

COVID-19

ESTRATEGIA DE MONITOREO Y ASISTENCIA AL ADULTO MAYOR Y PERSONAS CON FR

Equipo Técnico COES
Abril 2020



PERÍODO DE AISLAMIENTO



POBLACIÓN DE RIESGO: >60 AÑOS, HTA, DBT, ECV (ENF.

CORONARIA, VALVULOPATIAS, INSUF. CARDIACA) EPOC, DISPLASIA BRONCOPULMONARASMA, FQ, ERC,CA, INMUNOSUPRIMIDOS.



Ministerio de
SALUD
Gobierno de Entre Ríos

**OBJETIVO: ASISTIR, ACOMPAÑAR Y MONITOREAR
A LOS ADULTOS MAYORES Y PERSONAS CON
FACTORES DE RIESGO EN EL PERÍODO DE LA
PANDEMIA**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) MONITOREAR EL CONTROL CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD DE BASE Y ALERTA SÍNTOMAS COVID-19**
- 2) ASISTIR Y RELEVAR NECESIDADES SOCIALES**
- 3) CONTENER LOS PROCESOS PSICOSOCIALES**

ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS-MODALIDAD

Acompañamiento
por equipos del
nivel central



**ASISTENCIA, MONITOREO Y
CONTENCIÓN DE LA POBLACIÓN DE
RIESGO**

**Conformación de Equipo de Salud
para el contacto telefónico.**

Equipo Salud Mental (Psicólogo, T. Social, psicopedagogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo),
Kinesiólogo, Odontólogo,
Nutricionista, Ag. Sanitario.

Medico/Enf para domicilio

MODALIDAD:
LLAMADAS TELEFÒNICAS
SEMANALES
ASISTENCIA EN TERRITORIO
MENSUAL O SEGÚN SE
REQUIERA

**POBLACIÓN DE
RIESGO
NOMINALIZADA
DEL EFECTOR**

Listado
nominalizado
(consulta
SUMAR-324-d
rive-HC-ficher
o)

CHEQUEO RÁPIDO

VISITA DOMICILIARIA

CONSEJERÍA

ALERTAS



NOMINALIZACIÓN

Drive



100% Solo lectura

DATOS DEL PACIENTE

| Z | AA | AB | AC | AD | AE | AF | AG | AH | AI |
|----------|---------------|-----------------|-------------|----------|--------|------------|-------------|----|----|
| DIABETES | | | | | | | | | |
| IMC | Es Diabético? | Año Diag de DBT | Tipo de DBT | Glucemia | Hb A1c | Creatinina | Proteinuria | | |
| 35,42 | OBESO | NO | | | | | | | |
| 55,25 | OB. MORBIDA | SI | 2010 | 2 | | | | | |
| 31,25 | OBESO | SI | 2016 | 2 | | | | | |
| 29,73 | SOBREPESO | SI | 2012 | 2 | 98 | 58 | | | |
| | | | | 2 | | | | | |
| 22,68 | NORMAL | SI | 2013 | 2 | 171 | 745 | 155 | | |

1 RENDICION BASE DATOS MANUAL Explorar

Usted esta aquí Inicio > Gestión de Consultas

Mis favoritos 0

- Efectores
- Registro Prestaciones
- Vacunas
- Cuasi-Factura
- Gestión
- Efectores
- Turnera

- Prestaciones
- Prestaciones Nomencladores Talleres
- Efactor
- Programas
- Turnera

COVID-19

| ID | Consulta |
|-----|-------------------------------------|
| 323 | Calendario de Vacunas |
| 324 | Personas con algun factor de riesgo |

