

2024 Midwest Stream Forum

Uniting Communities to
Cultivate Change for
Health Equity

#MIDWESTSF24





**Programa de Manejo de Enfermedades
Crónicas en un Centro 330 en Puerto Rico:
La experiencia del Hospital General de Castañer
como "Líder en Calidad de Centro de Salud"**

**Chronic Conditions Management Program In a
330 Center In Puerto Rico:
The Experience of Castañer General Hospital As
a "Health Center Quality Leader"**



**Dr. José O. Rodríguez, MD
Hospital General Castañer**

**Alma R. Galván MHC
Migrant Clinicians Network**



OBJETIVOS

01

Identificar los factores de riesgo sociales relacionados a las condiciones crónicas y su impacto en la salud.

02

Identificar el rol del personal de alcance comunitario (CHW) y sus esfuerzos para proveer educación y reducir factores de riesgo que incrementan las condiciones crónicas.

03

Integración de servicios como parte del cuidado comprensivo de salud a agricultores y población en general con enfermedades crónicas.

04

Familiarizarse con el libro comico “Mi salud es mi Tesoro” y como podría usarse para el automanejo de la diabetes.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS O FACTORES QUE INCIDEN EN EL DESCONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Resistencia a la vacunación para condiciones crónicas (Influenza, Covid-19 etc.)

Negativa a las recomendaciones sobre las guías sobre las dietas recomendadas

Uso de monitores para estimar presión en el hogar sin aprobación por FDA

Desconocimiento en el uso de normas o guías para medir la presión

No se evaluaban o exploraban los determinantes sociales y cómo inciden en las condiciones crónicas

Acceso limitado a equipo para monitoreo de condiciones crónicas (Hipertensión, diabetes)

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS O FACTORES QUE INCIDEN EN EL DESCONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Ignorar el uso de medicamentos el día de la cita incidiendo en alteraciones de su condición crónica

Limitada adherencia al uso de medicamentos, tratamientos y seguimientos preventivos

Personal clínico no verificaba o brindaba seguimiento a las presiones, resultados o indicadores de riesgo anormales el día de la evaluación

Problemas en la calibración de monitores para estimar presión arterial

Limitarse a educación verbal y no proveerle al paciente literatura sobre su condición (dibujos, gráficos, ejemplos de procedimientos)

Problemas en identificar transportación para citas médicas, laboratorios y obtener medicinas en el hogar

PROGRAMA ALCANCE COMUNITARIO/OUTREACH/CHW

- Dirigido por un psicólogo clínico
- **Dos equipos:**
 - **Equipo 1 – Tres (3) Coordinadores de Alcance Comunitario (Outreach)**
 - **Un (1) Team Leader-** Planifica, organiza y apoya el Programa de Hipertensión y refuerza el acceso a la tecnología de telemedicina.
 - **Dos (2) Outreach-** Colaboran en la educación al paciente en el uso adecuado de la tecnología por medio de los dispositivos digitales (BPM) de hipertensión, ofrece apoyo en el hogar al paciente y colabora con la promoción de la salud.
 - **Equipo 2-Cinco (5) Coordinadores de Alcance Comunitario (Outreach)**
 - **Un(1)Team Leader-**Planifica y colabora con el componente de comunidad, servicios y promoción de la salud.
 - **Cuatro (4) outreach-**Promueven la educación de la salud en los pacientes y el acceso a los servicios que ofrece la Institución en las diferentes comunidades de la región.

ROLES GENERALES DEL PERSONAL ALCANCE COMUNITARIO

Ofrecer apoyo al equipo clínico de los programas de diabetes, hipertensión, OVC, nutrición entre otros.

Coordina el acceso a los servicios de salud conductual y la provisión de apoyo básico para la salud mental en las poblaciones marginadas

Coordina y participa en la extensión de la clínica externa para satisfacer las necesidades de salud básicas en poblaciones marginadas.

Asiste a los miembros de la población para que se inscriban y participen en los programas de servicios sociales y de salud de la Institución.

Conecta a poblaciones marginadas con los sistemas de provisión de servicios locales de salud y sociales. (Referidos)

Provee educación de salud a las poblaciones y comunidades usando métodos de enseñanza eficaces respetando sus necesidades culturales, educativas, lingüísticas y de alfabetización.

ROLES GENERALES DEL PERSONAL ALCANCE COMUNITARIO

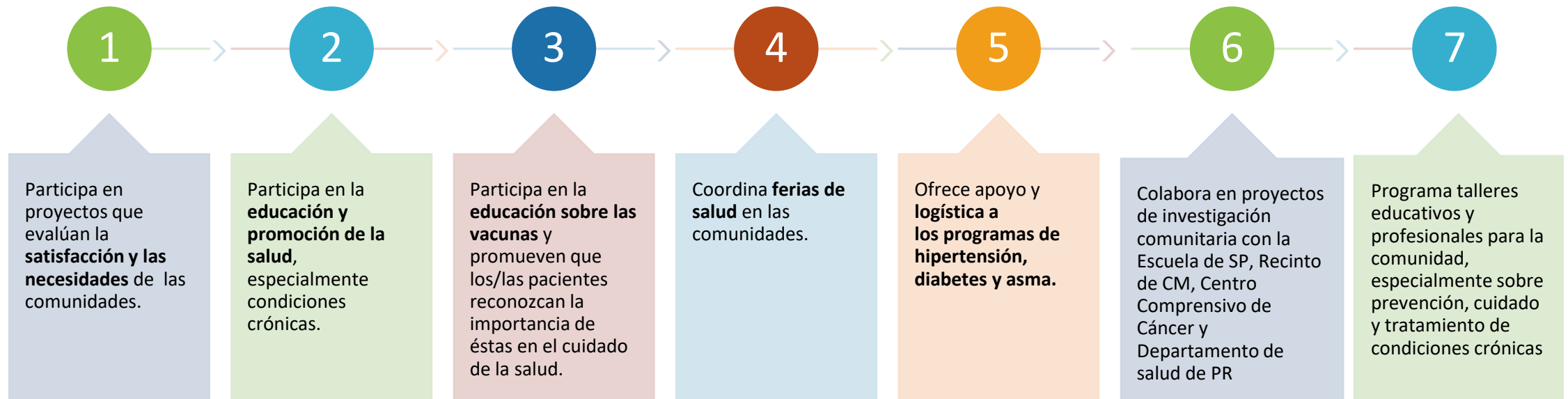
Establece **presencia en las comunidades** brindando información, educación, servicios y apoyo donde los miembros de las poblaciones viven, trabajan, pasan tiempo y acceden a servicios.

