

A decorative graphic in the top-left corner consisting of a grid of blue dots of varying sizes, arranged in a pattern that tapers to the right.

Abordaje y seguimiento para pacientes con diagnóstico o sospecha de COVID-19.

Casos del día a día. Sexta entrega.

Ruta de atención del paciente

Noviembre 9 de 2020

1

PUERTA DE ENTRADA

¿Cuáles son los números de contacto o WhatsApp exclusivo para cada uno de los aseguradores?

- Póliza de Salud: Atención médica exclusiva COVID-19: 315 275 78 88 – Opción 1 y luego nuevamente opción 1
- EPS SURA y Plan Complementario Atención médica exclusiva COVID-19: 317 518 02 37
- ARL SURA Atención médica exclusiva COVID-19: 317 518 02 37

¿A cuál línea se pueden comunicar los usuarios frente a fallas presentadas en la App?

Si el paciente tiene EPS puede comunicarse en la ciudad de Medellín al 4486115, Bogotá 4897941 o al fijo 018000519519; si tiene póliza al #888 en Medellín y Bogotá, Cali 4378888 y resto del país 018000518888.

Existe una ruta para gestionar la prueba COVID-19 en el domicilio que no cumple con prioridad 1 o 2 (según la clasificación que marca el sistema), pero no está en condiciones para asistir de forma presencial, por ejemplo, adulto mayor con limitación funcional por patología articular.

Existen varias vías de comunicación entre los procesos, el correo es una de ellas. Para estos casos se recomienda en el asunto especificar que es un caso urgente. Idealmente, se recomienda que en pacientes clasificados como prioridad 1 y sobre todo urgentes deben llamar para avisar para que la remisión no quede dentro del paquete común de correos.

Los correos a los cuales se deben realizar estas notificaciones son:

- EPS: sucrush@epssura.com.co
- Póliza: orientpolizacovid@sura.com.co

La remisión de estos pacientes urgentes es un trabajo en equipo tratemos de incentivar en los equipos que no es suficiente con enviar solo el correo. Los invitamos a escalar y llamar para avisar de la urgencia.

2

BACK DE SEGUIMIENTO

¿En qué momento el caso 1 hace conexión con el back de seguimiento para la continuidad posterior a la hospitalización?

Los casos 1 posthospitalizados ingresan al back de seguimiento una vez son dados de alta de las instituciones. Los identificamos a través de bases de datos que nos reportan los diferentes

aseguradores.

¿Es posible crear un documento para el back de seguimiento con las sedes de urgencias para pacientes COVID-19?

Les compartimos el directorio que tenemos a la fecha, pero estaremos revisando si es necesario realizar algún ajuste para facilitarles el acceso y consulta.

- EPS:
https://comunicaciones.segurossura.com.co/MercadeoPersonas/covid19/Covid19_directorioips.pdf
- Póliza: <https://www.segurossura.com.co/paginas/salud/sedes/saludsura.aspx>

Desde el back de seguimiento y según la guía, el día 10 si no hay mejoría el paciente debe ser remitido a urgencias, esos pacientes se nos están perdiendo, ya que la bandeja no programa seguimientos y en urgencias no dan el alta, sino que les dicen a los pacientes que deben esperar la llamada del back, ¿hay forma que desde urgencias se pueda volver a direccionar al back a esos pacientes?

Lo primero es que la guía no define que el paciente obligatoriamente se remita a urgencias. Se plantea que, si la persona no ha mejorado por dificultad respiratoria, persistencia de niveles de oxígeno por fuera de rangos normales o fiebre persistente, se debe continuar con el seguimiento del paciente. Eso puede incluir valoración presencial por consulta prioritaria, domiciliar o urgencias, con el fin de realizar una valoración integral y definir un abordaje adecuado.

Segundo, el back finaliza seguimiento una vez el paciente es remitido a otro servicio (urgencias, hospitalización). Si es un caso sospechoso y luego llega el resultado positivo el paciente volvería a ingresar al back por el resultado positivo y continuaría en seguimiento virtual.