Personas con algun factor de riesgo

Buscar:

| Fecha de Nacimiento | Edad | DNI | Domicilio | Telefono | Celular | Factor de riesgo | Hepatitis B | BC |
|---------------------|------|----------|-----------------------------|----------|-----------|------------------|-------------|----|
| 29 Junio 1948 | 71,8 | 5736579 | | | | Mayor de 60 años | | |
| 15 Abril 1967 | 53 | 18298416 | ENTRE RIOS 2375 | | | DBT | | |
| 7 Feb. 1958 | 62,2 | 12126752 | SECTOR 3 2DO PISO dpto: 181 | | 154138238 | Mayor de 60 años | | |

MONITOREO DE POBLACIÓN DE RIESGO

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Domicilio: _____

Fecha: ____/____/____ Teléfono celular: _____ Obras Sociales: _____

Médico Cabeceera: _____ Consultantes (N°): _____ Ambientales (N°): _____

Ayuda Social: _____

Encuestador: _____

| CONTROL DE SALUD Y TRATAMIENTO (Primer Contacto) | | | | | | |
|---|---------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|
| 1- Cuando fue el último control de salud? (marque con una X) | <6 meses | | 6 m a 1 año | | >1 año | |
| 2- Está tomando su medicación? (marque círculo) | HTA | CARDIOV | DBT | EPOC | ASMA | OTRAS |
| 3- Para cuánto tiempo le alcanza la medicación? | >30 días | | 15 a 30 días | | <15 días | |
| 4- Cómo retira o busca la medicación? (a) | Por un Familiar | | Por el equipo de salud | | Personalmente | |
| 5- Se ha medido el azúcar en sangre en estos últimos días? (a) | si | | no | | Observación de resultados | |
| 6- Se ha tomado la presión en estos últimos días? (a) | si | | no | | Observación de resultados | |
| 7- Se colocó la vacuna este año? (a) | Antigripal | | Preservar 13 | | Neumoc 23 | |
| 8- Consumo tabaco/alcohol/otra sustancia? (a) | Tabaco | | Alcohol | | Otra Sustancia | |
| 9- Aumentó el consumo en los últimos días? (a) | Tabaco | | Alcohol | | Otra Sustancia | |
| 10- Algunos días dentro de su casa? (a) | si | | No | | | |
| 11- Hay alguna conducta, pensamiento o manifestación de su estado de ánimo que le preocupe actualmente? (a) | Angustia recurrente | Inestabilidad recurrente | ideas suicidas o de muerte | Recurrentes o a períodos de remisión | Crisis de ansiedad | Otras (prelacionar, delirios, cambios de humor) |

| CONTROL DE SALUD Y TRATAMIENTO (Contacto Posterior) | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------|---|
| Comentarios | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |
| 1- Tendrá contacto con algún profesional de la salud en los últimos días? | si | | no | | Motivo | |
| 2- Está tomando su medicación? (marque círculo) | HTA | CARDIOV | DBT | EPOC | ASMA | OTRAS |
| 3- Para cuánto tiempo le alcanza la medicación? (marque con una X) | >30 días | | 15 a 30 días | | <15 días | |
| 4- Cómo retira o busca la medicación? (marque con una X) | Por un Familiar | | Por el equipo de salud | | Personalmente | |
| 5- En caso de Diabetes, ha controlado el estado de sus pies en las últimas semanas? (marque con una X) | Color | | Inflamación | | Otro | |
| 6- En los últimos días, ha tenido algún síntoma que le llame la atención? (marque con un círculo) | Fatiga | Tos | Dolor Muscular | Pérdida de peso | Somnolencia | Otro |
| 7- Hay alguna conducta, pensamiento o manifestación de su estado de ánimo que le preocupe actualmente? (marque con un círculo) | Angustia recurrente | Inestabilidad recurrente | ideas suicidas o de muerte | Tránsito | Crisis de ansiedad | Otras (prelacionar, delirios, cambios de humor) |

CONSEJERÍA (GUÍA)

- ✓ RECOMENDACIONES PARA EL CONTACTO TELEFÓNICO
- ✓ CONSEJERÍA PREVENTIVA
- ✓ CONSEJERÍA HÁBITOS SALUDABLES
- ✓ CONSEJERÍA AUTOCUIDADO
- ✓ CONSEJERÍA CUIDADO COGNITIVO Y SALUD MENTAL

