucal MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bc-salud-bucal.pdf)
4	Personas con perdida dental	Edentulismo: Se conoce como edentulismo la pérdida total o parcial de los dientes naturales, y es importante debido a que en la medida en que se pierdan más dientes se ve afectada principalmente la función masticatoria, conllevando a consecuencias nutricionales (por afectarse el proceso digestivo) y a consecuencias sociales (interacción social, aislamiento, vergüenza, ansiedad), lo que afecta la calidad de vida de quienes presentan esta situación, especialmente al llegar a la vejez. Su monitoreo es un indicador de la salud bucal de las poblaciones y del funcionamiento de los sistemas de atención en salud bucal de un país. (Estudio Nacional de Salud Bucal MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bc-salud-bucal.pdf)
5	Personas con procesos infecciosos.	La infección odontogénica constituye la infección más común de la región cervicofacial, este tipo de infección como su nombre lo indica se origina del diente y/o de sus tejidos de soporte. Las principales causas de esta afección, es la caries como las enfermedades periodontales, hecho que justifica la importancia de prevenir estas enfermedades y evitar sus consecuencias. (Guía de atención infecciones odontogénicas, UNAL 2017 http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/Guia_aten_infec_odonto_2017.pdf)
6	Persona con alteraciones de la salud bucal (lesiones dentales que pueden apreciarse como mancha blanca o mancha marrón)	Lesión mancha blanca: Es una lesión de caries/careada no-cavitada que ha alcanzado la fase en que la pérdida de mineral neta bajo la superficie produce cambios en las propiedades ópticas del esmalte, de tal modo que pueden detectarse visualmente como una pérdida de la translucidez, haciendo que la superficie del esmalte tenga un aspecto blanco. Lesión mancha marrón: Una lesión de mancha marrón es una lesión de caries/careada no-cavitada que ha alcanzado la fase en que la pérdida de mineral neta bajo la superficie junto con la adquisición de pigmentos intrínsecos o exógenos produce cambios en las propiedades ópticas del esmalte, de tal modo que pueden detectarse visualmente como una pérdida de la translucidez y una decoloración marrón, haciendo que la superficie del esmalte tenga un aspecto marrón (Estudio Nacional de Salud Bucal MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bc-salud-bucal.pdf)
7	Personas con trauma dental y/o maxilofacial	Concusión: traumatismo leve a los tejidos de sustentación del diente, sin movilidad o desplazamiento no presentado mayores repercusiones negativas o secuelas. Subluxación: traumatismo moderado a los tejidos de sustentación del diente, presentando movilidad aumentada, pudiendo tener repercusiones negativas o secuelas. El traumatismo dentoalveolar es una patología provocada por trauma directo o indirecto que resulta en una lesión a los tejidos duros y/o blandos de los dientes. Puede ser clasificada en lesiones de tejidos duros que afectan estructuras dentales y en lesiones de tejido de sostén que involucran los tejidos de sustentación de los dientes como hueso, encía, ligamento periodontal. (GPC Trauma Dental 2016 https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/TRAUMA-DENTAL.pdf)

8	Persona con diagnostico de Fluorosis	La fluorosis dental es una manifestación de la acumulación por periodos prolongados de concentraciones excesivas de flúor provenientes de diversas fuentes. Se desarrolla cuando los niños están expuestos durante la formación de los dientes (desde la gestación y hasta cerca de los 8 años de edad), y se manifiesta por cambios en la apariencia del esmalte del diente que inicialmente, y en las formas más leves, se evidencian como manchas blancas apenas perceptibles, pero que en sus niveles más severos producen manchas café y fosas o rupturas del esmalte. Por tanto la gravedad de la enfermedad depende de la dosis (cantidad), duración de la exposición y momento en que se está expuesto. (Estudio Nacional de Salud Bucal MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bc-salud-bucal.pdf)
9	Alteraciones de la salud bucal (Mal posiciones dentarias, alteraciones de maxilares, hábitos orales no fisiológicos)	La mal oclusión se define como una disposición de los dientes que crea un problema funcional y estético para el individuo, referente a cualquier desviación en la disposición de los dientes fuera de los estándares de una oclusión normal, con alteración en la función, salud, estética y aspectos psicológicos. (GPC ATENCION EN MALOCLUSIONES UNAL, 2016 http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_ort_maloc_clase_II.pdf) Alteraciones de los huesos maxilares: Las alteraciones de los huesos maxilares (inferior y superior) pueden producirse a cualquier edad. En algunos casos se trata de malformaciones congénitas, es decir, ya están presentes en el momento del nacimiento. En otros se producen durante el desarrollo del niño y los más surgen en la edad adulta de diferentes formas: quistes, traumatismos, problemas metabólicos, tumores, etc. Hábitos orales no fisiológico o deformantes: tales como la succión digital o labial, la respiración bucal, deglución atípica, onicofagia, bruxismo y pseudoprognatismo pueden llegar a modificar la posición de los dientes y la relación que estos guardan entre sí según la fuerza que se ejerce sobre los mismos y el tiempo con el que se realiza, ya que interfieren en el crecimiento craneofacial y en el desarrollo de la musculatura orofacial. (DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS ORALES, Universidad Santo Tomas, 2016 https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJohanaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.		