Luchan (abogan) en nombre de las poblaciones marginadas para garantizar el **acceso al cuidado de la salud** contemplando su diversidad cultural.

Trabaja para crear **alianzas** con las organizaciones de servicios de salud, gubernamentales, religiosas y sociales de la comunidad.

Educación sobre la vacunación, inmunización y proveer recursos para el acceso a las mismas en las clínicas.

RESUMEN DE SERVICIOS COORDINADOS Y SU ACCESO A LAS COMUNIDADES



ACCIONES CLÍNICAS, PROGRAMÁTICAS Y COMUNITARIAS PARA LOGRAR UNA MEJOR EFICIENCIA EN EL MANEJOS DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS

Clínicas	Programáticas	Comunitarias (CHW)
<ul style="list-style-type: none"> • Estandarización de órdenes para los diagnósticos: CBC, BMP, MICROALBUMINA EKG URINALISIS TSH LIPID PANEL A1C ESPIROMETRIA • Se establecieron normas/políticas clínicas para reevaluar cada presión anormal de forma manual y el A1C > 9. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los CHW refuerzan los programas clínicos como intermediarios comunitarios. • Entrega de medicamentos y muestras de laboratorios en el hogar. • Evaluar los determinantes sociales al menos una vez al año. • Protocolo para calibrar monitores de oficinas dos veces al año por biomédico. • Distribución de 1,285 dispositivos de hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los CHW evalúan las necesidades y los niveles de satisfacción de los servicios clínicos. • En el supermercado de Castañer se identificaron (rotularon) alimentos saludables. • Transportación para citas con médico primario especialistas y servicios clínicos (salud mental(psicólogos, psiquiatra) nutricionista, laboratorio, etc. • Educación de las condiciones crónicas de mayor incidencia.

PROGRAMAS QUE REFUERZAN EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Programa para el control de la diabetes –pacientes con A1C > 9%.
- Programa de control de la hipertensión – pacientes con BP > 140/90.
- Programa del control del asma persistente- todo paciente (niños, adolescentes-adultos y adultos mayores).
- Programa de Salud Conductual dirigido a estas condiciones crónicas (Care Plan)
- Programa de dietista-nutricionista en hogar, virtual y/o presencial para pacientes con A1C>9.
- Programa entrega de medicamentos al hogar.
- Programa de toma de muestras y electrocardiograma en el hogar.
- Programa de inmunización y vacunación en el hogar.
- Programa de visitas virtuales- OVC.

Colaboradores del programa

Médico primario

- Evaluación primaria
- Brinda tratamiento.
- Ajuste de medicamentos
- Recomendación para modificar estilos de vida

Manejadora de caso (Enfermera graduada)

- Identificar al paciente
- Coordina cita con su médico
- Educa y visita a su hogar.
- Plan de cuidado

Salud conductual

- Trabajo Social, Promotora en Salud, Psicólogo Clínico y Psiquiatra y Consejería en Rehabilitación.
- Evalúa el entorno del paciente para identificar determinantes sociales y ayudar a manejar su condición

Nutricionista

- Evalúa y educa sobre dieta y ejercicios.
- Toma de muestras en el hogar

Farmacéutico

- Evalúa los medicamentos ordenados y asiste en la adherencia a su terapia (Educación y adherencia).

COLABORADORES DE LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS PARA EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

- **PERSONAL DE ALCANCE COMUNITARIO (OUTREACH)- CHW**

- Ofrecen educación sobre telemedicina, servicios que ofrecen en el hospital y sirve de intermediario para ayudar al paciente a un mejor acceso de servicios
- Verifica información sociodemográfica ECW.
- Estatus de Web Enable (HUB)
- Orientan sobre dispositivo digital de la presión arterial.
- Evalúan para determinantes sociales
- Visitan los hogares de paciente:
 - Instalan dispositivo (withings) para estimar presión arterial. "Blood Pressure Monitor"
 - Reprograman equipo (BPM) con la conexión wifi o internet en el hogar del paciente.
 - Recopilación de lecturas y registros para control de la hipertensión.

¿CÓMO LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS DE CUIDADO PRIMARIO IMPACTAN POSITIVAMENTE EL MANEJO DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS?



- Incrementan el conocimiento del paciente sobre el cuidado de su condición y riesgos.
- Educar para el uso correcto de los medicamentos.
- Aprenden a identificar los parámetros normales de la presión sanguínea y azúcar.
- Identifica signos y síntomas de descontrol como medida de recaída.
- Reconoce la importancia de seguimiento con su Médico Primario y especialistas reforzando su adherencia.
- Reforzar la importancia del seguimiento con Nutricionista para cuidar su salud.
- Reducir el estigma hacia las intervenciones de salud conductual.
- Opción de visitas virtuales y tele consultas
- Entrega equipo digital para estimar la presión sanguínea
- Integración de la comunidad y la familia
- Concienciación de la importancia de integrar salud conductual y salud física

¿CUÁLES BARRERAS EXISTEN AL MOMENTO DE OFRECER UN MANEJO ADECUADO DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS?



TECNOLOGÍA (ACCESO A TELEMEDICINA): Sobre el 60% de la población carece de internet de banda ancha y solo cuentan con su internet limitado del celular o algún internet para el hogar el cual la velocidad fluye de 3mbps a 10mpbs.



EDAD: Adultos entre 50-80 años son la mayoría de paciente hipertensos.



PROBLEMAS DE TRANSPORTACIÓN: Visitas a especialista y médico primario, búsqueda de medicamentos y toma de muestras de laboratorio



LIMITADA ADHERENCIA: actividad física saludable, estigma hacia la intervención en salud mental y seguir planes de cuidado clínicos.

