

# Recomendaciones de atención para un paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico

Proyecto National Policy





Avalado por:



## Recomendaciones de atención para un paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico

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](http://www.dfad.biz)

ISBN: 978-84-09-47441-7

NP-ES-HVU-MONO-220001(v2) 01/2023

Citación sugerida:

"Recomendaciones de atención para un paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico".

Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47441-7

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



# 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 Clínic de Barcelona.

**Fátima Brañas Baztán:** Facultativo Especialista en Geriátrica. Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid.

**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<sup>a</sup> José Fuster:** Directora Ejecutiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid. Profesora de la facultad de psicología de la UNED.

**Margarita Ramirez 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.

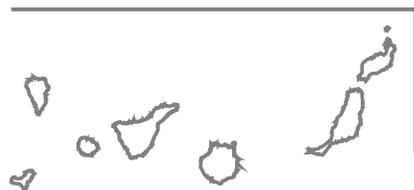
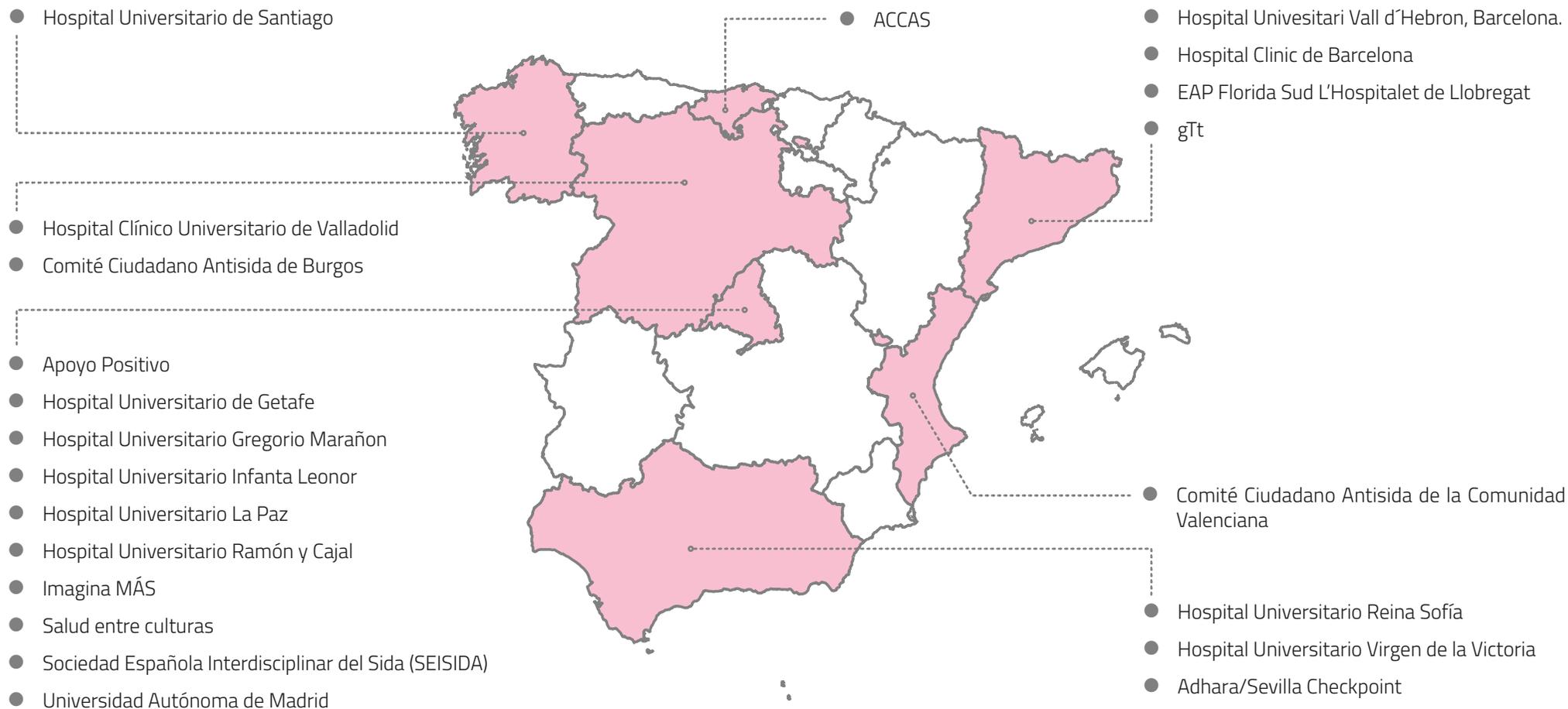
**José Canales:** coordinador del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana.

