



Apoyos Conectados

para la autonomía personal



Atam



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



Qué es Apoyos conectados

- Un proyecto piloto
- Un **innovador modelo de apoyos** a la autonomía personal, el cuidado y el mantenimiento de la salud
- Para **retrasar y/o evitar la institucionalización** de personas mayores, dependientes y/o con discapacidad.



Financiado mediante una subvención con cargo al **Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia**, del **Gobierno de Aragón**, mediante la Orden CDS/1069/2022, de 7 de julio.

Modelo a implementar

Un modelo de atención y cuidados ajustado a principios de:

- **Vida independiente** y atención centrada en la persona.
- Prevención y promoción de la salud.
- Participación en la comunidad.



Mediante un sistema basado en la atención comunitaria integrada, con **soporte tecnológico y servicios profesionales de proximidad**.

Coordinación y Colaboración

Dentro de un **modelo colaborativo**, el proyecto establece una coordinación con las Administraciones públicas, además de la colaboración y coordinación con los **Servicios Sociales y Sanitarios** locales o comarcales, así como, con otros agentes colaboradores de la comunidad de referencia, contando con la participación de las personas usuarias y sus cuidadores.



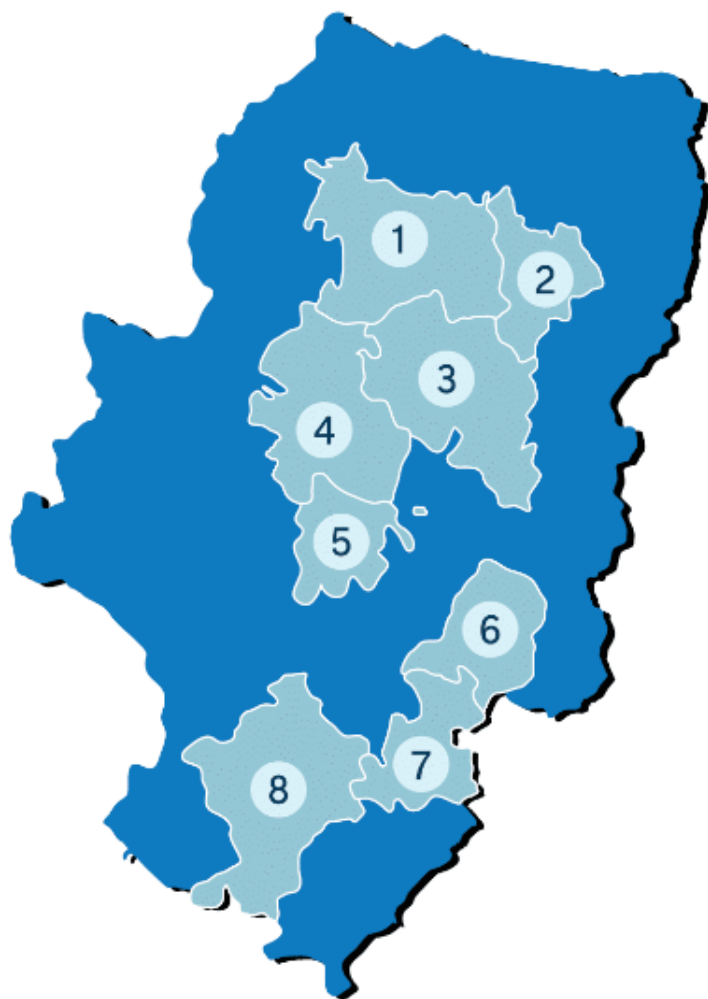
A quienes va dirigido

- Personas mayores con autonomía en situación de **fragilidad o soledad**
- Personas con **discapacidad**
- Personas con **dependencia** o necesidades de apoyo para realizar las ABVD/AIVD
- Personas con dificultad para **participar en la vida comunitaria** en su entorno
- Personas con necesidad de monitorización de su **estado de salud**



Posibles apoyos sistema modular y compatible con otros

- **Apoyos tecnológicos para garantizar la seguridad.**
 - **Sensorización del hogar** no invasiva e inteligente.
 - **Seguimiento y alertas fuera de domicilio** mediante una aplicación móvil
 - **Monitorización de variables biomédicas** que permita respuestas inmediatas ante desequilibrios y el análisis de tendencias.
- **Atención personal:**
 - **Gestores de apoyos** (coordinan los recursos).
 - Apoyo en domicilio de **técnicos de promoción de la autonomía.**
 - **Acompañamiento y apoyos básicos**
 - **Otros perfiles: terapia ocupacional, fisioterapia...**
 - Identificación y coordinación con otros **apoyos comunitarios.**