ESTADÍSTICAS DE PACIENTES BENEFICIADOS DURANTE EL PRIMER AÑOS DE INTERVENCIÓN Y MANEJO



Programa del Manejo y Control de la Hipertensión – 754



Programa del Manejo y Control de la Diabetes-299



Programa del Manejo del Asma– 366



Programa sobre educación en la Nutrición en el hogar- 226

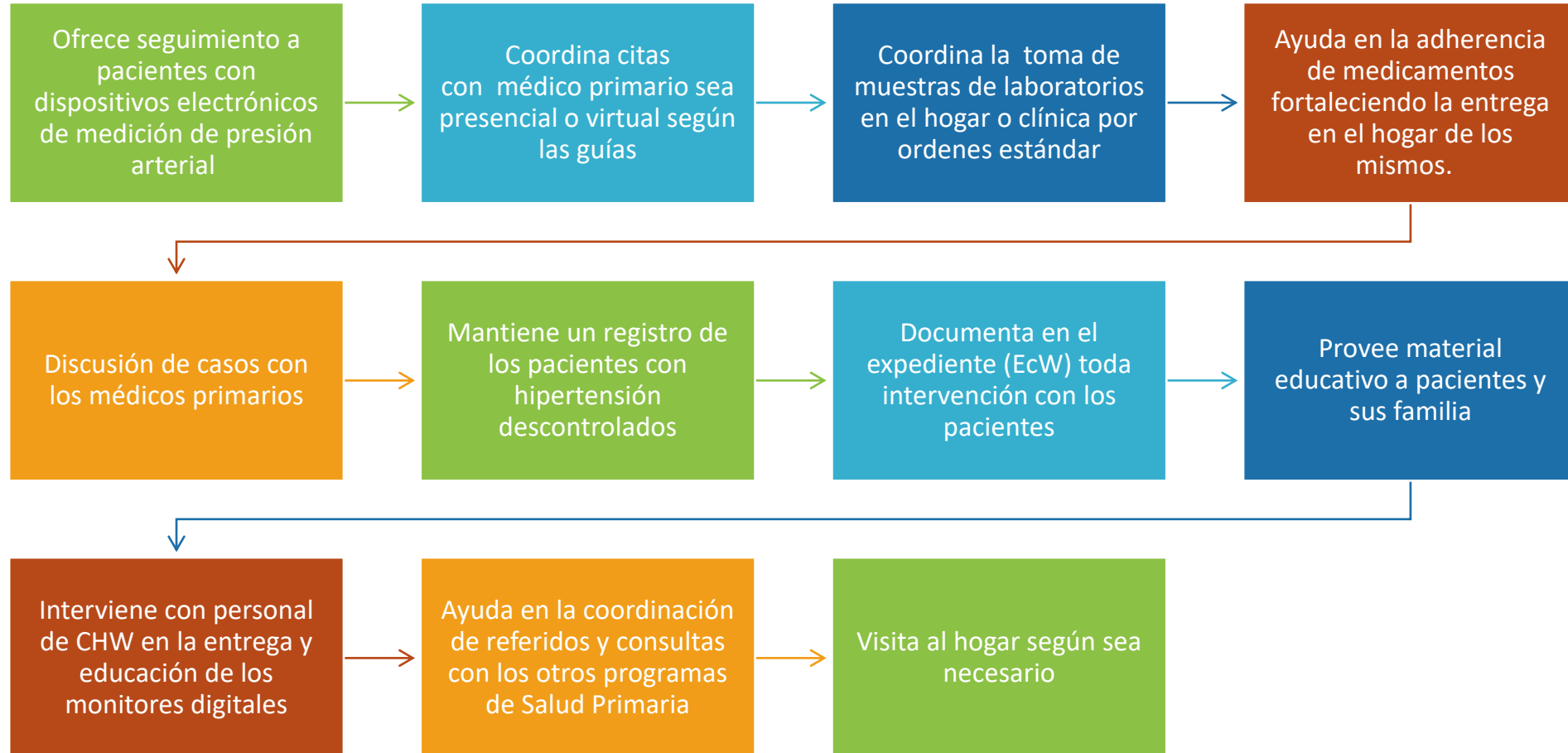


Programa de OVC-más de 400 pacientes y 1,500 encuentros clínicos



Pacientes impactados en programa de salud conductual 1,500 pacientes únicos

PROGRAMA PARA EL MANEJO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN



PROGRAMA DE AUTOMANEJO CON MONITOREO DIGITAL AL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO

Como y cuando medir la presión en su hogar.

Qué hacer si no está dentro de valores aceptables.

Cuando llamar a su médico o manejador de caso o ir a sala de emergencias.

Presentan resultados en comité de garantía de calidad.

Manejadora de caso llama a los pacientes y está pendiente a sus resultados.

Toda intervención se documenta en expediente electrónico.

Se programan visitas presenciales o virtuales o se refieren al programa OVC.

Se refieren al consultor que se identifique la necesidad.

Se comenzó con 100 pacientes y ahora se están repartiendo los monitores a los pacientes identificados con descontrol, según UDS.

“*Dashboard*” de pacientes hipertensos para seguimiento más cercano.

PLAN DE CUIDADO REVISADO EN CADA VISITA PRESENCIAL O VIRTUAL POR ENFERMERÍA

Metas clínicas

- ✓ Alcanzó presión sanguínea menor a 140/90.
- ✓ Alcanzó peso adecuado...
- ✓ Realización de actividad física y ejercicios de bajo impacto.
- ✓ Explorar las barreras para el control de la hipertensión.
- ✓ Educar cuándo y cómo pedir ayuda de ser necesario
- ✓ Recomendar visita a dietista

Metas clínicas

- ✓ Educación sobre el manejo y control de la hipertensión
- ✓ Evaluación por el DSMDA
- ✓ Consejos para prevenir la alteración de la ...
- ✓ Educación de cómo monitorear su presión arterial.
- ✓ Orientación sobre el uso adecuado y efectos de medicamentos.
- ✓ Educación sobre actividad física y ejercicios.