**Juanse 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	<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>16</b>	<b>Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad</b>	<b>28</b>
Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo	4	Consolidado de alertas	17	Especialistas de atención hospitalaria	29
<b>Introducción</b>	<b>6</b>	<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>18</b>	Enfermería	32
El contexto	7	4.1 Valoración e inicio del TAR lo más precozmente posible	19	Farmacia hospitalaria	35
La metodología	8	4.2 Especial seguimiento requerido por estos pacientes	19	Psicología	38
<b>Recomendaciones</b>	<b>9</b>	4.3 Relevancia del vínculo que se crea entre profesional sanitario y paciente en este momento	20	Trabajo social	41
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>9</b>	<b>5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales</b>	<b>21</b>	Especialistas de atención primaria	42
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	10	Prestaciones transversales	22	<b>Anexo 2: Alertas por especialidad</b>	<b>45</b>
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado</b>	<b>12</b>	<b>6 Mecanismos de coordinación entre profesionales</b>	<b>23</b>	Especialistas de atención hospitalaria	46
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	13	Coordinación entre profesionales	24	Enfermería	48
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	14	<b>7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes</b>	<b>26</b>	Farmacia hospitalaria	50
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	15	Comunicación y conexión con el paciente	27	Psicología	52
				Trabajo social	54
				Especialistas de atención primaria	56
				<b>Siglas y abreviaturas</b>	<b>58</b>

# Introducción

## El contexto

EL proyecto “**Recomendaciones de atención para Pacientes con 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](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 los pacientes **en su primer año de tratamiento contra el VIH tras el diagnóstico**.



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 diferente 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).

**Metodología:** Proceso de trabajo en ciclos con tres etapas



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.

*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.
- **Recuperación** de la cifra de linfocitos **CD4**.
- **Buen control de la tolerabilidad y efectos secundarios del TAR.**
- **Adherencia** primaria\* y secundaria de **tratamiento y visitas.**

## 2 Relación con el paciente, autocuidado y empoderamiento.

- **Buena relación terapéutica con el paciente** (relación de confianza).
- **El paciente tiene conocimientos** sobre aspectos básicos **de la infección y su régimen terapéutico.**
- **El paciente tiene conocimiento sobre los efectos adversos y los síntomas de alerta.**
- **El paciente conoce los recursos de salud y comunitarios disponibles.**
- **El paciente dispone de habilidades clave y estrategias adaptativas para la autogestión de su nueva situación de salud.**

## 3 Desarrollo de actividad preventiva y atención a procesos clínicos subyacentes.

- **Cumplimiento de prevención según indicación:** quimioprofilaxis, vacunas, cribados de ITS, de cánceres..).
- **Buena educación para la salud afectivo-sexual en prevención combinada y reducción de daños.**
- **Buena atención y control a procesos clínicos subyacentes.**

\* Inicio del tratamiento indicado.

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 NARANJA.

#### 4 Seguimiento de estilo de vida y hábitos saludables.

- **Adecuada CVRS.** Determinantes: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
- **Monitorización de hábitos y estilo de vida del paciente:** dieta, ejercicio físico, sueño, prácticas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas.

#### 5 Atención a su estado emocional y/o psicopatológico.

- **Monitorización y buen control de la salud psicológica del paciente** (impacto psicológico del diagnóstico, ansiedad, depresión,...).
- **Monitorización del estigma internalizado y su interferencia en la gestión de su salud.**
- **Monitorización de la integración social** del paciente.

#### 6 Máxima adecuación de intervenciones a cambios de perfil.

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

# 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 o transversales:** 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 sugieren 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.

Por las características que definen a este perfil, en relación con las prestaciones propias de geriatría, habría que hacer **cribado de fragilidad al diagnóstico y cada año si es mayor de 50 años** como recomiendan las guías de la EACS 2021 v.11 pero el cribado no lo hace el geriatra, **lo hace cualquier otro miembro del equipo multidisciplinar** y se derivaría a geriatría si el cribado es positivo.

# 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, hematemetría y bioquímica sanguínea). Exploración física con parámetros antropométricos y tensión arterial.

**Prevención, cribado y tratamiento de enfermedades definatorias de sida, ITS y otras infecciones.**

**Realizar quimioprofilaxis** (TBC,NPJ...) si está indicado.

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

**Realizar asesoramiento en primera visita** (afrentamiento saludable y espacio para verbalizar dudas y miedos relacionados con el impacto del diagnóstico) **y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su seropositividad.**

**Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH.**

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

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

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

**Explorar las necesidades y preferencias** particulares del paciente en relación a la dispensación del TAR.

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo,** para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.

**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 de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación** para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones existentes.

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Valoración social** (de precisarlo).

## 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.**

Realizar las **exploraciones complementarias** según protocolos consensuados.

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

**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...

**Seguimiento** a los pacientes cuando hayan tenido **incidencias en el plan de cuidados** (tras ingresos, tras visitas a urgencias, cambios en situación psico-social) o **ante detección conductas de riesgo.**

# Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

## Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Optimización del TAR:** monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.

**Detección de necesidades psicológicas** (interiorización y aceptación de la infección por VIH/necesidad de TAR, estado de ánimo...) y coordinación con psicólogos clínicos.

**Detección de neoplasias** según género, edad y otros factores de riesgo.

**Valoración de la calidad de vida del paciente.**

**Valoración de hábitos de vida** (hábitos no saludables, dieta, ejercicio).

**Vacunación actualizada.**

**Contribuir a la normalización de la enfermedad.**

**Prevención e identificación de posibles situaciones de riesgo y educación para la salud.**

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

**Control de la adherencia y tolerancia al TAR.**

**Ofrecer información sobre la importancia de tener una adherencia mantenida**, realizar **detección precoz de falta de adherencia** y 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.**

**Capacitación** en salud del paciente **que permita el autocuidado** y la gestión adecuada **de la infección**.

**Disponibilidad** para atender dudas del paciente fuera de las consultas pactadas.

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Identificación de posibles eventos adversos** y comunicarlo al equipo médico.

**Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales** de no adherencia y propuesta de mejora.

**Educación sanitaria:** importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.

## 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.**

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Contribuir a la normalización de la enfermedad.**

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Alertar sobre interacciones con otros fármacos de uso común.**

**Favorecer la adherencia** a los tratamientos y visitas de seguimiento.

**Empoderar en el autocuidado** y en el conocimiento de la enfermedad.

**Prevención** e identificación de posibles situaciones de riesgo y educación para la salud.

**Valoración de la 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 (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

## Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión



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

**D**ADAS 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:

- Valoración e inicio del TAR lo más precozmente posible.
- Especial seguimiento requerido por estos pacientes.
- Relevancia del vínculo que se crea entre profesional sanitario y paciente en este momento:

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 Valoración e inicio del TAR lo más precozmente posible

Se entiende por **paciente naranja** aquel que lleva menos de un año en TAR tras el diagnóstico de VIH. El inicio precoz del TAR en las personas con infección por VIH es esencial.

El equipo considera que, en ocasiones, hay pacientes que de una manera excepcional acuden a las unidades de VIH, sin diagnóstico o que, teniéndolo, por distintos motivos, no han comenzado con el tratamiento.

- Este perfil se caracteriza por un diagnóstico reciente de VIH. **Es clave que estas personas sean atendidas lo más rápidamente** en las unidades especializadas para valoración e inicio rápido del TAR.
- Se recomienda, si es posible, realizar la analítica en el mismo día de consulta (ej.: hospital de día) para tener cuanto antes los resultados y no retrasar el inicio del TAR, además de tranquilizar al paciente y evitar el tener que ir, de un lado para otro, con más citas (promover "acto único").

## 4.2 Especial seguimiento requerido por estos pacientes

- Se trata de pacientes que **tienen que interiorizar la noticia del diagnóstico**, con implicaciones personales y sociales. También tienen que **adaptarse a las particularidades del tratamiento y al circuito de cuidados**, totalmente nuevo para ellos. En este perfil de pacientes se puede **plantear un acompañamiento** que permita conocer el sistema en este primer año, **trabajando además la autonomía del paciente**.
- Por todo ello, **se recomienda un seguimiento inicial más estrecho**: que controle los aspectos psicológicos (aceptación, manejo del estigma internalizado y de su nueva situación), aspectos relacionados con la toxicidad potencial del TAR, eficacia y posibles reacciones paradójicas por mejoría de la inmunidad.
- Requieren de una **atención hospitalaria más continua** hasta normalizar pruebas y ajustar a su vida los nuevos condicionantes de la enfermedad.