3 ESTRATEGIA PRASS

¿Se debe diligenciar la ficha epidemiológica en PHC de los pacientes sospechosos captados desde la estrategia PRASS? ¿Cómo se notifican estos pacientes?

La forma de captar las personas sospechosas que se identifican como contacto de un paciente positivo es la asignación de cita de puerta de entrada PRASS y la atención se da de acuerdo con las definiciones que se tienen por guía. Por tanto, el diligenciamiento de la ficha se puede realizar también desde PHC.

Persona asintomática y con prueba negativa que convive con alguien positivo y no está seguro de la exposición no protegida, ¿cómo se hace el cálculo del aislamiento?

Se tiene en cuenta la fecha de inicio de síntomas del caso positivo y a partir de ahí se cuentan los 14 días de aislamiento para el contacto conviviente siempre y cuando sea asintomático.

Para los contactos sintomáticos, el tiempo de aislamiento se realiza bajo la premisa basada en evidencia que un paciente es infeccioso 2 días antes y hasta 10 días después del inicio de síntomas, por lo tanto, el tiempo de aislamiento se define mínimo hasta los 10 días.

Esto último no debe confundirse con lo descrito en el curso PRASS que habla de aislamiento de 14 días partiendo desde el momento de la exposición, no del inicio de síntomas.

4 TELEMONITOREO DOMICILIARIO

¿Cómo es el proceso de recolección de los equipos del modelo de telemonitero domiciliario?

La recolección del kit se hace automáticamente cuando se da de alta al paciente. No se debe de hacer ninguna gestión por el médico más que cuando le den de alta le expliquen que se los van a recoger. El área logística hace todo.

Como algunos pacientes no van a ser llamados por Salud en Casa, ¿estarán en seguimiento back virtual? ¿Los profesionales de IPS adscritas deben gestionar estos pacientes, así estén por modelo domiciliario?

Los pacientes que no tiene signos de complicación, estables, son seguidos por el back de seguimiento a positivos.

¿Cuál es el número de equipo respuesta rápida? sirve para pacientes?

Los teléfonos del equipo de respuesta rápida son para uso de personal asistencial. **No son de uso para los pacientes:**

- Antioquia: 3174641520 y 3182624310
- Barranquilla: 3168193010
- Bogotá: 3158263563 y 3158271199.
- Cali: 315 8399255

Hemos visto pacientes caso 5 (asintomáticos) que están en el telemonitoreo, pero pacientes con comorbilidades importantes y adultos mayores no lo están, ¿entonces cómo realizan esas prioridades?

En este momento lo más importante es la prioridad y está depende de las comorbilidades de la persona, edad, y otros factores. Puede existir pacientes caso 5 con prioridad 1 que ingresarían al modelo, así como uno que sea caso 2, prioridad 5, que no ingrese. Es más relevante para el modelo la clasificación de prioridad (probabilidad de complicación) que la clasificación operativa del caso.

Otro criterio importante es que el día de Inicio de síntomas sea menos de 10 días.

¿Qué porcentaje de saturación es la necesario para activar el equipo de respuesta rápida?

Los rangos de normalidad de saturación de oxígeno según altura sobre el nivel del mar, así:

- Ciudades a más de 2000 mts: 90% de saturación oxígeno ambiente
- Ciudades a menos de 2000 mts: 93% de saturación oxígeno ambiente

Pediatría

- Ciudades a más de 2500 mts 90% de saturación oxígeno ambiente
- Ciudades a menos de 2500 mts 92% de saturación oxígeno ambiente

Condiciones especiales

- Embarazada 95% de saturación oxígeno ambiente
- Enfermedad pulmonar previa O2 requirente (> 2000 mts 88%, < 2000 mts 90%)

Todo paciente que se encuentre por fuera de los parámetros de altura sobre el nivel del mar, deben recibir oxígeno suplementario, iniciando O2 por cánula nasal entre 2-3 lt/min y aumentando la frecuencia del monitoreo (SaO2 y pulso) a cada 2 horas. Si el paciente presenta deterioro y se debe aumentar el requerimiento de O2 a 5 litros por cánula nasal, el monitoreo es cada hora. si aun así no se supera el valor de la SaO2, se debe pensar en remitir al paciente a nivel hospitalario, antes de que presente falla respiratoria.