ENTREGA DE PLAN DE CUIDADO ESCRITO AL PACIENTE



PROGRAMA DE NUTRICIÓN

- Aporta educación a los pacientes para el manejo adecuado de su condición de diabetes, brindándole las herramientas necesarias, apoyo especializado y de forma oportuno.
- Compuesto por la dietista, flebotomista, manejadora de casos y oficinista.
- Ofrece evaluación nutricional en el hogar.
- Educación de diferentes temas relacionados a su condición y nutrición.
- Toma de muestras de laboratorio en el hogar según ordenes estándar para diabetes.
- Se han evaluado 220 pacientes con HgA1C >9 y de estos 123 han logrado disminuir su HgA1C a <9%.
- Se han realizado 530 encuentros de estos 231 en el hogar y 269 en clínicas/virtuales.



RETOS DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN

- **Pacientes administrándose incorrectamente la insulina**
 - Dejan la jeringuilla vacía
 - Utilizan lugar incorrecto de inyección
 - Dosis incorrecta
 - Insulinas expiradas
- **Consumo de Alimentos Altos en Azúcar Añadida**
 - Jugos
 - Refreco
 - Dulce
 - Productos de Repostería
- **Desconocimiento de la Condición**
 - Desconocen los niveles apropiados de glucosa en sangre
 - Hipoglucemia (para ellos 120mg/dl de glucosa es bajo y omiten medicamentos o se dejan de poner la insulina)
 - Hiperglucemia (confunden los síntomas)
- **No tienen adherencia a los medicamentos**
 - No se los toman correctamente ya que desconocen su función
 - Acceso limitado para recogido/entrega de medicamentos
- **Consumo de Carbohidratos**
 - Porciones Excesivas en Carbohidratos
 - Consumen dos o más carbohidratos en una misma comida
- **Omiten comidas**
 - Solo consumen dos comidas al día en grandes cantidades (atracones)

EDUCACIONES POR NUTRICIONISTA

- Mi plato navideño,
- El paciente diabético en tiempos de desastres

- Poner el plato navideno

Educación brindada por enfermera:

- ¿Qué es la Diabetes Tipo 2?
- Plan de Cuidado para la Diabetes
- Como utilizar un glucometro y tomarse la muestra de glucosa en el hogar
- Como usar la insulina
- Tipos de insulina y como funciona
- Cómo preparar una dosis única de insulina
- La Diabetes y los pies/Cuidado de los pies
- La presión alta y la Diabetes
- La Diabetes y su corazón
- La Diabetes y sus ojos
- La Diabetes y sus dientes
- Mi recordatorio diario para el cuidado de la diabetes
- ¿Cuándo llamar al médico?
- Resistencia a insulina
- Proteja sus riñones
- La Diabetes y el estrés
- Diabetes e influenza
- La Diabetes y la hora de dormir
- Consejos para controlar el colesterol y la diabetes
- Diabetes y depresión
- Manejar con Diabetes



PROGRAMA PARA EL MANEJO Y CONTROL DEL ASMA/COPD

COMPUESTO POR TERAPISTAS RESPIRATORIOS

PROCESAN LA ESPIROMETRÍA CADA 1 O 2 AÑOS

OFRECE EDUCACIÓN EN ASMA , COPD SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS, PREVENCIÓN DE EXACERBACIONES Y EL USO PFM (PEAK FLOW METER)

EDUCAN SOBRE EL MANEJO DE EXACERBACIONES

SE LES ENTREGA PLAN DE CUIDADO ESCRITO Y UN ATOMIZADOR PORTÁTIL DE BATERÍAS

Xxxx
Dr pone

PROGRAMA DE ENFERMERAS VISITANTES

- **Manejadora de caso –Enfermera Graduada**

- El objetivo es dar seguimiento a todo paciente hospitalizado y dado de alta para garantizar una continuidad de cuidado óptimo y reducción de readmisiones
- Enfermera visita el hogar en la primera semana luego del alta:
 - Realizará *evaluación*, solicitará *Discharge Summary*, realizará reconciliación de medicamentos, identificará determinantes sociales y documentará todos los hallazgos sobre la condición actual del paciente.
 - Educará al paciente sobre el manejo de su condición y promover las visitas con su médico primario para mantener control.



PROGRAMA DE ENFERMERAS VISITANTES

- Coordina cita presenciales o virtuales con el médico primario dentro de los próximos 30 días laborables (presencial o telemedicina).
- Coordina visitas con especialistas de ser recomendadas, toma de muestras de laboratorios y entrega de medicamentos en el hogar.
- Ayudará en el manejo correcto de las condiciones crónicas del paciente



Departamento de *Optimizing Virtual Care* OVC

OBJETIVOS DEL PROGRAMA



Aumentar el acceso a los servicios de salud por medio de la tecnología



Alcanzar una parte mayor de la población con problemas de acceso (movilidad, transportación, zonas geográficamente distantes)



Aumentar y optimizar el cuidado virtual con nuevas tecnologías de cuidado médico.



Integrar los Community Health Workers al equipo clínico como enlace con la comunidad en el hogar o lugar donde se ofrecerán los servicios.



Identificar determinantes sociales de la salud observados en la comunidad o el hogar de paciente por los CHW



Establecer estaciones de evaluación virtual en áreas lejanas de difícil acceso



Departamento de Optimizing Virtual Care OVC

Se identifican y atienden los determinantes sociales de la salud de forma presencial en la comunidad

Seguimiento adecuado a pacientes de Salud Conductual y pacientes con enfermedades crónicas que no pueden llegar a sus clínicas de forma virtual

Se han cerrado las brechas entre las inequidades en la población atendida

Se trabajan soluciones a las necesidades identificadas y se canalizan

Se ofrece asistencia a los otros departamentos y programas clínicos para consultas virtuales

El Departamento de OVC cuenta con 5 equipos, cada uno compuesto por un/a enfermero/a y dos Impactivistas de Salud Comunitarios o CHW, que visitan pacientes en el hogar para ofrecerles una nueva experiencia de cuidado.