¿Dónde está disponible?*

Este proyecto tendrá lugar en las tres capitales aragonesas (Huesca, Teruel y Zaragoza) y en las siguientes comarcas de Aragón:

1. Comarca Hoya de Huesca.
2. Comarca Somontano de Barbastro.
3. Comarca de Los Monegros.
4. Comarca Central de Zaragoza.
5. Comarca Campo de Belchite.
6. Comarca del Bajo Aragón.
7. Comarca del Maestrazgo.
8. Comarca Comunidad de Teruel.

* Disponibilidad actual, con posibilidades de ampliación

Duración del proyecto

- Las personas participantes en el proyecto podrán disponer de los apoyos que se determine en cada caso, según sus necesidades individuales **hasta el 31 de marzo de 2025** (solicitada ampliación)
- Es **voluntario y no tiene coste para la persona usuaria**



Qué queremos conseguir

- Mantener a la persona en el hogar, con seguridad y bienestar.
- Una intervención respetuosa con la persona, sus preferencias y circunstancias únicas.
- Que la persona se integre y participe en su comunidad.
- Aplicar un enfoque integral e integrado para el cuidado de las personas



Protocolo de Actuación ACAP-SALUD

APOYOS CONECTADOS PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN CON EL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

El presente documento afecta a los procesos de altas y de prestación del servicio del proyecto Apoyos Conectados para la Autonomía Personal (ACAP).

Su objetivo es definir los elementos principales de coordinación con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD):

1. Actores implicados
2. Criterios de incorporación de personas usuarias/pacientes y proceso de alta.
3. Gestión eficaz de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente (Emergencias).
4. Seguimiento de parámetros a largo plazo.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. PROYECTO ACAP: MARCO GENERAL..... | 2 |
| 2. Población diana | 3 |
| 3. Actores implicados..... | 3 |
| 4. Identificación e inclusión de usuarios derivados por parte del SALUD..... | 4 |
| 4.1. Identificación y notificación de potenciales participantes..... | 4 |
| 4.2. Inclusión y valoración de los usuarios en el proyecto ACAP | 5 |
| 4.3. Criterios de inclusión de pacientes en ACAP para la telemonitorización por parte del SALUD | 5 |
| 4.4. Posibilidad de monitorización de constantes dentro del proyecto..... | 5 |
| 5. Gestión del alta de usuarios en los sistemas de telemonitorización | 6 |
| 6. Gestión de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente..... | 7 |
| 6.1. Configuración de las alarmas..... | 8 |
| 6.2. Gestión ordinaria general de las alarmas producidas en el portal ACAP- ViveLibre..... | 8 |
| 6.3. GESTIÓN DE ALARMAS producidas por la plataforma de telemonitorización del SALUD | 9 |
| 6.4. GESTIÓN DE ALARMAS ante solicitudes de la persona usuaria | 10 |
| 7. Configuración mínima del equipo ACAP-CCS..... | 10 |
| 8. Seguimiento de la evolución..... | 10 |
| 9. Diagrama de flujo | 12 |

Protocolo de actuación: finalidad

Dentro del proyecto ACAP, a través de este protocolo, se plantea la colaboración con el SALUD para la derivación e **inclusión de pacientes con dos finalidades compatibles entre sí:**

1. Prestar, a los pacientes que desde el SALUD se determinen, **la monitorización de constantes vitales** y la gestión de alarmas generadas por la toma de constantes fuera de rango.
2. **Incluir en el proyecto ACAP a los pacientes** que sean derivados por profesionales del SALUD, **teniendo en cuenta en su PACI otras necesidades identificadas** que requieran de apoyos tecnológicos y/o personales.

El proyecto ACAP será considerado como un activo para la salud, dentro de la estrategia de atención comunitaria de Aragón.

