

ANEXO PROGRAMAS ASISTENCIALES

INCLUIDOS:

- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y ANCIANO FRÁGIL
- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DEPENDIENTE INMOVILIZADO TERMINAL
- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO
- PROGRAMA DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS
- PROGRAMA DE VACUNACIÓN
- PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE SUJECIONES
- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE EPOC (2024)
- PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON DESNUTRICIÓN (2024)

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ANCIANO y ANCIANO FRÁGIL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Edad > de 70 años.

VALORACIÓN ENFERMERA/ANAMNESIS

- Vive con: solo, cónyuge, familiar....
- Incontinencia urinaria
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Problemas de masticación
- Consumo de fármacos: > de 5 fármacos, se incluye como paciente Polimedicado
- Riesgo de caídas
- Ingresos hospitalarios: 1 o más ingresos en el último año, se incluye como paciente de riesgo
- Test de Barber

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- TA, FC
- Peso, Talla, IMC
- Tapón cerumen
- Exploración bucodental

VALORACIÓN FUNCIONAL:

- Test de Barthel

VALORACIÓN FRAGILIDAD:

- Test de ejecución: SPPB (Test de equilibrio-Test de la marcha-test de levantarse de la silla)

VALORACIÓN COGNITIVA:

- Test de Pfeiffer/ MEC

VALORACIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Test de Moriski Green-Levine (al inicio y cada 6 meses)

VALORACIÓN ENFERMERA

PLAN DE CUIDADOS:

- Riesgo de caídas
- Deterioro de la movilidad
- Enseñanza de Actividad /Ejercicio adaptado
- Asesoramiento nutricional

VALORACIÓN INCIO	SEGUIMIENTO C/ 12 MESES
Exploración física, funcional, cognitiva. Plan de cuidados	Exploración física, funcional, cognitiva. Plan de cuidados

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEPENDIENTE-INMOVILIZADO-TERMINAL

- Test de Barthel <90

VALORACIÓN ENFERMERA

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR:

- Red de apoyo familiar
- Aislamiento social
- Persona de referencia / Relación con el paciente / Datos de contacto
- Grado de apoyo familiar

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Peso, Talla, IMC, TA, FC
- Auscultación pulmonar
- Auscultación cardíaca
- Alteración del sueño
- Dolor (escala EVA)
- Estado de Hidratación de la piel y mucosas
- Estado de Nutrición (Escala MNA)
- Movilidad

VALORACIÓN COGNITIVA:

- Test de Pfeiffer/MEC

PLAN DE CUIDADOS:

- Problemas de Autonomía: Comer, vestir y desnudar, uso de WC, higiene corporal.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Escala Norton, Prevención de LPP, medidas preventivas.
- Deterioro de la mucosa oral: Limpieza, hidratación, signos y síntomas de alarma
- Insomnio

INICIO	SEGUIMIENTO C/3 MESES	SEGUIMIENTO C/ 12 MESES
Valoración Funcional Exploración Física Exploración Cognitiva Valoración Enfermera Valoración Sociofamiliar Plan de cuidados	Valoración: según cambios detectados Plan de cuidados: actualizar	Valoración funcional Exploración Física Exploración Cognitiva Valoración Enfermera Valoración Sociofamiliar Plan de Cuidados

PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PCC

- Estratificación poblacional
- GMA 97-99%
- > de 3 ingresos hospitalarios en el último año natural
- Polimedicado
- Barthel < de 60

CLASIFICACIÓN ESCALA DE OLLERO

VALORACIÓN FUNCIONAL:

- Test de Barthel
- Grado de incapacidad
- Diagnostico principal
- Diagnostico Secundario

VALORACIÓN ENFERMERA

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR:

- Red de apoyo familiar
- Aislamiento social
- Persona de referencia / Relación con el paciente / Datos de contacto
- Grado de apoyo familiar