MI SALUD ES MI TESORO



UNA GUÍA PARA VIVIR BIEN
CON DIABETES



<https://www.migrantclinician.org/es/node/224>

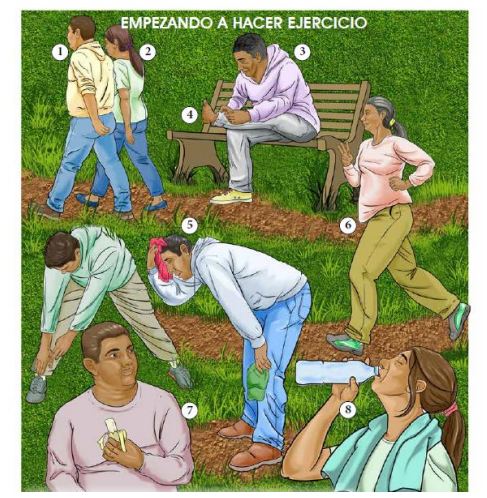
Habla de:

- Conceptos básicos
- Determinantes sociales como
 - migración,
 - seguro médico,
 - trabajo,
 - economía,
 - movilidad
 - salud mental

<https://www.migrantclinician.org/es/resource/comic-mi-salud-es-me-tesoro-una-guia-para-vivir-bien-con-diabetes.html>



- Revisión de los pies
- Revisión de los ojos
- Herramientas para autocontrol
- Sugerencias de nutrición
- Lectura de etiquetas
- Actividad física



Nutrition Facts

8 servings per container
Serving size 2/3 cup (55g)


Amount per serving
Calories 230

	% Daily Value*
Total Fat 8g	10%
Saturated Fat 1g	5%
Trans Fat 0g	
Cholesterol 0mg	0%
Sodium 160mg	7%
Total Carbohydrate 37g	13%
Dietary Fiber 4g	14%
Total Sugars 12g	
Includes 10g Added Sugars	20%
Protein 3g	
Vitamin D 2mcg	10%
Calcium 260mg	20%
Iron 8mg	45%
Potassium 235mg	6%

* The % Daily Value (DV) tells you how much a nutrient in a serving of food contributes to a daily diet. 2,000 calories a day is used for general nutrition advice.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

La Asociación Americana de Diabetes recomienda una dieta baja en grasas y carbohidratos. Usted decide si sigue una dieta regular o basada en plantas, sin carne, huevos, lácteos como leche o mantequilla, ni aceite. Ambas pueden mejorar su salud cuando son bajas en grasas y carbohidratos, porque son más saludables y reducen sus niveles de azúcar en sangre.

	REGULARES	A BASE DE PLANTAS
DESAYUNO	Coma porciones pequeñas y a la hora indicada, evite comer de más y saltarse las comidas. Se pueden comer de 6 a 10 porciones durante el día. 	Donde es MUY importante lo que se come y menos cuanto se come. Se puede comer hasta llenar, pero SOLO alimentos enteros sin grasa. 
MERENDA	Zanahorias, pepinos y jicama con limón y chile en polvo. 	Plátano con mantequilla de maní (100% maní, sin aceite ni azúcar) y agua. 
ALMUERZO	2 rebanadas de queso, 1/4 de aguacate, 2 rebanadas de jamón, 1 huevo duro, 1/2 manzana, zanahorias, pechugas, lechuga, 3 cucharadas de maní tostado sin sal y agua. 	Sopa de lentejas, tomate, frijoles y ensalada de maíz con ajo. Ensalada de nopal, sandía y agua. 
MERENDA	Ensalada de frijoles negros, cilantro, chile jalapeño, maíz y cebolla. 	Zanahorias, pepinos y jicama con limón y chile. Frijoles negros con comino. 
CENA	Taquitos de pollo con tortillas de maíz, queso al 2%, frijoles, lechuga, guacamole y tomate y agua. 	Tortitas sin aceite o manteca, frijoles caseros, lechuga, salsa, guacamole, pico de gallo, cilantro, ensalada con lechuga, pepino, tomate y zanahoria, aderezo de vinagre balsámico y mostaza. Rodajas de mango y agua. 

A1c es el promedio del nivel de azúcar en su sangre en los últimos 3 meses.

¡Controlar el azúcar en la sangre ayuda a sentirse mejor, evita complicaciones en su salud y **hasta puede salvar su vida!**

Para controlar el nivel de azúcar en mi sangre, para tener una vida saludable y reducir el riesgo de complicaciones en el futuro, yo _____ prometo seguir este plan.

A1c	Glucosa en sangre
12	385
11	310
10	275
9	240
8	205
7	170
6.5	150
6	135
5	100
4	65

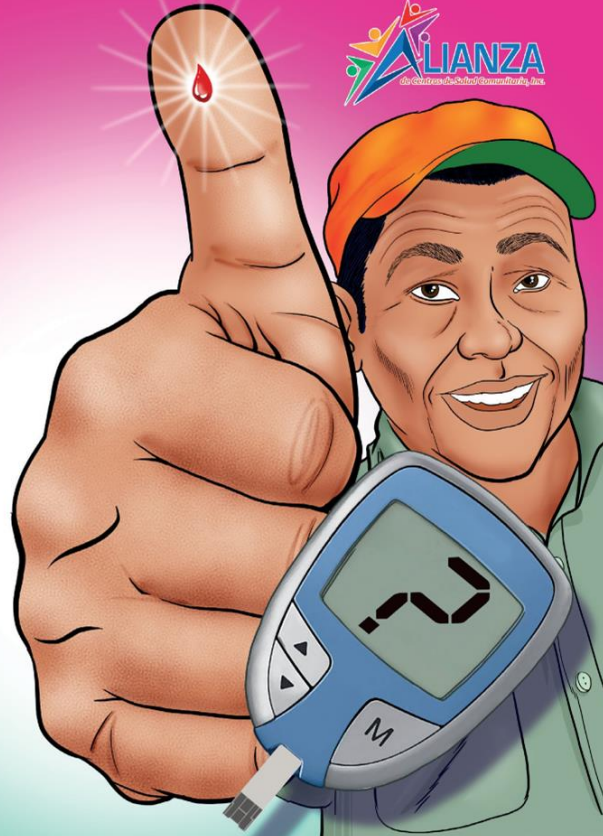
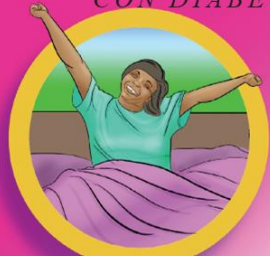
Medida	Recomendado	Actual	Meta
A1C	<7		
Presión arterial	<130/80		
LDL (Colesterol malo)	<100		
HDL (Colesterol bueno)	40>		
Tomar medicamentos	Diario		
Mantener un peso saludable	Según su altura es _____		
Ejercicio	Mínimo 3 veces o 150 min por semana		
Examen de pies	Diario		
Comida saludable	Diario		
Visita al oftalmólogo	Anualmente		
Examen físico general	Anualmente		
Visita al nutricionista	Anualmente		