Protocolo de actuación: agentes

3. Actores implicados

Se describen los diferentes perfiles profesionales que participan en el proyecto:

| TIPO | NOMBRE | DESCRIPCIÓN |
|---|---------------|--|
| Gestores de Apoyos | ACAP-GA | Realizan la valoración general de los participantes, fijan el Plan de Apoyos Conectados Individualizado (PACI) con la persona usuaria, establecen la tipología de apoyos y mantienen un seguimiento general. |
| Gestores de Salud | ACAP-GS | Realizan un seguimiento de las personas usuarias con ViveLibre Salud |
| Equipo Clínico | ACAP-EQ | Revisa los datos biomédicos y avisos de salud y alertas generadas en la Plataforma de ViveLibre. Analiza las tendencias y modifica umbrales. Revisa los informes trimestrales |
| Técnico de Promoción de la Autonomía | ACAP-TPA | Son las personas que atienden a los usuarios en domicilio, para apoyo en la autonomía y participación comunitaria |
| Unidad de Apoyo | ACAP-UA | Contact center de atención 24x7 que gestiona todas las alertas generadas por todos los sistemas. Atiende también las llamadas directas de las personas usuarias |
| Contact Center Sanitario | ACAP-CCS | Atiende las alertas generadas por la Plataforma de tele monitorización del SALUD. Estará formado por personal sanitario (médicos o enfermería) |
| Equipos de atención primaria del Servicio Aragonés de Salud | SALUD-AP | Personal de atención primaria que participa en la identificación de pacientes y utiliza la información recogida en el proyecto para mejorar la calidad de la atención al paciente. |
| Gestión Proyecto Barbastro | SALUD-GESTION | Personas de referencia, gestión del proyecto y revisión de inclusión de pacientes |

Protocolo de actuación: inclusión de pacientes

4.1. Identificación y notificación de potenciales participantes

El Servicio Aragonés de Salud (SALUD) podrá proponer a pacientes para la inclusión en el programa. Para ello, el profesional revisará entre sus pacientes aquellos que puedan beneficiarse de los servicios de ACAP (ver punto 1). En el caso de telemonitorización, los pacientes deberán cumplir con los criterios de inclusión del punto 4.3.

1. A cada potencial beneficiario se le informará sobre el programa, facilitándole un folleto informativo (elaborado por ACAP).
2. En caso de que el paciente esté interesado, se tramitará el alta del mismo en OMI-AP como la recomendación de un activo para la salud.
 - En el campo “Motivo de recomendación”, se podrán indicar los apoyos recomendados: monitorización de constantes, otros apoyos tecnológicos de seguimiento o apoyos personales.
 - En el caso de recomendar la monitorización de constantes, es preceptivo especificar constante y frecuencia de monitorización.
3. Se imprimirá la hoja con la recomendación del activo y el paciente o su representante la dejará en el servicio de admisión o el lugar que se le indique, para su posterior recogida por un técnico de ACAP.
4. El profesional que recoja la hoja de recomendación, dará a firmar al paciente o su representante un consentimiento informado para que se faciliten sus datos de contacto a Dfa, con el fin de que puedan concertar una cita inicial (documento facilitado por ACAP).

Las hojas de recomendación de activos o de consentimiento serán recogidas de los centros de salud por personal del proyecto ACAP.

Protocolo de actuación: inclusión en telemonitorización

4.3. Criterios de inclusión para la telemonitorización:

Pacientes mayores de 65 años con:

- Insuficiencia Cardíaca u otras patologías cardíacas
- EPOC
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Problemas coronarios (IAM)
- ACV
- Pacientes polimedicados (5 o más medicamentos)

Además, pacientes del Programa del Paciente Crónico Complejo

Posibilidad de monitorización de constantes dentro del proyecto.

| Grupos enfermedad | Parámetros | TA | FC | Tª | Sat. O2 | Peso | Glucemia |
|--|-------------------------------------|----|----|--------------------|---------|------|----------|
| Enfermedades cardiovasculares | Hipertensión arterial | x | x | | | x | |
| | Arritmias por fibrilación auricular | x | x | | x | x | |
| | Cardiopatía isquémica | x | x | | x | x | |
| | Insuficiencia cardíaca | x | x | x | x | x | |
| EPOC / enfermedades pulmonares crónicas | x | x | x | x | x | | |
| Accidente cerebrovascular (ACV) | x | x | x | x (si disfagia) | x | | |
| Diabetes | x | x | x | | x | x | |
| Enfermedad renal crónica | x | x | | | x | | |
| Obesidad/sobrepeso | x | x | | | x | | |
| Enfermedades con repercusión sobre el peso (neoplasias, enfermedades digestivas crónicas, enfermedades endocrinas crónicas, autoinmunes, depresiones...) | | | | | x | | |
| Demencias | x | x | x | X (si disfagia) | x | | |
| Polimedicación | x | x | x | | x | | |

Protocolo de actuación: alarmas y avisos

6. Gestión de avisos y alertas, con especial atención a las alertas que precisan de atención urgente.

Los objetivos de la coordinación en este punto son:

- Asegurar que una persona que lo necesite sea atendida correctamente.
- Que se movilicen los recursos adecuados de una manera eficaz y eficiente.
- Informar y asegurar una correcta comunicación y coordinación con los profesionales del Servicio Aragonés de Salud que deriven a pacientes para participar en el proyecto.