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Peso, Talla, IMC, TA, FC, Glucemia
- Auscultación pulmonar
- Auscultación cardiaca
- Alteración del sueño
- Dolor (escala EVA)
- Estado de Hidratación de la piel y mucosas
- Estado de Nutrición (Escala MNA)
- Actividad
- Movilidad

VALORACIÓN COGNITIVA:

- Test de Pfeiffer

PLAN DE CUIDADOS:

- Problemas de Autonomía: Comer, vestir y desnudar, uso de WC, higiene corporal.
- Conocimientos Deficientes: Proceso de la enfermedad, Procedimientos y Medicación prescrita, Nutrición, Actividades-Reposo
- Disconfort: Estado de Comodidad, Cuidados del paciente encamado, Disminución de la ansiedad, Confort ambiental, Seguridad.
- Riesgo de Deterioro de la integridad cutánea: Escala Norton, prevención LPP, medidas preventivas

- Temor: cuidados de la agonía
- Deterioro de la mucosa oral: Limpieza, hidratación, signos y síntomas de alarma

INICIO	SEGUIMIENTO C/3 MESES	SEGUIMIENTO C/ 12 MESES
Valoración Funcional Exploración Física Exploración Cognitiva Valoración Enfermera Valoración Sociofamiliar Plan de cuidados: -Problemas de autonomía -Discomfort -Temor	Valoración: según cambios detectados Plan de cuidados: actualiza -Problemas de autonomía -Discomfort -Temor	Valoración funcional Exploración Física Exploración Cognitiva Valoración Enfermera Valoración Sociofamiliar Plan de Cuidados: -Problemas de autonomía -Discomfort -Temor

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DM

- Glucemia basal en ayunas > de 126 mg/dl
- Hemoglobina Glicada ≥ 6.5 %
- Glucemia a las 2 horas de TTOG ≥ 200 mg/dl

DESARROLLO DEL PLAN PERSONAL

Clasificación de DM:

- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional
- Otros tipos de DM

VALORACIÓN INICIAL:

- Incluyendo la comorbilidad y los factores de riesgo asociados.

Anamnesis:

- **Antecedentes familiares:** DM, obesidad, dislipemia, cardiopatía isquémica, Enfermedad cardiovascular.
- **Antecedentes personales:** HTA, hábitos tóxicos, dislipemia, obesidad, enfermedades CV, pancreopatías... nivel de actividad física.
- **Evolución y grado de control:** edad de inicio, motivo de diagnóstico, cetoacidosis, hipoglucemias.
- **Síntomas:** polidipsia, poliuria, polifagia, dolor neuropático, pérdida de fuerza, claudicación.

Otros síntomas:

- Microangiopatía: alteraciones visuales y edemas
- Microangiopatía: dolor precordial, claudicación intermitente, focalidad neurológica,
- Síntomas metabólicos: pérdida de peso, hipoglucemias
- Genitourinarios: síndrome miccional, prurito genital, impotencia o disfunción.
- Lesiones en los pies.

Exploración física:

- Inspección general: coloración de la piel, temperatura, presencia de edemas
- Auscultación cardiorrespiratoria
- Exploración troncos supraaórticos
- Presión Arterial
- Peso
- Talla
- IMC
- Exploración de los pies (**cribado de pie diabético**)

EXPLORACIÓN FÍSICA	EXPLORACIÓN VASCULAR	EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA
- Calzado Adecuado - Presencia de callosidades - Presencia de deformaciones - Presencia de lesiones - Coloración de la piel	- Temperatura - Pulso pedio - Pulso tibial posterior - Índice Tobillo/brazo	Sensibilidad: monofilamento vibratoria térmica Reflejos OT Aquileo

RIESGO: Bajo (revisión anual), Moderado (3-6m) Alto (1-3m).