1	Persona con presunción diagnostica sin confirmación de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.	
2	Persona con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama sin tratamiento	
3	Menor de 18 años con diagnóstico probable o confirmado de Cáncer Infantil sin seguimiento.	Toda persona menor de 18 años de edad con diagnóstico confirmado de neoplasia maligna o cualquier tumor del sistema nervioso central o intraespinales (maligno y no maligno). Se utilizará como diagnóstico de neoplasia maligna, el dado por el reporte mielograma y/o histopatología, y/o inmunotipificación (inmunohistoquímica o citometría de flujo), con el cual se toma la decisión de dar tratamiento específico. También podrá utilizarse para el diagnóstico tumoral, evidencia indirecta del compromiso en muestras citológicas de líquidos corporales. En el caso de no haberse tomado muestra de patología o de no existir reporte patológico, se tomará el diagnóstico clínico dado por el grupo médico de hematología/oncología que iniciará el tratamiento. En el diagnóstico clínico se tomará lo que a criterio del grupo tratante se considera como el más probable diagnóstico, teniendo en cuenta toda la evidencia disponible incluyendo laboratorios e imágenes. (Protocolo VSP CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS, INS 2017,

		https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20C%C3%A1ncer%20en%20menores%20de%2018%20a%C3%B1os-.pdf
4	Persona con síntomas de alarma por exposición continua a químico (sustancias cancerígenas) en el trabajo	Definir al cáncer como enfermedad profesional, amerita establecer la relación existente entre el cáncer que presenta el individuo y la exposición ambiental laboral a ciertos agentes identificados como carcinógenos en humanos, los cuales se constituyen en causa necesaria para el desarrollo de la enfermedad según la frecuencia, la intensidad y la duración de la exposición, las condiciones mismas del trabajo, la vía de ingreso de éstos al organismo y los hábitos de higiene personal, entre otros. Ver Manual de agentes carcinógenos de los grupos 1 y 2a de la IARC, de Interés ocupacional para Colombia este manual compila información referente a las características propias de los agentes carcinógenos seleccionados de los grupos 1 y 2A de la International Agency for Research on Cancer (IARC), encontrando 4 agentes biológicos, 1 físico, 35 químicos, 7 mezclas y 13 circunstancias de exposición. (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Manual-agentes-carcinogenos-2006.pdf)
5	Persona con diagnóstico de cáncer (sólido o hematopoyético) sin seguimiento / apoyos diagnósticos /farmacológicos	En pacientes con resultados anormales que confirman diagnóstico de cáncer y no recibe intervenciones según RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
6	Persona con diagnóstico de cáncer para prescripción/recomendación de actividad física	Parámetros de cumplimiento de recomendaciones OMS de actividad física: Si cumple: >30 minutos de actividad física moderada al día o 150 minutos de actividad física moderada a la semana o al menos 75 minutos de actividad física vigorosa a la semana o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa. No cumple: <30 minutos de actividad física moderada al día. Todo paciente con riesgo cardiovascular alto o medio de acuerdo a puntuación de tamizaje de Findrisk u OMS debe ser canalizado a un programa integral de prescripción de ejercicio y asesoría para actividad física. Los pacientes de riesgo cardiovascular bajo que no cumplan el parámetro de actividad física de acuerdo a la OMS deben ser canalizados a un programa de asesoría grupal o individual de actividad física* * En el programa se deben realizar recomendaciones para motivar y promover la actividad física y disminuir el sedentarismo.