- Para facilitararlo **se recomienda recoger todas las vías de contacto posibles** con el paciente (teléfono, dirección, e-mail, persona de contacto,...) para mantener seguimiento y recuperarlo si hubiera pérdida. Disponer de circuitos rápidos y bidireccionales es especialmente importante para este perfil.
- **Todos los programas** destinados a facilitar recursos de adaptación de manera **preventiva** son **beneficiosos para este perfil de paciente**. A modo de ejemplo, la **detección precoz de problemas** asociados a la esfera psicológica, ya que este perfil de paciente se va a **exponer crónicamente a potenciales estresores** ante los cuales va a tener recursos adecuados para no desarrollar problemas emocionales.
- Las **visitas a urgencias** pueden ser una alarma de alguno de los riesgos potenciales de este perfil de pacientes.
- Los **cambios drásticos** al margen de las decisiones de paciente (**socioeconómicos**), también pueden afectar mucho su situación.

## 4.3 Relevancia del vínculo que se crea entre profesional sanitario y paciente en este momento

- En estos pacientes **las visitas presenciales** son muy importantes para trabajar ese vínculo, pudiendo dejarse las virtuales para el momento en el que estos vínculos son más sólidos.
- El inicio del tratamiento es quizás una de las etapas más frágil y cuando el paciente va a necesitar más apoyo a nivel emocional, puesto que en un primer momento no suelen revelarlo al entorno social más próximo. Existen roles profesionales y programas de pares que pueden ayudar mucho en estas etapas.
- La información veraz y científica va a servir al paciente para generar factores de protección y de afrontamiento. Asimismo, acercar e informar sobre los distintos servicios que pueden prestar las entidades comunitarias puede ser también de gran ayuda.
- La figura de psicología en las unidades de enfermedades infecciosas es fundamental. Por el funcionamiento propio de estas unidades, muchas veces resulta difícil la inversión de tiempo necesaria para este tipo de pacientes, por lo que un apoyo en este sentido de las entidades comunitarias es de gran valor.
- A modo de ejemplo, el programa CUEI de atención psicológica en el ámbito hospitalario cuenta con una trayectoria de más de 24 años y es un servicio bien valorado por parte del equipo de las unidades de enfermedades infecciosas de los hospitales.

# 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

**P**ARA 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

**E**N 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
<b>Control de la infección por VIH:</b> analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Exploración física con parámetros antropométricos y tensión arterial.	Al mes del inicio del tratamiento. En el momento de diagnóstico de TBC latente (si fuese el caso).	Trimestral hasta confirmar indetectabilidad. Posteriormente como un paciente estable. 6 meses.
<b>Prevención, cribado y tratamiento de enfermedades definitivas de sida, ITS y otras infecciones.</b>	Al inicio del seguimiento.	Si aparecen síntomas o riesgo.
Profilaxis TBC si está indicada.	En el momento de diagnóstico de TBC latente (si fuese el caso).	6 meses.
Profilaxis NPJ si está indicada.	Si CD4 < 200.	Hasta CD4 > 200 en dos determinaciones.
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.	Al inicio del seguimiento.	Revisión a los 2, 6 y 12 meses.
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> (interiorización y aceptación de la infección por VIH/necesidad de TAR, estado de ánimo...) y coordinación con psicólogos clínicos.	Al mes del inicio del tratamiento.	3, 6 y 9-12 meses. Posteriormente como un paciente estable.
<b>Detección de neoplasias</b> según género, edad y otros factores de riesgo.	Al inicio del seguimiento.	Si aparecen síntomas o riesgo.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	Basal.	En todas las visitas.
<b>Valoración de hábitos de vida</b> (hábitos no saludables, dieta, ejercicio).	Basal.	En todas las visitas.
<b>Vacunación actualizada.</b>	Al inicio del seguimiento.	Hasta que tenga todas las vacunas indicadas administradas según las pautas recomendadas.
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>	Desde el inicio.	Durante el primer año y luego a demanda.
<b>Prevención e identificación de posibles situaciones de riesgo y educación para la salud.</b>	Al inicio del seguimiento.	Cuando sea necesario.