El servicio ACAP no sustituye en ningún caso la atención sanitaria habitual al paciente, que tiene a su disposición los recursos sanitarios públicos de forma universal y a demanda.

6.3. GESTIÓN DE ALARMAS producidas por la plataforma de telemonitorización del SALUD

Al registrarse los datos de las constantes vitales tomadas (y enviadas desde la plataforma ACAP) se podrán generar alarmas por valores fuera de rango en el servidor de telemonitorización del SALUD según la configuración realizada en el proceso de alta de pacientes en la plataforma de monitorización del SALUD.

Según el caso, el personal del ACAP-CCS podrá:

- **Contactar con el paciente o familiar para verificar.**
- **Derivar al paciente a un recurso sanitario.** En este caso el personal del contact center sanitario-SALUD notificará al médico de atención primaria del usuario la derivación (a través de la escritura en Historia Clínica Electrónica en un post-it).
- **Solicitar recursos de emergencias.**

Protocolo de actuación: seguimientos

8. Seguimiento de la evolución

Los gestores de apoyos de ACAP y del Contact Center de Salud contactarán con el centro de salud y establecerán mecanismos de comunicación con los profesionales de referencia.

Telemonitorización

El ACAP-CCS revisará periódicamente la evolución de las constantes, contactando con los usuarios en caso de detectar una tendencia que requiera revisión.

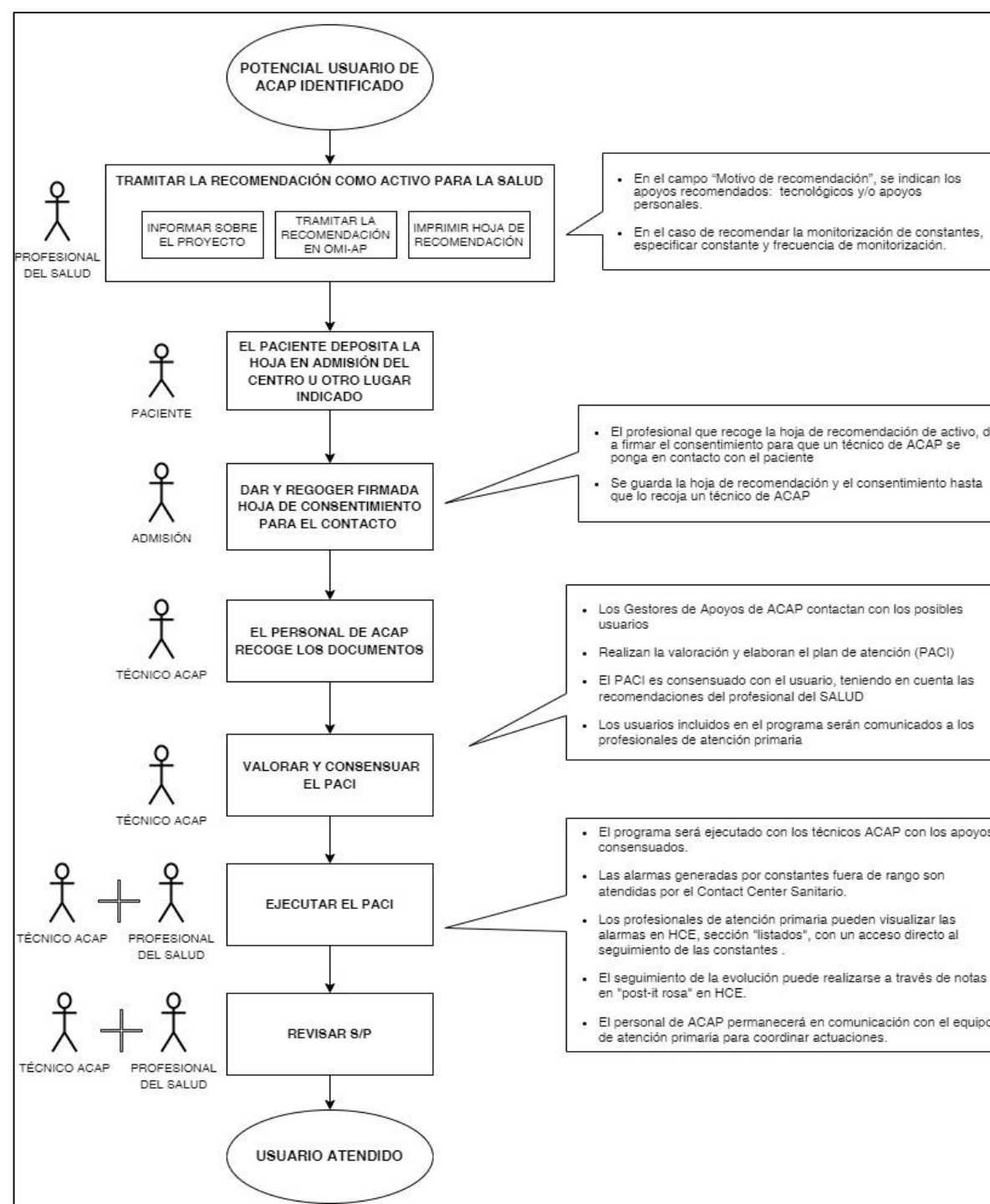
El ACAP-CCS podrá escribir en la Historia Clínica Electrónica del paciente, a través de un post-it rosa, el seguimiento de paciente.

Por otra parte, los profesionales de los equipos SALUD-AP podrán también seguir la evolución de los pacientes derivados en Historia Clínica Electrónica. Para ello dispondrán de:

- Un listado de pacientes en monitorización, en la sección "Listados" de HCE. Podrán seleccionar la opción de "Pacientes en Programa Apoyos Conectados"
- En el perfil de paciente, en el sumario, aparecerá un acceso directo, para la visualización de las constantes registradas.
- Con la consulta de las notas realizadas por el call center a través del post-it rosa de la Historia clínica Electrónica del paciente, en el que podrán consultar los evolutivos y notas escritas por el call center, etc.

Las acciones de este proyecto no sustituyen a la atención habitual en atención primaria, derivada de otros planes o programas de salud, sino que vienen a reforzarla.

Protocolo de actuación





LOS APOYOS DE ACAP

TECNOLOGÍA



RECURSOS DE PROXIMIDAD



ViveLibre Hogar

- Sistema de **sensorización domiciliaria** que, a través de la monitorización de la actividad física del usuario, plantea un modelo de atención avanzado basado en la generación tanto reactiva como proactiva de alertas
- **Posicionamiento exacto** en interiores
- **Detección automática de caídas** y de inactividad
- Evaluación del índice de **fragilidad** de la persona
- Análisis multifactorial de **calidad de sueño**
- Todas las alertas generadas serán atendidas por la **Unidad de Apoyo.**



Reloj



Baliza



Concentrador



ViveLibre Movilidad

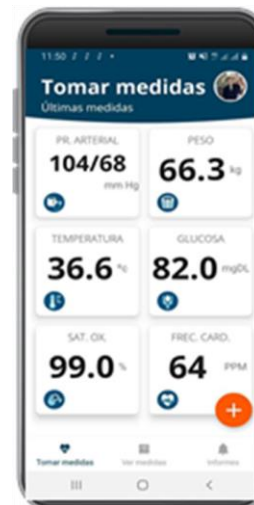
- Servicio de apoyo y acompañamiento dentro y fuera del domicilio mediante una aplicación en el terminal móvil de la persona usuaria.
- **Ubicación del usuario en tiempo real, zonas de seguridad, itinerarios y recorridos habituales** y recordatorios.



- La persona usuaria puede contactar con el personal de atención (unidad de apoyo) en todo momento.
- La **Unidad de apoyo**, formada por especialistas en atención psicosocial entrenados para el abordaje de todo tipo de situaciones de emergencia, disponible 24/7.

ViveLibre Salud

- **Aplicación en el móvil y dispositivos médicos** que van a permitir al usuario (o a sus cuidadores) la monitorización de parámetros biométricos (tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso, temperatura, saturación oxígeno, glucosa).
- **Generación de alertas** por parte de un sistema de inteligencia artificial supervisado por especialistas médicos.
- **Sistema proactivo** que facilita la prevención y el cuidado de la salud al usuario



Servicios profesionales de proximidad

Gestor de apoyos

Este modelo de cuidados requiere una **gestión transversal del proceso de intervención con la persona y su familia o cuidador/a.**

Es el **Gestor de Apoyos** quien debe liderarla para garantizar la integralidad y continuidad de/en las actuaciones.

Su rol se sustenta en actividades fundamentales como: la valoración, la definición de **un plan de apoyos individualizado (PACI)** y el seguimiento y evaluación de resultados.



Servicios profesionales de proximidad

Profesionales de apoyo en la atención comunitaria para la vigilancia y promoción de la salud en el domicilio

Servicio preventivo que garantiza el bienestar, la seguridad física y fomenta la autonomía de las personas. Algunas de sus funciones:

- Valoración de los **patrones funcionales de salud** de la persona usuaria, así como de su cuidador o cuidadora.
- Identificación de necesidades y **objetivos de salud** consensuados con la persona usuaria y definidos en el PACI.
- Asesoramiento y apoyo en la **promoción de la autonomía**.
- Coordinación con profesionales sanitarios, no sustituye a la enfermería de atención primaria.



Servicios profesionales de proximidad

TPA- Apoyo personal para la participación y actividades de la vida diaria.

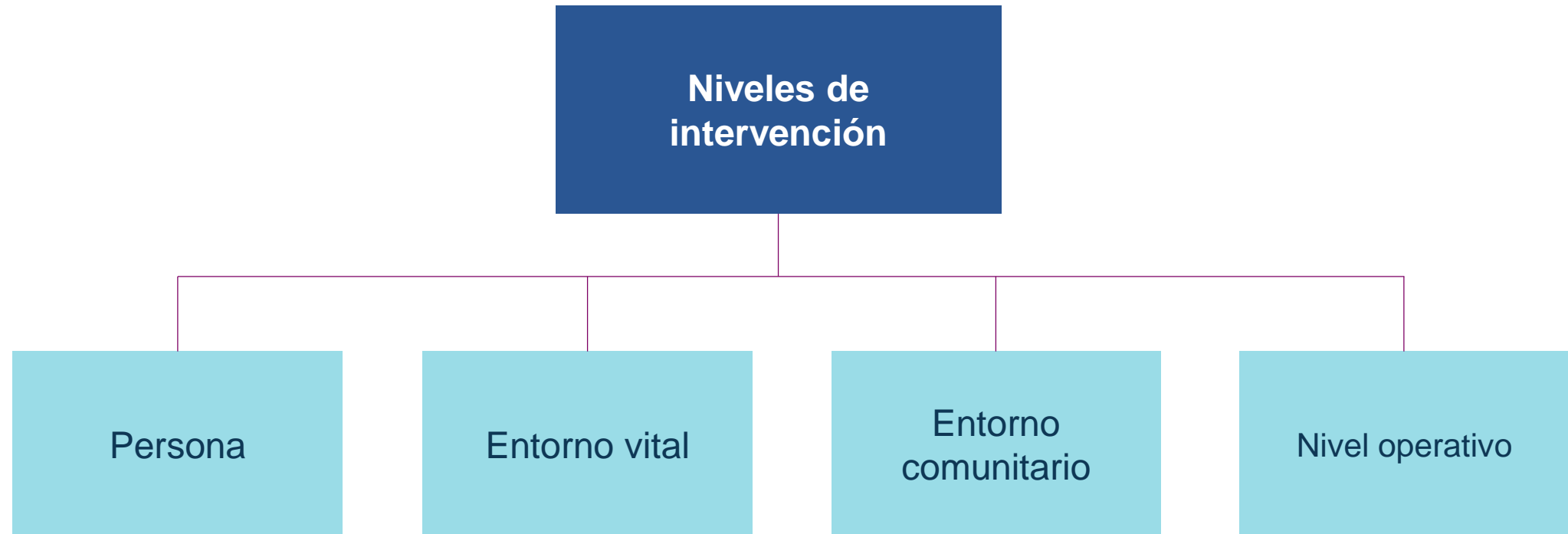
El mantenimiento de la vida en el entorno habitual y un proyecto de vida independiente requiere, ante determinadas necesidades, **del apoyo de terceras personas.**

Para ello, este proyecto cuenta con **Técnicos de Promoción de la Autonomía (TPA)** que dan el apoyo presencial y el **acompañamiento al usuario en las actividades relacionadas con su participación social.**

Además, los TPA podrán ayudar a los usuarios en el manejo de los dispositivos Vive Libre.



Metodología Intervención a 4 niveles



Para más información:
900 200 202
apoyosconectadosaragon.es