- Exploración de la sensibilidad
- Determinación de índice Tobillo /brazo
- **Pruebas complementarias:**
 - **Análítica inicial:** hemograma, glucemia, creatinina, GRF, HbA1C, perfil lipídico, iones, ácido úrico, cociente albúmina/creatinina en orina, perfil hepático.
 - **TSH** en mujeres > de 50 años
 - **ECG: de inicio y c/5 años**
 - **Retinografía cada 2 años**
- **Valoración Enfermera, focalizada:**
- **Plan de cuidados de Enfermería:**
 - **Educación Sanitaria:** proceso de enfermedad, control adecuado de la enfermedad, dieta prescrita, actividad prescrita, autocontrol.

SEGUIMIENTO:

INICIO	3 meses	6 meses	12 meses
Valoración clínica Valoración enfermera Contantes: TA, FC, Peso-talla-IMC Glucemia Capilar HbA1C y bioquímica general Plan de cuidados: - Dieta y Ejercicio - Proceso de la enfermedad - Medicación prescrita	Valoración Clínica Constantes: Peso, IMC Glucemia capilar y seguimiento con perfil diabético 2/mes Plan de cuidados: Adherencia al tratamiento: dieta y ejercicio Valoración nutricional MNA	Revisión pies Valoración nutricional MNA Plan de cuidados: Adherencia al tratamiento: Farmacológico y no farmacológico Bioquímica HbA1C y Microalbumina	Valoración Clínica Valoración enfermera focalizada Constantes: Peso-talla-IMC Gluc. Capilar Bioquímica general, HbA1C, Microalbumina Revisión pies Retinografía ECG, si precisa Plan de cuidados: revisión y actualización

PLANTILLA DE PERFIL GLUCEMICO

Antes del desayuno	Antes de la comida	Antes de cena	madrugada	
2 h. después	2 h. después	2 h. después		

PROGRAMA DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS

La evolución de los centros sociales hacia la atención de personas con necesidades crecientes de cuidados sanitarios hace necesaria la integración de los cuidados en el sistema de salud con el fin de mejorar la continuidad asistencial y una utilización de los recursos más eficiente. Uno de los recursos más importantes es la utilización de los medicamentos y de los productos dietoterápicos.

Es por ello necesario desarrollar en el ámbito del paciente institucionalizado unos criterios comunes que permitan la revisión estandarizada de los tratamientos y con ello una atención integral y de calidad.

Con esta premisa, se va a iniciar el Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales de forma coordinada entre los profesionales del centro de salud responsables de la atención de cada paciente y los farmacéuticos de Atención primaria (FAP) para revisar periódicamente la medicación de los pacientes y proponer estrategias de mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.

Del mismo modo, los farmacéuticos de Oficina de farmacia que tenga asignado un depósito de medicamentos según la normativa vigente o los farmacéuticos de hospital, podrán desarrollar las actuaciones que deriven de dicha normativa, siempre en colaboración con los FAP y profesionales del centro de salud responsables de la atención de cada paciente.

Esta revisión, quedará registrada en la historia clínica electrónica del paciente, para lo cual, el/la farmacéutico/a de atención primaria creará un Episodio con el nombre “Revisión farmacoterapéutica centros sociales”, y realizará un informe en el que quede registrada la medicación previa a la revisión y las recomendaciones de revisión según los criterios consensuados.

Todo lo relacionado con la actuación sobre ese paciente en este episodio que vaya a realizar cualquier profesional del sistema sanitario público deberá realizarse sobre ese episodio.

Estas actuaciones se medirán con los indicadores que se definan en cada ámbito.

	TIPO DE PRM	RECOMENDACIÓN	TIPO DE RECOMENDACIÓN	CRITERIOS A REVISAR
NECESIDAD	Medicamentos sin indicación clara	Medicamentos sin indicación clara	Suspender	<ul style="list-style-type: none"> • IACE/memantina en demencia avanzada y si GDS 7 (1) • No utilizar AAS de forma sistemática (2,3) • Tratamiento hipolipemiente en prevención primaria, sin otros factores de riesgo en >80 años (4) • No tratamiento hipolipemiente combinado (4) • IBP si no fármacos gastrolesivos (3)
	¿Es la opción recomendable según evidencia y GPC?	Modificar principio activo según PIT o Guía	Sustituir	<ul style="list-style-type: none"> • PIT: IBP, IECA-ARAI y antagonistas de Ca (5) • Formulaciones de calcio carbonato y hierro ferroso • Uso medicamentos biosimilares, tanto en pautas de inicio como <i>switch</i> (enoxaparina, insulina glargina)
EFECTIVIDAD	¿Es efectivo? Ajustar objetivos terapéuticos según estado del paciente	No realizar tratamiento intensivo en ancianos, los objetivos de control deben ser más moderados	Revisar efectividad	Evitar control glucémico excesivo (HbA1c<7,5%) en DM2 >80 años, con más de 10 años de evolución o con complicaciones avanzadas (1)
	¿Es efectivo? Ajustar objetivos terapéuticos según estado del paciente	No realizar tratamiento intensivo, adecuar a objetivos terapéuticos	Revisar efectividad	Evitar control excesivo TA en >80 años/frágil : Revisar el tratamiento antihipertensivo en relación con el objetivo terapéutico y evitar PA sistólica < 120 mmHg (6)
ADECUACIÓN	Dosis (dosis alta / dosis baja)	Ajustar dosis	Modificar	<ul style="list-style-type: none"> • Sustituir paracetamol 1 g por 650 mg (1) • Sustituir ibuprofeno 600 mg por 400 mg • AAS 300 mg pasar a 150 mg (4) • Dosis IBP (4) • Vitamina D de choque si no indicación (6) • Citalopram (7) • Escitalopram (8) • Zolpidem (9)
	Dosis (por función renal)	Ajustar dosis	Modificar	Priorizando: <ul style="list-style-type: none"> • Antidiabéticos orales • ACODs • AINEs

	Duración tratamiento	Suspender	Suspender	<ul style="list-style-type: none"> • Bisfosfonatos > 5 años (1) • IBP > 8 semanas (4,10,11) • Metamizol >7 días (12) • Domperidona (13) • Metoclopramida (14) • Benzodiazepinas > 4 semanas (3,4,6) • Citicolina > 3 meses (3)
	¿Formas farmacéuticas en disfagia?	Adecuar forma farmacéutica disfagia	Modificar	Adaptar a presentaciones disfagia