## Especialistas de atención hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Control de la infección por VIH:</b> analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Exploración física con parámetros antropométricos y tensión arterial.			✓	✓		
<b>Prevención, cribado y tratamiento de enfermedades definitivas de sida, ITS y otras infecciones.</b>			✓	✓		
Profilaxis TBC si está indicada.			✓			
Profilaxis NPJ si está indicada.			✓			
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.			✓			
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> (interiorización y aceptación de la infección por VIH/necesidad de TAR, estado de ánimo...) y coordinación con psicólogos clínicos.			✓	✓		
<b>Detección de neoplasias</b> según género, edad y otros factores de riesgo.			✓	✓		
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓	✓	✓		
<b>Valoración de hábitos de vida</b> (hábitos no saludables, dieta, ejercicio).		✓	✓	✓		
<b>Vacunación actualizada.</b>		✓	✓	✓		
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>		✓	✓			✓
<b>Prevención e identificación de posibles situaciones de riesgo y educación para la salud.</b>		✓	✓	✓		✓

*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 hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Control de la infección por VIH:</b> analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Exploración física con parámetros antropométricos y tensión arterial.	✓	
<b>Prevención, cribado y tratamiento de enfermedades definatorias de sida, ITS y otras infecciones.</b>	✓	
Profilaxis TBC si está indicada.	✓	
Profilaxis NPJ si está indicada.	✓	
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.	✓	
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> (interiorización y aceptación de la infección por VIH/ necesidad de TAR, estado de ánimo...) y coordinación con psicólogos clínicos.	✓	
<b>Detección de neoplasias</b> según género, edad y otros factores de riesgo.	✓	
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓
<b>Valoración de hábitos de vida</b> (hábitos no saludables, dieta, ejercicio).		✓
<b>Vacunación actualizada.</b>	✓	
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>		✓
<b>Prevención e identificación de posibles situaciones de riesgo y educación para la salud.</b>	✓	

\* 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
<b>Realizar asesoramiento en primera visita</b> (afrentamiento saludable y espacio para verbalizar dudas y miedos relacionados con el impacto del diagnóstico) y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su seropositividad.	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH.</b>	Primera visita enfermera.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista en atención hospitalaria. Según valoración enfermera. Indefinida.
<b>Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles</b> según necesidades del paciente.	Primera visita.	Según necesidades.
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita enfermera.	Anualmente. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Control de la adherencia y tolerancia al TAR.</b>	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Ofrecer <b>información sobre la importancia de tener una adherencia mantenida</b> , realizar <b>detección precoz de falta de adherencia</b> y facilitar la <b>revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>	Primera visita enfermera.	Según valoración enfermera.
<b>Educación sanitaria</b> relacionada con <b>hábitos saludables y prácticas seguras.</b>	Primera visita.	En cada visita según necesidades del paciente.
<b>Capacitación</b> en salud del paciente <b>que permita el autocuidado</b> y la gestión adecuada <b>de la infección.</b>	Primera visita.	Anualmente. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Disponibilidad</b> para atender dudas del paciente fuera de las consultas pactadas.	Primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.

## Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Realizar asesoramiento en primera visita</b> (afrentamiento saludable y espacio para verbalizar dudas y miedos relacionados con el impacto del diagnóstico) <b>y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su seropositividad.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles</b> según necesidades del paciente.		✓	✓	✓		✓
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		✓
<b>Control de la adherencia y tolerancia al TAR.</b>		✓	✓	✓		✓
Ofrecer <b>información sobre la importancia de tener una adherencia mantenida</b> , realizar <b>detección precoz de falta de adherencia</b> y facilitar la <b>revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Disponibilidad</b> para atender dudas del paciente fuera de las consultas pactadas.			✓			

*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*
<b>Realizar asesoramiento en primera visita</b> (afrentamiento saludable y espacio para verbalizar dudas y miedos relacionados con el impacto del diagnóstico) <b>y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su seropositividad.</b>		✓
<b>Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH.</b>		✓
<b>Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles</b> según necesidades del paciente.		✓
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
<b>Control de la adherencia y tolerancia al TAR.</b>		✓
Ofrecer <b>información sobre la importancia de tener una adherencia mantenida</b> , realizar <b>detección precoz de falta de adherencia</b> y facilitar la <b>revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		✓
<b>Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.</b>	✓	
<b>Disponibilidad</b> para atender dudas del paciente fuera de las consultas pactadas.		✓

\* 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
<b>Revisión de interacciones</b> incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.	Visita basal.	Cada 6 meses.
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente.	Visita basal.	Continuo.
<b>Explorar las necesidades y preferencias particulares del paciente en relación a la dispensación</b> del TAR.	Visita basal.	Continuo.
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.	Primer mes.	Cada 3 meses.
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.	Primer mes.	Cada 3 meses.
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.	Visita basal.	Cada 6 meses.

## Farmacia hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Revisión de interacciones</b> incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓	✓			
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente.			✓			
<b>Explorar las necesidades y preferencias</b> particulares del paciente en relación a la dispensación del TAR.			✓			
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.		✓	✓		✓	
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.			✓			✓
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.		✓	✓			✓

*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*
<b>Revisión de interacciones</b> incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente.		✓
<b>Explorar las necesidades y preferencias</b> particulares <b>del paciente en relación a la dispensación</b> del TAR.		✓
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.		✓
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.		✓
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.		✓

\* 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
<b>Valoraciones psicológica y derivación</b> a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad (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.	Valoración. Seguimiento dependiente del caso y su derivación.
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	Ante sospecha o cribado positivo para deterioro cognitivo.	Valoración de 1-3 sesiones. Seguimiento dependiente del caso y su derivación.
<b>Intervenciones psicológicas</b> 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.	La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema
<b>Intervenciones de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones existentes.	Ante detección de deterioro neurocognitivo o déficits neuropsicológicos.	Programas de neurorrehabilitación: grupal 2-3 veces/semanas, mínimo 8 semanas; seguimiento cada 6 meses. Se recomienda estimulación cognitiva mantenida a lo largo de la vida.
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud</b> (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.
<b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b>	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
<b>Valoraciones psicológica y derivación</b> a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).			✓			✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc.).	✓		✓			✓
<b>Intervenciones de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones existentes.	✓		✓			✓
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud</b> (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.).	✓		✓			✓
<b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b>			✓			✓

*Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, centros de atención a la drogodependencia (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*
<b>Valoraciones psicológica y derivación</b> a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).		✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	✓	
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc.).		✓
<b>Intervenciones de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones existentes.		✓
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud</b> (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.).		✓
<b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b>		✓

\* 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
<b>Valoración social</b> (de precisarlo).	En primera visita.	Solo si se detecta una posible situación de riesgo social que requiera seguimiento.
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>	Desde el inicio.	Durante el primer año y luego a demanda.

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Valoración social</b> (de precisarlo).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>		✓	✓			✓

*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*
<b>Valoración social</b> (de precisarlo).		✓
<b>Contribuir a la normalización de la enfermedad.</b>		✓

\* 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. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>	Primera visita (algunas intervenciones se pueden realizar en visitas sucesivas) y en el momento que se requiera (agudización).	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. Cada 6 meses y cuando lo demande.
Realizar las <b>exploraciones complementarias</b> según protocolos consensuados.	Primera visita, en visitas sucesivas y en el momento que se requiera (agudización).	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente y según protocolos. Cada 3 meses.
Atención a las <b>posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>	Primera visita, en visitas sucesivas y en el momento que se requiera (agudización).	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente y según protocolos. Cada 3 meses.
<b>Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs:</b> 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 y según protocolos. Cada 3 meses.
<b>Seguimiento</b> a los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, cambios en situación psico-social) o <b>ante detección conductas de riesgo.</b>	Desde el inicio. Ante conducta de riesgo detectada.	En función del grado de descompensación puede requerir visita en 1-7 días o adelantar control habitual.
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos de uso común.	Desde el inicio.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. Aprovechando visitas de control cada 3 meses.
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.	Desde el inicio.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. Aprovechando visitas de control cada 3 meses.
<b>Empoderar en el autocuidado y en el conocimiento</b> de la enfermedad.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. Aprovechando visitas de control cada 3-6 meses.
<b>Prevención</b> e identificación de <b>posibles situaciones de riesgo y educación</b> para la salud.	Primeras visitas según plan de cuidados.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. Cada 3-6 meses y cuando lo demande.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	Desde el inicio.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente.