RESUMEN DE LA ESTRATEGIA

1° CONFORMACIÓN DE EQUIPOS

2° PRIORIZAR POR LISTADO
NOMINALIZADO

3° CONTACTO
TELFÓNICO-CHEKLIST/CONSEJERÍ
A

4° COORDINAR VISITA
DOMICILIARIA



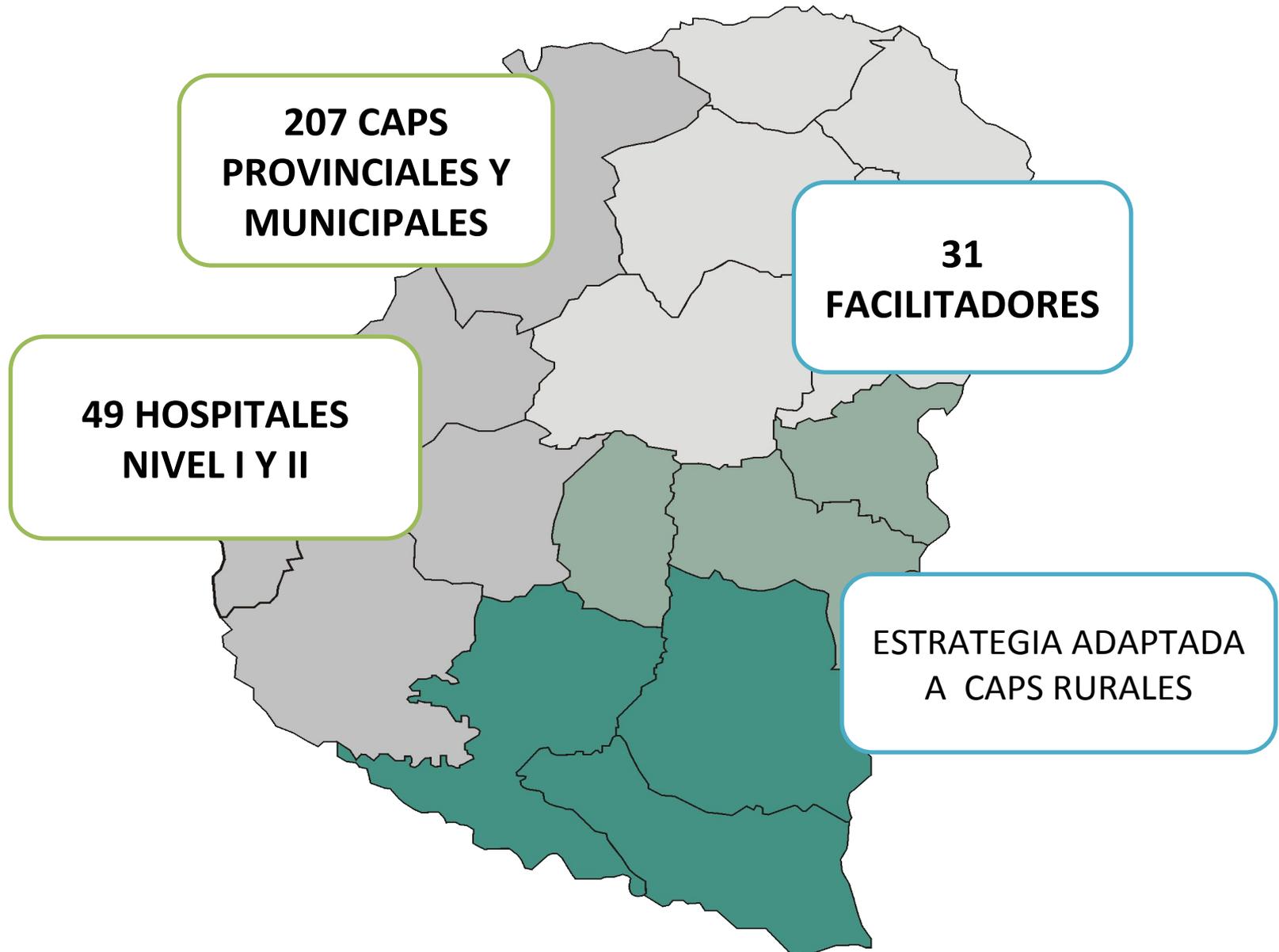
EVALUACIÓN

REGISTRO EN HC

QUE BUSCA ESTA ESTRATEGIA?

- ◆ **CAMBIOS EN EL MODELO DE ATENCIÓN**
- ◆ **HACER OPERATIVO EL CONCEPTO DE “RESPONSABILIDAD Y POBLACIÓN A CARGO”**
- ◆ **PROMOVER LA PROACTIVIDAD DEL EQUIPO**
- ◆ **DEJAR CAPACIDAD INSTALADA**

ALCANCE DE LA ESTRATEGIA



FUNCION EQUIPO FACILITADOR

- ✓ GUIAR AL EQUIPO DE SALUD EN EL SEGUIMIENTO DE POBLACIÓN DE RIESGO**
- ✓ INFORMAR Y ASESORAR SOBRE LAS HERRAMIENTAS DISPONIBLES PARA LA GESTION**
- ✓ OFRECER RECURSOS O IDEAS PARA FAVORECER ADHERENCIA Y EDUCACIÓN AUTOCUIDADO**
- ✓ FACILITAR LA GESTIÓN DE TRÁMITES CON EL NIVEL SUPERIOR**
- ✓ BRINDAR MATERIALES DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN AL EQUIPO DE SALUD**
- ✓ FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO Y LA COMUNICACIÓN**
- ✓ MONITOREAR LA ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA DEL EFECTOR A CARGO**

INTEGRANTES EN LA IMPLEMENTACIÓN

- ❖ SUBSECRETARIA DE RISS
- ❖ DIRECCIÓN GENERAL DEL PNA
- ❖ DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL EN APS
- ❖ PROGRAMA SUMAR
- ❖ PROGRAMA REDES
- ❖ COORDINACIÓN DE ECNT
- ❖ PROGRAMA REMEDIAR
- ❖ PROGRAMA DIABETES
- ❖ PROGRAMA MUNICIPIOS SALUDABLES

ARTICULACIÓN:

-DIRECCIÓN ODONTOLOGÍA-PROGRAMA INCLUIR-RED
LABORATORIO-DIRECCIÓN ADULTO MAYOR-PROGRAMA
INMUNIZACIONES-CUCAIER-DESARROLLO SOCIAL

1. Prácticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en Emergencia y Desastre, enfoque COVID 19. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
2. Orientación al equipo de Salud para la protección de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.
3. Recomendaciones del Programa Nacional de Control de Tabaco. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.
4. Recomendaciones sobre Salud Mental para operadores de Atención Telefónica. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
5. Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia COVID19. Organización Panamericana de la Salud.
6. Documento COES 017 . Ministerio Salud ER
7. Documento COES 032. . Ministerio Salud ER
8. Documento COES 040. . Ministerio Salud ER
9. Guía de Buena Práctica en Atención Domiciliaria. Ministerio de Sanidad de España
10. Recomendaciones para la asistencia telefónica en salud mental en el contexto de la pandemia COVID19 . Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
11. Modelo de Atención para Personas con ECNT. Organización Panamericana de la Salud.
12. Guías de Práctica Clínica de ; HTA, Diabetes, Riesgo Cardiovascular, EPOC, Tabaco, Alimentación Saludable, Actividad Física, Obesidad, Enfermedad Renal, Personas Adultas con ECNT y FR en el PNA.



Ministerio de

SALUD

Gobierno de Entre Ríos