	Duplicidades	Suspender por duplicidad	Suspender	<ul style="list-style-type: none"> • Antiespasmódicos urinarios/absorbentes • 2 Benzodiacepinas con la misma indicación, incluso si pertenecen a dos subgrupos terapéuticos diferentes N05BA (ansiolíticas) y N05CD (hipnóticas y sedantes). • Vimovo® (M01AE15)/IBP. • Antagonistas α-adrenérgicos selectivos y no selectivos simultáneamente: Doxazosina (C02CA04) o prazosina (C02CA01) con alfuzosina (G04CA01) o tamsulosina (G04CA01) o terazosina (G04CA03) o silodosina (G04CA04) o Alfuzosina/Finasterida (G04CA51) Tamsulosina/Dutasterida (G04CA52) Tamsulosina/Solifenacina (G04CA53). • Inhaladores: Salmeterol y fluticasona (R03AK06) con salmeterol (R03AC12) o fluticasona (R03BA05); formoterol y budesonida (R03AK07) con formoterol (R03AC13) o budesonida (R03BA02); formoterol y beclometasona (R03AK08) con formoterol (R03AC13) o beclometasona (R03BA01); vilanterol y furoato de fluticasona (R03AK10) con fluticasona (R03BA05); formoterol y fluticasona (R03AK11) con formoterol (R03AC13) o fluticasona (R03BA05); salbutamol y beclometasona (R03AK13) con salbutamol (R03AC02) o beclometasona (R03BA01); indacaterol y mometasona (R03AK14) con indacaterol (R03AC18) o mometasona (R03BA07); salbutamol y bromuro de ipratropio (R03AL02) con salbutamol (R03AC02) o bromuro de ipratropio (R03BB01); vilanterol y bromuro de umeclidinio (R03AL03) con bromuro de umeclidinio (R03BB07); indacaterol y bromuro de glicopirronio (R03AL04) con indacaterol (R03AC18) o bromuro de glicopirronio (R03BB06); formoterol y bromuro de aclidinio (R03AL05) con formoterol (R03AC13) o bromuro de aclidinio (R03BB05); Olodaterol y bromuro de tiotropio (R03AL06) con olodaterol (R03AC19) y bromuro de tiotropio (R03BB04); vilanterol, bromuro de umeclidinio y furoato de fluticasona (R03AL08) con bromuro de umeclidinio (R03BB07) o fluticasona (R03BA05); formoterol, bromuro de glicopirronio y beclometasona (R03AL09) con formoterol (R03AC13) o bromuro de glicopirronio (R03BB06) o beclometasona (R03BA01). • Tramadol-paracetamol (N02AJ13) con paracetamol (N02BE01), o con tramadol (N02AX02) o tramadol/dexketoprofeno (N02J14). • Calcio/vitamina D (A12AX13) con Calcio (A12AA04 carbonato de calcio; A12AA06 Lactato y gluconato de calcio; A12AA01 fosfato de calcio; A12AA03 gluconato de calcio; A12AA05 lactato de calcio, A12AA10 glucoheptonato de calcio; A12AA03 gluconato de calcio; A12AA92 complejo oseína-
--	--------------	--------------------------	-----------	---

				hidroxiapatita) y/o vitamina D (A11CC05 colecalciferol).
Medicamento MPI ancianos	Medicamento potencialmente inapropiado	Sustituir/ Suspender		Ticlopidina, glibenclamida, glimepirida, benzodiazepinas de acción larga, domperidona, trimetazidina, piroxicam, diacereina, agomelatina, olmesartan, megestrol (3,15)
Interacción Medicamento-Medicamento	Interacción Medicamento-Medicamento	Seguimiento		<ul style="list-style-type: none"> • Graves e-receta • Triple Whammy (15) • IACE-RAC (6) • Anticoagulantes orales + (AINE/heparina/antiagregantes) • Tramadol con ISRS e ISRSN (16) • Opioide-Gabapentina (17)
Contraindicación	Suspender por contraindicación	Suspender		<ul style="list-style-type: none"> • AINE / ECV (4,18) • Combinación IECA-ARAI / aliskiren (15,19) • Febuxostat / ECV (20)

PIT: Protocolo de intercambio terapéutico; PRM: Problemas relacionados con medicamentos

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la semFYC para el proyecto Recomendaciones «No hacer». Recomendaciones «NO HACER» (2.ª parte) [Internet]. 2015. Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/recomendaciones-no-hacer-2-a-parte/>
2. Guía Salud. Recomendaciones “No Hacer” Guía Salud. Ácido acetilsalicílico.
3. Murcia Salud. Citicolina en paciente neurológico [Internet]. Preevid. 2011. Available from: <https://www.murciasalud.es/preevid/18730#>
4. Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med. 2003;163:2716–24.
5. Servicio Aragonés de Salud. Protocolos de intercambio terapéutico. Disponible en: <https://farmasalud.salud.aragon.es/pit-protocolos-intercambio-terapeutico-ambito-hospitalario/>
6. Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Recomendaciones no hacer y hacer en el anciano. 2019. 1-36 p. Disponible en: www.semfyc.es
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Citalopram y prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. 2011.
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Escitalopram: prolongación del intervalo QT del electrocardiograma. 2011.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Zolpidem: Riesgo de somnolencia al día siguiente. 2021.
10. Gallo C, Vilosio J, Saimovici J. Actualización de los criterios STOPP-START: una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos New version of STOPP-START criteria: Tools for the detection of potentially inappropriate medications in the elderly. Actual en la Práctica Ambulatoria. 2015;18(4):6. Disponible en: www.evidencia.org.ar
11. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273–9.
12. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Metamizol y riesgo de agranulocitosis. 2018. Available from: www.aemps.gob.es
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Domperidona y riesgo cardiaco: Restricciones en las condiciones de autorización. 2014.
14. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología. 2013.
15. Unidad autonómica Uso racional del medicamento y productos sanitarios de Aragón. Uso racional del medicamento en atención primaria Indicadores y actuaciones. 2020. Disponible en: <https://farmasalud.salud.aragon.es/wp-content/uploads/V.20-2020-Indicadores-farmacia-Medicina-Familia-y-Pediatría-Febrero-2020-1.pdf>
16. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica tramadol. 2021.
17. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica gabapentina. 2021.

18. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Riesgo cardiovascular de dosis altas de ibuprofeno odexibuprofeno: recomendaciones de uso. 2015.
19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Uso combinado de medicamentos que actúan sobre el sistema Renina-Angiotensina (IECA/ARA II): Restricciones de uso. 2014.
20. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fexubostat: no recomendado en pacientes con gota y antecedentes de enfermedad cardiovascular. 2019.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN

Para la vacunación de estos grupos de personas, se seguirán las instrucciones de la Dirección General de Salud Pública sobre las recomendaciones oficiales de vacunación. El Departamento de Sanidad proporcionará las dosis de vacuna necesarias para estas vacunaciones.

La información relativa a la vacunación en grupos de riesgo está disponible en la página web: <https://www.aragon.es/-/vacunacion-en-grupos-de-riesgo>.

El calendario de vacunación en población adulta se puede consultar en <https://www.aragon.es/-/calendario-de-vacunacion-en-poblacion-adulta>.

Respecto a la vacunación frente a la gripe, las instrucciones se actualizan cada campaña de acuerdo a las recomendaciones nacionales, estando accesible en <https://www.aragon.es/-/vacunacion-frente-a-la-gripe>.

Por otro lado, en referencia al registro de la administración de la vacunación, se realizará por la persona que ha llevado a cabo dicho acto, bien a través de OMIAP si la administración la ha ejecutado el personal sanitario del centro de salud, o bien, a través de Sircovid si ha sido el personal sanitario de la propia residencia quien la ha administrado. Tanto las vacunas registradas en OMIAP como las registradas en Sircovid son visibles en la Historia Clínica Electrónica de cada persona.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los residentes de centros residenciales son personas especialmente vulnerables a las determinadas enfermedades transmisibles, debido a su edad, fragilidad y tener con frecuencia varias patologías crónicas. Es por ello fundamental disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica permanente que permita detectar precozmente agrupaciones de casos que puedan tener potencial efecto sobre su salud.

Para poder vigilar desde Salud Pública los centros residenciales es necesario que esté en todo momento actualizada la información de los centros (censos de residentes y trabajadores). Ello permitirá que de manera automática se monitorice la mortalidad y los ingresos hospitalarios. Además, permitirá la pronta identificación y establecimiento de medidas en el centro por parte de Salud Pública, en el caso de que se detecte una enfermedad de declaración obligatoria (EDO) en el centro residencial. Covid19, como enfermedad de declaración obligatoria, se seguirá vigilando, de acuerdo a los protocolos en vigor en cada momento.

Las EDO seguirán siendo notificadas individualmente desde el sistema sanitario a Salud Pública, como indica se recoge en el Decreto 222/96, de 23 de diciembre de 1996, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la vigilancia epidemiológica en Aragón. Durante el año 2022 ha entrado en funcionamiento en todos los ámbitos la notificación electrónica de las EDO a través de InfoEDO, aplicativo de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Se debe notificar directamente desde HCE (también a través de OMI y PCH). En el caso de que se produzca un brote epidémico en una institución sociosanitaria el centro está obligado a notificar de forma urgente la sospecha, según se describe en el citado Decreto.

Además, se establecerá próximamente un sistema de vigilancia sindrómica que sí requiere que los centros residenciales introduzcan datos. En concreto los responsables sanitarios de los centros residenciales deberán notificar de manera sencilla cada sospecha de síndrome respiratorio agudo, síndrome digestivo agudo o síndrome indeterminado - empeoramiento. Cualquier cambio en tendencia será analizado por Salud Pública y permitirá el establecimiento precoz de las medidas pertinentes.

	Centro sociosanitario	Centro sanitario
Monitorización mortalidad	Mantenimiento censo al día en aplicativo SirCovid	
Monitorización ingresos hospitalarios	Mantenimiento censo al día en aplicativo SirCovid	
Notificación EDO a Salud Pública		Electrónicamente por HCE/PCH/OMI
Notificación brotes a Salud Pública	Telefónicamente	
Vigilancia sindrómica	Introducción información en aplicativo SirCovid	

Responsabilidades de centros sociosanitarios/sanitarios en Vigilancia de la Salud

En el caso de necesitarse contactar telefónicamente con las unidades de Vigilancia Epidemiológica se realizará a través de los siguientes números:

- En horario de 8:00 a 15:00 horas de lunes a viernes no festivos:
 - Huesca, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: 974 29 32 28
 - Teruel, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: 978 64 11 61
 - Zaragoza, Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Subdirección de Salud: 976 71 53 50
- En el resto de horas y días la comunicación de alertas en Salud Pública se iniciará llamando al 112, solicitando el contacto inmediato con el Sistema de Atención a Alertas de Salud Pública.

PROTOCOLO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE SUJECIONES

El uso de contenciones sigue siendo en Aragón una práctica excesivamente habitual en ámbito social. Su uso ha disminuido paulatinamente en los últimos años, pero todavía su utilización es frecuente.

La dignidad de las personas que necesitan cuidados es un derecho que no puede estar conculcado en ningún caso y así queda recogido en la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón. Se debe garantizar el derecho al respeto a la libertad y la autonomía individual, a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas. Por ello, la tendencia es prescindir de estas prácticas o, como mínimo, regularlas al máximo.

Los objetivos generales de este protocolo son:

- Promover buenas prácticas en centros de atención social, centros sanitarios y domicilios, y el respeto de los derechos de las personas usuarias que, por razón de salud, discapacidad y/o dependencia, pueden necesitar medidas de contención o de limitación/restricción de la libertad de movimientos.
- Convenir los principios éticos (autonomía, beneficencia, dignidad y no maleficencia) con la práctica de las sujeciones.

En el protocolo se exponen una serie de actividades o procedimientos, que se completa con anexos para facilitar su comprensión e implementación. Además de la descripción de los dispositivos de sujeción y sus riesgos, se proponen los modelos para el registro de la indicación médica y del consentimiento informado de la persona usuaria y/o familia, así como para la comunicación al juzgado en caso necesario.

El fin último es que ninguna persona se vea privada de su autonomía en los centros, sin su consentimiento y sin que esta privación esté plenamente justificada.

Este protocolo está disponible en:
<https://www.aragon.es/documents/20127/6347030/Protocolo+BBPP+Uso+Sujeciones+2019.pdf/dbe35d2c-921b-c903-970f-02babbb16c8e?t=1571989414191>

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Persona que llega al centro residencial con diagnóstico de EPOC.

Residentes con sospecha clínica que cumplan los criterios de inclusión, FEV1/CVF% <70% o por indicación médica.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

AL Ingreso del paciente en el centro residencial

- Auscultación cardíaca
- Auscultación pulmonar
- Determinación analítica (si precisa) :
 - bioquímica
 - hemograma

VALORACIÓN ENFERMERA:

- Estado de piel y mucosas
- Edemas en EEII
- Hábito tabáquico
- TA, Fc
- Saturación de O₂
- IMC. Estado nutricional
- Comorbilidades
- Síntomas respiratorios y si los presenta valorar el grado de disnea:
 - No disnea salvo con ejercicios intensos.
 - Aparece al andar deprisa o subir cuestas ligeras
 - No mantiene el paso de otras personas de la misma edad
 - Necesita descansar a unos 100 metros
 - Le impide moverse

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

El seguimiento de estos pacientes viene condicionado por las reagudizaciones que pueda presentar:

Exploración física:

- Auscultación cardíaca
- Auscultación pulmonar
- Determinación analítica si precisa

Valoración enfermera:

- Estado de piel y mucosas
- Edemas en EEII
- Saturación O2, TA y Fc
- IMC. Estado nutricional
- Signos y síntomas de alarma

Plan de cuidados

- Asegurar el manejo adecuado de los dispositivos por el paciente y cuidadores
- Asegurar el manejo adecuado de los dispositivos de oxigenoterapia por el paciente y cuidadores
- Valorar los signos y síntomas de alarma:
 - Aumento de la disnea más de lo habitual
 - Aumento de las secreciones. Cambio de color, consistencia o dificultad mayor de lo habitual para expulsarlas
 - Aparición de fiebre
 - Dolor costal
 - Cefalea por la mañana
 - Alteración del nivel de consciencia: irritabilidad, confusión
 - Disminución del apetito y/o peso
- Fomentar ejercicios respiratorios

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES CON DESNUTRICIÓN

En la actualidad no existe un plan de cuidados integrado en OMI pero sí una Estrategia y un Plan de Cuidados del Paciente con Desnutrición en la Comunidad autónoma.

Basándonos en ellos se ha desarrollado este programa esperando su desarrollo en HCE.

Criterios de inclusión:

- Personas con bajo peso IMC $<20 \text{ Kg/m}^2$ en adultos y $<22 \text{ Kg/m}^2$ en >70 años
Si no se puede pesar o tallar sustituir por la circunferencia de la pantorrilla $<31 \text{ cm}$ o circunferencia braquial $<23,5 \text{ cm}$

Paciente con sospecha de desnutrición:

Exploración física:

- IMC
- TA, Fc y Sat O₂
- Estado de la piel

Si cumple criterios de desnutrición

- Determinación analítica:
 - Albúmina
 - Prealbúmina
 - colesterol total
 - Proteína C reactiva
 - Iones y hemograma

Valoración enfermera:

- IMC
- Determinar la causa de la desnutrición:
 - relacionada con el ayuno
 - relacionada con una enfermedad crónica (insuficiencia respiratoria, renal, cardíaca, hepática, obesidad, artritis reumatoide...)
 - relacionada con la enfermedad y lesiones agudas (infecciones graves, politraumatismos, quemaduras....)
- Valoración de la disfagia.

Seguimiento:

Si es un paciente **sin riesgo** de desnutrición la exploración física y valoración enfermera que se llevarán a cabo anualmente.

Si es un paciente **con riesgo** de desnutrición la solicitud de la determinación analítica la valorará el médico de referencia.

Valoración enfermera

- IMC cada 2-3 semanas
- TA, Fc y Sat O2
- Estado de la piel
- Valoración de la disfagia

Plan de cuidados:

Diagnósticos:

- Riesgo de caídas
- Discomfort

Complicaciones Potenciales o Problemas de Colaboración

- Diarrea
- Estreñimiento
- Náuseas y/o vómitos
- Disminución de la movilidad
- Dificultad para la cicatrización.

Actividades:

- Intervención sobre la causa si es posible
- Control de la ingesta
- Asegurar la dieta adecuada a sus necesidades
- Prevención de complicaciones potenciales