## 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. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>		✓	✓	✓		✓
Realizar las <b>exploraciones complementarias</b> según protocolos consensuados.		✓	✓	✓	✓	✓
Atención a las <b>posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs:</b> 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...		✓	✓	✓		✓
<b>Seguimiento</b> a los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, cambios en situación psico-social) o <b>ante detección conductas de riesgo.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos de uso común.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Empoderar en el autocuidado y en el conocimiento</b> de la enfermedad.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Prevención</b> e identificación de <b>posibles situaciones de riesgo y educación</b> para la salud.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓	✓	✓		✓

*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. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>		✓
Realizar las <b>exploraciones complementarias</b> según protocolos consensuados.	✓	
Atención a las <b>posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>	✓	
<b>Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs:</b> 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...	✓	
<b>Seguimiento</b> a los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, cambios en situación psico-social) o ante detección conductas de riesgo.		✓
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos de uso común.		✓
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.		✓
<b>Empoderar en el autocuidado y en el conocimiento</b> de la enfermedad.	✓	
<b>Prevención</b> e identificación de <b>posibles situaciones de riesgo y educación</b> para la salud.		✓
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓

\* 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 (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## 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	Test de resistencia y valoración de cambio de tratamiento.
Fallo de adherencia.	SI	Aumentar el seguimiento presencial o virtual. Estrategias para mejorarla.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Recuperar contacto para conseguir seguimiento regular. Búsqueda activa.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas).	SI	Aumentar las visitas para realizar un diagnóstico e indicar el tratamiento necesario para la enfermedad oportunista. Medicación concomitante, ingreso hospitalario.
Visita a urgencias.	SI	Requiere de un seguimiento más estrecho tras los mismos hasta la resolución/normalización de la misma y en algunos casos conciliación de la medicación y ajustes de la misma si son necesarios.
Situación de recuperación inmunológica.	SI	Suspensión de profilaxis. Espaciamiento de visitas médicas.
Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR).	SI	Modificaciones del tratamiento y visitas extraordinarias hasta consolidar una pauta que se tolere.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...).	SI	Valoración por psicología y psiquiatría.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Valoración por enfermera de práctica avanzada y psicología, cribado más frecuente de ITS. Posible cambio de perfil.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valoración por psiquiatra. Posible cambio de perfil.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Valoración por trabajador social. Posible cambio de perfil de paciente.

# Enfermería

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por enfermería

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Profundizar en identificar posibles causas y ayudar a encontrar las alternativas de mejora.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas).	SI	Cribaje de ITS y refuerzo en prevención combinada.
Dificultad de adaptación al diagnóstico.	SI	Profundizar en identificar posibles causas, reforzar el esfuerzo y agradecer que nos hagan partícipes de esta dificultad. Vincular con aquellas entidades comunitarias que pueden ser adecuadas al perfil del paciente. Realizar interconsulta a psicología.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...).	SI	Profundizar en identificar posibles causas, reforzar el esfuerzo y agradecer que nos hagan partícipes de esta dificultad. Vincular con aquellas entidades comunitarias que pueden ser adecuadas al perfil del paciente. Realizar interconsulta a psicología.
Pareja serodiscordante.	SI	Ofertar apoyo e información a la pareja ya existente o nueva. Ofrecer la posibilidad de acudir a la consulta enfermera con la persona para ayudarlo y acompañarlo en el proceso de adaptación como pareja serodiferente.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Reforzar la información sobre reducción de daños, ofrecer acompañamiento terapéutico sin juzgar, entender las diferentes fases del proceso de la adaptación e insistir en prestar ayuda cuando lo requiera. Ofrecer recursos sanitarios y comunitarios que le puedan ayudar a una mejor gestión. Posible cambio de perfil.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Reforzar la información sobre reducción de daños, ofrecer acompañamiento terapéutico sin juzgar, entender las diferentes fases del proceso de la adaptación e insistir en prestar ayuda cuando lo requiera. Ofrecer recursos sanitarios y comunitarios que le puedan ayudar a una mejor gestión. Posible cambio de perfil.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Valoración por trabajador social. Posible cambio de perfil del paciente.