Hay otros exámenes para mantenerse saludable, pregunte a su médico cuáles debe hacerse

- Evaluación renal
- Evaluación de tiroides
- Proteínas en la orina
- Mamografía
- Sangre oculta en excretas
- Papanicolaou
- Examen de la próstata

MI SALUD ES MI TESORO

UNA GUÍA PARA VIVIR BIEN CON DIABETES



MIGRANT CLINICIANS NETWORK



Edición financiada por la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC) en base al calendario de vacunación realizado en el 2006 por Migrant Clinicians Network gracias al apoyo original de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y NACHC. El contenido es responsabilidad de los autores y podría no representar la visión oficial de NACHC.



Publicación financiada por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.E.U.U. (HHS) como parte de una subvención de \$1,074,709.00 con 0% financiamiento de fuentes no gubernamentales. Los contenidos son del autor (es) y no representan necesariamente opiniones oficiales ni el respaldo de HRS, HHS o el gobierno de E.E.U.U. Para obtener más información visite HRS.gov.

Agradecemos la revisión técnica para la versión Puerto Rico del Dr. Jose Rodríguez, Lic. Joan Fernandini, Lic. Cinthia Santiago Diaz, Lic. Leonardo Perez y Ent. Margarita Renta

A1c es el promedio del nivel de azúcar en su sangre en los últimos 3 meses.



¡Controlar el azúcar en la sangre ayuda a sentirse mejor, evita complicaciones en su salud y hasta puede salvar su vida!

Para controlar el nivel de azúcar en mi sangre, para tener una vida saludable y reducir el riesgo de complicaciones en el futuro, yo _____ prometo seguir este plan.

A1c	Glucosa en sangre
12	345
11	310
10	275
9	240
8	205
7	170
6.5	150
6	135
5	100
4	65

Medida	Recomendado	Actual	Meta
A1C	<7		
Presión arterial	<130/80		
LDL (Colesterol malo)	<100		
HDL (Colesterol bueno)	40>		
Tomar medicamentos	Diario		
Mantener un peso saludable	Según su altura es _____		
Ejercicio	Mínimo 3 veces o 150 min por semana		
Examen de pies	Diario		
Comida saludable	Diario		
Visita al oftalmólogo	Anualmente		
Examen físico general	Anualmente		
Visita al nutricionista	Anualmente		

Hay otros exámenes para mantenerse saludable, pregunte a su médico cuáles debe hacerse

- Evaluación renal
- Evaluación de tiroides
- Proteínas en la orina

- Mamografía
- Sangre oculta en excretas
- Papanicolaou
- Examen de la próstata

Responder las siguientes preguntas:

1. Identifique los factores de riesgo sociales en este caso relacionados con las condiciones crónicas
2. Identificar acciones clínicas basadas en evidencia que fortalezcan factores protectores y de manejo para un mejor bienestar del paciente
3. ¿Cuál sería su meta en este caso?
4. ¿Cuál sería el papel (rol) del CHW en el logro de las metas?
5. ¿Cómo podría usar el libro cómico con ese caso?

Trabajo
en
equipos

10 min



Caso 1

Paciente de 55 años femenino con historial de DM por 10 años e hipertensión en tratamiento con Novolin 70/30, 50 unidades dos veces al día, metformin 1000 dos veces al día y Vasotec 10 diario. Ultima A1C fue 12%. Paciente referida por medico primario al programa de colaborativa de diabetes. Fue evaluada por manejadora de caso. Encontró que no tiene adherencia a sus medicamentos porque se le venció el plan y no pudo renovarlo, no está trabajando para poder comprar las medicinas, cuando va a cita dice que las está utilizando y le hacen ajustes a la insulina.