7	Persona con diagnóstico de cáncer de cuello uterino sin seguimiento / apoyos diagnósticos /farmacológicos	En pacientes con resultados anormales en biopsia se genera alerta para la gestión del caso según intervenciones dispuestas en la RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
8	Persona con diagnóstico de cáncer de mama sin seguimiento / apoyos diagnósticos /farmacológicos	En pacientes con resultados anormales en biopsia se genera alerta para la gestión del caso según intervenciones dispuestas en la RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
9	Persona con patología oncológica sin esquema o esquema incompleto para vacunación COVID _19.	Personas con diagnóstico confirmado de cáncer deberán recibir el siguiente esquema para COVID, según biológico así: Pfizer (dos dosis, 21 días después de la primera) Sinovac (Dos dosis, 28 días después de la primera) AstraZeneca (Dos dosis, 84 días después de la primera) Janssen (Unica dosis) Moderna (Dos dosis, 28 días después de la primera)
9. RIAS para población materno — perinatal.		
10	Persona gestante con morbilidades crónicas	Gestante con diagnóstico de cáncer, enfermedades autoinmunes, cardíacas hipertensión y diabetes sin control y tratamiento por especialista. (Grupo materno perinatal SDS, 2020)
23	Persona gestante sin tamizaje para cáncer de cuello uterino (hasta semana 22)	Citología: De acuerdo a lo establecido en el procedimiento de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 29 años. En menores de 25 años según riesgo identificado (edad de inicio de relaciones

		sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o mas hijos), múltiples compañeros sexuales) y criterio del profesional de la salud. Esquema 1-3-3-años, ante resultados negativos. ADN VPH: Se deben realizar a todas las mujeres entre los 30 y 65 años. Esquema 1-5-5 ante resultados negativos. A partir de los 65 años se suspende tamización siempre y cuando la tamización previa en los últimos 5 años en ADN VPH sean negativas, en caso contrario continuar seguimiento según algoritmos. (Resolución 3280 de 2018)
26	Recién nacido sin tamizaje auditivo o sin programación de tamizaje por EAPB (hasta 28 días de nacido).	Niños y niñas entre 0 y 28 días de vida sin reporte de tamizaje auditivo (otoemisiones acústicas o respuesta auditiva de tallo o potenciales evocados) o programación de tamizaje por EAPB. (Resolución 3280 de 2018)
27	Recién nacido sin tamizaje visual (hasta 28 días de nacido).	Niños y niñas entre 0 y 28 días de vida sin reporte de tamizaje visual (reflejo rojo presente) en historia clínica de egreso, control del recién nacido o control de pediatría. (Resolución 3280 de 2018)
16. RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.		
1	Persona con riesgo de presentar alteraciones visuales sin valoración	Indagar al usuario si se acerca mucho para poder leer, entrecierra los ojos para ver, confunde las letras o se salta de renglón, desvía algún ojo, mala visión lejana o cercana, enrojecimiento, inflamación, dolor por dentro o fuera del ojo, se rasca mucho los ojos, lunares que estén cambiando de aspecto, ve distorsionados los contornos de las cosas, tiene dificultades en la visión lateral o se ve en los extremos negros o nota algún punto difuso en el centro de su visión.
2	Persona con riesgo de presentar alteraciones de la agudeza auditiva	Una persona con riesgo de presentar alteraciones de la agudeza auditiva, es aquella que presenta alguna de las siguientes situaciones: Claves para identificar factores de riesgo a nivel auditivo-comunicativo (alertas para canalización a rutas): Identificar a tiempo alguno de estos signos de riesgo es muy importante para prevenir la sordera. Usted o sus familiares deben acudir de inmediato a consulta con personal de salud: medicina general, fonoaudiología u otorrinolaringología, si presenta alguno de estos signos: a. No reacciona ante los sonidos del ambiente o ante la voz suave. b. En el caso de niñas y niños de dos años que aún no hablan o niños y niñas de un año en adelante que no buscan comunicarse o interactuar con otras personas. c. Utilizan los gestos como única forma de comunicación. d. No comprenden lo que se les dice. e. En todo momento buscan la cara de quien les habla. f. Si son niñas y/o niños en edad escolar, miran el cuaderno de sus compañeros-as para comprender la información dada por el docente. g. A menudo dan respuestas que no están relacionadas con la pregunta. h. Piden constantemente que les repitan o expliquen lo que se dijo. i. Su vocabulario es limitado. j. Tienden a ubicar un oído para tratar de oír mejor. k. Suelen escuchar radio o televisión a volumen alto. l. Está permanentemente expuestas a ruido. m. No utilizan la protección auditiva en su lugar de trabajo. n. Tiene algún síndrome o condición asociada a pérdidas auditivas. o. Consume algún medicamento ototóxico.
3	Personas con alteraciones visuales sin adecuado seguimiento y/o tratamiento	Indagar al usuario si presenta cualquier tipo de patología ocular que no tenga seguimiento o usa gafas y no ve bien con ellas.
4	Personas con traumas del oído /otitis que no han recibido tratamiento.	OTITIS EXTERNA AGUDA (OEA): Se define como la inflamación del conducto auditivo externo, que puede estar causada por infección, alergia y patologías dermatológicas, la causa más común es la infección bacteriana.

		También es conocida como “oído de nadador”. Se indica inicialmente la terapia tópica en paciente con otitis externa aguda no complicada. (Guía de atención médica de otitis externa aguda, UIS 2008. https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.18.pdf)
5	Personas con vértigo	Es una percepción anormal e ilusoria de movimiento de los objetos que nos rodean o percepción que nosotros nos estamos moviendo. Con frecuencia es confundido con el mareo; sin embargo durante el vértigo la persona experimenta una sensación vívida y aparentemente real de movimiento. El vértigo puede tener dos causas, ya sea en el sistema vestibular (oído interno) o dentro del sistema nervioso central (como problema en el cerebelo), para hacer esta distinción es necesario ser revisado por un profesional de la salud y realizar exploraciones complementarias. (Clínica Universidad de la Sabana https://www.clinicaunisabana.edu.co/pacientes/educacionalpaciente/articulos-de-educacion/neurologia/vertigo/)
6	Personas con diagnostico de Hipoacusia que no han recibido tratamiento.	La hipoacusia, sordera o disminución auditiva: es la dificultad o imposibilidad para usar el sentido del oído debido a una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (Cofosis). Puede ser unilateral o bilateral, de rasgo hereditario o como consecuencia de una enfermedad, traumatismo, exposición a largo plazo al ruido, o medicamentos agresivos que afectan el nervio auditivo; de tal forma que, se convierte en la causa más importante de desórdenes de la comunicación en la niñez ya que representa un serio obstáculo para el desarrollo psicológico y social. Existen unos factores de riesgo y determinantes sociales de la salud que inciden en el daño del oído y la pérdida de la audición, de origen: · Biológicos: hereditarios, congénitos, adquiridos. · Ambientales: exposición a ruido, contaminación sonora y agentes tóxicos. · Comportamentales: Malos hábitos como introducir objetos en los oídos, escuchar a alto volumen, ser fuente generadora de ruido, entre otros. · Atención de salud: Disponibilidad de servicios de salud, de asistencia otológica y audiológica, y de detección temprana insuficiente. - Sociales-culturales: Modos, condiciones, estilos de vida asociados de los determinantes sociales de la salud y pobre acceso a la información. · Económicos: NBI, condiciones de pobreza, inequidad en el acceso a servicios, educación y trabajo, bajos ingreso y condiciones de vida precarias. · Interacción: biológicos asociados con otros como el stress, tabaco, alcohol y ECNT. (SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA “Somos todo oídos”, MSPS https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/a-bece-salud-auditiva-2017.pdf)