# Farmacia hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## 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/nuevo tratamiento: información, recisión interacciones...
Fallo de adherencia.	SI	Entrevista motivacional/control.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Reincorporación al sistema.
Visita a urgencias.	SI	Conciliación/revisión efectos adversos.
Ingreso hospitalario.	SI	Conciliación/revisión efectos adversos.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Prácticas sexuales de riesgo.	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.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Revisión nueva medicación/interacciones. Posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

# Psicología

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por psicología

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Realización de valoración psicológica, intervención o derivación a recursos específicos (ej: grupos de autoayuda en entidades comunitarias) en función de los factores asociados a dicha pérdida. 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.
Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR).	SI	Evaluación precisa de necesidades y problemas del paciente e intervención sobre dichos factores.
Deterioro psicológico y/o psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...).	SI	Realización de valoración psicológica, intervención o derivaciones a recursos específicos. 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.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Valoración psicológica, intervención y/o derivación a recursos específicos (ej: programa de pares, grupos autoayuda en entidades comunitarias...) en función de los factores asociados al riesgo. Posible cambio de perfil.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valoración psicológica, intervención y/o derivación a recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias. Posible cambio de perfil.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Sesiones psicológicas adicionales para trabajar los aspectos específicos. Derivación a pares. Posible cambio de perfil del paciente.

# Trabajo social

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por trabajo social

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Prácticas sexuales de riesgo.	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.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
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.

# Especialistas de atención primaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas)



Visita a urgencias



Ingreso hospitalario

### Alertas propias del perfil



Situación de recuperación inmunológica



Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR)



Dificultad de adaptación al diagnóstico



Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...)



Pareja serodiscordante



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



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## 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	Explorar dificultades en tratamientos, adherencia: seguir protocolos consensuados. Intervenciones consensuadas para mejorar. Pactos terapéuticos. Adaptar periodicidad de seguimiento a cada situación.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)	SI	Revincular. Flexibilidad. Facilitar. Referentes en los diferentes niveles asistenciales. Gestión de casos.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (oportunistas).	SI	Atención al episodio que se presente en consulta o en urgencias de atención primaria.
Efectos secundarios tratamiento (tolerabilidad al TAR).	SI	Explorar dificultades en tratamientos. Seguir protocolos consensuados. Pactos terapéuticos.
Dificultad de adaptación al diagnóstico.	SI	Explorar dificultades y riesgos (consumo sustancias psicoactivas, ITS, <i>chemsex</i> ) en las visitas de seguimiento. Posibles intervenciones consensuadas. Reducción de daños.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (ansiedad, depresión, estigma, soledad...).	SI	Empoderar en el autocuidado y en el conocimiento: asesoramiento, conocimiento del VIH, abordaje psico-social (miedos, dificultades, impacto psicológico, vivir con VIH...) educación para la salud y prevención. Importancia de los cuidados.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Red de apoyo. Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Red de apoyo. Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Valoración posible cambio de perfil del paciente.

## Siglas y abreviaturas

<b>APP:</b>	aplicación.	<b>PROM:</b>	resultados reportados por el paciente.
<b>CAD:</b>	centros de atención a la drogodependencia.	<b>QoL:</b>	siglas en inglés para calidad de vida.
<b>CD4:</b>	cúmulo de diferenciación 4.	<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud.
<b>COVID-19:</b>	siglas en inglés para enfermedad por coronavirus.	<b>TAR:</b>	tratamiento antirretroviral.
<b>CVRS:</b>	calidad de vida relacionada con la salud.	<b>TBC:</b>	tuberculosis.
<b><i>Chemsex:</i></b>	fusión de palabras en inglés para consumo sexualizado de sustancias psicoactivas.	<b>VIH:</b>	virus de la inmunodeficiencia humana.
<b>EACS:</b>	siglas en inglés para Sociedad Clínica Europea del SIDA.		
<b>HCE:</b>	historia clínica electrónica.		
<b>ITS:</b>	infecciones de transmisión sexual.		
<b>NPJ:</b>	neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .		
<b>ONG:</b>	organización no gubernamental.		
<b>PAPPS:</b>	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.		
<b>PRO:</b>	resultados percibidos por el paciente.		



Avalado por:

