

Recomendaciones de atención
para un paciente con infección
por VIH controlada, autónomo,
sin comorbilidades y sin
conductas de riesgo,
psicológicamente bien y con
buen soporte familiar

Proyecto National Policy





Avalado por:



Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar.

Autores: equipo de trabajo multidisciplinar con el apoyo de Patricia Arratibel, Rafael Bengoa, Carmen Arratibel y Aida Jerez (SI-Health).

Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health)

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz

ISBN: 978-84-09-47445-5

NP-ES-HVU-MONO-230001(v1) 01/2023

Citación sugerida:

"Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar".

Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47445-5

Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

ISBN 978-84-09-47445-5



9 788409 474455



El equipo de trabajo multidisciplinar

Adrià Curran: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Alicia González Baeza: Psicóloga, profesora universitaria e investigadora. Universidad Autónoma de Madrid.

Antonio Antela López: Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Antonio Rivero Román: Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Carlos Dueñas Gutiérrez: Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Diana Pérez-Solero Gorostidi: Trabajadora Social. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Emma Fernández González: Enfermera experta en VIH. Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona.

Esteban Martínez Chamorro: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clinic de Barcelona.

Javier Sánchez-Rubio Ferrández: Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Getafe en Madrid.

José Antonio Pérez Molina: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Juan Berenguer: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Juan José Mascort Roca: Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sud en L'Hospitalet de Llobregat de Barcelona.

M^a José Fuster: Directora Ejecutiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA). Madrid. Profesora de la facultad de psicología de la UNED.

Margarita Ramírez Schacke: Enfermera experta en VIH. Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Maria Luisa Montes Ramírez: Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Rosario Palacios Muñoz: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Entidades comunitarias

Carmen Martín: coordinadora general de ACCAS en Cantabria.

Cristina Arcas: responsable del Área de Salud de la ONG Salud Entre Culturas en Madrid.

Diego García: director Adhara/Sevilla Checkpoint.

Iván Zaro: coordinador Imagina Más en Madrid.

Jorge Garrido: director ejecutivo de Apoyo Positivo en Madrid.

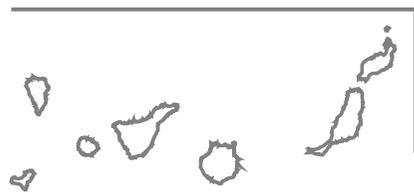
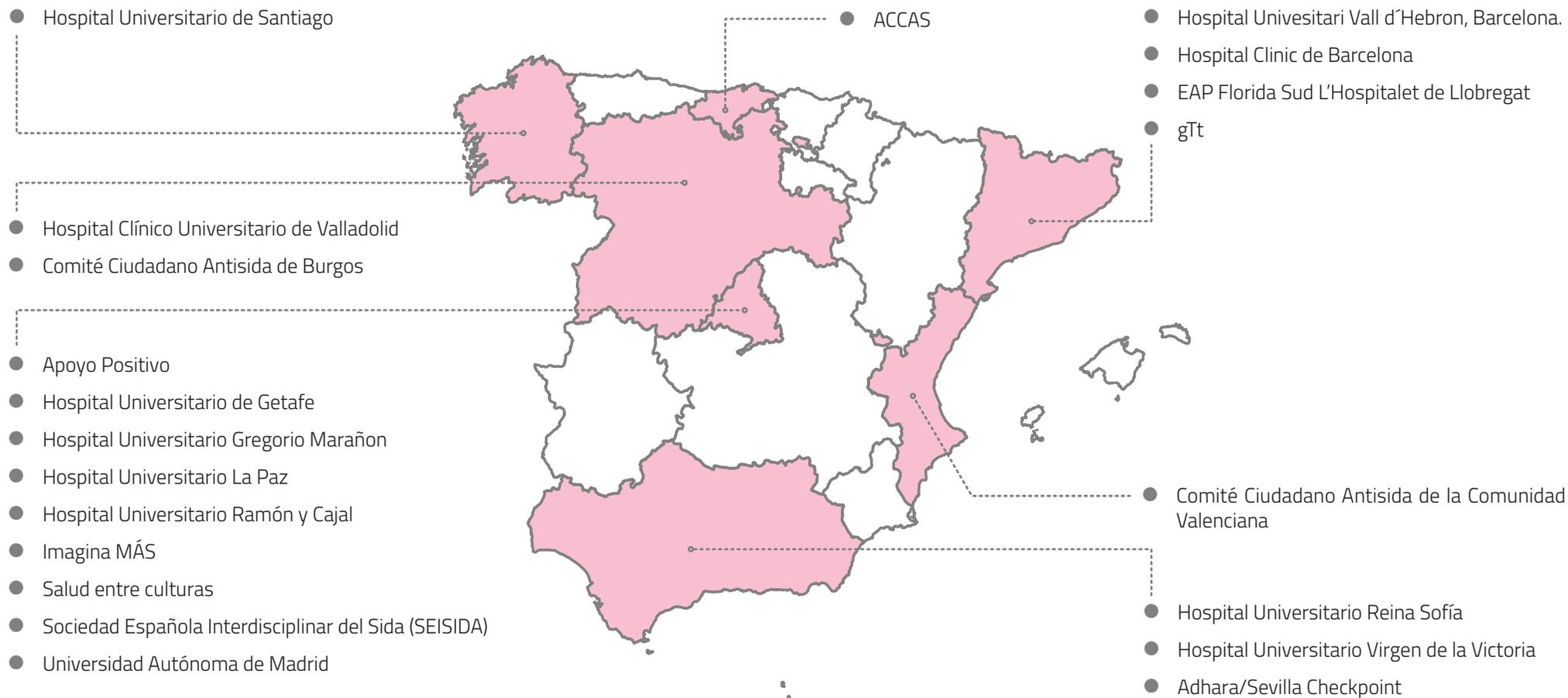
José Canales: coordinador del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana.

