

DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES, DERECHOS REPRODUCTIVOS

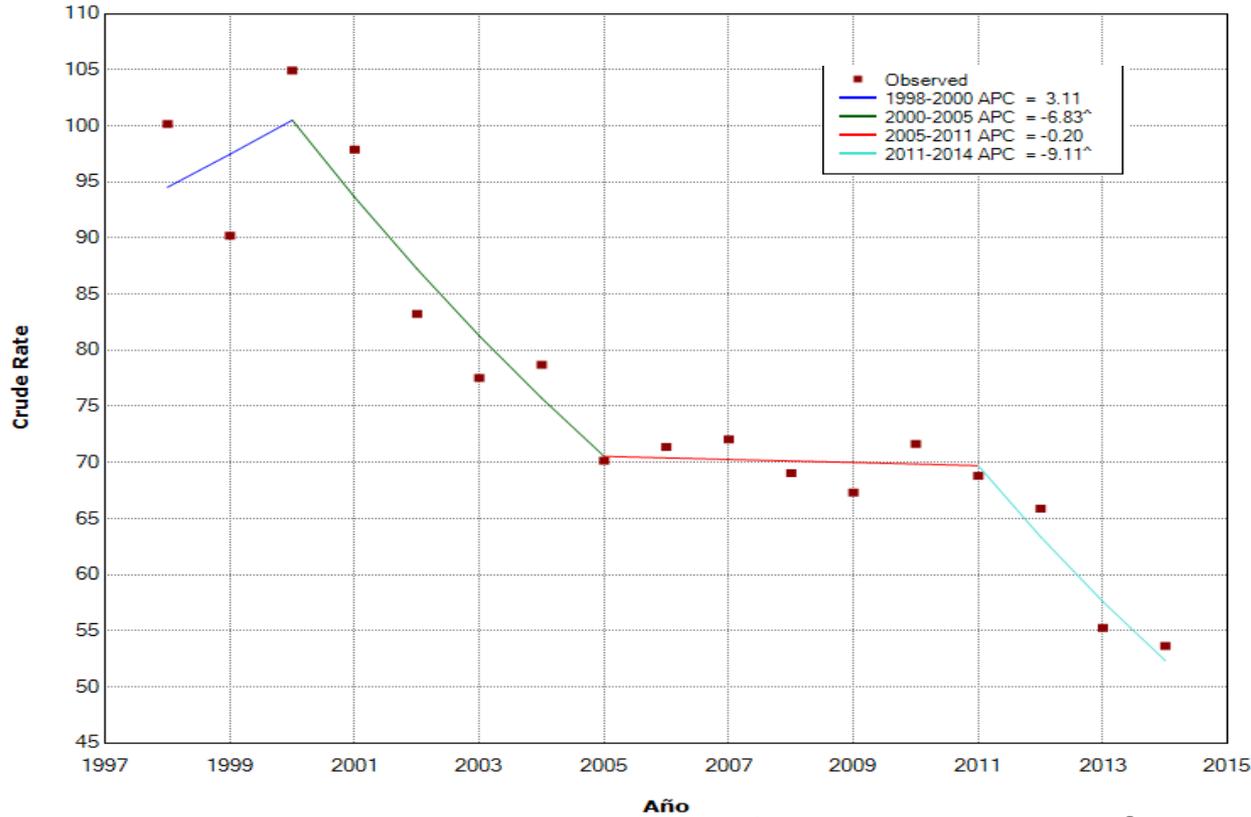


Adaptabilidad y progresividad dentro de la ruta integral de atención materno perinatal

POLITICA NACIONAL SSR
PLAN DE CHOQUE

SEGURIDAD
CLÍNICA

La MM en los ODM



ODS
PNDSYDR
MIAS

Joinpoint regression, fuente: DANE Estadísticas vitales

[^] The Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at alpha = 0.05
Final Selected Model: 3 Joinpoints.

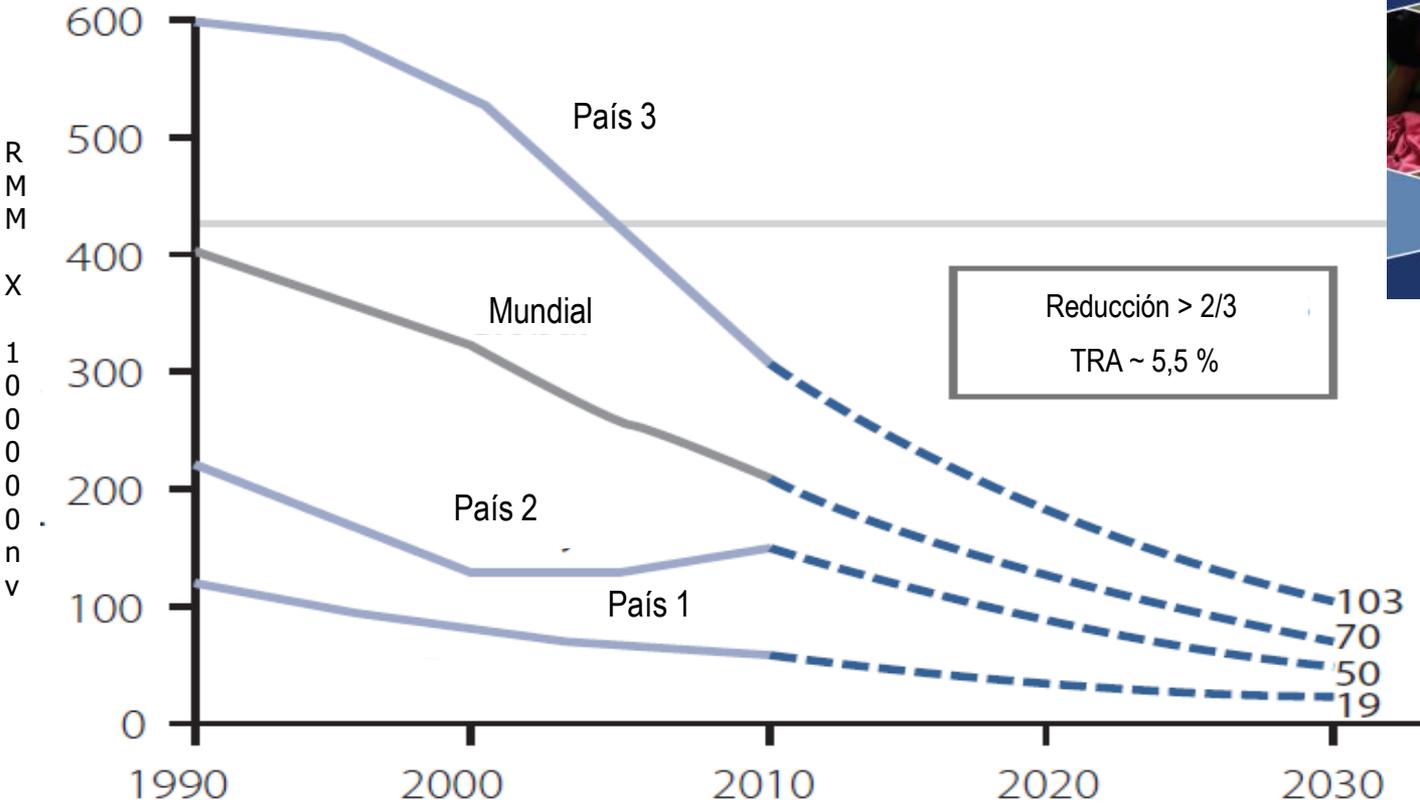
ODM
CONPES 91

SIVIGILA
INDIVIDUAL

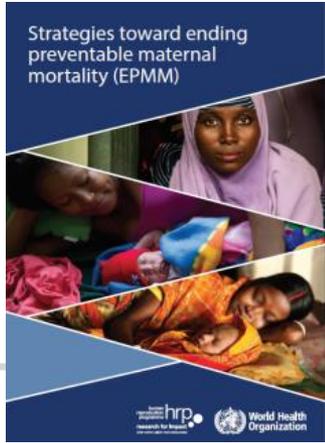
VIGILANCIA DE
LA
MORBILIDAD
MATERNA
EXTREMA

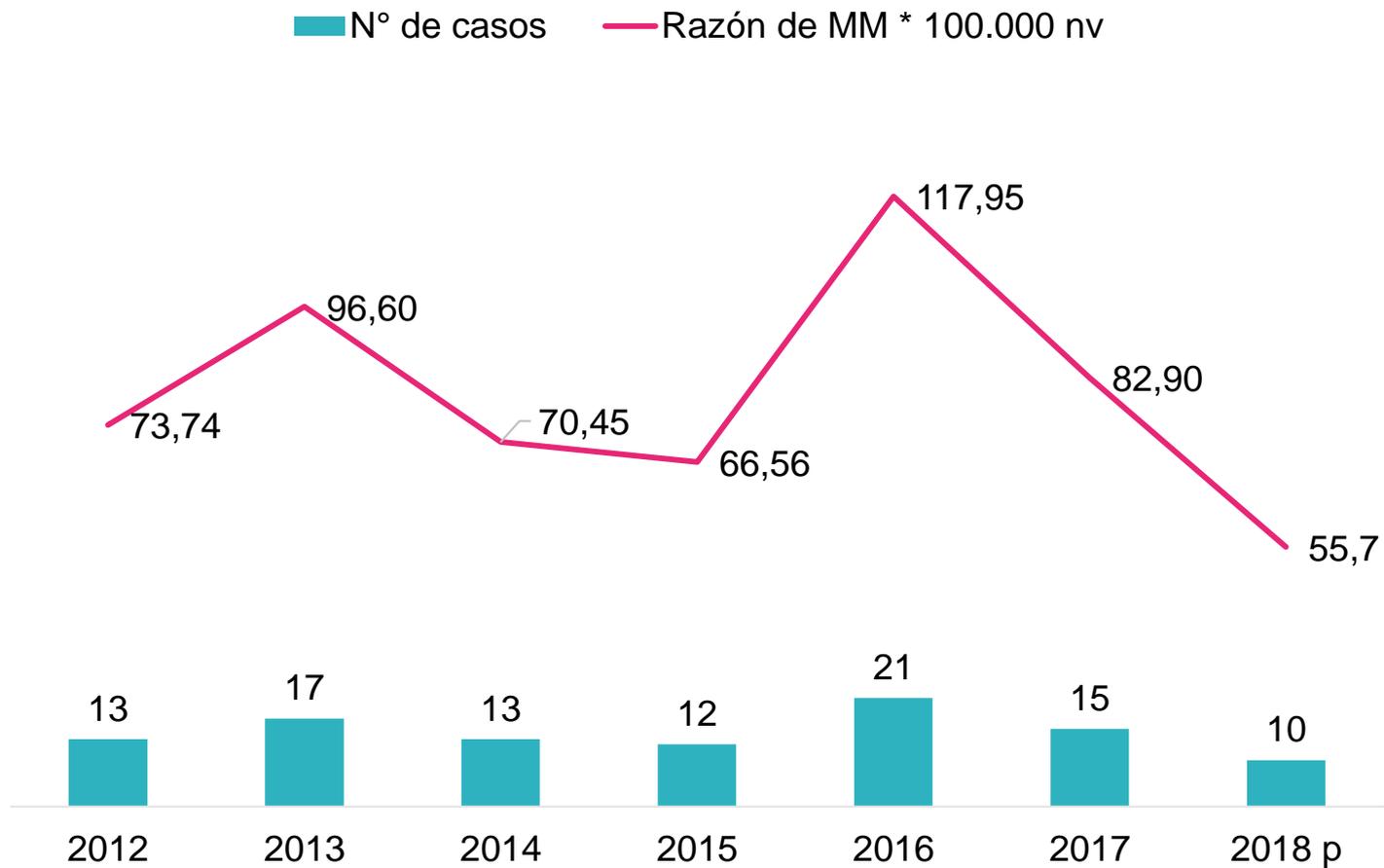


REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PAÍSES CON RMM < 420



TRA = Tasa de reducción anual





CUMPLIMIENTO DE METAS

METAS DE PRODUCTO	LINEA BASE 2015	RESULTADO 2016	RESULTADO 2017	RESULTADO 2018	META 2019
Razón de mortalidad materna	66.6	118	82.9	55.7	53.3
Porcentaje de Nacidos Vivos con 4 o más controles prenatales	87	90	90	93	95
Tasa de letalidad de Morbimortalidad Materna Extrema (MME)	3,06	3,8	2,3	1,1	3,06
Tasa específica de embarazo de 15-19 años por 1000 mujeres	55	54	50	50	51
Porcentaje de las gestantes con tamizaje para VIH	70	75	90	91,1	95
Mantenido la tasa de incidencia de sífilis congénita por 1000 nv	0,8	0,8	0,9	1,1	0,8
Porcentaje cumplimiento del protocolo de atención a víctimas de violencia basada en genero	40	60	68	70	80

REGLAMENTACIÓN

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003202 DE 2016

(25 JUL 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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en los artículos 173 numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 12 de la Ley 1438 de 2011, 65 de la Ley 1753 de 2015 y en desarrollo del artículo 5 de la Resolución 429 de 2016 y,

CONSIDERANDO



MIAS Modelo Integral de Atención en Salud



ADOPCIÓN DE LAS RIAS

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD



MATERNO -
PERINATAL

Las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica, definidas en la Res. 412 de 2000, serán sustituidas con la expedición de los lineamientos técnicos y operativos de las RIAS.

MIAS Modelo Integral de
Atención en Salud

 MINSALUD

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

 **Gobernación
de Nariño**

14. p+swara aĩmpĩ puznu.
Salida de sangre por vagina

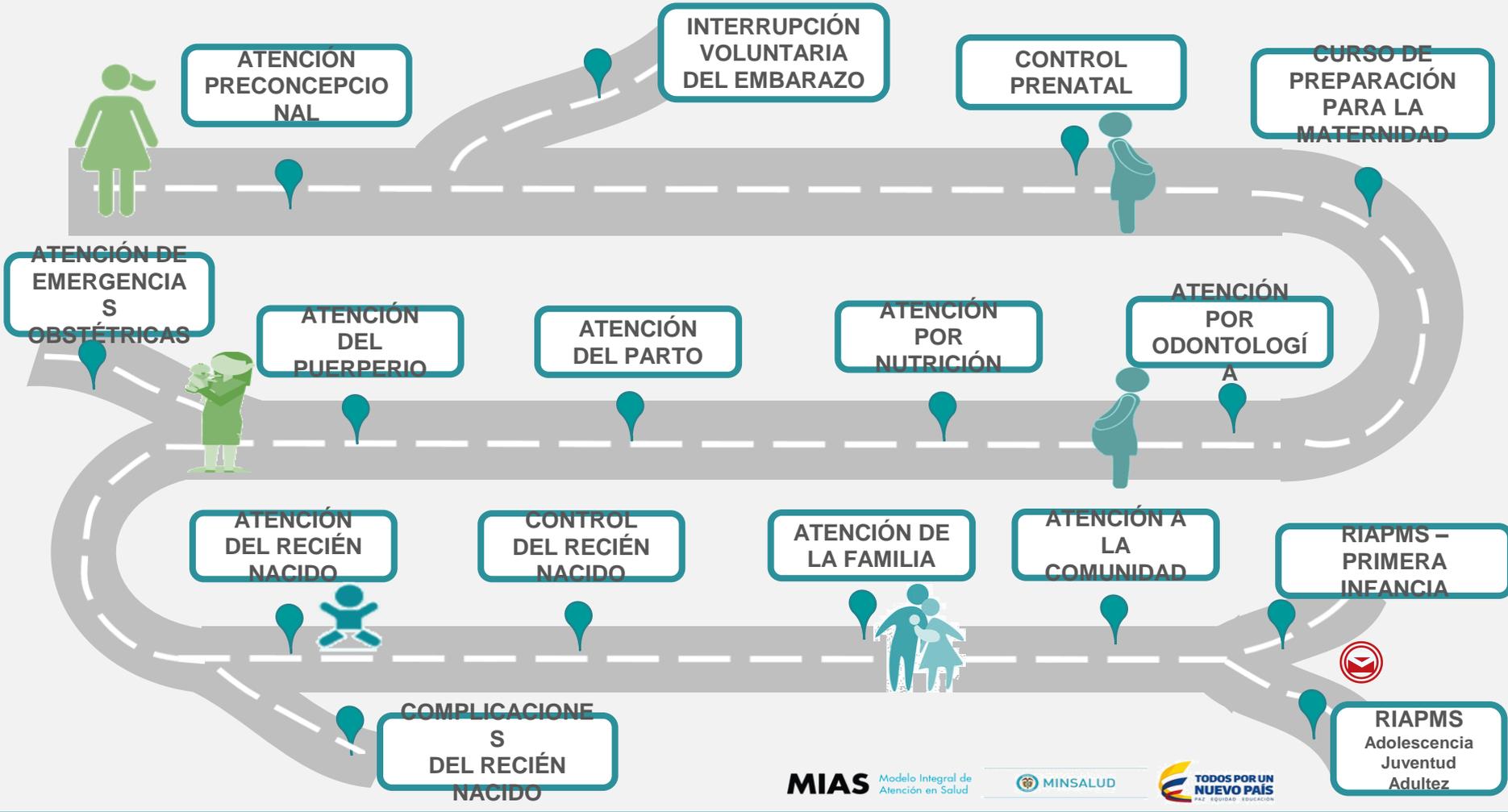


16. P+smat puchã puztawara
Salida de líquido blanco, claro
o transparente





RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MATERNO PERINATAL





ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

**NUESTRA RAZÓN, PROTEGER LA
SALUD DE NARIÑO**

ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

El cuidado continuo durante la edad reproductiva de la mujer para que, en el momento en que elija quedar embarazada (Posner, Johnson, Parker, Atrash y Biermann, 2006; Atrash et al., 2008) se encuentre en las mejores condiciones posibles de salud.



ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

- (...) se basa en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (Naciones Unidas, 1995).

OBJETIVO GENERAL

Identificar y modificar condiciones que se pueden intervenir, que puedan representar riesgos para la salud sexual y reproductiva (SSR) de la mujer, para la salud materna y perinatal.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar atención a mujeres en edad fértil para identificar el riesgo reproductivo.
- Implementar intervenciones que permitan eliminar, modificar o disminuir el riesgo de morbilidad, muerte materna y perinatal.
- Garantizar la asesoría oportuna para la toma de decisiones reproductivas, que incluya la selección del método anticonceptivo, adecuado a la condición especial de la paciente, para las mujeres con riesgo reproductivo.
- Priorizar y garantizar el tratamiento preconcepcional de condiciones que puedan ser suprimidas o atenuadas para reducir la severidad del riesgo obstétrico.
- Generar capacidades e instrumentos para garantizar la calidad en el proceso de atención preconcepcional por parte de los prestadores de servicios de salud.

Responsabilidad individual por el autocuidado

Las personas deben ser motivadas y educadas para el autocuidado, en especial para el ejercicio de sus derechos en SSR, y para trazar un plan de vida reproductivo, con énfasis en la expectativa de decidir, en el momento que corresponda, si tener hijos o no. Todas las personas en edad reproductiva deben contar con las herramientas para reconocer y actuar de manera proactiva frente a:

- Antecedentes familiares y hereditarios.
- Enfermedades crónicas.
- Riesgo cardiovascular y alteraciones metabólicas.
- Conductas saludables frente a la actividad física y la dieta.
- Alternativas para evitar los embarazos no planeados con el uso de métodos anticonceptivos.
- Exposición a agentes teratogénicos o tóxicos.
- Riesgos laborales (biológico, físico, estrés, sobrecarga laboral y otros)



Educación preconcepcional

- Todos los encuentros de las personas en edad reproductiva con profesionales de la medicina general, especialistas y subespecialistas, y cualquier contacto o consulta de asesoría con un proveedor de salud (enfermería, educación, nutrición, psicología y otros), en ámbitos institucional o comunitario, individual o grupal, deberá ser aprovechado para la promoción de la atención preconcepcional y la detección del riesgo reproductivo, y para informar y educar sobre comportamientos o hábitos que incrementan los riesgos o eventos reproductivos adversos.
- La educación en salud preconcepcional se debe enfocar a concientizar y sensibilizar a las personas acerca de cómo minimizar los riesgos reproductivos a lo largo de la vida; el cuidado preconcepcional no equivale únicamente a una consulta, esta es solo una parte de él.

Educación preconcepcional

- Planeación de la familia.
- Espaciamiento de los hijos.
- Prevención del embarazo no deseado.
- Evaluación del peso óptimo.
- Estado de inmunización contra enfermedades infecciosas.
- Importancia del control prenatal temprano.
- Detección temprana de los factores de riesgo cardiometabólicos, entre otros aspectos.

Consulta inicial o tamizaje

- La consulta inicial, denominada de tamizaje, estará a cargo de profesionales de la medicina o enfermería y se puede efectuar en el nivel de complejidad en que se capte la demanda, se sugiere que la consulta tenga una duración de 30 minutos.
- En condiciones ideales, la consulta se debe realizar al menos un (1) año antes de planear un embarazo y se recomienda participación de la pareja.
- Se debe proceder a la asesoría anticonceptiva individualizada.

Aspectos y exámenes a tomar

- ✓ Condiciones médicas preexistentes
- ✓ Nutrición, peso, existencia de trastornos alimenticios y actividad física
- ✓ Hábitos no saludables
- ✓ Estado de inmunizaciones
- ✓ Historia sexual y reproductiva
- ✓ Historia hereditaria o genética
- ✓ Ingesta de medicaciones
- ✓ Infecciones
- ✓ Psicosociales
- ✓ Antígeno superficie hepatitis B
- ✓ Citología cérvicovaginal
- ✓ Frotis de secreción vaginal
- ✓ Glucosa en suero
- ✓ Hemoclasificación
- ✓ Hemograma
- ✓ Hemoparásitos (en zonas endémicas)
- ✓ IgG G toxoplasma
- ✓ IgG G rubeola
- ✓ IgG G varicela
- ✓ Serología (RPR)
- ✓ Urocultivo con concentración mínima inhibitoria (CMI)
- ✓ VIH

Consultas de control y seguimiento

- Se establecen hasta dos consultas para el control y seguimiento y en caso de requerirse manejo especializado, las consultas que sean necesarias para garantizar el control de la condición preexistente.
- Estas consultas tendrán una duración sugerida de veinte (20) minutos.

Riesgo reproductivo

- Las mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones médicas relacionadas a continuación, u otra no incluida en este listado, deberán ser remitidas para manejo por especialista, según a cada condición en particular Para mujeres con condiciones patológicas preexistentes, la asesoría en planificación familiar siempre estará a cargo del especialista en obstetricia y ginecología.

- Diabetes mellitus
- Enfermedad tiroidea
- Epilepsia – Trastornos convulsivos
- Hipertensión
- Fenilcetonuria
- Artritis reumatoidea
- Enfermedad renal crónica
- ITS/VIH
- Consumo SPA

- Enfermedad cardiovascular
- Trombofilias
- Anemia
- Asma
- Tuberculosis
- Neoplasias
- Lupus
- Obesidad mórbida (IMC > 35)

Vacunas

Los profesionales de medicina y enfermería encargados de la atención preconcepcional serán los responsables de evaluar el estado de inmunización y de garantizar que la mujer en edad reproductiva complete su esquema de vacunación al menos tres meses antes de embarazarse.

- Virus del Papiloma Humano
- Hepatitis B
- Varicela
- Sarampión, paperas y rubéola
- Influenza
- Tétanos, Tosferina , Difteria

CONTROL PRENATAL

- Implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.
- Garantizar de acuerdo con el riesgo identificado la atención de las gestantes en el mismo prestador primario, lo más cercano posible a su lugar de residencia o permanencia.



- Establecer un plan integral de cuidado
- Frecuencia: 10 controles nulíparas y 7 multíparas
- Mensual hasta la semana 36 de aquí en adelante cada 15 días hasta la semana 40
- Controles por medicina o enfermería
- Escala de Herrera y Hurtado
- Escala de Edinburgo
- Tamizaje ASSIST
- Paraclínicos
- Micronutrientes
- Curso de preparación para la maternidad y la paternidad

ATENCIÓN DE PARTO

- El parto debe darse de manera institucional sin embargo, no siempre es posible
- Plan de parto
- Paraclínicos
- Hospitalización
- Uso de partograma
- Manejo activo del tercer período del parto
- Vigilar cada 15 minutos signos vitales
- Anticoncepción post evento obstétrico

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Hemorragia obstétrica
pos parto

Urgencias y
emergencias
hipertensivas

Sepsis

Hemorragia obstétrica

Tono

Trauma

Tejido

Trombina

Que hacer!!!!

- Administrar Oxitocina 10UI IM
- Acceso venoso 5-10 UI IV diluido en 10 cc lento en no menos de 3 min.
- Misoprostol 600 mcg SL
- Pinzamiento cordón umbilical de acuerdo a criterios definidos
- Verificar útero contraído
- Infusión 30UI Oxitocina en 500 cc de SSN para pasar en 4 horas
- Ergometrina 0.2 mg IM. Repetir a los 20 min. Continuar cada 4-6 horas máximo 5 ampollas en 24 horas
- Vigilancia continua de signos vitales cada 15 minutos
- Garantizar permeabilidad de dos venas catéter 14-16 o 18
- Cristaloides de mantenimiento 150cc /h si TAS mayor a 90. Continuar 100cc/h
- Evitar la hipotermia
- Masaje uterino externo o bimanual

Emergencias hipertensivas

Preeclampsia severa:

- Asegurar dos accesos venosos
- Oximetría oxígeno por cánula 3L/min
- Sonda vesical (Sonda Foley 14-16)
- Cristaloides 1 cc /Kg/h
- Sulfato de magnesio impregnación 2 amp + 150 ml SSN 0.9% en 10 a 15 min. (4g)
- Mantenimiento 4 ampollas + 500 ml de SSN a 10 gotas minuto.
- Si TAS mayor o igual 150 y / o TAD mayor o igual a 100 inicie terapia antihipertensiva
- Nifedipino 10mg 1 tab VO cada 6 horas, o 30 mg 1 tab VO cada 8 horas
- Toma de paraclínicos

Emergencias hipertensivas

Crisis hipertensiva TA mayor o igual a 160/110

- Asegurar dos accesos venosos
- Oximetría oxígeno por cánula 3L/min
- Sonda vesical (Sonda Foley 14-16)
- Asegurar dos accesos venosos con catéter 16 o 18
- Iniciar cristaloides 1 cc Kg h incluido el goteo de Sulfato de magnesio
- Iniciar manejo antihipertensivo hasta
- lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg,
- Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.

- Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
- Nifedipino cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.
- Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
- Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Inicie sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:

- Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
- Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por macrogotero 20 gotas = 1 mL.
- Tomar exámenes de laboratorio: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (lactato deshidrogenasa LDH, transaminasas AST y ALT) y creatinina.

Eclampsia

Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

En este caso se deberá:

- Iniciar sulfato de magnesio ampollas al 20%-10 ml (2 g) de la siguiente forma:
- Impregnación: 2 ampollas + 150 mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4 g) y continuar.
- Mantenimiento: 4 ampollas + 500 mL SSN 0.9% por bomba de infusión a 67 mL /hora. (1 g/h) o a 10 gotas/minuto por macrogotero a 10 gotas = 1 mL o 20 gotas/minuto por microgotero 20 gotas = 1 mL.

En presencia de crisis hipertensiva iniciar manejo antihipertensivo de inmediato, hasta lograr TAS entre 140 - 150 mmHg y TAD entre 90 - 100 mmHg con:

- Labetalol ampollas de 100 mg/20cc: 20 mg (4 cc) endovenosos cada 20 minutos, y si no hay respuesta aumentar a 40 mg (8 mL), luego a 80 mg (16 mL) hasta dosis acumulada de 300 mg/día. Dejar en terapia de mantenimiento con: Nifedipino cápsulas o tabletas x 10 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 6 horas o Nifedipino cápsulas o tabletas x 30 mg 1 cápsula o tableta vía oral cada 8 horas.
- Si se dispone de Hidralazina, se puede usar como medicamento de primera línea en bolo IV de 5 mg. Cada 20 minutos Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo.
- Nifedipino cápsulas o tabletas de 10 mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 6 horas. Si no se dispone de vía venosa.

- Inicie maduración pulmonar fetal con betametasona 12 mg IM cada 24 horas si edad gestacional es de 26 a 34 semanas.
- Si no se alcanza control de cifras tensionales se deberá remitir a la mujer, al mayor nivel de complejidad de acuerdo con las condiciones de la paciente.

Ante la ausencia de crisis hipertensiva se deberá garantizar manejo antihipertensivo con:

- Nifedipino cápsulas o tabletas de 10 mg 1 VO cada 6 horas o Nifedipino tabletas de 30 mg 1 VO cada 8 horas.

Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato. El traslado se realizará en ambulancia con profesional de medicina o de enfermería o paramédico que:

- Vigile continuamente los signos vitales (presión arterial, sensorio, frecuencia cardiaca y respiratoria), frecuencia cardiaca fetal y reflejos osteotendinosos cada 15 minutos.
- Asegure el suministro de oxígeno suplementario durante el transporte para mantener %satO₂ > 95 si se dispone de oximetría de pulso o a 3Lt/minuto por cánula nasal.
- Evalúe continuamente la presencia de síntomas premonitorios o de encefalopatía hipertensiva. Así mismo que controle y registre diuresis horaria.
- Aplique protocolo de crisis hipertensiva, si TAS ≥ 160mmHg y/o TAD ≥ 110mmHg.
- Garantice ABC (vía aérea-ventilación circulación), aplique nuevo bolo de sulfato de magnesio 2 ampollas + 150mL SSN 0.9% en 10 a 15 minutos (4g) y continúe infusión o goteo de sulfato de magnesio, pero con un incremento a 2g/h, si presenta episodio convulsivo (eclampsia).

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

1

DIRECTRICES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RIASMP

2

ATENCIÓN INTEGRAL MATERNO - PERINATAL

- Atención preconcepcional
- Interrupción voluntaria del embarazo
- Control prenatal
- Curso de preparación para la maternidad
- Atención por odontología
- Atención por nutrición
- Atención del parto
- Atención del puerperio
- Atención de emergencias obstétricas
- Atención del recién nacido
- Atención de las complicaciones del recién nacido
- Control del recién nacido
- Atención a la familia
- Atención a la comunidad

3

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MATERNO - PERINATAL

- Adaptación de la RIAPMS
- Implementación de hogares maternos de paso

4

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

ANEXOS

¿CÓMO OPERA LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN UN TERRITORIO?

1 Ámbito territorial

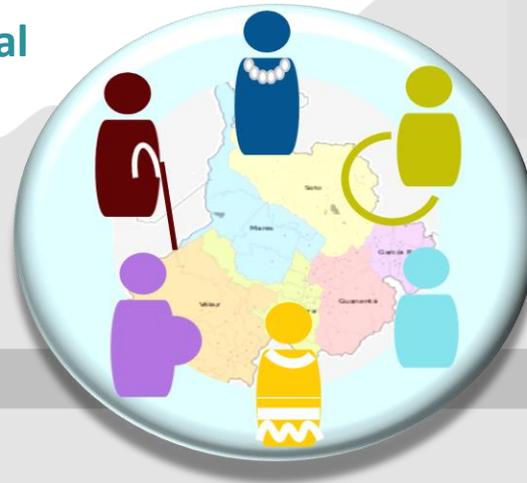
URBANO

ZONA RURAL DISPERSA

ALTA RURALIDAD



2 Caracterización territorial y poblacional



ASIS

CARACTERIZACIÓN DE LAS EAPB

CARACTERIZACIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

RECOMENDACIONES

1 Preparación para el parto y sus complicaciones

2 Involucramiento de los hombres (IH) para mejorar la SMN

3 Sensibilizar sobre los DDHH, DSR, Derecho a la salud (acceso)

4 Hogares de paso

5 Esquemas de transporte organizados por la comunidad

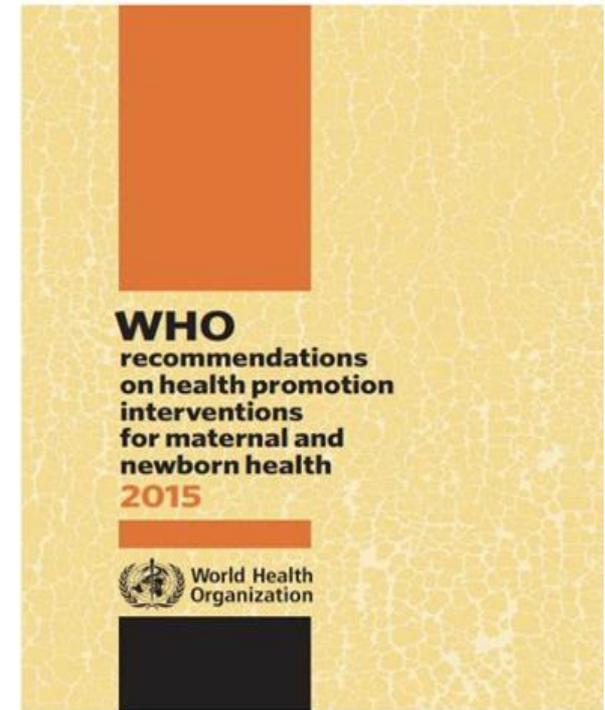
6 Alianzas con parteras tradicionales

7 Atención calificada con adecuación intercultural

8 Acompañante elegido para el parto

9 Movilización de la comunidad – Fortalecimiento de redes

10 Participación de la comunidad en la vigilancia y respuesta a la MIM



RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MATERNO PERINATAL

Hito N° 1

Las mujeres conocen derechos en SSR y signos de alarma

Indicador:

Numero de mujeres que identifican signos de alarma / mujeres en la comunidad * 100

Hito N° 2

Ingresar al control prenatal

Indicador:

Número de Mujeres en gestación que inician el CPN antes de la semana 10/Número de mujeres en gestación que inician al CPN * 100

Hito N° 3

Detectar el riesgo maternoperinatal

Indicador 1:

Número de mujeres con adecuada clasificación de riesgo sobre el total de mujeres atendidas*100

Indicador 2:

Total de mujeres con un nacimiento vivo que recibieron cuatro o más controles prenatales durante el embarazo por cualquier proveedor/Total de mujeres con un nacimiento vivo*100

Indicador 3:

Número de gestantes con el total de las exámenes paraclínicos requeridos según edad gestacional/ Número de gestantes por edad gestacional * 100

Indicador 4:

Numero de mujeres con clasificación de alto riesgo cuyo control prenatal es practicado por especialista / total de mujeres clasificadas como alto riesgo *100

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MATERNO PERINATAL

Hito N° 4
Referencia efectiva y segura

Indicador 1:
Promedio del Tiempo de oportunidad (en días) cita de Ginecología y obstetricia
Menor a 7 días

Indicador 2:
Tiempo promedio de trámite de remisión en casos de morbilidad materna extrema.
Menor 5 minutos

Hito N° 5
Atender el parto y el nacimiento

Indicador 1:
Porcentaje de partos en los que la mujer esta acompañada por quien ella desee durante el trabajo de parto y parto/ total de partos atendidos * 100

Indicador 2:
Número de partos vaginales con analgesia neuroaxial o epidural/Total de Partos vaginales atendidos en la institución que aceptaron la analgesia * 100%

Indicador 3:
Porcentaje de partos con manejo activo del tercer periodo de parto / total de partos atendidos *100

Indicador 4:
Porcentaje de partos en los que se diligencia el Partograma / Total de partos atendidos * 100

Hito N° 6
Seguimiento al puerperio inmediato

Indicador 1:
Porcentaje de partos con monitoria continua (cada 15 minutos) de signos vitales durante el puerperio inmediato / total de partos atendidos * 100

Indicador 2:
Número de recién nacidos sanos y a término que tuvieron contacto piel a piel con la madre por 30 minutos/Número total de recién nacidos sanos y a término*100

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD – MATERNO PERINATAL

Hito N° 7
Anticoncepción
pos evento
obstétrico antes
del alta

Indicador 1:
Porcentaje de mujeres en
posparto o posaborto con
asesoría en métodos
anticonceptivos en el ámbito
hospitalaria / total de mujeres
con atención de parto o aborto
* 100

Indicador 2:
Porcentaje de mujeres en
posparto o posaborto con
provisión de métodos
anticonceptivos en el ámbito
hospitalaria / total de mujeres
postparto o postaborto que
aceptan un método * 100

Hito N° 8
Seguimiento al
RN

Indicador 1:
Numero de mujeres en el posparto
con consejería sobre lactancia
materna exclusiva / Total de
mujeres con recién nacidos vivos. *
100

Indicador 2:
Número de recién nacidos
sanos y a término que
recibieron lactancia materna
durante el contacto piel a
piel/Número total de recién
nacidos sanos y a término*100



Liliana Ortiz Coral

lilianaortiz@idsn.gov.co

Carmen Eugenia Quiñonez

carmeneugeniaquinonez@idsn.gov.co

Dirección: Sede Laboratorio de Referencia B/el Calvario Tercer Piso

Tel 7201855