SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR
GUIÓN PARA EL ABORDAJE TELEFÓNICO INICIAL
PRIORIDAD GESTANTE

Alistamiento:

- Verificación de la prioridad a contactar: Confirmar que la persona a contactar está dentro del grupo Gestantes
- Revisión en visor de historia clínica, las atenciones (Fechas y perfiles).
- Verificar si ya se encuentra caracterizado tanto el usuario índice como el núcleo familiar y en qué fecha.
- Verificar si ya se han adelantado seguimientos a la familia y en qué fecha.
- Verificar si la persona debe solicitar actualización de encuesta SISBEN IV.
- Verificar la nacionalidad.
- Verificar la edad de la usuaria.

CONTACTO TELEFÓNICO INICIAL:

Paso 1: Presentación e identificación:

Me presento mi nombre es xxxxxxx auxiliar de enfermería de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Subred XXX, hago parte del modelo MÁS BIENESTAR, que tiene como objetivo el cuidado para la salud familiar.

Me comunico con la señora xxx identificado con el número de documento xxxxxx.

Le informo que, en Bogotá tenemos una estrategia de acompañamiento a familias con gestantes para apoyar el cuidado de la salud por medio de los Equipos Básicos Extramurales de hogar, contamos con un equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos que realizan una valoración integral directamente en el domicilio, a usted y los demás integrantes de su familia identificando necesidades en salud.

Recuerde que me llamo xxxxxx, y soy el promotor que la va atender a usted y a su familia, asignado al territorio XXXX en el cual se encuentra ubicada su residencia y quien los va a estar acompañando para el cuidado de la salud.

Paso 2. Verificar identidad del usuario

Por lo que voy a confirmar sus datos, autoriza de manera voluntaria, libre e inequívoca el tratamiento de datos e información sensible que recolectemos en el marco de la ejecución del convenio de equipos básicos extramurales de hogar, los cuales serán almacenados, procesados, usados y compilados, transmitidos, transferidos, actualizados y dispuestos para este fin, conforme a lo establecido en la ley 1581 del 2012:

- Señora XXXXXX (Indicar primer nombre y primer apellido y que el usuario complete segundo apellido)
- Con número de identificación XXXX (Indicar los primeros dígitos y que el usuario complete los últimos 3)
- Su dirección es XXXXX (Indicar la primera parte de la dirección y que el usuario la complete)
- ¿Aparte de este número de teléfono tiene alguno otro número de contacto?
- ¿Usted con quien vive?
- ¿Aparte de usted, en su familia se cuenta con algún integrante que sea gestante, menor de 18 meses, personas con condición crónica, discapacidad o necesidad en salud mental?

A partir de ello, quiero hacerle unas preguntas sobre su estado de salud o el estado de salud.

N°	PREGUNTA	POSIBILIDADES DE RESPUESTA	ACCIÓN A DESARROLLAR
¿Cuántas semanas de embarazo tiene?, Nacionalidad, edad y Aseguramiento en Salud			Continúa con la pregunta 1.
1.	¿Ya inició su control prenatal?	Si	Continúa con la pregunta 2.
		No	Gestionar cita de inicio de control prenatal, derivación al profesional EBEH y continuar con la pregunta 3.
2.	¿Cuándo fue su último control prenatal?	Fecha	Si corresponde con frecuencia de uso, continuar a la siguiente pregunta, si no corresponde Gestionar cita de control prenatal derivación al profesional EBEH y continuar con la pregunta 3
3.	¿Tiene usted una condición crónica como HTA, Diabetes o EPOC (Sufre usted de la tensión, azúcar alto o de los pulmones)	Si	Continúa con las preguntas 4 y 5
		No	Continúa con la pregunta 6.
4.	¿Asiste a sus citas médicas para esto?	Si	Continúa con la siguiente pregunta.
		No	Gestionar cita de inicio de control prenatal, derivación al profesional EBEH y continuar con la pregunta 5.
5.	¿Se toma el medicamento para su condición crónica?	Si	Continúa con la siguiente pregunta.
		No	Gestionar cita de inicio de control prenatal, derivación al profesional EBEH y continuar con la pregunta 7.
6.	¿Usted tiene alguna discapacidad?	Si	Continúa con la pregunta 7.
		No	Continúa con la pregunta 8.
7.	¿Qué discapacidad tiene?	Clasificación	Continúa con la pregunta 8.
8.	¿Es usted cuidadora de una persona con discapacidad o dependencia?	Si	Realizar activación de ruta intersectorial, continúa con la pregunta 9.
		No	Continúa con la pregunta 9.
9.	¿Presenta alguna alteración nutricional? (bajo peso u obesidad para la edad gestacional).	Si	Derivación al profesional EBEH Continúa con la pregunta 10.
		No	Derivar a la de RIAS Materno Perinatal. Continúa con la pregunta 10.
10.	¿Se ha vacunado con influenza durante su embarazo? PREGUNTAR SOLO SI TIENE 14 O MAS SEMANAS	Si	Continúa con la pregunta 9.
		No	Derivar al equipo PAI de Equipos básicos Extramurales de hogar.
11.	¿Se ha vacunado con DPT durante su embarazo? PREGUNTAR SOLO SI TIENE 26 O MAS SEMANAS	Si	Finalizar preguntas
		No	Derivar al equipo PAI de Equipos básicos Extramurales de hogar

Acciones a desarrollar de acuerdo con los resultados de la tabla:

Comentado [DR1]: Tener en cuenta los criterios establecidos en el lineamiento para el abordaje familiar.

a. *Calificación del Riesgo:*

- *Riesgo alto:* **Se identifica riesgo alto cuando la respuesta es afirmativa para las preguntas 1 a la 7 y 10 a la 11, para la pregunta 9 se tendrá en cuenta la respuesta negativa; en estos casos derivar al profesional de enfermería.**

Señora XXXX, de acuerdo con lo conversado durante la llamada telefónica, queremos manifestarle que para nosotros es fundamental continuar con el acompañamiento a la gestante y a su familia, en el marco de la gestión del riesgo en salud, un profesional de enfermería se estará comunicando con usted próximamente con el fin de coordinar una visita domiciliaria. Durante esta visita, se buscará ampliar la información suministrada por ustedes, brindar orientación educativa pertinente y adelantar acciones que permitan mitigar o controlar los riesgos en salud que se han identificado.

¿Señora XXX está usted de acuerdo con esta visita? En caso de que así lo refiera, se indicara que en el transcurso de las próximas horas el profesional de enfermería se comunicará nuevamente con ella para concertar la fecha y hora más convenientes para la realización de la visita.

- *Riesgo bajo:* **Se identifica riesgo bajo cuando la respuesta es afirmativa para adherencia a controles prenatales. En estos casos, se continúa con el abordaje por parte del promotor de salud**.

Si la gestante o su familia no cuentan con caracterización previa, se procederá a concertar una cita para realizarla en el domicilio en un plazo no mayor a 48 horas, garantizando así una intervención oportuna y alineada con la gestión del riesgo en salud.

b. *Acciones propias del promotor:*

- Guion Riesgo Bajo; para familias nuevas o con caracterización de 1 año o más:

Señora XXX De acuerdo con la información brindada durante la llamada, y teniendo en cuenta que hace aproximadamente un año se realizó una visita a su hogar, nos gustaría poder visitarla nuevamente con el fin de actualizar la información y continuar con el acompañamiento a su familia.

Durante esta visita, se verificará la situación actual y, en caso de identificar familias nuevas en el hogar, se llevará a cabo el proceso de caracterización, con el propósito de gestionar de manera adecuada los riesgos en salud y orientar los servicios necesarios.

Por lo anterior, quisiéramos concertar con usted una fecha y hora para realizar dicha visita, ¿Está usted de acuerdo?

En caso de que su respuesta sea afirmativa, procederemos de inmediato a coordinar los detalles para la visita domiciliaria.

** Si la caracterización fue hace menos de un año, se continúa con seguimientos, acorde a prioridad y frecuencia establecida.

- Guion Riesgo Bajo; para seguimiento a las familias de acuerdo a clasificación:

De acuerdo con la información brindada durante la llamada, y teniendo en cuenta que hace menos de un año se le hizo una visita a su hogar, continuaré con los seguimientos conforme a lo identificado durante el proceso. Para su caso, el próximo seguimiento se llevará a cabo de manera XXX (se debe identificar si será presencial o telefónico):

- ✓ Si el seguimiento es presencial, procederemos a concertar la fecha y hora más conveniente para la visita.

- ✓ Si el seguimiento es telefónico, este se realizará en un plazo aproximado de XXX (especificar en cuánto tiempo).

Nota: En caso de identificar una prioridad diferente al usuario índice por el cual se establece contacto telefónico, que no se encuentre caracterizado o presente novedad, se debe programar el contacto presencial en el menor tiempo posible para adelantar la actualización pertinente.

Paso 3: Acciones de promoción del cuidado de la salud

1. *Información en salud, acorde a la prioridad y riesgos identificados:*

a) *Si usted presenta los siguientes signos de alarma debe consultar al servicio de urgencias*

PRIMER TRIMESTRE (hasta las 12 semanas)
- ✓ *Dolor de cabeza constante*
- ✓ *Hinchazón de manos, cara, piernas y pies al levantarse*
- ✓ *Dolor abdominal continuo o que se vaya intensificando*
- ✓ *Vómito incontrolable*
- ✓ *Sangrado vaginal*
- ✓ *Dolor o ardor al orinar*
- ✓ *Flujo vaginal con mal olor*
- ✓ *Fiebre de más de 38 ºC*

SEGUNDO TRIMESTRE (hasta las 24 semanas)
- ✓ *Dolores de cabeza fuertes y persistentes*
- ✓ *Visión de luces*
- ✓ *Pitos o zumbidos en los oídos*
- ✓ *Vómitos con sangre*
- ✓ *Náuseas y vómitos intensos*
- ✓ *Dolor abdominal intenso o calambres*
- ✓ *El bebé deja de moverse o se mueve menos en el vientre*
- ✓ *Sangrado vaginal o salida de líquido vaginal*
- ✓ *Hinchazón repentina o intensa en manos, cara, piernas o pies*
- ✓ *Flujo vaginal con mal olor*
- ✓ *Dolor o ardor al orinar*
- ✓ *Fiebre de 38,9 °C (102 °F) o más*

TERCER TRIMESTRE (hasta las 40 semanas)

- ✓ *Dolores de cabeza fuertes y persistentes*
- ✓ *Visión de luces*
- ✓ *Pitos o zumbidos en los oídos*
- ✓ *Vómitos con sangre*
- ✓ *Náuseas y vómitos intensos*
- ✓ *Sangrado vaginal o salida de líquido vaginal*
- ✓ *El bebé deja de moverse o se mueve menos en el vientre*
- ✓ *Náuseas y vómitos intensos*
- ✓ *Contracciones mucho antes de la fecha del parto*
- ✓ *Fiebre constante o mayor de 38.5 °C*

b) Educación en Vacunación

Cumplir con el esquema nacional de vacunación no solo protege a la mujer en gestación, sino también al bebé, su familia y a la comunidad.
Las vacunas ayudan a prevenir enfermedades graves que pueden afectar tanto a la madre como al bebé. Al mantener al día las vacunas durante el embarazo, se fortalece el sistema inmunológico de la madre y se le transmite al bebé la protección necesaria para su desarrollo y salud.

Recuerda:

- ✓ Llevar siempre el carné de vacunación a cada control prenatal.
- ✓ Estar pendiente de las fechas indicadas para cada dosis.
- ✓ Acudir al centro de salud más cercano si tienes dudas.

2. *Información en salud, en temáticas generales, por alertas y contingencias en salud en la ciudad y conmemoraciones en salud.*

PICO RESPIRATORIO:

Bogotá ha presentado un pico respiratorio con alerta epidemiológica, según la Secretaría Distrital de Salud. Esto se debe a un incremento de consultas por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Tenga en cuenta los siguientes signos y síntomas:

- Tos con flema
- Dolor o enrojecimiento de la garganta
- Ronquera
- Dolor de oído
- Fiebre de difícil control
- Decaimiento
- Respiración más rápida de lo normal
- Sonidos en el pecho
- Hundimiento de las costillas al respirar
- Rechazo a la alimentación

Recuerde seguir las siguientes Medidas de cuidado:

- Lavarse las manos frecuentemente
- Usar tapabocas si tienes síntomas respiratorios
- Evitar cambios bruscos de temperatura
- Taparse la nariz y la boca al toser o estornudar
- Mantener ventilados los espacios de reunión
- Limpiar las áreas de contacto que usan niños
- Evitar la automedicación
- Tener al día el esquema de vacunación
- Signos de alarma

Paso 4: Información adicional

Banco de preguntas frecuentes.

¿En qué sede pueden encontrar el medicamento?
¿Porque medicamento se puede cambiar?
¿Cuándo me van a entregar el medicamento?
¿No me autorizan los medicamentos?
Paso 5: Cierre de la llamada:

- Recordatorio de citas concertadas para abordaje presencial en el domicilio o derivaciones realizadas a profesionales.
- Agradecer su tiempo y cooperación.

Señora XXX Agradezco su tiempo y cooperación al atender mi llamada y brindarme información sobre el estado de salud de su hijo y su familia. Para nosotros es muy importante acompañarlos y estar atentos a lo que puedan necesitar.

Le recuerdo que (nombre o cargo del profesional) estará realizando la visita domiciliaria o el seguimiento correspondiente. Así mismo, es importante que tenga presentes las citas agendadas (recordar fecha, lugar u hora si aplica), y las activaciones de ruta que ya se han gestionado para garantizar la atención oportuna.

Quedo atenta a cualquier inquietud adicional que pueda tener.