Juane Hernández: coordinador gTt en Barcelona.

Judit Beltrán de Otalora: Comité Ciudadano Antisida de Burgos.

Toni Poveda: director de Cesida en Madrid.

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo



Índice de contenidos



Puede pulsar sobre los apartados para acceder directamente a cada punto.

El equipo de trabajo multidisciplinar	3				
Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo	4				
Introducción	6				
El contexto	7				
La metodología	8				
Recomendaciones	9				
1 Resultados finales a monitorizar	9				
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	10				
2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado	12				
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	13				
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	14				
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	15				
		3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención		16	
		Consolidado de alertas		17	
		4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes		18	
		4.1 La estabilidad es una característica diferencial y significativa de este perfil		19	
		4.2 Atención a la esfera emocional y psicológica		19	
		4.3 Dispensación del tratamiento		20	
		4.4 Alteraciones del perfil		20	
		5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales		21	
		Prestaciones transversales		22	
		6 Mecanismos de coordinación entre profesionales		23	
		Coordinación entre profesionales		24	
		7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes		26	
		Comunicación y conexión con el paciente		27	
		Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad		28	
		Especialistas de atención hospitalaria		29	
		Enfermería		32	
		Farmacia hospitalaria		35	
		Psicología		38	
		Trabajo social		41	
		Especialistas de atención primaria		42	
		Anexo 2: Alertas por especialidad		45	
		Especialistas de atención hospitalaria		46	
		Enfermería		48	
		Farmacia hospitalaria		50	
		Psicología		52	
		Trabajo social		54	
		Especialistas de atención primaria		56	
		Siglas y abreviaturas		58	

Introducción

El contexto

EL proyecto “**Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH**” tiene como objetivo apoyar la implementación del **Modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH**. [↗](#)

Este proyecto se contextualiza en un trabajo previo que dio lugar al desarrollo de una herramienta que permite la clasificación de pacientes con VIH en 7 perfiles diferenciados.

https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viiv-healthcare/es_ES/documents/Informe.pdf. [↗](#)



Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar (paciente azul).



Paciente con comorbilidad y/o frágil y/o dependiente (paciente amarillo).



Paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico (paciente naranja).



Paciente consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica (paciente morado).



Paciente con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social (paciente verde).



Paciente embarazada (paciente fucsia).



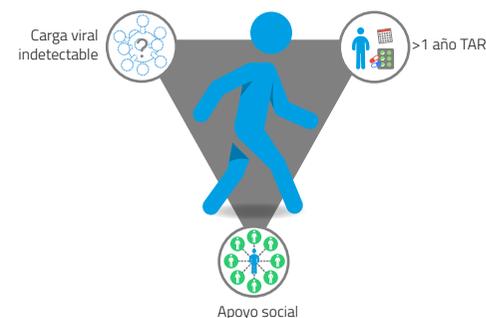
Paciente con prácticas sexuales de riesgo (paciente lila).

Con el fin de mejorar los resultados finales y el proceso asistencial que reciben estos pacientes, un **equipo multidisciplinar** con representación de especialistas de atención hospitalaria, enfermería, farmacia hospitalaria, geriatría, psicología, trabajo social, especialista de atención primaria y entidades comunitarias; ha trabajado la formulación de “**recomendaciones de atención**” para cada uno de estos perfiles de pacientes con infección por VIH.



Esta iniciativa pretende ayudar a diferentes equipos locales a trabajar la variabilidad en la gestión de los diferentes perfiles de pacientes con VIH.

Este documento interactivo recoge **las recomendaciones de atención** construidas desde un enfoque multidisciplinar, realizadas para un **paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar**.



Estas recomendaciones incluyen:

1. *Resultados finales* a monitorizar.
2. *Estándar de prestación multidisciplinar* recomendado.
3. *Alertas clave para la monitorización de este perfil de pacientes en su trayectoria o proceso asistencial*.
4. *Otras recomendaciones con relación a este perfil*.

5. *Poniendo el foco en las prestaciones transversales*.

6. *Mecanismos de coordinación entre profesionales*.

7. *Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes*.

Este trabajo pretende **animar y estimular a equipos multidisciplinarios en diferentes entornos locales** a orientarse a la **monitorización y consecución de los resultados finales que importan a estos pacientes; a trabajar en equipo en el diseño y la mejor trayectoria o proceso asistencial de estos pacientes; y a abrir espacios para desarrollar innovaciones y proyectos de mejora** que les permitan avanzar más rápido hacia la mejor atención multidisciplinar posible para este perfil de pacientes con VIH.

Compartir esta innovación local nos permitirá a todos **avanzar más rápido** en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la implementación del Modelo óptimo de atención a pacientes que viven con VIH en España.