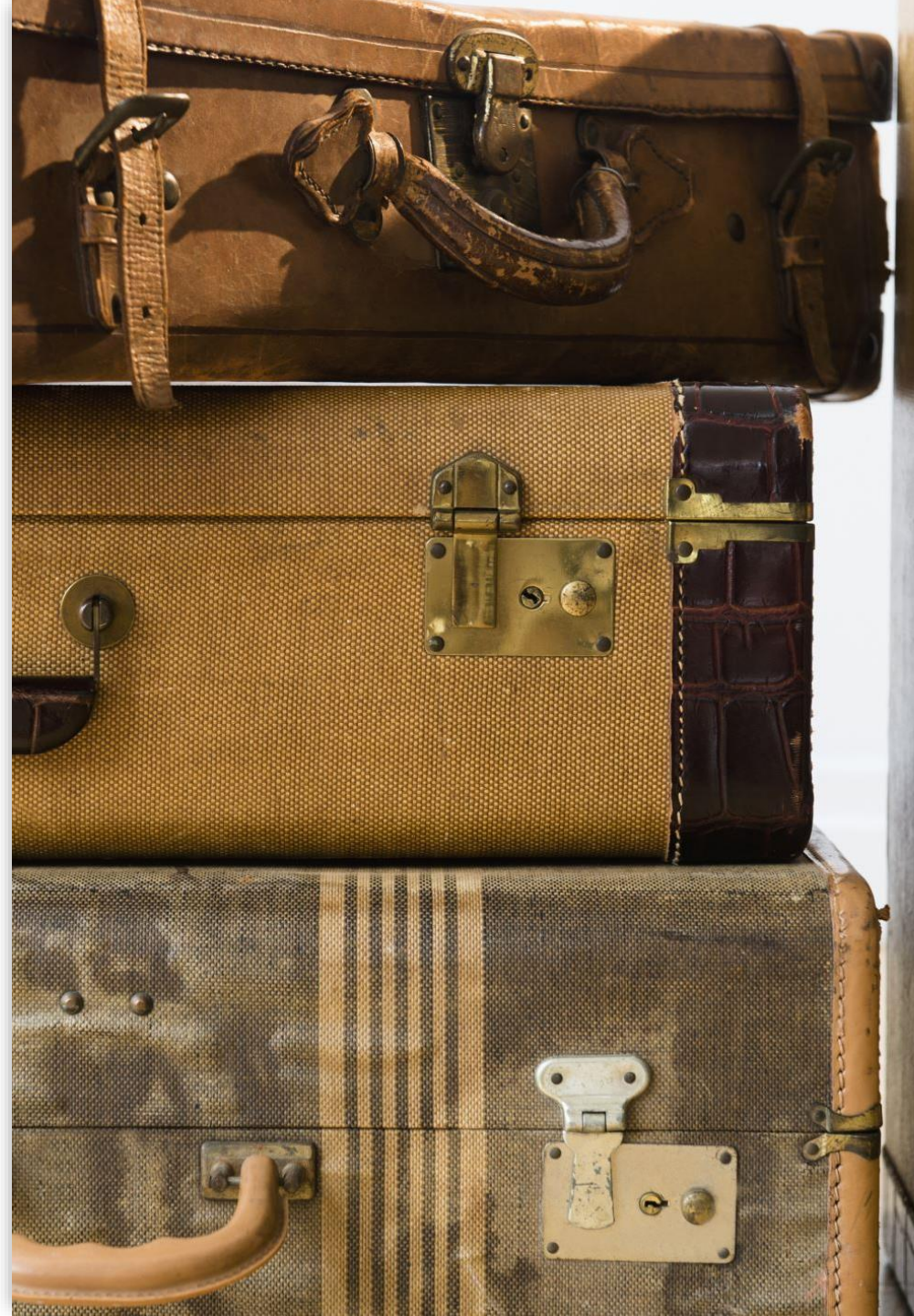
Caso 2

Personal de CHW fueron a las comunidades a orientar sobre los servicios que se ofrecen en la clínica. Encontraron una familia que hace mas de dos años que no visitan el hospital por problemas de transportación y cuidan un miembro de la familia con discapacidad que le impide salir del hogar. Fueron pacientes del centro hasta que comenzó la pandemia. Dos miembros tienen historial de hipertensión, uno de diabetes y COPD, el otro del corazón y derrame cerebral. Refirieron el caso al equipo de OVC para su evaluación y seguimiento.



Caso 3

Paciente de 68 años trabajador de las fincas de café, con historial de hipertensión en tratamiento con Losartan 100 diario, Hidroclorotiazida 25 diario, Norvasc 10 diario y Cardura 4 al acostarse. Hace 3 meses tubo un pequeño infarto cardiaco debido a su presión descontrolada. El refiere que mientras está trabajando le da dolor de cabeza y mareos. Se ha estado evaluando en clínica cada 6 semanas y haciendo ajuste a sus medicamentos para la presión, pero continúa descontrolado. El caso fue referido al programa de hipertensión para su debido seguimiento. El caso fue evaluado por la manejadora de caso y se le explicó del programa de monitoreo digital. El paciente tiene un celular con Internet por lo que se le da monitor digital y se notifica a su médico.



Caso 4

Paciente de 68 años, trabajador de las fincas de guineos (bananas), con historial de hipertensión y diabetes en tratamiento con Vasotec 10 diario, Janumet . No desayuno esa mañana y solo tomo café y estaba doblado limpiando el terreno con machete y al levantarse se mareo y se cayó y se dió un golpe (cantazo), pero no perdió el conocimiento. Y le pidió a su compañero de trabajo que llamara a la oficina de su médico (con la información que el paciente tenía en su cartera) y le explicó lo sucedido.

En la oficina del doctor, la enfermera le programo una visita virtual. Su médico lo llamó a su celular por la plataforma del record electrónico de su expediente médico (eCW).



Connect with MCN! ¡Conéctese con MCN!



Access our latest resources

Revise nuestros últimos recursos



Get updates from the field

Obtenga actualizaciones desde el campo



Attend our variety of trainings

Asista a nuestros varios tipos de capacitaciones

and a lot more at/*y* mucho más en www.migrantclinician.org



@tweetMCN



@migrantclinician

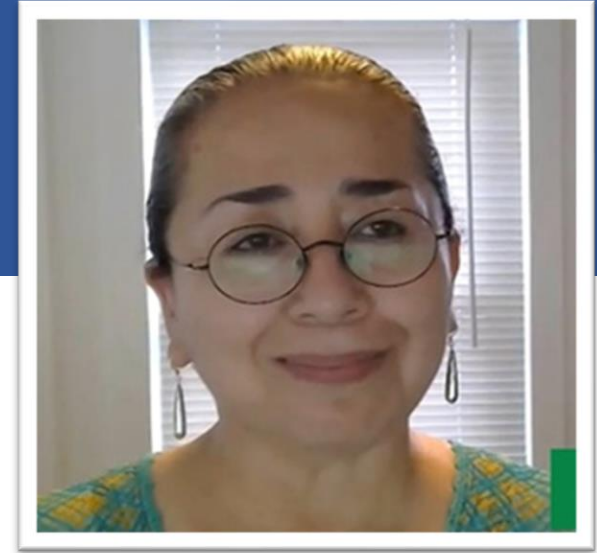


@migrantcliniciansnetwork



Dr. José O. Rodríguez, MD
Hospital General Castañer
jrodriguez@hospitalcastaner.com

Kim Nolte
Chief Executive Officer
Migrant Clinicians Network



Alma R. Galván MHC
Migrant Clinicians Network
agalvan@migrantclinician.org

¡Gracias por su atención!

PLAN DE ACCIÓN PARA MANEJO DE HIPERTENSIÓN

Hipertensión (Presión Sanguínea Alta)

Cada Día	<ul style="list-style-type: none">• Dieta saludable.• Ejercicios regularmente.• Dieta baja en sal.
Zona Verde	Alcanzaste el objetivo de presión normal y eres considerado estable. <ul style="list-style-type: none">• No tiene fatiga, confusión, mareo o dolor de cabeza.• Medicamentos tienen controlado la presión.• Siga la dieta y ejercicio recomendada.
Zona Amarilla	Peligro: Llame a tu doctor o visite a tu doctor o Sala de Emergencia. <ul style="list-style-type: none">• Valor de presión fuera de lo normal.• Dolor de cabeza.• Sangrado nasal.• Ruidos en los oídos.• Mareo.• Palpitación.
Zona Roja	Emergencia: Llame al 911 o visitas Sala de Emergencia. <ul style="list-style-type: none">• Repentino adormecimiento, debilidad de la cara, extremidades especialmente en un lado del cuerpo.• Confusión o problemas para hablar.• Problemas para ver.• Problemas para caminar y mareo repentino.• Pérdida de balance y coordinación.• Dolor de cabeza fuerte.



Plan de acción para manejo de hipertensión

Niveles de Presión	Síntomas Presentados	Manejo	Recomendación de Medidas
< 140/90	No presenta síntomas.	Seguir medicamentos.	Medidas de presión dos veces por semana.
140-159/90-99	No presenta síntomas. Dolor de pecho leve Falta de aire leve Dolor de cabeza leve	Si olvidó tomar medicamentos. Si está ansioso o agitado o pasó mal rato, descansar por 30 minutos y repetir medida de presión.	Tomar medicamento y repetir en una hora. Si mejoró seguir rutina. Medir presión en días alternos y evaluación médica en dos semanas. Si no hay mejoría visitar urgencias ó a su PCP ó llamar a su PCP y manejadora de caso.



Plan de acción para manejo de hipertensión

Niveles de Presión	Síntomas Presentados	Manejo	Recomendación de Medidas
160-179/100-109	Dolor de pecho Falta de aire Dolor de cabeza Mareos Náuseas y vómitos Se sientes raro o síntomas nuevos.	Si olvido tomar medicamentos.	Tomar medicamentos y visitar Sala de Emergencias para reevaluación de la presión y síntomas.
	No presenta síntomas.	Si olvido tomar medicamentos.	Tomar medicamento y repetir en una hora. Si mejora seguir rutina. Si no mejora llamar a su PCP o manejadora de caso para instrucciones. Medir presión diariamente y evaluación médica en una semana.



Plan de acción para manejo de hipertensión

>= 180/110	No presenta síntomas.	Si olvido tomar medicamentos.	Tomar medicamento y repetir en una hora si no tiene síntomas. Si mejoró a valores cerca o normal seguir rutina y medir presión dos veces al día por tres días y reevaluación por su médico y/o manejadora de caso.
	<hr/> Si presenta síntomas: <ul style="list-style-type: none">✓ Dolor de pecho✓ Falta de aire✓ Dolor de cabeza✓ Mareos✓ Náuseas y vómitos✓ Debilidad de extremidades, adormecimiento o cualquier otro síntoma o se siente raro.	<hr/>	<hr/> Llamar a su PCP o manejadora de caso y al 911 o que algún familiar lo lleve urgente a la Sala de Emergencias más cercana.



Session Evaluation (in mobile app)

Please complete the evaluation for this session.

To do so, click on the link above session description on the Whova platform. In the mobile app, select session and expand description to access the evaluation link.

The screenshot shows a session page with the following details:

- Session Title:** Intensive: Building Agricultural Worker Wellness and Resiliency
- Date and Time:** Monday, April 24, 2023, 8:30 AM - 12:00 PM
- Location:** Capital View Terrace South
- Topic:** Overcoming Emerging Issues
- Status:** Added to My Agenda (3 attending)
- Interactive Features:** Q&A, Polls, Like (1), Chat
- Overview:** Access to mental health resources can be challenging among Migratory and Seasonal Agricultural Workers (MSAWs) due to... (with a "See more" link)
- Personal Notes:** Take Notes
- Speaker (2):** Monica Garcia, Program Director, MHP Salud
- Bottom Bar:** Star icon, Speakers, Say Thanks

A red circle highlights the "CLICK HERE TO COMPLETE THE SESSION EVALUATION" link in the Overview section.

[CLICK HERE TO COMPLETE THE SESSION EVALUATION](#)

Access to mental health resources can be challenging among Migratory and Seasonal Agricultural Workers (MSAWs) due to varied cultural conceptions of mental illness that can also limit their access to mental health care. The Community Resiliency Model (CRM) aims to help create trauma-informed and resiliency-focused communities that share a common understanding of the impact of trauma and chronic stress on the nervous system and how resiliency can be restored or increased using this skills-based approach. This interactive workshop will provide health center staff and Community Health Workers (CHWs) who work with MSAW populations with information and resources to promote self-care, community resiliency, and access to mental health well-being. Participants will practice the core CRM wellness skills: (1) Tracking, (2) Grounding, (3) Resourcing, (4) Gesturing, (5) Shift & Stay and (6) Help Now! - used to bring our bodies, mind, and spirit back into a state of balance. Participants will also have the opportunity to engage in peer-to-peer discussions on mental health concerns and address how these wellness skills can be made accessible to MSAWs and their families to build and restore resiliency.

Learning Objectives:



Session Evaluation (QR Code)



<https://www.surveymonkey.com/r/W9Z83Y5>



**Thank you for attending
today's session!**

**Enjoy the rest of the
Forum**

Uniting Communities to Cultivate Change for Health Equity

#MIDWESTSF24