En la población pediátrica que requiere oxígeno suplementario se debe iniciar O2 por cánula nasal a 0.5 lts/min. En los menores de 5 años, todo niño que requiera O2 se remite; y niños entre los 6 y 14 años, con requerimientos de oxígeno superiores a 1L/min se benefician de manejo intrahospitalario. Mientras se hace efectivo el proceso de remisión se realizará monitoreo cada dos horas.

¿Cómo identificamos el prestador que tiene en el modelo al paciente? ¿Se puede ver en la historia o donde podemos preguntarlo?

Algunos prestadores los creamos en IPS de atención domiciliaria y se puede evidenciar en PHC prestador domiciliario y el nombre del prestador. Es un desarrollo que estamos trabajando con tecnología para EPS, Póliza y ARL.

Cuando tú veas en la historia clínica ingreso domiciliario COVID y abras la historia aparece la IPS que hace la atención.

Además, los prestadores externos tienen acceso a los aplicativos de historia clínica para poder hacer seguimiento de su información.

<https://login.sura.com/sso/servicelogin.aspx?continueTo=https%3A%2F%2Fipsa-version.suramericana.com%2Fipsa&service=salud>

¿Hay alguna ruta para contacto automático con el modelo domiciliario en caso de un paciente que no ha ingreso por el modelo? ¿El paciente puede comunicarse y solicitar el ingreso o cómo lo reporta el equipo de salud?

Los pacientes deben ingresar a la ruta COVID-19 a través de los diferentes puntos de puerta de entrada: teleorientación COVID (sus rutas), la APP, servicio de Urgencias o derivado de una atención presencial. Cuando hay seguimiento por el Back de gestión y se complica, se deriva a urgencias o salud en casa de acuerdo a los criterios establecidos en los modelos, pero no es posible que el paciente ingrese a un modelo domiciliario de manera diferente o directa

Los equipos de salud pueden reportar el caso, en caso de no estar dentro del modelo y que cumpla con criterios de inclusión, enviando mail con la historia clínica:

- PBS: enviar email con la historia clínica a Covid19senc@sura.com.co
- Póliza: ceautomonpoliza@suramericana.com.co

5

MODELO DE URGENCIAS

¿Cómo controlan en direccionamiento a urgencias desde el autotriage? Podría presentarse que dicho direccionamiento colapse los servicios y no sea pertinente.

Todo paciente que ingresa al servicio de urgencias desde el aplicativo de autotriage, es abordado en la sede para pre-triage y posterior triage en zona COVID o zona NO COVID y de acuerdo a la clasificación se indica la ruta a seguir.

Es decir, no todo paciente que acceda a la sede va a ser admitido en el servicio de urgencias, dependerá de su criticidad.

EI NEWS 1 es casi el 85% del acceso de usuarios. Si el usuario ya está en canal ¿por qué se redirecciona a urgencias?

Contamos con un sistema BOT que aplica un cuestionario y por inteligencia artificial direcciona al paciente (depende de las respuestas si o no del paciente) y un sistema de comunicación con equipo de salud (medico, APH, fisioterapeuta, enfermer@, pediatra) quienes luego de intervenir al paciente define que a pesar de ser clasificado News1 tiene un CRB65 mayor a 1 u otros factores de riesgo que lo hacen candidato a valoración presencial para eliminar el riesgo y disminuir las complicaciones

Los temas tecnológicos que fueron reportados por ustedes durante los foros, se escalaron a los equipos correspondientes para su evaluación y mejora.