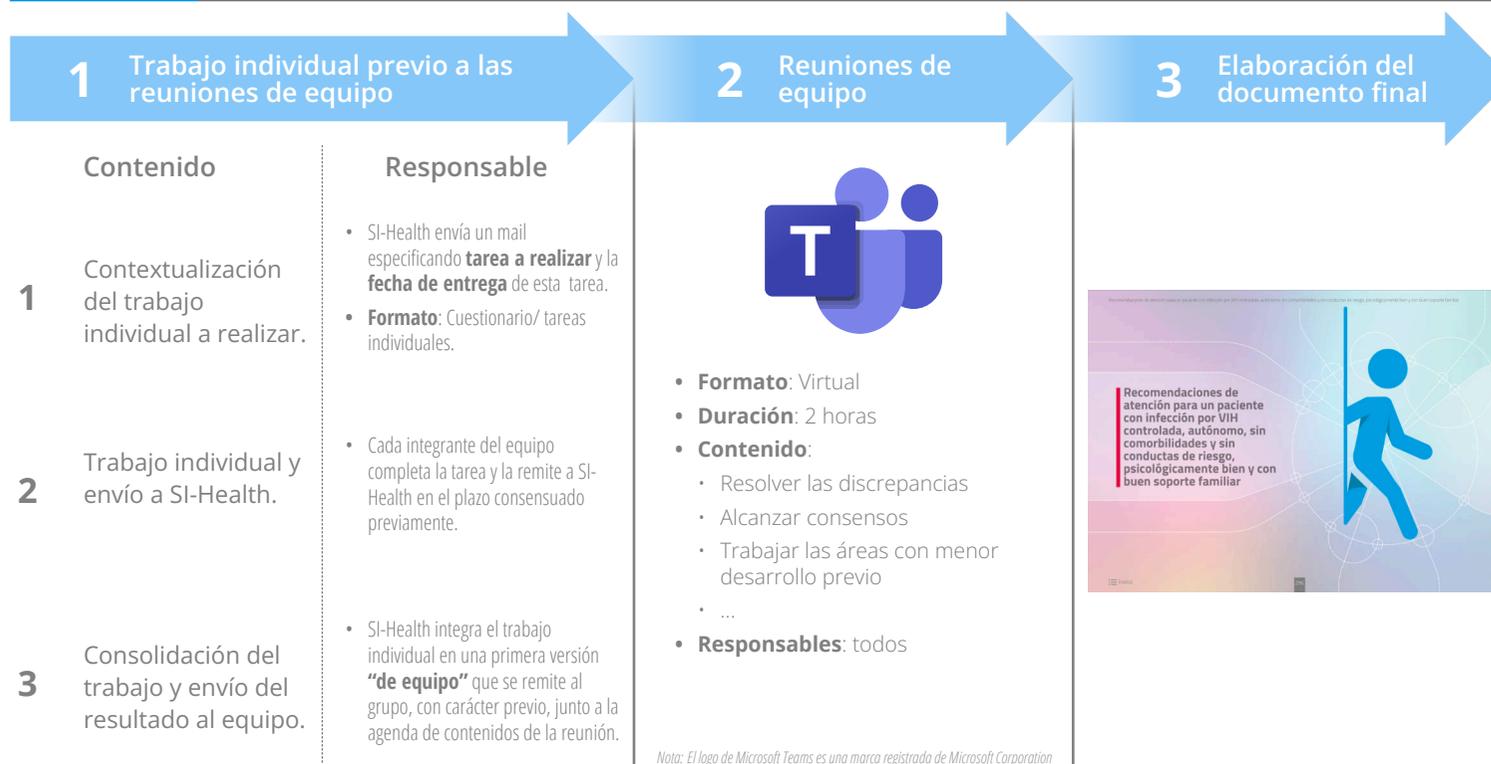
La metodología

- L**A metodología que se ha seguido para la construcción de estas recomendaciones ha sido la siguiente:
- Realización de cuestionarios y trabajos individuales previos (cada miembro del equipo).
 - Consolidación del trabajo en “versión de equipo” (Si-Health).
 - Reuniones iterativas de equipo para la revisión y búsqueda de consenso final (todos).

Para la realización del trabajo anterior el grupo se ha dado las **siguientes reglas de funcionamiento** en el grupo multidisciplinar:

1. **El resultado es del equipo multidisciplinar** (no de la disciplina o función particular).
2. El resultado se alcanza **por consenso** de todas las disciplinas clínicas y agentes representados.
3. **Ante posibles discrepancias en contenido:** volver al **PACIENTE** (qué necesita un paciente de estas características, qué valora, qué le importa a él y a su entorno).
4. **Ante posibles discrepancias de alcance/ambición del desarrollo:** priorizar que el RESULTADO final que se recomiende sea **PRÁCTICO Y ÚTIL** para pacientes, profesionales y organizaciones y sea **viable para su implementación** en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.

Metodología: Proceso de trabajo en ciclos con tres etapas



Desde mayo de 2022, se ha incorporado al proyecto una representación de entidades comunitarias que trabajan con pacientes que viven con VIH.

Recomendaciones

1 Resultados finales a monitorizar

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

Mejorar la **calidad de vida** de estos pacientes:

1 Resultados clínicos y de cuidados asociados al VIH.

- **Buen control virológico** de la infección por el VIH: carga viral indetectable.
- Control de la **tolerabilidad al TAR y gestión de la adherencia al tratamiento y las visitas.**
- Control de **interacciones y efectos secundarios.**

2 Desarrollo de actividad preventiva y atención a procesos clínicos subyacentes.

- **Cumplimiento de prevención según indicación:** (vacunas, profilaxis, cribados de ITS, infección por VHC, despistaje de displasia anal, cribado de otras comorbilidades...).
- **Buen control y atención a procesos clínicos subyacentes.**
- **El paciente tiene acceso a información de calidad** sobre la **infección por VIH.**
- El paciente **recibe educación** para la **salud afectivo-sexual** en **prevención combinada y reducción de daños.**
- **El paciente identifica recursos sanitarios, sociales y comunitarios** que le pudieran permitir una **mejor gestión biopsicosocial** de la situación de salud de **vivir con VIH.**

3 Seguimiento de estilo de vida y hábitos saludables.

- **Adecuada CVRS** teniendo en cuenta **factores sociales laborales, afectivos, sexuales...**
- **Monitorización de hábitos y estilo de vida del paciente:** dieta, ejercicio físico, sueño, prácticas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas...
- **El paciente consolida un proceso de adaptación saludable a su situación de vivir con VIH y tiene una adecuada relación terapéutica con su equipo de salud.**

NOTA: La enumeración de los resultados que se muestra a continuación no atiende a ningún criterio de priorización. Se recogen los resultados que se consideran deben conseguir para mejorar la calidad de vida de un paciente AZUL.

4 Atención a su estado emocional.

- **Monitorización y control de aspectos sociales, como el estigma,** en el cuidado de su salud física y psicológica.

5 Máxima adecuación de intervenciones a cambios de perfil.

- **Atención a alertas relacionadas con el cambio de perfil de paciente:**
 - Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.
 - Riesgo de exclusión.
 - Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.
 - Prácticas sexuales de riesgo.
 - Embarazo.

Recomendaciones

2 Estándar de prestación multidisciplinaria recomendado

Recomendaciones de prestación multidisciplinar

A continuación se presenta la **“recomendación de prestación multidisciplinar”** para los pacientes de este perfil en cualquier lugar del SNS. Esta recomendación incluye prestaciones propias de cada disciplina y prestaciones comunes o transversales.

- **Prestaciones propias:** se trata de aquellas prestaciones que se recomienda sean realizadas por la disciplina señalada. Se recogen, a continuación, sobre fondo blanco.

- **Prestaciones comunes:** se trata de aquellas prestaciones cuyo contenido involucra a diferentes disciplinas. Esto es, prestaciones que pueden ser desarrolladas por diferentes disciplinas aportando cada una de ellas diferente función, intensidad o momento de desarrollo.

En este caso, será más necesario, si cabe, por parte de los equipos multidisciplinarios locales trabajar la colaboración y coordinación “en equipo” que asegure el mejor desarrollo local posible de estas prestaciones. Se recogen, a continuación, sobre fondo sombreado.

El equipo de trabajo que formula estas recomendaciones es consciente de que los recursos, capacidades y circunstancias organizativas y de gestión existentes en cada entorno local pueden ser muy diferentes. A modo de ejemplo, que no existan dotaciones de algunas de las disciplinas que conforman el estándar de equipo multidisciplinar que realiza las recomendaciones.

Por ello se sugiere que, en primer lugar, los equipos locales aseguren que el contenido de la recomendación completa se dé para todo paciente de este perfil por los profesionales y dotaciones existentes. Se recomienda, en segundo

lugar, avanzar en cada contexto local hacia la constitución de equipos multidisciplinarios que integren la multidisciplinariedad, las competencias y las capacidades necesarias para asegurar la **“recomendación de prestación multidisciplinar”** que se formula en este documento.

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)

Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.

Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).

Prescripción y optimización de TAR.

Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles según necesidades del paciente.

Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Revisión de interacciones, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.

Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

Valoración psicológica y derivación a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc.).

Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

Valoración social de precisar.

Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Atención en función de las necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. **Elaborar plan de cuidados individualizado.**

Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...

Atención a posibles **descompensaciones/procesos agudos relacionados.**

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.

Educación en salud y prácticas sexuales saludables.

Favorecer la adherencia.

Vacunación actualizada.

Valoración de la calidad de vida del paciente.

Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente: información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.

Valoración de tolerancia al TAR.

Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.

Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.

Valoración de calendario vacunal y cribados según indicación.

Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Medida y fomento de adherencia.

Educación sanitaria y fomento de hábitos de vida saludables.

Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de **las visitas del paciente.**

Identificación de posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.

Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).

Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.

Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.

Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.

Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).

Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.

Detectar precozmente otros posibles problemas e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.

Valoración calidad de vida del paciente.

Recomendaciones

3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención

Consolidado de alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo



Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus alertas

Especialistas de atención hospitalaria

Enfermería

Farmacia hospitalaria

Psicología

Trabajo social

Especialistas de atención primaria

Recomendaciones

4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes

DADAS las características concretas de este perfil, a continuación, se proporcionan una serie de **recomendaciones e información útil y práctica** que han servido para el cuidado de este tipo de paciente a los miembros del equipo de trabajo que ha participado en la definición de los resultados finales a monitorizar, las recomendaciones de atención así como de las alertas clave a monitorizar en este perfil de paciente:

- La estabilidad es una característica diferencial y significativa de este perfil.
- Atención a la esfera emocional y psicológica.
- Dispensación del tratamiento.
- Alteración del perfil.

Las recomendaciones de uso local que se recogen a continuación, han sido formuladas en base a la experiencia de este equipo de trabajo.

4.1 La estabilidad es una característica diferencial y significativa de este perfil

- Se trata de pacientes bien adaptados al TAR (sin complicaciones significativas) y que realizan sus visitas de seguimiento según indicación.
- Así, algunas de las actividades de control en estos pacientes, se podrían atender desde el nivel de atención primaria.

- En este perfil, se recomienda ir espaciando más las consultas mientras se mantenga la situación estable, combinando visitas presenciales con seguimiento a distancia gracias al desarrollo de la telemedicina y la salud digital, favoreciendo contacto mediante email, consultas virtuales, etc.; y garantizando mecanismos de coordinación y accesibilidad fácil y rápidos con el equipo asistencial multidisciplinar, si fuese necesario.
- En este perfil es clave mantener la motivación y la constancia en la toma de medicación.
- Es clave también, trabajar el enfoque de paciente informado. Para ello, es preciso que cuente con información suficiente y de calidad que le permita elegir y decidir libremente lo mejor para él. La información es un instrumento que empodera y facilita el desarrollo de motivación personal para adherir a los cuidados.
- Así mismo, para este perfil de baja complejidad con baja frecuencia de atención presencial a consulta, se podrían considerar fórmulas de distribución alternativas a la dispensación presencial en la farmacia hospitalaria como podría ser el envío a domicilio por parte de la farmacia del hospital, la distribución a través de máquinas dispensadoras o farmacias comunitarias; el objetivo de estas medidas sería conciliación de la vida laboral, personal y social sin requerir desplazamientos frecuentes al centro hospitalario. En este sentido, las entidades comunitarias y la atención primaria podrían servir de apoyo para casos concretos con dificultades particulares para la recogida de la medicación.
- Atención al posible riesgo de inVIHsibilidad en este perfil.

4.2 Atención a la esfera emocional y psicológica

- Dada la **estabilidad emocional** que describe a este perfil, el foco debe situarse en **mantenerla**. Se recomienda realizar valoraciones de su situación, a través de canales presenciales o virtuales, con **programas** destinados a facilitar **recursos de adaptación de manera preventiva**, para detectar anticipadamente, señales de evolución negativas cuando éstas comiencen y poder intervenir proactivamente.
- Se recomienda incluir la **detección precoz de posibles problemas asociados a la esfera psicológica y emocional**, dado que muchos pacientes en apariencia adaptados presentan sobre todo problemas relacionados con el **estigma y la gestión de la revelación de su situación***.
- En este perfil de paciente es interesante su posible implicación como persona voluntaria y/o activista en el asociacionismo del VIH, como factor de protección frente al estigma y sus consecuencias. La persona se convierte en referente visible para otras afectadas por la enfermedad, pero también para la sociedad en su conjunto.

*Estudio SEISIDA: el 80% de personas que viven con VIH ocultan su condición.

4.3 Dispensación del tratamiento

- El marco legal hoy establece que la dispensación de los tratamientos hospitalarios sea realizada por los servicios de farmacia.
- Si a futuro las normas de dispensación de los tratamientos aprobados para pacientes con infección por VIH cambiaran y pudieran ser codispensados en otros niveles asistenciales y ubicaciones (a modo de ejemplo, atención

primaria y entorno comunitario); en ese caso otros roles y niveles podrían participar en su dispensación; siempre que cumplieran las especificaciones de regulación, calidad y seguridad clínica indicadas.

- En estos escenarios futuribles, se debería tener en cuenta, además de las condiciones de calidad y seguridad clínica en la dispensación de los fármacos, las condiciones de mejora de acceso a los mismos para los pacientes, facilitando la conciliación del acceso y dispensación de los fármacos, con las rutinas de vida de los pacientes.

4.4 Alteraciones del perfil

- Desde el punto de vista de la salud en estos pacientes lo más relevante es identificar **precozmente y atender ajustadamente, cambios de situación que obliguen a realizar un cambio en su perfil de paciente**: a modo de ejemplo, aparición de comorbilidades, embarazo, consumo no controlado de sustancias psicoactivas, práctica sexual de riesgo, situación de riesgo de exclusión...

Recomendaciones

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales

Prestaciones transversales

EXISTEN un conjunto de prestaciones que son transversales y aplican a todos los miembros del equipo de trabajo multidisciplinar.

Estas prestaciones transversales son las siguientes:

Prestaciones transversales

Desarrollo y entrenamiento de **trabajo en equipo**: diseño e implementación local de procesos de trabajo y sistemas o estructuras que **den forma** a la **colaboración y coordinación** que es necesario articular entre todos los agentes concernidos.

Registro en la HCE, **con calidad**, de datos clínicos y hábitos del paciente.

Identificar y monitorizar las alertas clave de este paciente.

Atención a las necesidades de **formación y actualización** continuada que puedan requerir los miembros del equipo multidisciplinar.

Los equipos de trabajo deberían poder **informar y medir sus avances como equipo** (metodología de gestión del cambio).

Establecer una **adecuada relación profesional-paciente** basada en la confianza y empática.

Investigación.

Al igual que las específicas de cada perfil, toman forma operativa, en cada uno de los entornos locales.

Para potenciar el trabajo conjunto entre todos los miembros del equipo multidisciplinar existen herramientas e instrumentos de coordinación entre profesionales; y de comunicación y conexión con los pacientes y su entorno, que pueden ayudar a potenciar el trabajo colaborativo en equipo.

Las personas que han elaborado este documento quieren poner en valor y compartir algunas experiencias y buenas prácticas, en este sentido, que han detectado en sus entornos de trabajo específicos.

Estos instrumentos, se enumeran y describen en los siguientes apartados de este documento.

Recomendaciones

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales

Coordinación entre profesionales

PARA dar forma operativa a las diferentes prestaciones y disponer de sistemas de alerta que faciliten el desarrollo de las funciones clínicas, de cuidado y apoyo que precisa este perfil de pacientes es necesaria, **su implementación, en cada entorno de trabajo.**

Para ello es necesario, que **los profesionales de los entornos locales, se organicen y puedan trabajar de un modo colaborativo.**

Dar forma a un modo de trabajo más colaborativo requiere, por parte de los equipos multidisciplinares locales, poder contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Existe una visión o plan de trabajo compartido respecto a cómo realizar un manejo óptimo de los pacientes por el equipo multidisciplinar que los atiende en cada entorno local?
- ¿Cómo se van a tomar decisiones compartidas entre todos?
- ¿Cómo vamos a intervenir juntos?
- ¿Cómo vamos a compartir responsabilidad y resultados sobre estos pacientes?

Esta **coordinación y colaboración entre profesionales** tiene que **orientarse a alcanzar los mejores resultados finales posibles para este perfil de pacientes**, en cada entorno, de acuerdo con los recursos y capacidades disponibles.

La forma que toman los procesos asistenciales en cada entorno, así como, la existencia de procesos de trabajo colaborativos entre estos profesionales y con el paciente, son fundamentales para el avance. Están directamente afectados por las capacidades y condiciones específicas de cada contexto local.

Las recomendaciones que a continuación se recogen se formulan en base a la experiencia del equipo de trabajo que ha elaborado este documento.

El proceso de enfermedad en casos de fragilidad y/o comorbilidad no es lineal. Numerosos procesos afectan e interactúan entre sí. En procesos agudos la coordinación entre profesionales pudiera ser menos relevante para el resultado final, dado que la atención se centra en atender lo grave. No obstante, una enfermedad aguda, puede generar uno o varios síndromes geriátricos.

La prevalencia de enfermedades crónicas y la demografía en nuestro país pone de manifiesto la necesidad de trabajar la coordinación entre los diferentes profesionales.

Es evidente que **si no se comunican entre sí los profesionales**, las diferentes evaluaciones que puede requerir un paciente en su proceso asistencial (cognitivas o emocionales, funcionales,...); así como las intervenciones que se realizan al paciente (nuevas prescripciones y actos clínicos) no lograrán el mejor impacto final en sus resultados finales y de la calidad de vida. Tampoco ayuda a la sostenibilidad ya que los actos clínicos, a menudo, se duplican.

Otras veces es "poco viable", en algunos entornos, **disponer del número de dotaciones de recursos profesionales ideal.** En estos casos, es fundamental capacitar a los profesionales sanitarios en la detección de hitos fundamentales del proceso asistencial del paciente, según su perfil.

Concedores de todo lo anterior, los integrantes de este equipo de trabajo han reflexionado sobre cuáles son algunos **facilitadores con los que se cuenta hoy para organizar la coordinación entre profesionales.**

Instrumentos y herramientas de coordinación entre profesionales que apoyan a los equipos o redes de atención locales en su tarea de mejorar los resultados finales de estos pacientes:

1. HCE compartida.

2. Reuniones de trabajo para articular la coordinación necesaria y poder hablar diferentes temas (intrahospitalaria, entre servicios, entre niveles de atención, con otros agentes comunitarios):

- Deberían ser **reuniones multidisciplinares y de carácter periódico**.
- Realizadas con **referentes comprometidos e identificados** con "nombre y apellido".
- **Con roles de equipo perfectamente definidos**.
- **Contenido:** que ayuden a dar forma a la intervención interdisciplinaria, a incorporar innovación y mejora en los equipos y a evaluar avances; además de sesiones clínicas compartidas, consultas de caso, etc.

3. Estas reuniones de trabajo pueden ser VIRTUALES Y PRESENCIALES. **Las áreas de trabajo virtuales tienen que ser "seguras" para compartir información, protocolos y acciones de coordinación. Hoy la tecnología ya permite hacer esto.**

4. Interconsultas entre atención primaria y Unidades funcionales del VIH. En relación a esta herramienta se detalla algunas características que hacen más útiles este instrumento (en base a la experimentación de los miembros de este equipo):

- Que exista un interlocutor bidireccional, por teléfono o correo electrónico.
- Que la respuesta se de dentro de las 24-48h desde la petición.
- Establecer horario (medicina, enfermería).
- Potenciar figura del referente médico en atención primaria. A modo de ejemplo, figura de enfermera gestora de casos como vínculo atención primaria/ atención hospitalaria.

5. Correo electrónico, teléfono y videoconferencia.

6. "Quién es quién": Disponer quién es el médico de atención primaria y el profesional "enlazador de cuidados" (teléfono, e-mail, etc...) para cada paciente de un área o sistema integrado.

7. Integración de todas las disciplinas clínicas en los equipos locales.

8. Rotaciones de enfermería. Aumento de las enfermeras de enlace y gestoras de caso, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, como vehículo de coordinación entre profesionales.

9. Establecer mecanismos de colaboración entre sector sanitario y otros profesionales y organizaciones sociales para promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, con especial foco en las poblaciones vulnerables.

10. En el nuevo contexto de mayor madurez de la salud digital (acelerado por la COVID-19), EL PACIENTE será el propietario de toda la información que compartirá, digitalmente, con todos los profesionales de salud involucrados en su cuidado.

11. El plan personalizado de cuidados es un instrumento de conexión y coordinación clave.

12. Con el desarrollo de la salud digital, surgen instrumentos que facilitan la coordinación, al permitir distintas funcionalidades: histórico de los informes de salud del paciente, prospecto de los medicamentos que ha tomado o toma el paciente, buscadores de interacciones, consejos sobre adherencia, referencias a las entidades comunitarias más próximas, etc.

No obstante, y a pesar de haber identificado todos estos instrumentos que facilitan hoy la comunicación y la coordinación entre profesionales, algunos miembros de este equipo señalan que esta comunicación no es, aún, todo lo fluida y permanente que pudiera ser, por razón de los instrumentos y herramientas disponibles.

Algunos de los comentarios recibidos en este sentido, apuntan a la necesidad de desarrollar mejoras en los sistemas e información disponibles en algunos contextos. Nótese que la madurez y desarrollo de estos sistemas es diferente en las diferentes organizaciones.

En cualquier caso, estas valoraciones ponen de manifiesto la necesidad de seguir apoyando y desarrollando herramientas, pero también complementando el desarrollo de la función de **coordinación y colaboración entre profesionales**, con la incorporación de **nuevas intervenciones que la promuevan**. Las herramientas e instrumentos de comunicación son un facilitador, entre otros.

Recomendaciones

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes

Comunicación y conexión con el paciente

EN relación a la **comunicación y conexión permanente con el paciente y su entorno**, este equipo también ha reflexionado sobre las herramientas e instrumentos que permiten hoy llevarlas a cabo.

La COVID-19 ha acelerado, por necesidad, algunos de esos instrumentos y nos ha enseñado que la conexión con los pacientes **debería ser permanente**.

Esta conexión continuada **facilita la detección precoz de señales de alerta y una respuesta más proactiva y ajustada a la necesidad del paciente**.

Además, esta **conexión** con el paciente es un instrumento cierto para dar **VOZ y PARTICIPACIÓN REAL al paciente en su proceso asistencial y en la toma de decisiones, en todo momento**.

Una buena comunicación favorece la implicación del paciente en sus cuidados.

La comunicación con el paciente y con su entorno, dependerá del grado de dependencia física (auditiva, visual...) o cognitiva, así como, de la competencia tecnológica y la posible "brecha digital" para el uso de las tecnologías. También influye sus preferencias personales respecto a "con quién" comentar sus cuidados.

Si en el entorno local existe "un equipo" o "una red" este decidirá qué, quién, cómo y cuándo informar y comunicar con los pacientes en su proceso asistencial.

Recomendaciones para conectar y comunicar permanentemente con los pacientes y su entorno:

1. Uso de correo electrónico y teléfono especialmente para solventar dudas sencillas y para comunicar con el cuidador o entorno social. Previamente a una visita presencial el teléfono es una buena herramienta para conectar.

2. Otros instrumentos ya consolidados: comunicación en papel, sugerencias *web, app, whatsapp*.

3. Entrevista personal y conversaciones presenciales con los pacientes. Se recomienda:

- Que en la conversación se procure una comunicación directa, personal, empática, centrada en las soluciones y el soporte emocional.
- Que la persona que comunique con el paciente y el entorno tenga capacidad empática y formación estratégica de asesoramiento.

4. Entrevista con familiares o cuidadores útiles durante la fase de seguimiento de los pacientes.

5. Posibilitar y potenciar el acceso a la información por parte del usuario como elemento para promover una comunicación con el paciente. Nos referimos a diagnósticos activos, plan de medicación, resultado de exploraciones complementarias, informes clínicos, calendario de vacunación, como elemento para promover una comunicación.

6. Implementar programas de atención no presencial garantizando su sostenibilidad en el tiempo (telefónica, correo electrónico, videollamadas).

7. Implementar telemedicina y consultas virtuales.

8. Desarrollar instrumentos de *e-health* para atender demandas que le pueden surgir al paciente durante su proceso asistencial y también para su monitorización. A modo de ejemplo: *app* informáticas para teléfonos que permitan evaluaciones estandarizadas en VIH, QoL y determinadas comorbilidades, con alarmas preestablecidas que identifiquen problemas que requieren actuación rápida o cambios significativos en el plan de cuidados, *wearables, PROM*.

9. Utilizar PRO de cribado, como instrumento para iniciar conversaciones con el paciente.

10. Tejer el apoyo con el sector comunitario y los servicios sociales del entorno local: la necesidad de comunicación es mayor con los pacientes más vulnerables y con limitaciones, por razón de su dificultad para el autocontrol y necesitan apoyo externo, más allá, del sanitario.

Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad

Especialistas de atención hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematiemetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.	Al inicio del seguimiento.	Revisión cada 6-12 meses.
Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).	Desde el inicio del seguimiento.	En función de la frecuencia en las recomendaciones.
Prescripción y optimización de TAR.	Desde el inicio.	Intentar distanciar las visitas y facilitar la distribución a domicilio para que no tenga que ir cada 2 ó 3 meses al hospital.
Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.	Desde el inicio del seguimiento.	En cada visita.
Educación en salud y prácticas sexuales saludables.	Al inicio del seguimiento.	En cada visita.
Favorecer la adherencia.	Desde la prescripción del TAR.	En cada visita.
Vacunación actualizada.	Al inicio del seguimiento.	Según recomendaciones.
Valoración de la calidad de vida del paciente.	Desde el inicio del seguimiento.	En cada visita.

Especialistas de atención hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.			✓	✓		
Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).		✓	✓			
Prescripción y optimización de TAR.			✓			
Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.		✓	✓			
Educación en salud y prácticas sexuales saludables.		✓	✓			✓
Favorecer la adherencia.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Vacunación actualizada.		✓	✓	✓		
Valoración de la calidad de vida del paciente.	✓		✓			

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Especialistas en atención hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.		✓
Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).	✓	
Prescripción y optimización de TAR.		✓
Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.		✓
Educación en salud y prácticas sexuales saludables.		✓
Favorecer la adherencia.		✓
Vacunación actualizada.	✓	
Valoración de la calidad de vida del paciente.		✓

* Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.

Enfermería

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita.	Al menos anual.
Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles según necesidades del paciente.	Primera visita.	Según necesidades.
Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente: información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Valoración de tolerancia al TAR.	Desde inicio de TAR.	En cada visita.
Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.	Primera visita.	En cada visita.
Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.	Primera visita.	Según necesidades del paciente.
Valoración de calendario vacunal y cribados según indicación.	Primera visita.	Anual.

Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		
Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles según necesidades del paciente.		✓	✓	✓		✓
Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente: información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.		✓	✓	✓		✓
Valoración de tolerancia al TAR.			✓	✓		
Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓	✓	✓		✓
Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.		✓	✓	✓		✓
Valoración de calendario vacunal y cribados según indicación.		✓	✓	✓		

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles según necesidades del paciente.		✓
Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente: información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.		✓
Valoración de tolerancia al TAR.	✓	
Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓
Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.	✓	
Valoración de calendario vacunal y cribados según indicación.	✓	

* Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.

Farmacia hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Revisión de interacciones , incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.	Basal.	6 meses.
Medida y fomento de adherencia.	Basal.	6 meses.
Educación sanitaria y fomento de hábitos de vida saludables.	Basal.	6 meses.
Favorecer la coincidencia , en el mismo día, de las visitas del paciente.	Basal.	Continuo.
Identificación de posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.	Basal.	Continuo.

Farmacia hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Revisión de interacciones , incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓	✓		✓	
Medida y fomento de adherencia.		✓	✓			
Educación sanitaria y fomento de hábitos de vida saludables.		✓	✓			
Favorecer la coincidencia , en el mismo día, de las visitas del paciente.			✓			
Identificación de posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.		✓	✓		✓	

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Farmacia hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Revisión de interacciones , incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		
Medida y fomento de adherencia.		
Educación sanitaria y fomento de hábitos de vida saludables.		
Favorecer la coincidencia , en el mismo día, de las visitas del paciente.		
Identificación de posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.		

* Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.

Psicología

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Valoración psicológica y derivación a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).	Ante sospecha o cribado positivo para trastorno emocional y/o trastorno psicopatológico y/o consumo de sustancias psicoactivas y/o problemas de adherencia.	Valoración. Seguimiento dependiente del caso y su derivación.
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc...).	Ante necesidades detectadas mediante valoración psicológica o juicio de beneficio por parte del clínico (preventivo).	La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento mantenido en el tiempo para prevenir problemas.
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).	En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.	Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.

Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Valoración psicológica y derivación a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).			✓			✓
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc...).	✓		✓			✓
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).			✓			✓
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.			✓			✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Psicología

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Valoración psicológica y derivación a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).		
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc...).		
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).		
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.		

* Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.

Trabajo social

1	Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
	Valoración social , en caso de precisararlo.	En la primera visita.	Sólo si se detecta una posible situación de riesgo social que requiera seguimiento.

2	Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
		Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
	Valoración social , en caso de precisararlo.						

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

3	Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
		Presencial	Presencial o virtual*
	Valoración social , en caso de precisararlo.		

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Especialistas de atención primaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Atención en función de las necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado.	Desde la primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente.
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...	Desde el inicio.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente.
Atención a posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.	Primera visita cuando aparezca complicación o proceso agudo.	En función del problema hasta su resolución o visitas control periódicas.
Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).	Primera visita o en visita de control.	A lo largo de todo el proceso.
Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
Detectar precozmente otros posibles problemas e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
Valoración calidad de vida del paciente.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.

Especialistas de atención primaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Atención en función de las necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado.		✓	✓	✓		✓
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓	✓	✓		✓
Atención a posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.		✓	✓	✓	✓	
Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.		✓	✓	✓		
Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.		✓	✓	✓		✓
Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).		✓	✓	✓		✓
Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.		✓	✓	✓		✓
Detectar precozmente otros posibles problemas e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.		✓	✓	✓		✓
Valoración calidad de vida del paciente.		✓	✓	✓		✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Especialistas de atención primaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Atención en función de las necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado.		✓
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓
Atención a posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.		✓
Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.		✓
Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.		✓
Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).		✓
Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.		✓
Detectar precozmente otros posibles problemas e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.		✓
Valoración calidad de vida del paciente.		✓

* Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.

Anexo 2: Alertas por especialidad

Especialistas de atención hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente Inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por los especialistas de atención hospitalaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Seguimiento más estrecho y frecuente, interrogar sobre adherencia y potenciales interacciones.
Fallo de adherencia.	SI	Evaluación de causas. Visitas más frecuentes a la consulta y seguimiento telefónico añadido. Valorar evaluación psicológica.
Pérdida de seguimiento.	SI	Activar recursos para localizar al paciente (ej. enfermería especializada). Posible cambio de perfil en función de las razones de la pérdida de seguimiento.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Tratamiento del mismo.
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Necesidad de apoyo psicológico.
Deterioro cognitivo.	SI	Completar estudio deterioro cognitivo. Derivar a especialista adecuado. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Efecto secundario o interacción al TAR.	SI	Seguimiento más estrecho. Contacto para evaluar interacciones.
Estigma.	SI	Si el paciente tiene estigma es importante conocerlo para tratarlo durante la visita y valorar derivar a otros especialistas como enfermera especializada o psicología.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Enfermería

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por enfermería

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Averiguar motivos y formas de abordarlo.
Pérdida de seguimiento.	SI	Búsqueda activa del usuario. Averiguar causas y facilitar la revinculación. Ofrecer recursos de ayuda terapéutica.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Derivación a especialista según proceda.
Pareja serodiscordante.	SI	Asesoramiento de pareja serodiferente: información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Farmacia hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por farmacia hospitalaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Control de adherencia, interacciones y resistencias.
Fallo de adherencia.	SI	Entrevista motivacional.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Psicología

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por psicología

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Realización de valoración psicológica, intervención o derivaciones a recursos específicos.
Deterioro cognitivo.	SI	Realización de una evaluación neuropsicológica y pruebas neurológicas adicionales para diagnóstico.
Estigma.	SI	Sesiones psicológicas centradas en el afrontamiento del estigma y la gestión de la revelación. Derivación a servicios de pares. Derivación a entidades comunitarias y grupos de pares.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Trabajo social

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por trabajo social

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Especialistas de atención primaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Problema psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Efecto secundario o interacción al TAR



Pareja serodiscordante



Estigma



Baja adherencia a intervenciones preventivas



Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Alertas de alteración del perfil



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Embarazo

Alertas referidas por especialistas en atención primaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Identificar y atender al problema, accesibilidad para su valoración. No culpabilizar. Revincular, reprogramar, derivar a unidad VIH si está relacionado con el VIH . Derivación a otras especialidades según indicación.
Pérdida de seguimiento.	SI	Revincular, reprogramar, derivar a unidad VIH si está relacionado con el VIH.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Atención al problema, accesibilidad para su valoración, visita de urgencias en centro de salud u hospital, según indicación. Derivación a otras especialidades según indicación. Programar visitas de seguimiento, atención compartida.
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Atención al problema. Derivación según indicación.
Efecto secundario o interacción al TAR.	SI	Informar, empoderar. Dar alternativas de tratamiento. Reforzar que ante cualquier problema relacionado consulte. Facilitar accesibilidad.
Baja adherencia a intervenciones preventivas.	SI	Educación para la salud, identificación de dificultades, entrevista motivacional, atención multidisciplinar.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Atención al problema. Derivación y coordinación con otros recursos asistenciales. Programar visitas de seguimiento, atención compartida.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.

Siglas y abreviaturas

APP: aplicación.

CAD: centros de atención a la drogodependencia.

CD4: cúmulo de diferenciación 4.

COVID-19: siglas en inglés para enfermedad por coronavirus.

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

HCE: historia clínica electrónica.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

ONG: organización no gubernamental.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

PRO: resultados percibidos por el paciente.

PROM: resultados reportados por el paciente.

QoL: siglas en inglés para calidad de vida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TAR: tratamiento antirretroviral.

VHC: virus de la hepatitis C.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.



Avalado por:

