

# Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH según perfil

Proyecto National Policy





Avalado por:



## Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH según perfil.

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: 978-84-09-47438-7

NP-ES-HVU-MONO-230003(v1) 01/2023

Citación sugerida:

"Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH según perfil" Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022.

Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47438-7 Disponible en <https://viiivhealthcare.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 Clinic de Barcelona.

**Fátima Brañas Baztán:** Facultativo Especialista en Geriatria. 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.

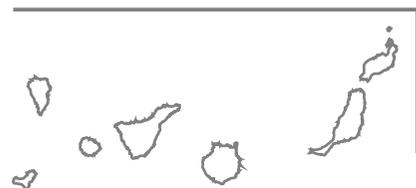
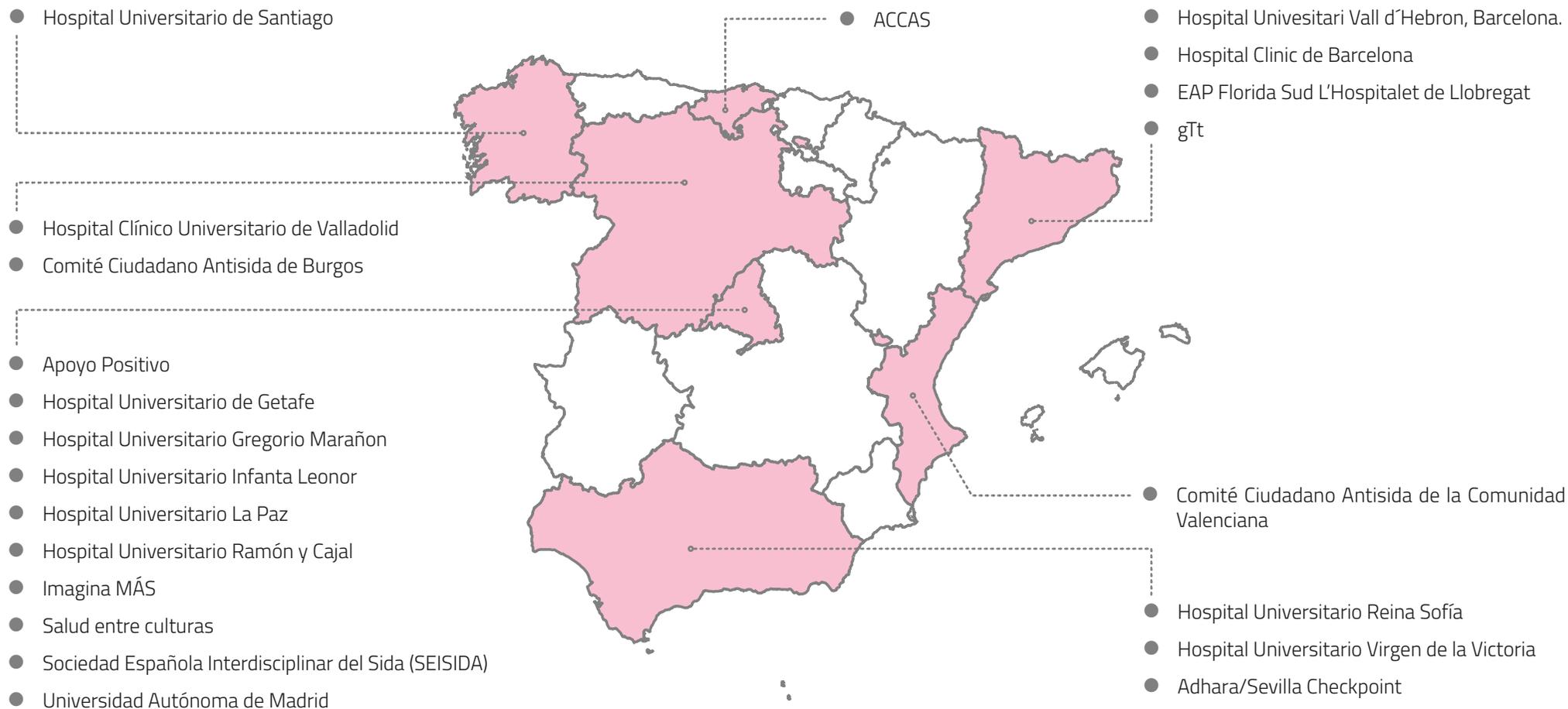
**José Canales:** coordinador del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana.

**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

 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
<b>Introducción</b>	<b>10</b>
Introducción	11
El contexto	13
La metodología	14
<hr/>	
<b>Recomendaciones comunes a todos los pacientes</b>	<b>339</b>
<b>5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales</b>	<b>339</b>
Prestaciones transversales	340
<b>6 Mecanismos de coordinación entre profesionales</b>	<b>341</b>
Coordinación entre profesionales	342
<b>7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes</b>	<b>344</b>
Comunicación y conexión con el paciente	345
<b>Siglas y abreviaturas</b>	<b>346</b>

<b>Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente</b>	<b>15</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>16</b>
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>16</b>
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	17
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado</b>	<b>19</b>
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	20
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	21
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	22
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>23</b>
Consolidado de alertas	24
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>25</b>
4.1 Envejecimiento prematuro	26
4.2 La gestión de fármacos y el "hartazgo del tratamiento"	26
4.3 Brecha digital	26
4.4 Fragilidad y soledad	26
4.5 Sexualidad en este perfil	27
4.6 Dependencia	27

<b>Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad</b>	<b>28</b>
Especialistas de atención hospitalaria	29
Enfermería	32
Farmacia hospitalaria	35
Geriatría	38
Psicología	41
Trabajo social	44
Especialistas de atención primaria	47
<b>Anexo 2: Alertas por especialidad</b>	<b>50</b>
Especialistas de atención hospitalaria	51
Enfermería	54
Farmacia hospitalaria	57
Geriatría	59
Psicología	61
Trabajo social	64
Especialistas de atención primaria	66



## Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social 69

<b>Recomendaciones</b>	<b>70</b>
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>70</b>
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	71
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado</b>	<b>73</b>
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	74
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	75
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	76
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>77</b>
Consolidado de alertas	78
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>79</b>
4.1 Recomendaciones sobre barreras idiomáticas y culturales	80
4.2 Recomendaciones ante la alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios	80
4.3 Recomendaciones ante el estigma y la discriminación	82

### Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 83

Especialistas de atención hospitalaria	84
Enfermería	87
Farmacia hospitalaria	90
Geriatría	93
Psicología	94
Trabajo social	97
Especialistas de atención primaria	100

### Anexo 2: Alertas por especialidad 103

Especialistas de atención hospitalaria	104
Enfermería	106
Farmacia hospitalaria	108
Geriatría	110
Psicología	112
Trabajo social	114
Especialistas de atención primaria	116



## Recomendaciones de atención para un paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico 118

<b>Recomendaciones</b>	<b>119</b>
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>119</b>
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	120
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado</b>	<b>122</b>
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	123
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	124
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	125
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>126</b>
Consolidado de alertas	127
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>128</b>
4.1 Valoración e inicio del TAR lo más precozmente posible	129
4.2 Especial seguimiento requerido por estos pacientes	129
4.3 Relevancia del vínculo que se crea entre profesional sanitario y paciente en este momento	130



**Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 131**

Especialistas de atención hospitalaria	132
Enfermería	135
Farmacia hospitalaria	138
Psicología	141
Trabajo social	144
Especialistas de atención primaria	145

**Anexo 2: Alertas por especialidad 148**

Especialistas de atención hospitalaria	149
Enfermería	151
Farmacia hospitalaria	153
Psicología	155
Trabajo social	157
Especialistas de atención primaria	159



**Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica 161**

**Recomendaciones 162**

**1 Resultados finales a monitorizar 162**

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	163
---	-----

**2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado 165**

Recomendaciones de prestación multidisciplinar	166
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	167
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	168

**3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención 169**

Consolidado de alertas	170
------------------------	-----

**4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes 171**

4.1 Tipo de sustancia y perfil del consumo	172
4.2 Impacto grave derivado de la pérdida de control y seguimiento en este perfil	172
4.3 Cambios conductuales	172

**Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 173**

Especialistas de atención hospitalaria	174
Enfermería	177
Farmacia hospitalaria	180
Psicología	183
Trabajo social	186
Especialistas de atención primaria	189

**Anexo 2: Alertas por especialidad 192**

Especialistas de atención hospitalaria	193
Enfermería	195
Farmacia hospitalaria	197
Geriatría	199
Psicología	201
Trabajo social	203
Especialistas de atención primaria	205



<b>Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo</b>	<b>207</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>208</b>
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>208</b>
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	209
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado</b>	<b>211</b>
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	212
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	213
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	214
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>215</b>
Consolidado de alertas	216
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>217</b>
4.1 Perfil general: principales riesgos y recomendaciones	218
4.2 <i>Chemsex</i>	218
4.3 Conducta sexual de riesgo y su relación con la esfera psicológica	218

<b>Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad</b>	<b>219</b>
Especialistas de atención hospitalaria	220
Enfermería	223
Farmacia hospitalaria	226
Psicología	229
Trabajo social	232
Especialistas de atención primaria	235
<b>Anexo 2: Alertas por especialidad</b>	<b>238</b>
Especialistas de atención hospitalaria	239
Enfermería	241
Farmacia hospitalaria	243
Psicología	245
Trabajo social	247
Especialistas de atención primaria	249



<b>Recomendaciones de atención para una paciente con infección por VIH y embarazada</b>	<b>251</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>252</b>
<b>1 Resultados finales a monitorizar</b>	<b>252</b>
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	253
<b>2 Estándar de prestación</b>	<b>255</b>
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	256
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	257
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)	258
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención</b>	<b>259</b>
Consolidado de alertas	260
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes</b>	<b>261</b>
4.1 La casuística en este perfil de paciente puede ser muy diferente	262
4.2 El acompañamiento y asesoramiento a una mujer con VIH en su deseo gestacional es clave	262
4.3 Especial trascendencia de la carga viral y el TAR en el embarazo	262
4.4 Importancia de la atención psicológica en	



este perfil de paciente	263
4.5 Relevancia de aspectos sociales y/o culturales en este perfil	263
4.6 Frecuencia de visitas y seguimiento	263

**Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 264**

Especialistas de atención hospitalaria	265
Enfermería	268
Farmacia hospitalaria	271
Psicología	274
Trabajo social	277
Especialistas de atención primaria	280

**Anexo 2: Alertas por especialidad 283**

Especialistas de atención hospitalaria	284
Enfermería	286
Farmacia hospitalaria	288
Psicología	290
Trabajo social	292
Especialistas de atención primaria	294



**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 296**

**Recomendaciones 297**

<b>1 Resultados finales a monitorizar 297</b>	Resultados finales clave a monitorizar en este perfil 298
<b>2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado 300</b>	Recomendaciones de prestación multidisciplinar 301
	Consolidado de prestaciones (prestaciones propias) 302
	Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes) 303
<b>3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención 304</b>	Consolidado de alertas 305
<b>4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes 306</b>	4.1 La estabilidad es una característica diferencial y significativa de este perfil 307
	4.2 Atención a la esfera emocional y psicológica 307
	4.3 Dispensación del tratamiento 308
	4.4 Alteraciones del perfil 308

**Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 309**

Especialistas de atención hospitalaria	310
Enfermería	313
Farmacia hospitalaria	316
Psicología	319
Trabajo social	322
Especialistas de atención primaria	323

**Anexo 2: Alertas por especialidad 326**

Especialistas de atención hospitalaria	327
Enfermería	329
Farmacia hospitalaria	331
Psicología	333
Trabajo social	335
Especialistas de atención primaria	337

# Introducción

# Introducción

En el año 2018, el proyecto National Policy (NP) definió el **Modelo óptimo de atención al paciente con infección por VIH\***.

El desarrollo de este trabajo se fundamentó en una visión integral (biopsicosocial) de las personas que viven con VIH y en una reflexión de cuáles son las necesidades de atención que precisan.

En la actualidad, las personas que viven con VIH son **pacientes crónicos** que demandan cuidados y atención para mejorar su calidad de vida y su bienestar.

La gestión completa de cualquier enfermedad crónica, implica ofrecer un enfoque multidimensional, es decir, un paquete de intervenciones interrelacionadas que conjuntamente consiguen una **gestión óptima de la enfermedad** mejorando los resultados clínicos, de calidad de vida y bienestar de las personas, así como, de eficiencia y sostenibilidad en el uso de los recursos.

Se revisaron **modelos evidenciados** de atención a enfermedades crónicas y, se escogió el *Chronic Care Model* (CCM) como marco para reorientar los servicios a pacientes con VIH.

Este modelo, implementado y probado en diferentes condiciones de salud, reconoce que la gestión de enfermedades crónicas es el resultado de las interacciones de tres áreas superpuestas: 1) la comunidad con sus políticas y recursos; 2) el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y 3) la práctica clínica.

Identifica **seis elementos esenciales**, interdependientes, que deben interactuar eficaz y eficientemente para alcanzar un cuidado óptimo de pacientes con enfermedad crónica:

1. La organización del sistema de atención sanitaria.
2. La conexión y el acercamiento de relaciones con la comunidad.
3. El apoyo y soporte al autocuidado de los pacientes.
4. El diseño del modelo de prestación de cuidados.
5. El apoyo a la toma de decisión clínica.
6. El desarrollo de sistemas de información clínica.

El Modelo óptimo de atención a pacientes con VIH integra **recomendaciones de mejora** para ayudar a evolucionar el modelo de gestión de estos pacientes desde uno reactivo, fragmentado y centrado en el cuidado especializado, hacia otro más proactivo, coordinado y centrado en las necesidades de estos pacientes.

Estas recomendaciones se fundamentaron en un diagnóstico previo del modelo de gestión que dominaba en España.

Asimismo, el Modelo propone **una hoja de ruta organizada para apoyar la implementación** de estas recomendaciones.

En el 2020, el equipo de trabajo multidisciplinar del NP con el aval de distintas sociedades científicas diseñó **nuevas**

**herramientas** que facilitan el avance y la implementación del Modelo óptimo de atención, permitiendo la **segmentación** en siete **perfiles** diferentes de pacientes con **infección por VIH**, así como la **estratificación por niveles de complejidad** de dichos pacientes.

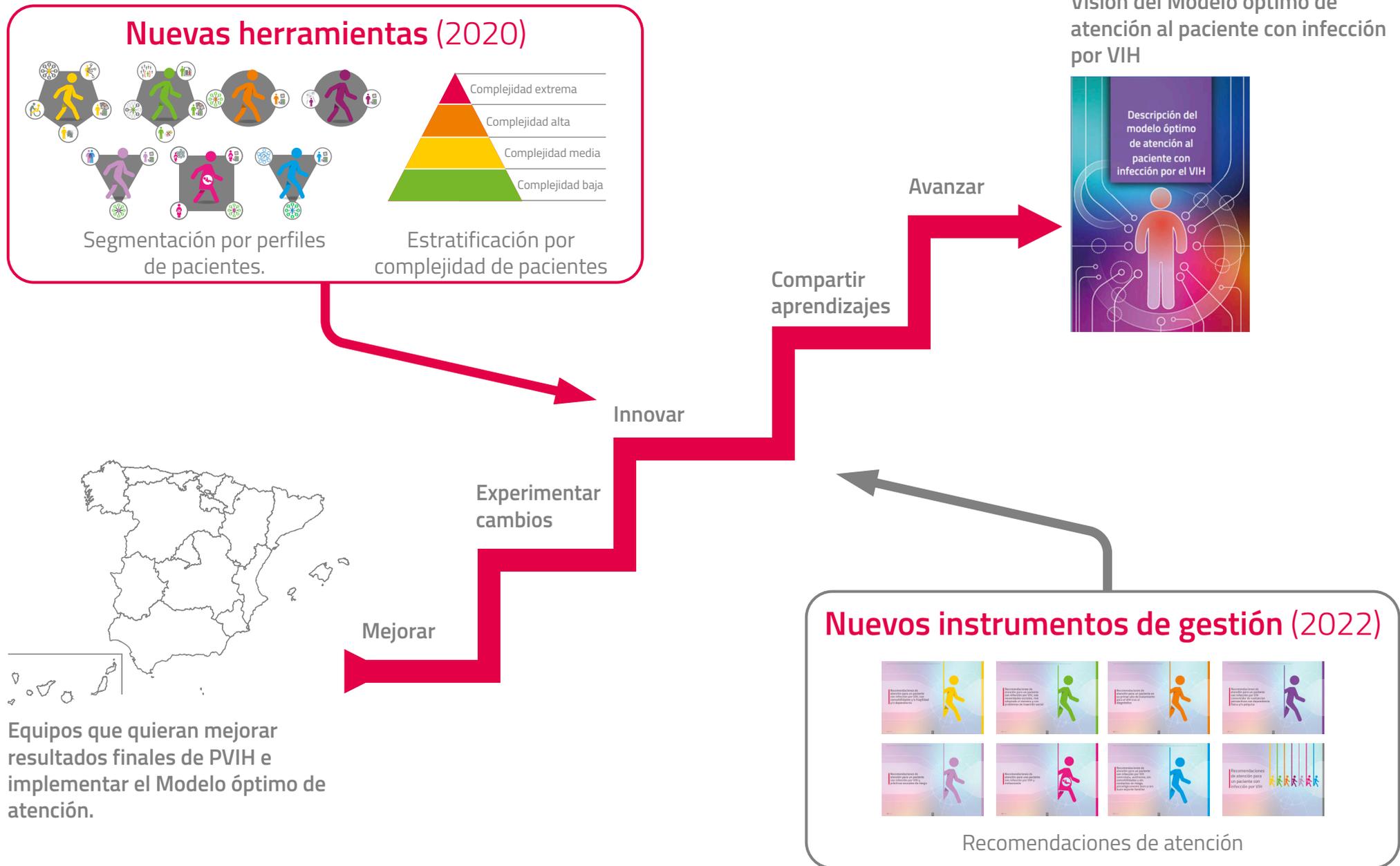
**Desde el 2021 y hasta el momento**, el equipo de trabajo multidisciplinar del NP ha trabajado en el diseño de nuevas **herramientas e instrumentos de gestión: recomendaciones de atención** adaptadas a los perfiles de pacientes previamente diferenciados. Estas recomendaciones incluyen los resultados finales que se deberían monitorizar; el estándar de prestación multidisciplinar recomendado; alertas clave para la monitorización de cada uno de los perfiles de pacientes durante su proceso de atención, así como, otras recomendaciones o aportaciones específicas para cada uno de los perfiles diferenciados, **realizadas con la mirada multidisciplinar del equipo de trabajo**.

Asimismo, estos documentos ofrecen recomendaciones que aporta la iniciativa NP sobre cómo pueden colaborar y coordinarse las personas que atienden a pacientes que viven con VIH y cómo se puede mejorar la comunicación y conexión de estos equipos con los pacientes y su entorno.

A continuación, se presentan de forma gráfica **la evolución del trabajo realizado en el proyecto NP** para apoyar a distintos equipos locales que tengan la motivación de **mejorar resultados finales** de pacientes que viven con VIH e **implementar** en sus entornos el **Modelo óptimo de atención** para dichos pacientes.

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

# Avances en el proyecto NP



Adaptación de la Escalera de integración y colaboración Si-Health 2017 al VIH

## 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](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.

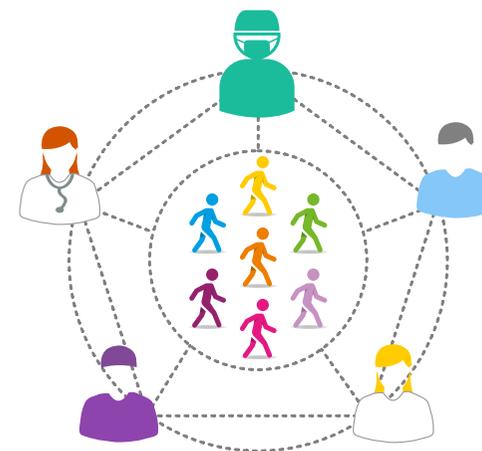
Este documento interactivo recoge **las recomendaciones de atención** construidas desde un enfoque multidisciplinar, realizadas para **los pacientes con infección por VIH**.

**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



*Nota: El logo de Microsoft Teams es una marca registrada de Microsoft Corporation*

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

- El resultado es del equipo multidisciplinar** (no de la disciplina o función particular).
- El resultado se alcanza **por consenso** de todas las disciplinas clínicas y agentes representados.
- 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).
- 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 de atención para un paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente



# 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.**

## 2 Control de las comorbilidades.

- **Control óptimo de comorbilidades y por el menor número de profesionales posible.**

## 3 Buena gestión de polifarmacia.

- Utilizar el **menor número de fármacos posible** para lograr un control adecuado.
- Evitar y manejar las posibles **interacciones.**

## 4 Atención a su capacidad funcional (autonomía, movilidad...).

- **Monitorización y gestión del estado funcional.**
- **Apoyos físicos, emocionales y sociales** para adaptación **a sus limitaciones funcionales.**

## 5 Atención a su fragilidad.

- **Monitorización y gestión de situación de fragilidad.**

*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 AMARILLO.*

## 6 Atención a la dependencia y otras necesidades de apoyo.

- **Atención a la red de apoyo formal e informal del paciente** para demandar las ayudas que requiere.
- **Potenciar el desarrollo de capacidades del paciente** y el uso de **recursos personales y de su medio social** para mejorar su calidad de vida.
- **Potenciar capacidades y facultades de la persona para integrarse** satisfactoriamente **en la vida social**.
- **Coordinación con cuidador principal**.

## 7 Desarrollo de actividad preventiva.

- **Monitorización de eventos adversos** (caídas, visitas a urgencias, ingresos, muerte...).
- **Detección precoz de síntomas y signos de alarma**.
- **Prevención de otros problemas de salud** (vacunas, cribados de cáncer según indicación...) **y otras comorbilidades**.

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

- **CVRS**. Determinantes: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
- **Monitorización de hábitos y estilo de vida del paciente** (deporte adaptado, dieta equilibrada, sueño, no fumar...).

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

- **Monitorización y control de trastornos emocionales** (ansiedad, depresión...).
- **Detección de trastorno mental** que requiera atención psiquiátrica.

## 10 Atención a su estado cognitivo.

- **Monitorización y gestión del estado cognitivo**.

## 11 Máxima adecuación a cambio de perfil.

- **Atención a alertas relacionadas con el cambio de perfil de paciente:**
  - Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.
  - Prácticas sexuales de riesgo.
  - Embarazo.
  - 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.

# 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...) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.**

**Favorecer la coincidencia,** en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).

**Programas de tele-dispensación/teleasistencia.**

## Geriatría

 Ver momento, lugar y modalidad

**VGI** de todo paciente **frágil**.

**VGI** de todo paciente que presente **1 o más síndromes geriátricos** específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...

**VGI** de **pacientes mayores complejos** con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.**

**Valoraciones psicológicas** para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.

**Intervenciones** psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.

**Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda** para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.

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

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

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Intervención individual y familiar:** captación del caso, valoración y estudio individual, familiar y social; diagnóstico social sanitario y elaboración del plan individual/familiar de atención.

**Trabajo con grupos:** detección precoz y captación de colectivos en riesgo; fomento, creación y participación en grupos de autoayuda; intervención grupal con contenidos de educación y promoción de la salud.

**Intervención comunitaria en el ámbito de la salud:** conocer los recursos asociativos de la zona; captar y atender las demandas de los grupos; promover la participación de la comunidad en las actividades del centro; diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de profesionales sanitarios; mantener contacto periódico con colectivos de interés y asociaciones; coordinar y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria.

**Coordinación:** entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud; coordinación sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad.

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Atención/seguimiento adaptado** al grado de control.

Atención multidisciplinar en función de comorbilidad y 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...

**Identificar necesidades/cuidados específicos** (rehabilitación, movilidad, curas...).

**Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados** (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades).

# Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

**Especialistas de atención hospitalaria**  Ver momento, lugar y modalidad

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

**Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas** (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) **y mentales** (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.

**Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo** por si precisara controles en una consulta más específica.

**Cribado psicológico.**

**Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo** (mama, colon, próstata, ano).

**Optimización del TAR:** monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.

**Medicación concomitante:** monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.

**Contacto estrecho con trabajo social** por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. **Evaluación situación social (soledad) y económica.**

**Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.**

**Vacunación actualizada.**

**Enfermería**  Ver momento, lugar y modalidad

**Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH.** Monitorización de indicadores de comorbilidades (tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, glucemia, etc.).

**Educación para la salud en hábitos saludables.**

Evaluación **dependencia.**

Evaluación **estado cognitivo.**

Evaluación **psicológica.**

Evaluación **fragilidad.**

**Identificar personas significativas o referentes para el paciente.**

**Educación y refuerzo sobre polimedicación.**

**Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.**

**Capacitación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.**

**Fomentar y potenciar la coordinación fluida** entre los equipos.

**Farmacia hospitalaria**  Ver momento, lugar y modalidad

**Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.**

**Revisión de medicación potencialmente inapropiada.**

**Educación sanitaria:** información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente.

**Seguimiento de la adherencia,** determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.

**Identificación posibles eventos adversos** y comunicación al equipo médico.

**Geriatría**  Ver momento, lugar y modalidad

Adecuación de **tratamiento** en paciente con **pronóstico vital reducido.**

**Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.**

**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

**Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.**

**Especialistas de atención primaria**  Ver momento, lugar y modalidad

**Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas** (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) **y mentales** (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.

**Identificar personas significativas o referentes** para el paciente.

**Empoderar** al paciente y cuidadores.

**Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.**

**Control de la adherencia y posibles interacciones.**

## 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



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

## Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

## Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión



Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus alertas

Especialistas de atención  
hospitalaria

Enfermería

Farmacia hospitalaria

Geriatría

Psicología

Trabajo social

Especialistas de atención primaria

\* 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...

# 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:

- Envejecimiento prematuro.
- La gestión de fármacos y el “hartazgo del tratamiento”.
- Brecha digital.
- Fragilidad y soledad.
- Sexualidad en este perfil.
- Dependencia.

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 Envejecimiento prematuro

- En este perfil de paciente la edad cronológica no siempre coincide con la edad biológica. Así, se incluyen en este grupo, pacientes que por diferentes razones se sitúan, biológicamente, en una fase vital de envejecimiento prematuro.
- Algunos pacientes han empezado desde muy jóvenes con medicación lo que implica que las complicaciones y comorbilidades también se han podido adelantar: transmisiones verticales, diagnósticos jóvenes, etc.

## 4.2 La gestión de fármacos y el “hartazgo del tratamiento”

- Desde el punto de vista de la distribución del tratamiento es clave implementar estrategias que permitan, a los pacientes, el acceso a los fármacos sin necesidad de realizar traslados a centros hospitalarios.
- En ocasiones, los entornos comunitarios también disponen de información en el seguimiento del fármaco, control de adherencia y posibles interacciones, por lo que articular una buena coordinación y colaboración entre niveles en relación a la gestión de fármacos ayuda mucho a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- Asimismo, se recomienda abordar transversalmente el “hartazgo del tratamiento” que a menudo sienten. Las áreas de trabajo social y el entorno comunitario pueden aportar mucho, en este sentido.

## 4.3 Brecha digital

- Una característica bastante común entre los pacientes que se incluyen en este perfil suele ser su dificultad para el uso *web*, de *app* y nuevas tecnologías como canales de comunicación.
- Se recomienda tener una comunicación directa favoreciendo el contacto vía telefónica con ellos.
- Se recomienda también, un periodo de instrucción y aprendizaje tanto para los pacientes como para sus familiares, teniendo en cuenta sus comorbilidades, a fin de realizar las adaptaciones necesarias a las tecnologías, cuando estas sean necesarias.

- Asimismo, los mensajes de texto son importantes en este perfil para el recordatorio de citas, farmacia, etc.

## 4.4 Fragilidad y soledad

- A veces es difícil identificar la fragilidad en personas con una vida aparentemente normal. Es necesario crear la confianza necesaria y el tiempo de observación para que puedan ser reveladas.
- Muchos de estos pacientes se han enfrentado a demasiadas pérdidas relacionadas con el VIH en su historia vital.
- La soledad es un aspecto que condiciona intervenciones en este perfil. Es por ello que se considera clave por parte de los equipos, la capacidad de detección de soledad sobrenvenida en estos pacientes, de modo que se pueda activar el acompañamiento de los equipos de trabajo social y entorno comunitario en busca de alternativas que generen redes de apoyo.
- La vinculación a programas de soledad no deseada y de acompañamiento y ocio vigentes aporta valor a este perfil de pacientes, en particular.

## 4.5 Sexualidad en este perfil

- Los pacientes incluidos en este perfil, a menudo, presentan barreras que afectan a su sexualidad: falta de deseo sexual, problemas de erección, impotencia, sequedad vaginal, etc. Todo ello, impacta en su calidad de vida.
- Es importante, por tanto, atender su salud sexual y realizar un correcto abordaje de las disfunciones sexuales masculinas, así como, la atención a la evolución hormonal en las mujeres (menopausia y alteración/complicaciones).

## 4.6 Dependencia

- La sobreprotección y el paternalismo con que, a veces, se trata a las personas mayores, en general, y a quienes necesitan apoyos para la vida cotidiana, en particular, además de no respetar su dignidad, hace que vaya cambiando su condición de ciudadanos/as por la de personas cada vez más dependientes de otras.
- Por ello, el proceso de empoderamiento de la persona con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente debe incluir educación en derechos y deberes para que estas personas sean conscientes de cuáles son éstos y puedan exigir que sean respetados y ejercerlos plenamente en su vida cotidiana.
- Algunos de los derechos a los que nos referimos son: el derecho a desarrollar una vida significativa y con sentido; el derecho a recibir cuidados sanitarios y servicios sociales, de calidad y, sin discriminación; el derecho a una protección jurídica adecuada y el derecho a una muerte digna.

# 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...) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.	En la primera visita del paciente a la consulta.	Mínimo cada 6 meses.
<b>Valoración calidad de vida del paciente.</b>	En la primera visita del paciente a la consulta.	En cada visita y como mínimo una vez al año.
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteo-musculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	En la primera visita del paciente a la consulta. A partir de los 40 años o cuando aparezcan alteraciones.	Según protocolos específicos. Generalmente anual.
<b>Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo</b> por si precisara controles en una consulta más específica.	En la primera visita del paciente a la consulta. Ante síntomas.	Al menos cada 2 años.
<b>Cribado psicológico.</b>	En la primera visita del paciente a la consulta. Ante síntomas.	Al menos cada 2 años.
<b>Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo</b> (mama, colon, próstata, ano).	A partir de los 50 años o antes si hay circunstancias específicas de riesgo (en función de los criterios definidos para cada neoplasia). El anal, desde el inicio del seguimiento.	Según periodicidad que marquen los protocolos de cribado. Hasta que los beneficios no superen a los inconvenientes en función del estado del paciente.
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.	En el momento de inicio del TAR.	En cada visita. Mínimo cada 6 meses.
<b>Medicación concomitante:</b> monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.	En el momento de inicio del TAR.	En cada visita. Mínimo cada 6 meses.
<b>Contacto estrecho con trabajo social</b> por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. <b>Evaluación situación social (soledad) y económica.</b>	En la primera visita del paciente a la consulta y si hay circunstancias específicas.	Según necesidad. Cada 12 meses.
<b>Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.</b>	En la primera visita del paciente a la consulta.	Durante todo el seguimiento y coincidiendo con visitas o atención al paciente.
<b>Vacunación actualizada.</b>	En la primera visita del paciente a la consulta.	Hasta que tenga todas las vacunas indicadas administradas según las pautas recomendadas.

Es preciso seguir trabajando en la investigación de PROs para avanzar en la implementación de instrumentos que ayuden a medir la calidad de vida en los pacientes:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.681058/full> • <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22048932/>

## Especialistas de atención hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>Control de la infección por VIH:</b> analítica completa (carga viral, CD4...) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.			✓	✓		
<b>Valoración calidad de vida del paciente.</b>		✓	✓	✓		
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteo-musculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.		✓	✓	✓		
<b>Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo</b> por si precisara controles en una consulta más específica.		✓	✓			
<b>Cribado psicológico.</b>		✓	✓			
<b>Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo</b> (mama, colon, próstata, ano).		✓	✓			
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.		✓	✓	✓		
<b>Medicación concomitante:</b> monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.		✓	✓	✓		
<b>Contacto estrecho con trabajo social</b> por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. <b>Evaluación situación social (soledad) y económica.</b>	✓	✓	✓			✓
<b>Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.</b>	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Vacunación actualizada.</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...) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.		✓
<b>Valoración calidad de vida del paciente.</b>		✓
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	✓	
<b>Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo</b> por si precisara controles en una consulta más específica.	✓	
<b>Cribado psicológica.</b>	✓	
<b>Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo</b> (mama, colon, próstata, ano).	✓	
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.		✓
<b>Medicación concomitante:</b> monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.		✓
<b>Contacto estrecho con trabajo social</b> por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. <b>Evaluación situación social (soledad) y económica.</b>		✓
<b>Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.</b>		✓
<b>Vacunación actualizada.</b>	✓	

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

# Enfermería

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Evaluación de CVSR:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Desde el inicio del seguimiento.	Anualmente -Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera.
<b>Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH.</b> Monitorización de indicadores de comorbilidades (tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, glucemia, etc.).	Desde el diagnóstico y en cada visita.	Según indican los protocolos de cada una de las patologías D-10 - Si paciente verbaliza empeoramiento. Cada 3-6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas además de lo indicado en los protocolos de atención primaria.
<b>Educación para la salud en hábitos saludables.</b>	BASAL.	Anualmente - Si el paciente realiza la demanda - Según valoración enfermera. Cada 3-6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas y según necesidades .
<b>Evaluación dependencia.</b>	BASAL.	Anualmente - Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera o si se produce algún hito que lo justifique.
<b>Evaluación deterioro cognitivo.</b>	BASAL.	Anualmente - Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera o si se produce algún hito que lo justifique.
<b>Evaluación psicológico.</b>	BASAL.	Anualmente - Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera o si se produce algún hito que lo justifique.
<b>Evaluación fragilidad.</b>	A partir de los 50 años.	Anualmente - Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera o si se produce algún hito que lo justifique.
<b>Identificar personas significativas o referentes para el paciente.</b>	Desde el inicio del seguimiento.	Siempre que haya cambios en la espera de relaciones personales significativas.
<b>Educación y refuerzo sobre polimedicación.</b>	Desde el inicio del seguimiento.	Cada 3-6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas y según necesidades. Siempre que haya modificaciones en el tratamiento - Siempre que el paciente lo solicite .
<b>Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.</b>	Desde el inicio del seguimiento.	Cada 3-6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas y según necesidades . Anualmente -Si el paciente verbaliza empeoramiento - Según valoración enfermera.
<b>Educación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.</b>	BASAL.	Anualmente - Siempre que el paciente lo solicite - Valoración enfermera.
<b>Fomentar y potenciar la coordinación fluida</b> entre los equipos.	Según necesidades del paciente.	Según necesidad del paciente - Según valoración enfermera.

## Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>Evaluación de CVSR:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		
<b>Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH.</b> Monitorización de indicadores de comorbilidades (tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, glucemia, etc.).		✓	✓	✓		
<b>Educación para la salud en hábitos saludables.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Evaluación dependencia.</b>		✓	✓	✓		
<b>Evaluación deterioro cognitivo.</b>		✓	✓	✓		
<b>Evaluación psicológica.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Evaluación fragilidad.</b>		✓	✓	✓		
<b>Identificar personas significativas o referentes para el paciente.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Educación y refuerzo sobre polimedicación.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Educación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Fomentar y potenciar la coordinación fluida</b> entre los equipos.		✓	✓	✓		✓

*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>Evaluación de CVSR:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	✓	
<b>Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH.</b> Monitorización de indicadores de comorbilidades (tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, glucemia, etc.).	✓	
<b>Educación para la salud en hábitos saludables.</b>		✓
<b>Evaluación dependencia.</b>	✓	
<b>Evaluación deterioro cognitivo.</b>	✓	
<b>Evaluación psicológica.</b>	✓	
<b>Evaluación fragilidad.</b>	✓	
<b>Identificar personas significativas o referentes para el paciente.</b>		✓
<b>Educación y refuerzo sobre polimedicación.</b>		✓
<b>Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.</b>		✓ **
<b>Educación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.</b>		✓
<b>Fomentar y potenciar la coordinación fluida</b> entre los equipos.		✓

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

\*\* Presencial en caso de detectar falta de adherencia o reacciones adversas.

## Farmacia hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.</b>	Transiciones asistenciales.	
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días) .	Siempre que sea posible.	
<b>Programas de tele-dispensación/teleasistencia.</b>	Siempre que sea posible.	
<b>Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.</b>	Cada consulta.	Cada tres meses.
<b>Revisión de medicación potencialmente inapropiada.</b>	Cada consulta.	Cada tres meses.
<b>Educación sanitaria:</b> información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente.	Inicio/cambios de tratamiento.	
<b>Seguimiento de la adherencia</b> , determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.	Cada consulta.	Cada seis meses.
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.	Continuo.	Continuo.

## Farmacia hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.</b>		✓	✓		✓	
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).			✓			
<b>Programas de tele-dispensación/teleasistencia.</b>			✓			
<b>Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.</b>		✓	✓		✓	✓
<b>Revisión de medicación potencialmente inapropiada.</b>		✓	✓			
<b>Educación sanitaria:</b> información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente.			✓			✓
<b>Seguimiento de la adherencia</b> , determinación de causas de no adherencia/ problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.			✓			✓
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> 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 *
<b>Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.</b>		✓
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).		✓
<b>Programas de tele-dispensación/teleasistencia.</b>		✓
<b>Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.</b>	✓	
<b>Revisión de medicación potencialmente inapropiada.</b>	✓	
<b>Educación sanitaria:</b> información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente.	✓	
<b>Seguimiento de la adherencia</b> , determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.		✓
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.		✓

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

## Geriatría

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>VGI</b> de todo paciente <b>frágil</b> .	Desde un resultado positivo en la evaluación de fragilidad.	En algunos casos puede bastar con una primera visita presencial, 1 sucesiva presencial +- 1 sucesiva telefónica, depende de la intervención que requiera.
<b>VGI</b> de todo paciente que presente <b>1 o más síndromes geriátricos</b> específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...	Cuando se detectan los síndromes geriátricos.	Depende de los síndromes detectados y del abordaje que requieran. Es variable. En algunos casos puede bastar con una primera visita presencial, 1 sucesiva presencial +- 1 sucesiva telefónica.
<b>VGI</b> de <b>pacientes mayores complejos</b> con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.	Cuando el paciente mayor complejo está en seguimiento por 2 o más especialistas además del especialista en VIH.	Es variable. En algunos casos puede bastar con una primera visita presencial, 1 sucesiva presencial +- 1 sucesiva telefónica y en otros seguimiento a largo plazo.
Adecuación de <b>tratamiento</b> en paciente con <b>pronóstico vital reducido</b> .	Cuando ocurra el evento que marca el pronóstico vital reducido.	Soporte a otros (médicos de familia y cuidados paliativos).
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.</b>	Paciente con polifarmacia (> 5 fármacos además del TAR).	1 primera visita y una sucesiva puede ser suficiente.

## Geriatría

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>VGI</b> de todo paciente <b>frágil</b> .			✓			
<b>VGI</b> de todo paciente que presente <b>1 o más síndromes geriátricos</b> específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...			✓			
<b>VGI</b> de <b>pacientes mayores complejos</b> con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.			✓			
Adecuación de <b>tratamiento</b> en paciente con <b>pronóstico vital reducido</b> .	✓		✓			
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada</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...*

## Geriatría

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual *
<b>VGI</b> de todo paciente <b>frágil</b> .	✓	
<b>VGI</b> de todo paciente que presente <b>1 o más síndromes geriátricos</b> específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...	✓	
<b>VGI</b> de <b>pacientes mayores complejos</b> con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.	✓	
Adecuación de <b>tratamiento</b> en paciente con <b>pronóstico vital reducido</b> .	✓	
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.</b>	✓	

*La primera visita siempre tiene que ser presencial. Si es preciso seguimiento se puede combinar presencial y virtual.*

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

# Psicología

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>	En la primera visita.	Según protocolos, situación individual. Al menos anual.
<b>Valoraciones psicológicas</b> para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.	Ante sospecha de dificultad o cribado positivo. En el momento en el que entra en el grupo.	1 o 2 consultas.
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.	En el momento en que la evaluación indique necesidad de ello (preventivo).	La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema.
<b>Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	En el momento en que la evaluación indique necesidad de ello (preventivo).	La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema.
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.	Ante sospecha de deterioro cognitivo o cribado positivo. En el momento en el que entra en el grupo.	1-3 sesiones.
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.	Tras diagnóstico de deterioro neurocognitivo.	Grupal 2-3 veces/semana; 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. Si no presenta problemas funcionales, cada dos años y cuando empiece a tenerlos; si no son graves una vez al año. Si son graves lo que determine el profesional.
<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	Urgencias	Comunidad
<b>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>			✓			
<b>Valoraciones psicológicas</b> para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.	✓		✓			✓
<b>Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	✓		✓			✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.			✓			✓
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.	✓		✓			✓
<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, 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>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>	✓	
<b>Valoraciones psicológicas</b> para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.		✓
<b>Intervenciones</b> psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.		✓
<b>Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.		✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.	✓	
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.		✓
<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 lo requiera el paciente.

## Trabajo social

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Intervención individual y familiar:</b> captación del caso, valoración y estudio individual, familiar y social; diagnóstico social sanitario y elaboración del plan individual/familiar de atención.	Al inicio / Consultas sucesivas/ A demanda.	Continuo.
<b>Trabajo con grupos:</b> detección precoz y captación de colectivos en riesgo; fomento, creación y participación en grupos de autoayuda; intervención grupal con contenidos de educación y promoción de la salud.	Siempre que sea posible.	En función de la valoración social.
<b>Intervención comunitaria en el ámbito de la salud:</b> conocer los recursos asociativos de la zona; captar y atender las demandas de los grupos; promover la participación de la comunidad en las actividades del centro; diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de profesionales sanitarios; mantener contacto periódico con colectivos de interés y asociaciones; coordinar y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria.	Siempre que sea posible.	En función de la valoración social.
<b>Coordinación:</b> entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud; coordinación sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad.	Al inicio / Consultas sucesivas/ A demanda.	Continuo.
<b>Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.</b>	Al inicio / Consultas sucesivas / A demanda.	Continuo.

## Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>Intervención individual y familiar:</b> captación del caso, valoración y estudio individual, familiar y social; diagnóstico social sanitario y elaboración del plan individual/familiar de atención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Trabajo con grupos:</b> detección precoz y captación de colectivos en riesgo; fomento, creación y participación en grupos de autoayuda; intervención grupal con contenidos de educación y promoción de la salud.		✓				✓
<b>Intervención comunitaria en el ámbito de la salud:</b> conocer los recursos asociativos de la zona; captar y atender las demandas de los grupos; promover la participación de la comunidad en las actividades del centro; diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de profesionales sanitarios; mantener contacto periódico con colectivos de interés y asociaciones; coordinar y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria.		✓		✓		✓
<b>Coordinación:</b> entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud; coordinación sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.</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...*

## Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual *
<b>Intervención individual y familiar:</b> captación del caso, valoración y estudio individual, familiar y social; diagnóstico social sanitario y elaboración del plan individual/familiar de atención.	✓	✓ (Posibilidad de seguimiento no presencial)
<b>Trabajo con grupos:</b> detección precoz y captación de colectivos en riesgo; fomento, creación y participación en grupos de autoayuda; intervención grupal con contenidos de educación y promoción de la salud.		✓
<b>Intervención comunitaria en el ámbito de la salud:</b> conocer los recursos asociativos de la zona; captar y atender las demandas de los grupos; promover la participación de la comunidad en las actividades del centro; diseñar, desarrollar y evaluar actividades de educación para la salud con el resto de profesionales sanitarios; mantener contacto periódico con colectivos de interés y asociaciones; coordinar y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria.		✓
<b>Coordinación:</b> entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud; coordinación sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad.		✓
<b>Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.</b>		✓

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

## Especialistas de atención primaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Atención</b> a las <b>descompensaciones/procesos agudos</b> relacionados.	En el momento del diagnóstico.	En función del grado de descompensación puede requerir visita en 1-7 días o adelantar control habitual. En caso de ingreso: visita control post alta.
<b>Atención/seguimiento</b> adaptado al grado de control.	En el momento del diagnóstico o al identificar empeoramiento.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales.
Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>	En el momento del diagnóstico y según situación del paciente y suma de comorbilidades o fragilidad.	Adaptar las visitas y actuaciones a las necesidades según el plan de cuidados. Coordinación de todos los profesionales implicados. Evaluación del plan cada 6 meses/anual en función del estado basal del paciente.
<b>Actividades preventivas:</b> 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.
<b>Identificar necesidades/cuidados específicos</b> (rehabilitación, movilidad, curas...).	En el momento que se detecta la necesidad/cuidados.	En el momento del diagnóstico y hasta que se hayan solucionado o sean necesarias.
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades).	En el momento que se detecta la incidencia.	Seguimiento en función del grado de afectación: (puede requerir visita en 24-48h, en una semana, mes, tres meses...).
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	En el momento del diagnóstico o visita de seguimiento.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso.) Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales.
<b>Identificar personas significativas o referentes</b> para el paciente.	En el momento del diagnóstico o visita de seguimiento.	Cuando sea necesario y durante todo el proceso.
<b>Empoderar</b> al paciente y cuidadores.	En el momento del diagnóstico.	A lo largo de todo el proceso y cuando aparezca algún cambio o incidencia en el plan de cuidados.
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.</b>	En el momento del diagnóstico o visita de seguimiento y cuando haya cambios en la medicación.	Durante todo el proceso y en las visitas de control programadas.
<b>Control de la adherencia y posibles interacciones.</b>	En el momento del diagnóstico o visita de seguimiento y cuando haya cambios en la medicación.	Durante todo el proceso y en las visitas de control programadas.

## Especialistas de atención primaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	Urgencias	Comunidad
<b>Atención a las descompensaciones/procesos agudos</b> relacionados.	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>Atención/seguimiento</b> adaptado al grado de control.	✓	✓	✓	✓		✓
Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Actividades preventivas:</b> 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...		✓	✓	✓		✓
<b>Identificar necesidades/cuidados específicos</b> (rehabilitación, movilidad, curas...).	✓	✓	✓	✓		
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades).	✓	✓	✓	✓		
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Identificar personas significativas o referentes</b> para el paciente.	✓	✓	✓			✓
<b>Empoderar</b> al paciente y cuidadores.	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.</b>	✓	✓	✓	✓		
<b>Control de la adherencia y posibles interacciones.</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 *
<b>Atención</b> a las <b>descompensaciones/procesos agudos</b> relacionados.		
<b>Atención/seguimiento</b> adaptado al grado de control.		✓
Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>		✓
<b>Actividades preventivas:</b> 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...		✓
<b>Identificar necesidades/cuidados específicos</b> (rehabilitación, movilidad, curas...).		✓
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades).		✓
<b>Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas</b> (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) <b>y mentales</b> (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	✓	
<b>Identificar personas significativas o referentes</b> para el paciente.		✓
<b>Empoderar</b> al paciente y cuidadores.		✓
<b>Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.</b>		✓
<b>Control de la adherencia y posibles interacciones.</b>		✓

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

## Anexo 2: Alertas por especialidad

# Especialistas de atención hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Especialistas de atención hospitalaria

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Cambio tratamiento y seguimiento (cita más precoz). Determinar la causa.
Fallo de adherencia.	SI	Evaluar posibles causas, seguimiento más estrecho, intervención enfermería, farmacia, psicología. Claramente relacionado con el punto 1. Centrar visita en detectar causa y potenciales soluciones para ese fallo de adherencia.
Visita a urgencias.	SI	Depende del motivo de la visita a urgencias (si es de una comorbilidad relevante o implica un cambio en la situación funcional del paciente o en su medicación). Revisar nuevos diagnósticos y nuevas medicaciones, posible seguimiento más estrecho.
Ingreso.	SI	Conocer la causa. Seguimiento más estrecho y coordinación con otros especialistas.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Contacto con cuidadores, evaluar situación social. Vigilar adherencia, vigilar interacciones, mayor comunicación con psiquiatría.
Deterioro cognitivo.	SI	Contacto con cuidadores, evaluar situación social. El manejo cambia, las prioridades también, quizás también los especialistas que centralicen la atención.
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Revisar interacciones, efectos secundarios.
Paciente institucionalizado.	SI	Coordinación con institución.
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	Evaluar, indicar tratamiento y revisar interacciones. Se debe plantear colaboración con otros especialistas.
Fragilidad.	SI	Evaluación del grado e indicación intervenciones preventivas. Trabajo multidisciplinar con enfermería, trabajador social, cuidadores, otros especialistas.
Alerta de dependencia.	SI	Evaluación contacto con cuidadores, indicación intervenciones. Trabajo multidisciplinar con enfermería, trabajador social, cuidadores, otros especialistas.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Evaluación situación psicológica, trabajo multidisciplinar con psicología.

## Especialistas de atención hospitalaria

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Riesgo por soledad.	SI	Trabajo multidisciplinar con psicología y otros especialistas.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Evaluación. Coordinación con geriatría. El manejo cambia, las prioridades también, quizás también los especialistas que centralicen la atención. Parte VIH centrada en evitar toxicidades e interacciones significativas.
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Evaluación, seguimiento más estrecho. En función del síntoma, trabajo multidisciplinar: manejo por especialista VIH, enfermería u otras especialidades.
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.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

# Enfermería

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Enfermería

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Realizar intervención para conocer las causas y ofrecer estrategias motivacionales.
Fallo de adherencia.	SI	Realizar intervención para conocer las causas y ofrecer estrategias motivacionales y de revinculación .
Visita a urgencias.	SI	Valoración de modificaciones respecto al estado basal y nuevas necesidades (soporte para el alta, necesidad de coordinación con atención primaria, revisiones en hospital de día). Valorar el estado emocional del paciente post-urgencias. Conocer si es necesario introducir modificaciones en el plan de cuidados.
Ingreso.	SI	Soporte para el alta: necesidad de coordinación con atención primaria, revisiones en hospital de día, etc. Valorar el estado emocional del paciente post ingreso. Conocer si es necesario introducir modificaciones en el plan de cuidados.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: psicología, psiquiatría - Ofrecer recursos comunitarios adaptados a sus necesidades.
Deterioro cognitivo.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría y unidades de deterioro cognitivo. Ofrecer recursos comunitarios adaptados a sus necesidades.
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Potenciar la adherencia al tratamiento y la adaptación de ésta a su día a día.
Paciente institucionalizado.	SI	Identificar a los interlocutores del cuidado del paciente. Ofrecer a éstos una persona de referencia para la gestión de los controles de la infección por VIH.
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	Introducir modificaciones necesarias en el plan de cuidados según la comorbilidad.
Fragilidad.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría y trabajo social - Ofrecer recursos que permitan una mejor adaptación a sus necesidades.
Alerta de dependencia.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría y trabajo social - Ofrecer recursos que permitan una mejor adaptación a sus necesidades.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Dar soporte emocional - Ayudar al usuario a identificar otras personas en su entorno, o en su defecto poner en funcionamiento recursos sociales. Derivación a trabajadora social.

## Enfermería

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Riesgo por soledad.	SI	Ofrecer recursos comunitarios que le puedan ayudar a buscar actividades de socialización y GAM. Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria y trabajo social.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría y trabajo social - Ofrecer recursos que permitan una mejor adaptación a sus necesidades.
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Ofrecer recomendaciones que permitan un mejor manejo de los síntomas o signos. -Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría, psicología, entidades comunitarias.
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.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

# Farmacia hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Farmacia hospitalaria

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Control de adherencia/nuevo tratamiento: información, revisión interacciones.
Fallo de adherencia.	SI	Entrevista motivacional. Control.
Visita a urgencias.	SI	Conciliación.
Ingreso.	SI	Conciliación.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Adaptación información. Control adherencia.
Deterioro cognitivo.	SI	Adaptación información. Control adherencia.
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Revisión interacciones. Manejo efectos adversos.
Paciente institucionalizado.	SI	Posibilidad de tele dispensación/teleasistencia. Conciliación.
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	Revisión nueva medicación. Interacciones.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Control adherencia.
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.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

# Geriatría

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Geriatría

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Dado que la VGI supone la gestión de los problemas del paciente con enfoque holístico integrando lo médico, funcional, cognitivo, social y las preferencias del paciente todas estas alertas deben ser tenidas en cuenta porque pueden modificar o condicionar los resultados de la valoración o el plan que de ella se deriva.
Fallo de adherencia.	SI	
Visita a urgencias.	SI	
Ingreso.	SI	
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	
Deterioro cognitivo.	SI	
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	
Paciente institucionalizado.	SI	
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	
Fragilidad.	SI	
Alerta de dependencia.	SI	
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	
Riesgo por soledad.	SI	
Aparición síndrome geriátrico.	SI	
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	
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.
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



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Psicología

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Sesiones adicionales en caso de dificultades de adherencia.
Fallo de adherencia.	SI	Sesiones adicionales para modificación de factores asociados al fallo.
Visita a urgencias.	SI	Valoración del impacto de la visita sobre el cuadro tratado.
Ingreso.	SI	Valoración del impacto del ingreso sobre el cuadro tratado.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Valoración inclusión en nuevas carteras.
Deterioro cognitivo.	SI	Valoración inclusión en nuevas carteras.
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Valoración del impacto para la persona. Ninguno o refuerzo de adherencia.
Paciente institucionalizado.	SI	Modificaciones en intervenciones y seguimientos.
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	Valoración del impacto para la persona. Tipo de intervención; ajustes en componentes de intervención, en función de nueva necesidad o preocupación.
Fragilidad.	SI	Intervención en los factores relacionados con la fragilidad psicológica.
Alerta de dependencia.	SI	Valoración e intervención de factores relacionados con dependencia y su impacto emocional.

## Psicología

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado y sobre los seguimientos.
Riesgo por soledad.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.
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.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

# Trabajo social

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Trabajo social

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Según las razones que dificultan la adherencia se realizará nueva valoración social.
Visita a urgencias.	SI	En función del motivo de la asistencia y del diagnóstico al alta, nueva valoración e intervención social. Establecer las coordinaciones necesarias.
Ingreso.	SI	Planificación social del alta hospitalaria. Establecer las coordinaciones necesarias.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar de manera conjunta y supervisada por el equipo de salud mental.
Deterioro cognitivo.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Participación del paciente en el proceso de toma de medidas de apoyo/protección. Establecer las coordinaciones necesarias.
Paciente institucionalizado.	SI	Coordinación con el centro.
Fragilidad.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar (apoyo psicosocial. Información y gestión de recursos idóneos). Establecer las coordinaciones necesarias.
Alerta de dependencia.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Previsión de cuidados. Actualizar el estado, en la tramitación, de prestaciones y recursos o servicios, sanitarios y sociales. Reevaluar condiciones del domicilio. Establecer las coordinaciones necesarias.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Apoyo psicosocial. Reevaluar la autonomía del paciente así como la capacidad de demandar las ayudas que requiere y capacidad de acceso a red de apoyo formal e informal. Establecer las coordinaciones necesarias.
Riesgo por soledad.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Soporte psicosocial. Promover la inserción comunitaria. Actualizar la coordinación sociosanitaria.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Se gestionan los recursos y apoyos necesarios. Establecer las coordinaciones necesarias.
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención social. Inclusión en grupos de apoyo. Establecer las coordinaciones necesarias.
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. Cambio de perfil de la paciente.
Embarazo.	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



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Nueva medicación/  
alteraciones  
medicamentosas



Paciente  
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna  
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona  
significativa o referente del  
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome  
geriátrico



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

### Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de  
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

\* 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...

## Especialistas de atención primaria

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales.
Fallo de adherencia.	SI	Cambios en seguimiento, valorar interacciones, educación sanitaria. Identificar dificultades. Puede ser necesario consulta con otros profesionales.
Visita a urgencias.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Necesidad de nuevas pruebas. Nuevos diagnósticos, tratamientos y su seguimiento. Cambios en plan de cuidados. Control al alta.
Ingreso.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Necesidad de nuevas pruebas. Nuevos diagnósticos, tratamientos y su seguimiento. Cambios en plan de cuidados. Control al alta.
Deterioro psicológico-psiquiátrico.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría o psicogeriatría/ neurología/ unidad de demencias (diferente según cada ámbito).
Deterioro cognitivo.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría o psicogeriatría/ neurología/ unidad de demencias (diferente según cada ámbito).
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Cambios en seguimiento, valorar interacciones, educación sanitaria. Puede ser necesario consulta con otros profesionales.
Paciente institucionalizado.	SI	Relación con el centro. Gestión de necesidades. Identificar referentes. Con frecuencia el equipo de atención primaria sigue haciendo el control de estos pacientes.
Inicio o alteración de alguna comorbilidad.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Necesidad de nuevas pruebas. Nuevos diagnósticos, tratamientos y su seguimiento. Cambios en plan de cuidados. Control al alta.

## Especialistas de atención primaria

Alerta	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fragilidad.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (geriatría, rehabilitación...). Atención compartida con trabajo social si lo requiere. Atención al cuidador/a principal. Inclusión en el Programa de Atención Domiciliaria. Identificar al paciente como PCC si cumple criterios.
Alerta de dependencia.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (trabajo social, geriatría...). Cambio en el plan de cuidados.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Cambios en periodicidad de seguimiento y cuidados. Cambio en atención a la dependencia. Atención al duelo. Identificar posible alternativa.
Riesgo por soledad.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos. Cambios en plan de cuidados. Riesgo en adherencia, seguimiento, autocuidado. Puede ser necesario manejo compartido con unidad salud mental y trabajo social. Atención familiar.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría. Cambio en plan de cuidados. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria.
Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente. Puede ser necesario consulta con otros profesionales. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria.
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.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

## **Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social**



# Recomendaciones

## 1 Resultados finales a monitorizar

# Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

Mejorar la **calidad de vida** de los pacientes verdes:

## 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.**

## 2 Seguimiento de su situación administrativa.

- **El paciente tiene acceso** al sistema y a la atención, en condiciones de **equidad** sanitaria independientemente de su situación administrativa.
- **El paciente conoce estrategias de gestión de las complicaciones propias de su situación de vulnerabilidad administrativa e identifica recursos facilitadores.**
- **El paciente está empoderado en la gestión de recursos existentes** (en relación a su situación administrativa y legal).

## 3 Seguimiento de limitaciones socioeconómicas y acceso a la red de apoyo social y comunitaria.

- **Los profesionales de la salud conocen los recursos y circuitos existentes** para el apoyo social: **existe coordinación entre ellos.**
- **Identificación temprana de las situaciones sociales que puedan comprometer sus resultados de salud.**
- **El paciente recibe apoyo para inserción social (trabajo, ingresos, vivienda y otras necesidades básicas).**

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

- **Cumplimiento de prevención relacionada con otros problemas de salud** (vacunas, cribados de cánceres, según indicación).
- **Atención a otros procesos intercurrentes o patología clínica subyacente.**
- **Seguimiento de adherencia a otras prestaciones y servicios sanitarios** (revisiones, pruebas, farmacia, etc.).
- **Prevención, identificación y atención a los riesgos que puedan derivarse de su situación de vulnerabilidad.**

## 5 Seguimiento estilo de vida y hábitos saludables.

- **Adecuada CVRS.**  
Determinantes: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
- **El paciente tiene acceso a información de calidad sobre vida saludable que le permite realizar un mejor manejo de su situación 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 VERDE.

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

- **Monitorización y control de su estado emocional y/o psicopatológico** (trastornos adaptativos, depresión/ansiedad y estrés postraumático...).

## 7 Atención a su estado cognitivo.

- **Monitorización y gestión del estado cognitivo.**

## 8 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.

# 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 de-

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.

# 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).

**Cribado de infecciones importadas en migrantes** según procedencia geográfica.

**Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.**

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

**Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.**

**Establecer la valoración de necesidades de cuidados** a la hora de plantear la **coordinación con los recursos sociales.**

**Participar en la propuesta de derivación** a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.

Potenciar **habilidades de interacción social.**

**Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).**

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Favorecer la coincidencia,** en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).

Programas de **teledispensación/teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias.**

**Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.**

## Geriatría

 Ver momento, lugar y modalidad

**VGI** (si fuera una persona mayor o igual a 50 años).

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.**

**Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría** según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad.

**Intervenciones psicológicas** en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.

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

**Intervenciones psicológicas/asesoramiento** para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.

**Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorehabilitación** para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Intervención en situaciones de crisis de las personas:** apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.

**Medidas centradas en problemáticas específicas** y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

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, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...

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

**Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.**

# 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.**

**Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas** (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).

**Detección de necesidades psicológicas** (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.

**Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias** y entidades que puedan facilitar su inserción social.

**Vacunación actualizada.**

**Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.**

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

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Valoración de calendario vacunal y cribados.**

Evaluar **deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.**

**Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.**

**Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar** las habilidades de identificación y **demanda de cuidados en el entorno comunitario.**

**Potenciar vínculo terapéutico**, facilitar la **comunicación fluida** y permitir **cierta flexibilidad en el seguimiento** de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

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

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

Revisión de **interacciones. Automedicación y medicina alternativa.**

**Coordinación** con el equipo médico.

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales para derivación a trabajo/ servicios sociales.**

Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: **plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios** que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).

**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

**Adecuación a las necesidades:** intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.

**Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta:** coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).

Armonización con el resto de acciones del equipo, para **garantizar** que un **esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.** Incluir al equipo en la **identificación temprana de necesidades.**

**Apoyar el desarrollo de redes formales e informales** en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. **Fomentar el dinamismo comunitario.**

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Identificar profesional de referencia:** atención primaria, atención hospitalaria, trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.

**Favorecer la adherencia** a seguimiento, tratamientos.

**Educación en hábitos de vida saludables.**

**Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.**

**Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social** (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).

Establecer y desarrollar **mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes** y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.

# 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)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

## Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

## 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



Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus alertas

Especialistas de atención hospitalaria

Enfermería

Farmacia hospitalaria

Geriatría

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:

- Barreras idiomáticas y culturales.
- Alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios.
- Estigma y discriminación.

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 Recomendaciones sobre barreras idiomáticas y culturales

- **Concienciación de los propios profesionales del impacto de la cultura en los procesos de salud y el posible sesgo que conlleva.** En este sentido, y a modo de ejemplo, puede ser útil tener en cuenta el sexo del profesional que visita al paciente.
- **Formación concreta para profesionales en competencia y humildad cultural** con el fin de entender mejor y poder

adaptar la atención a sus singularidades (geografía, costumbres, religión, orientación o identidad sexual...).

- **Incluir la figura del mediador e intérprete intercultural** en la atención sanitaria cuando sea necesario. En ocasiones, son voluntarios quienes realizan estas funciones; en otros casos, se utilizan traducciones simultáneas que deben ser reservadas con antelación. En ocasiones, no utilizar mediadores/intérpretes puede provocar a la larga más consultas y más pruebas. Existe bibliografía que señala los problemas de no trabajar con intérpretes así como las ventajas que pueden ofrecer estos servicios\*.

Muchos servicios sanitarios no disponen de estos recursos y el papel de las entidades de base comunitaria puede ser vital.

Convenios de colaboración oficiales que trasciendan la voluntad de las personas, de forma que el servicio pueda mantenerse más allá de la voluntad individual parecen necesarios.

- **Es fundamental la visita con el trabajador social** para analizar problemas y potenciar recursos.
- **Ayuda trabajar con otros pacientes expertos** y organizaciones de ámbito comunitario, de características o procedencia similares con los que resolver dudas y mejorar la comunicación con los profesionales. Facilita la adherencia al proceso terapéutico.
- **Coordinación con organizaciones ciudadanas** (para hacer frente en los centros de salud de las barreras culturales y administrativas).
- Facilitar la **comunicación con los consulados**.

- **Dedicar tiempo suficiente** en las visitas.
- Uso de **documentos informativos traducidos interculturalmente y material gráfico/visual** para poder comunicarse con los pacientes en diferentes idiomas. **Conocer los recursos disponibles en otros idiomas** elaborados en nuestro contexto.
- **Uso de herramientas informáticas** que puedan ayudar con la comunicación en momentos puntuales (ej. **App...**).
- **Facilitar el acceso** a los servicios públicos, teniendo en cuenta **la brecha digital e idiomática**.
- **Cuidar y trabajar la comunicación del diagnóstico a la pareja de estos pacientes**, a modo de ejemplo, serología anual y uso de preservativo o PreP hasta lograr carga viral indetectable.

## 4.2 Recomendaciones ante la alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios

- Fortalecer al tejido comunitario en cada contexto local parece ser una necesidad debido al papel tan importante que realizan con los pacientes que viven con VIH en España.

Hoy la coordinación entre el sector sanitario y social está muy lejos por lo que hay recorrido de mejora.

\* <https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2020/03/Informe-ICOMEM-SEC.pdf>

- **Sensibilización de todos los profesionales implicados** en el cuidado de estos pacientes.
- **Facilitar el conocimiento generalizado** a todos los profesionales de los servicios que se ofrece en el ámbito comunitario y social **así como de su ámbito de actuación**:
  - **Realizar un mapa de recursos locales** e identificación de las necesidades de la población a la que responden.
  - **Realizar un mapa de cartera de servicios** existentes, para poder hacer derivaciones efectivas.
  - **Buscar alternativas *online*** frente a la escasez de ese servicio en el entorno local.
- **Integración en los equipos de trabajo** (incluso con presencia física) **de profesionales de apoyo como trabajadores sociales y entidades comunitarias**. Muchos problemas agravados por barreras idiomáticas se solucionan *in situ* (trastornos en el uso de sustancias, personas con problemas mentales...) a los que es difícil remitirles a recursos en la comunidad si no están muy ligados al hospital o centro de día.
- **Identificar “quién es quién” a nivel local: responsables de los diversos perfiles profesionales de cada ámbito de intervención.**

La existencia de una plataforma de información donde se pueda conocer los servicios disponibles y los profesionales que gestionan dichos servicios, si son virtuales o presenciales, así como el ámbito de conocimiento de cada uno, favorece también la formación entre profesionales.

- Contacto directo (*e-mail*, teléfono...) **con trabajador social** de referencia y contacto **dentro de algunas entidades**

**comunitarias, para agilizar y facilitar citas en consulta e intercambiar información sobre determinados pacientes.**

- **Mantener actualizados los datos de empadronamiento y residencia efectiva** de estos pacientes y sus personas de referencia.
- Proporcionar **al paciente un contacto accesible y de referencia** para la modificación de citas.
- **Definición de vínculos y circuitos con distintas entidades sociales** que ayudan a esta población (en aspectos materiales de comida, vivienda pero también en aspectos burocráticos-legales).

No sólo los profesionales de la salud necesitan conocer los circuitos existentes, sino también todo el engranaje que supone el sistema sanitario. A modo de ejemplo, el personal administrativo suele ser la puerta de acceso, la cara visible. Por tanto, la coordinación con las entidades comunitarias puede servir como apoyo y acceso a la red social y comunitaria.

- Elaboración de un **proceso estructurado que incluya tanto los criterios como los procedimientos de derivación.**
- **Desarrollar acuerdos colaborativos entre organizaciones, a nivel local.** Algunas intervenciones en clave colaborativa:
  - **Cómo se va a trabajar la detección precoz** por parte del equipo sanitario de personas en riesgo de exclusión social y derivación a trabajador social (atención primaria, Hospital, SS.SS, entidades comunitarias...).
  - **Consensuar y priorizar los objetivos y las acciones** que cada entidad va a llevar a cabo para lo-

garlos. (Ej. Área de salud y autocuidados, área de formación, área recursos materiales, área relaciones sociales..).

- **Consensuar plan de intervención en caso de emergencia social o sanitaria** (pérdida de vivienda, de acceso a tratamiento...).
- **Acordar canales de comunicación** con los distintos responsables (teléfono directo, *e-mail*, horario laboral...). **Trabajador social como nexo de unión entre las distintas disciplinas.**
- **Planificación coordinada** (visitas, recogidas de medicación, exploraciones complementarias). **Flexibilidad en las citas sin barreras burocráticas.**
- **Registrar las intervenciones en la HCE y en la historia social del paciente** (ej. núcleo de convivencia, relaciones familiares, datos socioeconómicos, vivienda efectiva y dirección empadronamiento, contacto con recursos comunitarios...).
- **Reuniones periódicas con los equipos sociales y comunitarios para identificar precozmente barreras** que dificulten la derivación o la coordinación y compartir casos y estrategias de actuación (mejorar la adherencia del paciente).
- **Alertas para la recuperación del seguimiento** del paciente.
- **Estructuras específicas:**
  - **UVAAD.** Inicialmente para atención en domicilio de complicaciones graves derivadas del VIH y en los últimos años se han enfocado a paciente de alta complejidad y con problemas psicosociales importantes (2 facultativos, 1 psicólogo, 3 enfermeras y 1 trabajador social).

- 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.

## 4.3 Recomendaciones ante el estigma y la discriminación

- Fundamental una **relación fluida de todos los profesionales con las organizaciones que apoyan estos aspectos** para sensibilizar, comprender y familiarizarse con ello.
- **Garantizar la confidencialidad en consulta**, respeto de identidad de género y nombre. **Uso de terminología no discriminatoria en consulta** evitando el estigma.
- **La información, la formación y el trabajo con pares es básico.** Algunos ejemplos:
  - Sesiones de mujeres viviendo con VIH lideradas por una enfermera de práctica avanzada. Muy positivo conocer otras mujeres en situaciones similares (mujeres migrantes).
  - Programa Madrileño de Información y Atención a lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e Intersexuales.

- Programa de pares o educadores en igualdad.
- Programas de orientación laboral o formativa, asesoría jurídica.
- Grupo de autoayuda para pacientes crónicos liderados por enfermera jubilada con larga experiencia. De gran ayuda para el estigma auto percibido y adaptación social.
- ...

- **Formación continuada a los profesionales de la salud** que forman el equipo interdisciplinar.

- **Sensibilización sobre:**

- Necesidades psicosociales, reivindicativas y derechos de personas (LGTBIQA+).
- Necesidades específicas de población clave vulnerable (migrantes, colectivo LGTBIQA+, trabajadores sexuales, etc. ).
- Necesidades específicas de las personas y capacitación para abordar vulnerabilidad por motivos:
  - Socio-económicos.
  - De procedencia.
  - De género.
  - Diversidad cultural.
  - Conductas de discriminación.
  - Estigma de drogas.

- El estigma y la discriminación se minimizan cuando el paciente se integra en la comunidad y se facilita también el acceso al cuidado sanitario.

Ante situaciones de máxima exclusión, o cuando el paciente no tiene acceso al empadronamiento, la orientación al paciente sobre los recursos sociales y comunitarios disponibles, son de gran ayuda.

- **Impulsar la implicación del paciente** en su propio proceso terapéutico.
- **Establecer circuitos en los centros de atención sanitaria** que permitan **facilitar los trámites burocráticos** en la atención a estos pacientes.
- **Apoyo a estos colectivos desde el sistema sanitario** como en otros sistemas de protección social.

# 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, hematiemetría y bioquímica sanguínea).	En la primera visita y durante todo el proceso.	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir que mejoren las condiciones socio-económicas que favorezcan una correcta adherencia.
<b>Cribado de infecciones importadas en migrantes</b> según procedencia geográfica.	En la primera visita y durante todo el proceso. Atención al cambio del estado del paciente (viaje a país de convivencia u otros destinos geográficos).	Visitas de seguimiento si es preciso.
<b>Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.</b>	En la primera visita y durante todo el proceso. Atención al cambio del estado del paciente (viaje a país de origen u otros destinos geográficos).	Visitas de seguimiento si es preciso.
<b>Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.</b>	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir resultado de inserción social.	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir resultado de inserción social.
<b>Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	En la primera visita.	Visitas de seguimiento.
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.	En la primera visita y durante todo el proceso.	Visitas de seguimiento si es preciso.
<b>Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias</b> y entidades que puedan facilitar su inserción social.	Al inicio del seguimiento.	Continuado. Revisión de esta prestación hasta resolución de su problema social.
<b>Vacunación actualizada.</b>	Al inicio del seguimiento.	Hasta que tenga todas las vacunas indicadas administradas según las pautas recomendadas.
<b>Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.</b>	Primera visita y alguna de las siguientes.	Durante el primer año como máximo y si hay cambios significativos.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	Durante el seguimiento, no en primera visita.	Al menos anual. Más frecuente en función de resultados.

## 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).		✓	✓	✓		✓
<b>Cribado de infecciones importadas en migrantes</b> según procedencia geográfica.			✓	✓		✓
<b>Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.</b>			✓	✓		✓
<b>Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.</b>			✓			✓
<b>Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	✓	✓	✓			✓
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.			✓			✓
<b>Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias</b> y entidades que puedan facilitar su inserción social.		✓	✓			✓
<b>Vacunación actualizada.</b>		✓	✓	✓		*
<b>Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.</b>		✓	✓	✓		✓
<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...*

*\* La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

## Especialistas en 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).	✓	
<b>Cribado de infecciones importadas en migrantes según procedencia geográfica.</b>	✓	
<b>Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.</b>	✓	
<b>Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.</b>		✓
<b>Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	✓	
<b>Detección de necesidades psicológicas</b> (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.		✓
<b>Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias</b> y entidades que puedan facilitar su inserción social.		✓
<b>Vacunación actualizada.</b>	✓	
<b>Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.</b>	✓	
<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.

# Enfermería

1

<b>Consolidado cartera de prestaciones</b> <b>Especialistas en enfermedades infecciosas</b>	<b>Momento temporal en el que se inicia la prestación</b>	<b>Recomendación de duración y seguimiento</b>
<b>Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.</b>	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Establecer la valoración de necesidades de cuidados</b> a la hora de plantear la <b>coordinación con los recursos sociales.</b>	Desde la primera visita.	En todas las visitas.
<b>Participar en la propuesta de derivación</b> a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Potenciar <b>habilidades de interacción social.</b>	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).</b>	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Desde la primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>	Desde la primera visita.	Según necesidad del paciente. Según valoración enfermera.
Valoración de <b>calendario vacunal y cribados.</b>	En la primera visita.	Anual.
Evaluar <b>deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.</b>	Desde la primera visita.	En todas las visitas.
<b>Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.</b>	Desde la primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas. Si el pacientes realiza la demanda. Según valoración enfermera.
<b>Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar</b> las habilidades de identificación y <b>demanda de cuidados en el entorno comunitario.</b>	Desde la primera visita.	Anualmente. Si el paciente lo solicita o verbaliza empeoramiento. Según valoración enfermera.
<b>Potenciar vínculo terapéutico,</b> facilitar <b>la comunicación fluida</b> y permitir <b>cierta flexibilidad en el seguimiento</b> de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.	Desde la primera visita.	Según necesidad del paciente. 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>Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.</b>		✓		✓		✓
<b>Establecer la valoración de necesidades de cuidados</b> a la hora de plantear la <b>coordinación con los recursos sociales.</b>		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Participar en la propuesta de derivación</b> a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.		✓		✓		✓
Potenciar <b>habilidades de interacción social.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓		✓		
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		✓	✓	✓		✓
Valoración de <b>calendario vacunal y cribados.</b>		✓	✓	✓		*
Evaluar <b>deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.</b>			✓	✓		
<b>Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.</b>		✓	✓	✓		
<b>Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar</b> las habilidades de identificación y <b>demanda de cuidados en el entorno comunitario.</b>		✓		✓		✓
<b>Potenciar vínculo terapéutico, facilitar la comunicación fluida</b> y permitir <b>cierta flexibilidad en el seguimiento</b> de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.		✓	✓			✓

*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...*

*\* La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

## Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.</b>		**
<b>Establecer la valoración de necesidades de cuidados</b> a la hora de plantear la <b>coordinación con los recursos sociales.</b>		✓
<b>Participar en la propuesta de derivación</b> a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.		✓
Potenciar <b>habilidades de interacción social.</b>		✓
<b>Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).</b>		✓
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		***
Valoración de <b>calendario vacunal y cribados.</b>	✓	
Evaluar <b>deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.</b>	✓	
<b>Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.</b>		✓
<b>Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar</b> las habilidades de identificación y <b>demanda de cuidados en el entorno comunitario.</b>	✓	
<b>Potenciar vínculo terapéutico, facilitar la comunicación fluida</b> y permitir <b>cierta flexibilidad en el seguimiento</b> de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.		✓

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

\*\* Presencial en primera visita, presencial o virtual en seguimiento según necesidades.

\*\*\* Presencial en caso de problemas de adherencia o si precisa revinculación y seguimiento virtual una vez reconducido el problema.

## Farmacia hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).	Desde la primera visita.	Continuo.
Programas de <b>tele dispensación / teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias</b> .	Desde la primera visita.	Continuo.
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales</b> .	Desde la primera visita.	Continuo.
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.	Desde la primera visita.	Desde el inicio y cada cambio al menos.
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.	Desde la primera visita.	Cada tres meses.
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.	Desde el primer mes.	Cada tres meses.
Revisión de <b>interacciones. Automedicación y medicina alternativa</b> .	Desde el primer mes.	Cada tres meses.
<b>Coordinación</b> con el equipo médico.	Desde la primera visita.	Continuo.

## Farmacia hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).			✓			
Programas de <b>teledispensación /teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias</b> .			✓			
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales</b> .	✓	✓	✓		✓	
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.		✓	✓			✓
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.			✓			✓
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.		✓	✓			
Revisión de <b>interacciones. Automedicación y medicina alternativa</b> .		✓	✓		✓	
<b>Coordinación</b> con el 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*
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).		✓
Programas de <b>tedispensación /teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias</b> .		✓
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales</b> .	✓	
<b>Educación sanitaria:</b> importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.	✓	
<b>Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales</b> de no adherencia y propuesta de mejora.	✓	
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicarlo al equipo médico.	✓	
Revisión de <b>interacciones. Automedicación y medicina alternativa</b> .	✓	
<b>Coordinación</b> con el equipo médico.	✓	

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

## Geriatría

1	Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
	VGI (si fuera una persona mayor).	Tras la primera visita en la consulta de VIH (Sólo si es mayor).	Sólo si se detecta algún síndrome geriátrico que requiera seguimiento.

2	Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
		Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
	VGI (si fuera una persona mayor).						

*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*
	VGI (si fuera una persona mayor).		

*\* 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>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>	En la primera visita.	Según protocolos, situación individual. Al menos anual.
<b>Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría</b> según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad	Sospecha de sintomatología emocional relevante (ansiedad, tristeza, problemas de sueño, etc.) o trastorno psicopatológico (en visitas medidas o enfermería).	Puntual al principio y en seguimiento cada seis meses para ver evolución del caso.
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.	Ante confirmación de trastorno emocional en valoración psicológica.	Tratamiento de duración variable dependiendo del caso.
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	En el momento en que la evaluación indicase la necesidad.	Variable en función del problema. Deberá establecerse según protocolos neuropsiquiátricos. Se prevé una duración crónica con distinta intensidad dependiendo del grado de afectación y áreas.
<b>Intervenciones psicológicas/asesoramiento</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	Ante sospecha de dificultades de adaptación a la enfermedad (en visita médica, enfermería o valoración por psicología) o deseo del paciente.	Continua en el tiempo y a intervalos en función de necesidades del paciente.
<b>Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.	Tras confirmación de cuadro de deterioro cognitivo (tras valoración neuropsicológica).	Intervención grupal o individual de duración mínima 3 meses (2-3 sesiones/semana).
<b>Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales</b> para derivación a trabajo/servicios sociales.	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.
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: <b>plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios</b> que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).	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>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>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>			✓			
<b>Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría</b> según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad		✓	✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.		✓	✓		✓	✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	✓		✓			
<b>Intervenciones psicológicas/asesoramiento</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.		✓	✓			✓
<b>Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.			✓			✓
<b>Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales</b> para derivación a trabajo/servicios sociales.	✓		✓			✓
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: <b>plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios</b> que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).		✓	✓			✓
<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, 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>Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b>	✓	
<b>Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría</b> según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad.	✓	
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.	✓	
<b>Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo</b> , para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.		✓
<b>Intervenciones psicológicas/asesoramiento</b> para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	✓	
<b>Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación</b> para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.	✓	
<b>Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales</b> para derivación a trabajo/servicios sociales.	✓	
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: <b>plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios</b> que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).	✓	
<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>Intervención en situaciones de crisis de las personas:</b> apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.	Una vez identificada la situación de crisis por cualquier persona del equipo.	A la finalización de la intervención.
<b>Medidas centradas en problemáticas específicas</b> y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).	En función del diagnóstico social al inicio o en función de necesidades detectadas en seguimiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta el alta en trabajo social.
<b>Adecuación a las necesidades:</b> intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	Una vez identificada la naturaleza de las dificultades sociales como origen para mantener el tratamiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta el alta en trabajo social.
<b>Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta:</b> coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).	Una vez realizado el diagnóstico social y establecidos los objetivos de continuidad asistencial.	Requiere de un seguimiento diferenciado en función de los objetivos y la institución determinada.
Armonización con el resto de acciones del equipo, para <b>garantizar</b> que un <b>esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.</b> Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.	Se identificarán los diferentes momentos de armonización de acciones en función del plan de intervención y la consecución de objetivos. Se establecerán momentos de valoración y revisión de objetivos y temporalización.	Hasta la consecución de objetivos, de manera progresiva se irá cesando en la coordinación de objetivos conseguidos o incorporados.
<b>Apoyar el desarrollo de redes formales e informales</b> en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. <b>Fomentar el dinamismo comunitario.</b>	Tras el diagnóstico inicial o en función de las necesidades de apoyo que se vayan identificando según evolución social y tratamiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta alta en trabajo social.

## Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Intervención en situaciones de crisis de las personas:</b> apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Medidas centradas en problemáticas específicas</b> y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Adecuación a las necesidades:</b> intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta:</b> coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Armonización con el resto de acciones del equipo, para <b>garantizar</b> que un <b>esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.</b> Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Apoyar el desarrollo de redes formales e informales</b> en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. <b>Fomentar el dinamismo comunitario.</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...*

## Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Intervención en situaciones de crisis de las personas:</b> apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.		✓
<b>Medidas centradas en problemáticas específicas</b> y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).		✓
<b>Adecuación a las necesidades:</b> intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	✓	
<b>Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta:</b> coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).		✓
Armonización con el resto de acciones del equipo, para <b>garantizar</b> que un <b>esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.</b> Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.		✓
<b>Apoyar el desarrollo de redes formales e informales</b> en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. <b>Fomentar el dinamismo comunitario.</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 comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	A lo largo de todo el proceso.
Atención a las <b>posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados.</b>	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
<b>Actividades preventivas:</b> 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, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
<b>Seguimiento</b> de los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o <b>ante detección conductas de riesgo.</b>	En el momento del diagnóstico. Ante conducta de riesgo detectada.	En función del grado de descompensación puede requerir visita en 1-7 días o adelantar control habitual.
<b>Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.</b>	En el momento de la incidencia/necesidad detectada.	Monitorización hasta posible solución. Conocer recursos existentes y asesoramiento para solicitarlos. Derivación/Coordinación con trabajo social.
<b>Identificar profesional de referencia:</b> atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Favorecer la adherencia</b> a seguimiento, tratamientos.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
<b>Educación en hábitos de vida saludables.</b>	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
<b>Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.</b>	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Derivación/coordinación con trabajo social (1-3-6 meses en función de la problemática).
<b>Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social</b> (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Derivación/coordinación con trabajo social (1-3-6 meses en función de la problemática).
Establecer y desarrollar <b>mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes</b> y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Durante todo el seguimiento.

## 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 comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar <b>plan de cuidados individualizado</b> .	✓	✓	✓	✓		
Atención a las <b>posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados</b> .		✓	✓		✓	
<b>Actividades preventivas:</b> 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, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓	✓	✓		✓
<b>Seguimiento</b> de los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o <b>ante detección conductas de riesgo</b> .		✓	✓	✓		✓
<b>Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.</b>		✓	✓			✓
<b>Identificar profesional de referencia:</b> atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.	✓	✓	✓	✓		
<b>Favorecer la adherencia</b> a seguimiento, tratamientos.		✓	✓			✓
<b>Educación en hábitos de vida saludables.</b>		✓	✓			✓
<b>Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.</b>	✓	✓	✓			✓
<b>Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social</b> (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).	✓	✓	✓			✓
Establecer y desarrollar <b>mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes</b> y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.	✓	✓	✓	✓		✓

*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 comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar <b>plan de cuidados individualizado</b> .		✓
Atención a las <b>posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados</b> .	✓	
<b>Actividades preventivas:</b> 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, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓
<b>Seguimiento</b> de los pacientes cuando hayan tenido <b>incidencias en el plan de cuidados</b> (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o <b>ante detección conductas de riesgo</b> .		✓
<b>Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.</b>		✓
<b>Identificar profesional de referencia:</b> atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.		✓
<b>Favorecer la adherencia</b> a seguimiento, tratamientos.		✓
<b>Educación en hábitos de vida saludables.</b>		✓
<b>Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.</b>		✓
<b>Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social</b> (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).		✓
Establecer y desarrollar <b>mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes</b> y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.		✓

\* 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)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## 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 resistencias. Aproximación integral al fracaso para lograr la supresión viral. Determinar la causa.
Fallo de adherencia.	SI	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Ingreso hospitalario.	SI	Conocer la causa. Seguimiento más estrecho y coordinación con recursos comunitarios y trabajo social.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Visita a urgencias.	SI	En función del motivo. Seguimiento más estrecho al alta y coordinación con recursos comunitarios.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Cambios en el acceso a la atención sanitaria o acceso a TAR. En caso de riesgo de expulsión del país o extradición: elaboración de informe y justificación de por qué no es aconsejable por motivos de salud y personarse ante el juez.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./ Itinerancia.	SI	Contacto por mail o teleasistencia y/o apoyo entidades comunitarias.
Ingreso en prisión.	SI	Pérdida de seguimiento con consecuencias en adherencia y eficacia.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
Falta de participación y apoyo.	SI	Reforzarle al usuario la importancia de hacer un uso adecuado de los recursos ofrecidos por los equipos interdisciplinarios e intersectoriales. Revincularlo a atención primaria, psicología, trabajo social, entidades comunitarias, etc.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Educación para salud afectiva-sexual en prácticas más seguras y reducción de riesgos. Refuerzo de la evidencia de I=I. En función de la gravedad revisar si cambia de perfil de paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valorar la demanda que el usuario hace y ofrecer recursos específicos para ello: recomendaciones para reducción de riesgos en el consumo, entidades comunitarias con recursos especializados, unidad de adicciones. Si es preciso, cambio de perfil de forma temporal, mientras se mantenga el consumo no controlado.
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.

# Enfermería

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## 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	Valoración de causas de fallo virológico.
Fallo de adherencia.	SI	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./Itinerancia.	SI	Ofrecer, en la medida de lo posible, información sobre los recursos a los que puede recurrir allá donde vaya. Mantener el vínculo de apoyo para lo que podemos orientar y ayudar, aunque ya no sea paciente de nuestra Unidad.
Ingreso en prisión.	SI	Identificar los interlocutores del cuidado del paciente.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
Falta de participación y apoyo.	SI	Reforzarle al usuario la importancia de hacer un uso adecuado de los recursos ofrecidos por los equipos interdisciplinarios e intersectoriales. Revincularlo a atención primaria, Psicología, Trabajo social, entidades comunitarias, etc.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Educación para salud afectiva-sexual en prácticas más seguras y reducción de riesgos. Refuerzo de la evidencia de I=I. En función de la gravedad revisar si cambia de perfil de paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valorar la demanda que el usuario hace y ofrecer recursos específicos para ello: recomendaciones para reducción de riesgos en el consumo, entidades comunitarias con recursos especializados, unidad de adicciones. Si es preciso, cambio de perfil de forma temporal, mientras se mantenga el consumo no controlado.
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.

# Farmacia hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## 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	Análisis de adherencia. Control de resistencias.
Fallo de adherencia.	SI	Necesidad de entrevista motivacional. Análisis de causas y estrategias de mejora. Valorar si es necesario cambios en el tratamiento.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Tratar de reenganchar al paciente. Análisis de situación virológica. Entrevista motivacional.
Pérdida de control virológico.	SI	Análisis de adherencia. Control de resistencias.
Alerta a procesos clínicos subyacentes	SI	Adecuación del TAR. Control de interacciones.
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.

# Geriatría

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## Alertas referidas por geriatría

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Seguimiento proactivo y no reactivo de estos pacientes.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Seguimiento proactivo y no reactivo de estos pacientes.
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.

# Psicología

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## 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	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Inicio de intervenciones psicológicas y tratamiento psiquiátrico en su caso.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
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.

# Trabajo social

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## Alertas referidas por trabajo social

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia).	SI	Activación de nuevos apoyos en el ámbito socio-sanitario.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Favorecer la correcta aplicación del derecho a la asistencia sanitaria y a la prestación farmacéutica, cuando corresponda. Información y orientación: empadronamiento, servicios de salud, acceso a servicio jurídico en materia de extranjería, cursos gratuitos de español... Seguimiento del procedimiento y de las dificultades o problemas producidos durante la implantación de reconocimiento del derecho. Atender a las personas con patologías de riesgo vital significativo garantizando la continuidad asistencial, en todo su proceso.
Dificultades culturales e idiomáticas o relacionadas con el conocimiento de la normativa.	SI	Favorecer la correcta aplicación del derecho a la asistencia sanitaria y a la prestación farmacéutica, cuando corresponda. Información y orientación: empadronamiento, servicios de salud, acceso a servicio jurídico en materia de extranjería, cursos gratuitos de español. Seguimiento del procedimiento y de las dificultades o problemas producidos durante la implementación de reconocimiento del derecho. Atender a las personas con patologías de riesgo vital significativo garantizando la continuidad asistencial, en todo su proceso.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Acciones que faciliten el acceso y la permanencia en una vivienda o alojamiento en condiciones adecuadas.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Garantizar un nivel mínimo de renta a quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad económica y social (renta mínima o equivalente, IMV, PNC...).
Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación).	SI	Medidas orientadas a reducir la brecha digital tanto en la vida cotidiana como en el acceso al empleo.
Falta de participación y apoyo.	SI	Es importante contar con el apoyo del tejido asociativo, así como con redes de solidaridad social primaria para facilitar apoyos en la vida diaria (redes sociales y apoyos informales). Iniciativas de sensibilización y fomento de la convivencia. Acceso a talleres, jornadas, actividades interculturales y sesiones informativas sobre temas diversos. Garantizar el acceso a los servicios públicos (sanitarios, sociales, educativos, laborales, vivienda...).
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.

# Especialistas de atención primaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Ingreso hospitalario



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Visita a urgencias



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

### Alertas propias del perfil



Cambio en situación administrativa/legal



Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia



Ingreso en prisión



Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa



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 exclusión social



Cambios en situación de vivienda



Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos



Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)



Falta de participación y apoyo

### 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.

## 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
Pérdida de control virológico.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Fallo de adherencia.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular.
Ingreso hospitalario.	SI	Informes de prealta. Control tras alta. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento. Necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales. Programación, seguimiento.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Programación, seguimiento. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Visita a urgencias.	SI	Informes de prealta. Control tras alta. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento. Necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales. Programación, seguimiento.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Identificar y monitorizar situaciones que puedan empeorar situación basal, identificar psicopatología asociada. Derivación a Unidades de Salud Mental. Valoración por trabajo social. Soporte psicosocial. Atención compartida.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Identificar necesidades/cuidados específicos. Empoderar al paciente en los autocuidados y recursos existentes. Planificación de necesidades actuales y a largo término. Valoración y seguimiento por trabajo social.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./ Itinerancia.	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular .
Dificultades culturales e idiomáticas o relacionadas con el conocimiento de la normativa.	SI	Valoración por trabajo social. Atención compartida.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular .
Falta de participación y apoyo.	SI	Identificar y monitorizar situaciones que puedan empeorar situación basal. Valoración por trabajo social. Soporte psicosocial. Atención compartida.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Prevención y atención si se detecta situación de riesgo. Adaptar seguimiento y tratamientos. Frecuentemente requiere atención multidisciplinar. Valorar posible cambio de perfil.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Prevención y atención si se detecta situación de riesgo. Adaptar seguimiento y tratamientos. Frecuentemente requiere atención multidisciplinar. Valorar 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.

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



# 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 cuándo 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.

# 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, hematómetría 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, hematómetría 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 defintorias 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.

## Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica



# 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 del TAR**.
- Control de **interacciones** (drogas, medicación alternativa...) y gestión de **complicaciones**.
- **Adherencia al tratamiento** y a las **visitas** (vinculación asistencial).

## 2 Atención al consumo de sustancias psicoactivas.

- **Conseguir y mantener la mejor situación posible de salud para cada paciente**, según su consumo:
  - Logro y mantenimiento de la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas.
  - Máxima reducción del consumo.
  - Consumo de menor riesgo.
- **Conseguir una reducción de daños.**
- **Monitorización en la HCE de información relacionada con el consumo del paciente.**
- El paciente **tiene acceso a información de calidad** sobre los **efectos del consumo de sustancias psicoactivas** en su esfera física, sexual y mental y **conoce estrategias de gestión de complicaciones** y de reducción de daños, en función del grado de consumo (sobredosis, abscesos secundarios a la venopunción,...).
- El paciente **identifica y utiliza recursos** sanitarios, sociales y comunitarios que le permitan una **mejor gestión de su consumo y tiene acceso a programas de reducción de daños.**

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

- **Cumplimiento de prevención según indicación** (vacunas, quimioprofilaxis, cribados de ITS, hepatitis, cánceres..).
- **Vigilancia de patología orgánica asociada al abuso de sustancias psicoactivas.**
- **Atención a otros procesos** intercurrentes o patología clínica subyacente.

*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 MORADO.*

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

- **Conseguir una adecuada situación funcional y adecuada CVRS.**  
Determinantes: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
- **Monitorización de hábitos y estilo de vida del paciente (de mínimos):** dieta, ejercicio físico, sueño, prácticas sexuales, sustancias psicoactivas...
- **Paciente capaz de autogestionar su salud, sin dependencia.**
- **Control de factores de riesgo del contexto social** de paciente: relaciones familiares y sociales; formación y/o trabajo; organización de tiempo libre y disfrute de ocio saludable.

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

- Monitorización y control de la **salud psicológica y psicopatológica.**

#### 6 Atención a su estado cognitivo.

- Monitorización y control de su **estado cognitivo.**

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

- **Atención a alertas relacionadas con el cambio de perfil de paciente:**
  - 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:**

- Lo prioritario es **el cumplimiento del TAR y la reducción de daños** por lo que son esenciales las visitas a especialistas de atención hospitalaria y psiquiatría.

- **La VGI en aquellos pacientes mayores, frágiles y/o con síndromes geriátricos** (malnutrición, depresión, caídas, polifarmacia) **se planteará como adyuvantes a la intervención prioritaria de reducción de daños.**

- En este perfil de paciente es **crucial centrarse en lo clave** puesto que otras visitas pueden hacer que el paciente no acuda a las verdaderamente imprescindibles.

# 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).

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.**

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Valoración psicológica** para evaluar el **tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a CAD** (en caso de trastorno por consumo de sustancias y deseo de abandono).

**Valoración psicológica** para valorar la presencia de **trastornos emocionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados.** Facilitar **derivación a recursos específicos.**

**Valoración neuropsicológica ante sospecha de deterioro cognitivo,** para conocer **tipo y gravedad de los déficits** si existieran, así como el **impacto en la funcionalidad.**

**Intervenciones psicológicas en casos de trastornos emocionales** u otras **dificultades conductuales** (ej. adherencia, conducta sexual, autocuidados...), **coordinadas con los CAD,** en los casos necesarios.

**Intervenciones de apoyo emocional/asesoramiento/grupos de autoayuda,** para **facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos y autocuidados, en coordinación** con los CAD, en los casos necesarios.

**Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación en caso de deterioro cognitivo,** para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Atención a la demanda inicial: respuesta a sus necesidades sociales básicas,** o bien, **intervenciones o coordinaciones que por su urgencia o gravedad resulten prioritarias.**

**Detección precoz de colectivos más vulnerables** (patología dual, drogodependientes sin hogar,...)

**Entrevista con el paciente:** recoger en la historia social las **variables sociales** que puedan suponer un **riesgo de exclusión** (situación familiar, situación económica, red social, situación jurídica, situación administrativa, nivel de arraigo, situación convivencial) y otras **variables relacionadas con el consumo** (sustancia principal, historia de consumo, intentos previos de solución...).

**Realizar un diagnóstico social y propuesta de intervención para aportar al equipo multidisciplinar** con la situación y **necesidades sociales** del paciente y los **recursos de apoyo más adecuados.**

**Intervención en crisis fuera de agenda.**

**Intervención comunitaria, con el medio social próximo** para potenciar la participación, la integración y la responsabilidad social de personas con problemas de consumos.

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

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 de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados** (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alertas de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas...).

# Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

**Especialistas de atención hospitalaria**  Ver momento, lugar y modalidad

**Cribado y asistencia a patología relacionada con el VIH** (VHC, TBC,...).  
Optimización del TAR. Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. **Análisis de parámetros** que permitan **medir la toxicidad o interacción relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.**

**Exploración física** dirigida a detectar complicaciones por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

**Atención y cuidados de problemas** asociados al **consumo de sustancias psicoactivas (deprivación de uso,...).**

**Seguimiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas coordinado** con los CAD, unidades y programas de reducción de daños.

**Detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.** Coordinación con psicólogo clínico y valoración de intervención psiquiátrica.

**Evaluación situación social.** Coordinación con trabajo social si es necesario.

Prevención, cribado y cuidados de **comorbilidades orgánicas** (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).

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

**Vacunación actualizada.**

**Enfermería**  Ver momento, lugar y modalidad

**Detección precoz de consumo activo de sustancias psicoactivas** cuando sea preciso, mediante cuestionarios validados.

**Educación sanitaria** en **reducción de daños adecuados** a cada perfil y grado de consumo. Derivación a recurso especializado en consumos si el paciente lo quiere.

**Potenciar vínculo terapéutico** que permita el **acompañamiento en proceso de consumo** y entrenar las **habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno sanitario y/o comunitario.**

**Capacitar en las competencias de autocuidados adaptando** las medidas a la **situación de vulnerabilidad.**

**Educación sanitaria** en **hábitos saludables y prevención secundaria.**

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

**Farmacia hospitalaria**  Ver momento, lugar y modalidad

**Identificación posibles eventos adversos** y comunicación al equipo médico.

**Detectar la necesidad de derivar a programas de reducción de daños y coordinar con otros profesionales.**

**Medida y fomento de la adherencia.**

**Educación sanitaria** y fomento de **hábitos de vida saludables.**

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

**Psicología**  Ver momento, lugar y modalidad

**Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud y reducción de riesgos** (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

**Intervención individual con el paciente y cuando sea posible, con la familia** (vínculo terapéutico, espacio de escucha, asesoramiento sobre posibles recursos, valoración de su red social y existencia o no de apoyos, adecuar las expectativas de las demandas...). **Intervenciones grupales complementarias.**

**Coordinación entre las partes** (equipo multidisciplinar y recursos externos: red específica de drogodependencias, servicios sociales, comisión de apoyo a las familias, equipos de trabajo de menores y familia, organizaciones sociales) **para unificar criterios, complementar actuaciones y trabajar en red.**

**Creación canales de comunicación entre diversos servicios e instituciones** (sanitarios, asociaciones del barrio, servicios sociales..).

**Especialistas de atención primaria**  Ver momento, lugar y modalidad

**Conocer la situación del paciente en relación al consumo** (patrón de consumo, intentos de deshabituación,...) y **empoderar en la reducción de daños.**

**Cuidado individualizado de problemas** asociados al **consumo de sustancias psicoactivas y coordinación con otros programas para la reducción de daños** (programas de mantenimiento con metadona, salas de venopunción, programas de intercambio de jeringuillas...).

**Prevención infecciones transmisibles** (VHC, VHB, VHD,...).

**Detectar precozmente otros posibles riesgos del consumo de sustancias psicoactivas e intervenir para paliarlo.** Especial atención **a salud mental** (alerta de trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados al consumo de sustancias); a la **estigmatización y vulnerabilidad** por consumo de sustancias psicoactivas y por VIH y **a situaciones sociales de riesgo** (no tener trabajo, sin techo, conflictos familiares, problemas legales-penales, sexo comercial...).

**Alertar sobre interacciones** con otros fármacos o drogas o explicar efectos secundarios.

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

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 (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

## Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



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

Geriatría

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 o hitos clave a monitorizar en este perfil de paciente:

- Tipo de sustancia y perfil del consumo.
- Impacto grave derivado de la pérdida de control y seguimiento en este perfil.
- Cambios conductuales.

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 Tipo de sustancia y perfil del consumo

- Los **pacientes** incluidos en este perfil son **muy diferentes** dependiendo del tipo de **sustancia psicoactiva que consumen**.
- Son pacientes **de alta complejidad** según el **momento de evolución de su consumo**, que pasa a convertirse en el centro de su vida afectando a su salud, relaciones sociales, autoestima y recursos económicos.
- **El consumo parenteral de drogas** lleva a la **necesidad de controlar** otras **patologías transmitidas por esta vía**, como la **VHC**.

- En este perfil de paciente **es clave el contacto y coordinación con los CAD de referencia** para un trabajo coordinado en casos complejos.
- Este perfil **precisa alta flexibilidad adaptándose**, en cada momento, a las **circunstancias del paciente (monitorización continuada)**.

## 4.2 Impacto grave derivado de la pérdida de control y seguimiento en este perfil

- Aunque el cuidado estrictamente del VIH no es demasiado complejo desde el punto de vista de los tratamientos, ya que las medicaciones son fáciles de tomar, poco tóxicas y con pocas interacciones, en estos pacientes **el control adecuado se dificulta por la priorización que el sujeto hace del consumo de sustancias frente al seguimiento médico, autocuidados, autoestima o medidas preventivas**.
- En estos pacientes **pueden causar grandes problemas** las pérdidas de seguimiento, los abandonos del tratamiento, los ingresos en prisión, las sobredosis y síndromes de abstinencia, así como las complicaciones médicas (infecciosas o no) y psiquiátricas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Por ello se recomiendan priorizar las visitas presenciales**, para poder mantener seguimiento y recuperarlo si hubiera pérdida, así como, **trabajar un contacto estrecho con los CAD de referencia**, para desarrollar un **trabajo coordinado e individualizado de casos complejos**.

## 4.3 Cambios conductuales

- **Es frecuente que el consumo de sustancias psicoactivas** provoque un **cambio conductual** que conlleve prácticas de riesgo.
- Existen **dos tipos de perfiles condicionados por el consumo de drogas**:
  - Perfil *clásico*, que consume heroína, cocaína, alcohol y procede de ambientes o entornos socioeconómicos desfavorecidos.
  - Perfil consumidor de drogas sexualizadas (**chemsex**). Este perfil se aleja del clásico y es independiente del nivel sociocultural. En este último caso, el paciente suele ser menos dependiente de los servicios sociales.

# 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, hematiemetría y bioquímica sanguínea).	Valoración en función de la gravedad por el uso problemático de sustancias psicoactivas. Muy variable en función de la adherencia al seguimiento del paciente. Idealmente mensual/bimensual.	Idealmente mensual/bimensual. Mientras dure el uso problemático de sustancias psicoactivas. Espaciar las analíticas a medida que haya mejoría.
<b>Cribado y asistencia a patología relacionada con el VIH</b> (VHC, TBC,...).	Tras la primera visita.	Durante visitas de seguimiento.
Optimización del TAR. Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. <b>Análisis de parámetros</b> que permitan <b>medir la toxicidad o interacción relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.</b>	Desde el inicio.	Todas las visitas.
<b>Exploración física</b> dirigida a detectar complicaciones por consumo problemático de sustancias psicoactivas.	Desde la primera visita, coincidiendo con las visitas regladas o imprevistas.	Mientras dure el uso problemático de sustancias psicoactivas.
<b>Atención y cuidados de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas (deprivación de uso,...).</b>	Desde que se detecta el problema.	Hasta solucionarlo.
<b>Seguimiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas coordinado</b> con los CAD, unidades y programas de reducción de daños.	Cada 3-6 meses según intensidad de la atención precisada.	Hasta que se resuelva la dependencia de consumo.
<b>Detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b> Coordinación con psicólogo clínico y valoración de intervención psiquiátrica.	Al conocer el problema del consumo problemático.	Mientras los psicólogos/psiquiatras consideren necesario el seguimiento.
<b>Evaluación situación social.</b> Coordinación con trabajo social si es necesario.	Desde las fases iniciales.	Durante todo el proceso y hasta resolución de la situación de vulnerabilidad.
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).	Tras la primera visita.	Durante visitas de seguimiento.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	Basal.	En todas las visitas.
<b>Vacunación actualizada.</b>	En la primera visita.	Hasta que tenga todas las vacunas administradas según las pautas indicadas.

## 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).			✓	✓		
<b>Cribado y asistencia a patología relacionada con el VIH</b> (VHC, TBC,...).			✓	✓	✓	
Optimización del TAR. Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. <b>Análisis de parámetros</b> que permitan <b>medir la toxicidad o interacción relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.</b>			✓			
<b>Exploración física</b> dirigida a detectar complicaciones por consumo problemático de sustancias psicoactivas.			✓	✓		
<b>Atención y cuidados de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas (deprivación de uso,...).</b>		✓	✓	✓	✓	
<b>Seguimiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas coordinado</b> con los CAD, unidades y programas de reducción de daños.		✓	✓			✓
<b>Detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b> Coordinación con psicólogo clínico y valoración de intervención psiquiátrica.			✓	✓	✓	✓
<b>Evaluación situación social.</b> Coordinación con trabajo social si es necesario.	✓	✓	✓	✓		✓
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).			✓	✓	✓	
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Vacunación actualizada.</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...*

*\* La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

## Especialistas en 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).	✓	
<b>Cribado y asistencia a patología relacionada con el VIH</b> (VHC, TBC,...).	✓	
Optimización del TAR. Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. <b>Análisis de parámetros</b> que permitan <b>medir la toxicidad o interacción relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.</b>		✓
<b>Exploración física</b> dirigida a detectar complicaciones por consumo problemático de sustancias psicoactivas.	✓	
<b>Atención y cuidados de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas (deprivación de uso,...).</b>	✓	
<b>Seguimiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas coordinado</b> con los CAD, unidades y programas de reducción de daños.	✓	
<b>Detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.</b> Coordinación con psicólogo clínico y valoración de intervención psiquiátrica.		✓
<b>Evaluación situación social.</b> Coordinación con trabajo social si es necesario.	✓	
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).	✓	
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>		✓
<b>Vacunación actualizada.</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>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita enfermera.	Al menos anual. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Detección precoz de consumo activo de sustancias psicoactivas</b> cuando sea preciso, mediante cuestionarios validados.	Visita inicial.	Anual en caso de consumo puntual o ante signos de alerta.
<b>Educación sanitaria</b> en <b>reducción de daños</b> adecuados a cada perfil y grado de consumo. Derivación a recurso especializado en consumos si el paciente lo quiere.	Desde el diagnóstico de consumo.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Potenciar vínculo terapéutico</b> que permita el <b>acompañamiento en proceso de consumo</b> y entrenar las <b>habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno sanitario y/o comunitario.</b>	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados adaptando</b> las medidas a la <b>situación de vulnerabilidad.</b>	Primera visita enfermera.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Educación sanitaria</b> en <b>hábitos saludables y prevención secundaria.</b>	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.</b> Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.	Primera visita enfermera.	En cada visita posterior a la inicial.

## Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		✓
<b>Detección precoz de consumo activo de sustancias psicoactivas</b> cuando sea preciso, mediante cuestionarios validados.		✓	✓	✓		✓
<b>Educación sanitaria</b> en <b>reducción de daños</b> adecuados a cada perfil y grado de consumo. Derivación a recurso especializado en consumos si el paciente lo quiere.		✓	✓	✓		✓
<b>Potenciar vínculo terapéutico</b> que permita el <b>acompañamiento en proceso de consumo</b> y entrenar las <b>habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno sanitario y/o comunitario</b> .		✓	✓	✓		✓
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados adaptando</b> las medidas a la <b>situación de vulnerabilidad</b> .		✓	✓	✓		✓
<b>Educación sanitaria</b> en <b>hábitos saludables y prevención secundaria</b> .		✓	✓	✓		✓
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.</b> Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓	✓	✓		✓

*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>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	✓	
<b>Detección precoz de consumo activo de sustancias psicoactivas</b> cuando sea preciso, mediante cuestionarios validados.	✓	
<b>Educación sanitaria</b> en <b>reducción de daños</b> adecuados a cada perfil y grado de consumo. Derivación a recurso especializado en consumos si el paciente lo quiere.	✓	
<b>Potenciar vínculo terapéutico</b> que permita el <b>acompañamiento en proceso de consumo</b> y entrenar las <b>habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno sanitario y/o comunitario.</b>	✓	
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados adaptando</b> las medidas a la <b>situación de vulnerabilidad.</b>	✓	
<b>Educación sanitaria</b> en <b>hábitos saludables y prevención secundaria.</b>	✓	
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.</b> Facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓

\* 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, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.</b>	Visita basal.	3 meses.
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	Desde la primera visita.	Continuo.
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.	Primer mes.	Cada 3 meses.
<b>Detectar la necesidad de derivar a programas de reducción de daños y coordinar con otros profesionales.</b>	Visita basal.	6 meses.
<b>Medida y fomento de la adherencia.</b>	Visita basal.	3 meses.
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>	Visita basal.	6 meses.
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>	Visita basal.	Continuo.

## 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, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.</b>		✓	✓			
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	✓	✓		✓	
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.		✓	✓		✓	
<b>Detectar la necesidad de derivar a programas de reducción de daños y coordinar con otros profesionales.</b>		✓	✓		✓	✓
<b>Medida y fomento de la adherencia.</b>		✓	✓			✓
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>		✓	✓			✓
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas 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...*

## Farmacia hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Revisión de interacciones, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.</b>		✓
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	
<b>Identificación posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.		✓
<b>Detectar la necesidad de derivar a programas de reducción de daños y coordinar con otros profesionales.</b>	✓	
<b>Medida y fomento de la adherencia.</b>		✓
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>	✓	
<b>Favorecer la coincidencia,</b> en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>		✓

\* 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
<p><b>Valoración psicológica</b> para evaluar el <b>tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los CAD</b> (en caso de trastorno por consumo de sustancias y deseo de abandono).</p>	<p>Ante sospecha o cribado positivo para trastorno por consumo de sustancias.</p>	<p>Valoración. Seguimientos dependiendo del caso y su derivación.</p>
<p><b>Valoración psicológica</b> para valorar la presencia de <b>trastornos emocionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados.</b> Facilitar <b>derivación a recursos específicos.</b></p>	<p>Ante sospecha o cribado positivo para trastorno emocional y/o trastorno psicopatológico o problemas de adherencia.</p>	<p>Valoración. Seguimientos dependiendo del caso y su derivación.</p>
<p><b>Valoración neuropsicológica ante sospecha de deterioro cognitivo,</b> para conocer <b>tipo y gravedad de los déficits</b> si existieran, así como el <b>impacto en la funcionalidad.</b></p>	<p>Ante sospecha o cribado positivo para deterioro cognitivo.</p>	<p>Valoración de 1-3 sesiones. Seguimiento dependiente del caso y su derivación.</p>
<p><b>Intervenciones psicológicas en casos de trastornos emocionales u otras dificultades conductuales</b> (ej. adherencia, conducta sexual, autocuidados...), <b>coordinadas con los CAD,</b> en los casos necesarios.</p>	<p>Ante necesidades detectadas mediante valoración psicológica.</p>	<p>La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema.</p>
<p><b>Intervenciones de apoyo emocional/asesoramiento/grupos de autoayuda,</b> para <b>facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos y autocuidados, en coordinación</b> con los CAD, en los casos necesarios.</p>	<p>Ante necesidades detectadas mediante valoración psicológica o juicio de beneficio por parte del clínico (preventivo).</p>	<p>La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento mantenido en el tiempo para prevenir problema.</p>
<p><b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación en caso de deterioro cognitivo,</b> para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.</p>	<p>Ante detección de deterioro neurocognitivo o déficits neuropsicológicos.</p>	<p>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.</p>
<p><b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud y reducción de riesgos</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.).</p>	<p>En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.</p>	<p>La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.</p>
<p><b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b></p>	<p>Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos.</p>	<p>La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.</p>

## Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Valoración psicológica</b> para evaluar el <b>tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los CAD</b> (en caso de trastorno por consumo de sustancias y deseo de abandono).			✓			✓
<b>Valoración psicológica</b> para valorar la presencia de <b>trastornos emocionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados. Facilitar derivación a recursos específicos.</b>			✓			✓
<b>Valoración neuropsicológica ante sospecha de deterioro cognitivo</b> , para conocer <b>tipo y gravedad de los déficits</b> si existieran, así como el <b>impacto en la funcionalidad.</b>			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas en casos de trastornos emocionales</b> u otras <b>dificultades conductuales</b> (ej. adherencia, conducta sexual, autocuidados...), <b>coordinadas con los CAD</b> , en los casos necesarios.			✓			✓
<b>Intervenciones de apoyo emocional/asesoramiento/grupos de autoayuda</b> , para <b>facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos y autocuidados</b> , en coordinación con los CAD, en los casos necesarios.			✓			✓
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación en caso de deterioro cognitivo</b> , para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.			✓			✓
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud y reducción de riesgos</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, 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>Valoración psicológica</b> para evaluar el <b>tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los CAD</b> (en caso de trastorno por consumo de sustancias y deseo de abandono).		✓
<b>Valoración psicológica</b> para valorar la presencia de <b>trastornos emocionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y otros factores asociados.</b> Facilitar <b>derivación a recursos específicos.</b>		✓
<b>Valoración neuropsicológica ante sospecha de deterioro cognitivo</b> , para conocer <b>tipo y gravedad de los déficits</b> si existieran, así como el <b>impacto en la funcionalidad.</b>	✓	
<b>Intervenciones psicológicas en casos de trastornos emocionales u otras dificultades conductuales</b> (ej. adherencia, conducta sexual, autocuidados...), <b>coordinadas con los CAD</b> , en los casos necesarios.		✓
<b>Intervenciones de apoyo emocional/asesoramiento/grupos de autoayuda</b> , para <b>facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos y autocuidados, en coordinación</b> con los CAD, en los casos necesarios.		✓
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación en caso de deterioro cognitivo</b> , para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.		✓
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud y reducción de riesgos</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>Atención a la demanda inicial: respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, intervenciones o coordinaciones que por su urgencia o gravedad resulten prioritarias.</b>	En la primera visita.	En función de y los objetivos a conseguir.
<b>Detección precoz de colectivos más vulnerables</b> (patología dual, drogodependientes sin hogar,...)	En la primera visita.	La intensidad dependerá de los factores de riesgo de exclusión.
Entrevista con el paciente: recoger en la historia social las <b>variables sociales</b> que puedan suponer un <b>riesgo de exclusión</b> (situación familiar, situación económica, red social, situación jurídica, situación administrativa, nivel de arraigo, situación convivencial) y otras <b>variables relacionadas con el consumo</b> (sustancia principal, historia de consumo, intentos previos de solución...).	Desde la primera visita.	Durante todo el proceso.
<b>Realizar un diagnóstico social y propuesta de intervención para aportar al equipo multidisciplinar con la situación y necesidades sociales</b> del paciente y los <b>recursos de apoyo más adecuados.</b>	Desde la primera visita.	En función del momento del proceso en el que se encuentre el paciente.
<b>Intervención en crisis fuera de agenda.</b>	Cuando sea preciso.	Cuando sea preciso.
<b>Intervención comunitaria, con el medio social próximo</b> para potenciar la participación, la integración y la responsabilidad social de personas con problemas de consumos.	Cuando sea preciso.	En función de y los objetivos que este tenga.
<b>Intervención individual con el paciente y cuando sea posible, con la familia</b> (vínculo terapéutico, espacio de escucha, asesoramiento sobre posibles recursos, valoración de su red social y existencia o no de apoyos, adecuar las expectativas de las demandas...). <b>Intervenciones grupales complementarias.</b>	Desde la primera visita.	En función de y los objetivos que este tenga.
<b>Coordinación entre las partes</b> (equipo multidisciplinar y recursos externos: red específica de drogodependencias, servicios sociales, comisión de apoyo a las familias, equipos de trabajo de menores y familia, organizaciones sociales) <b>para unificar criterios, complementar actuaciones y trabajar en red.</b>	Desde la primera visita.	Durante todo el proceso y de manera temprana en los casos que coexista otras problemáticas asociadas.
<b>Creación canales de comunicación entre diversos servicios e instituciones</b> (sanitarios, asociaciones del barrio, servicios sociales..).	Desde la primera visita.	En función de y los objetivos que este tenga.

## Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Atención a la demanda inicial: respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, intervenciones o coordinaciones que por su urgencia o gravedad resulten prioritarias.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Detección precoz de colectivos más vulnerables</b> (patología dual, drogodependientes sin hogar,...)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entrevista con el paciente: recoger en la historia social las <b>variables sociales</b> que puedan suponer un <b>riesgo de exclusión</b> (situación familiar, situación económica, red social, situación jurídica, situación administrativa, nivel de arraigo, situación convivencial) y otras <b>variables relacionadas con el consumo</b> (sustancia principal, historia de consumo, intentos previos de solución...).	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Realizar un diagnóstico social y propuesta de intervención para aportar al equipo multidisciplinar con la situación y necesidades sociales</b> del paciente y los <b>recursos de apoyo más adecuados.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Intervención en crisis fuera de agenda.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Intervención comunitaria, con el medio social próximo</b> para potenciar la participación, la integración y la responsabilidad social de personas con problemas de consumos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Intervención individual con el paciente y cuando sea posible, con la familia</b> (vínculo terapéutico, espacio de escucha, asesoramiento sobre posibles recursos, valoración de su red social y existencia o no de apoyos, adecuar las expectativas de las demandas...). <b>Intervenciones grupales complementarias.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Coordinación entre las partes</b> (equipo multidisciplinar y recursos externos: red específica de drogodependencias, servicios sociales, comisión de apoyo a las familias, equipos de trabajo de menores y familia, organizaciones sociales) <b>para unificar criterios, complementar actuaciones y trabajar en red.</b>		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Creación canales de comunicación entre diversos servicios e instituciones</b> (sanitarios, asociaciones del barrio, servicios sociales..).	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*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...*

## Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Atención a la demanda inicial: respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, intervenciones o coordinaciones que por su urgencia o gravedad resulten prioritarias.</b>	✓	
<b>Detección precoz de colectivos más vulnerables</b> (patología dual, drogodependientes sin hogar,...)		✓
Entrevista con el paciente: recoger en la historia social las <b>variables sociales</b> que puedan suponer un <b>riesgo de exclusión</b> (situación familiar, situación económica, red social, situación jurídica, situación administrativa, nivel de arraigo, situación convivencial) y otras <b>variables relacionadas con el consumo</b> (sustancia principal, historia de consumo, intentos previos de solución...).		✓
<b>Realizar un diagnóstico social y propuesta de intervención para aportar al equipo multidisciplinar con la situación y necesidades sociales</b> del paciente y los <b>recursos de apoyo más adecuados.</b>		✓
<b>Intervención en crisis fuera de agenda.</b>		✓
<b>Intervención comunitaria, con el medio social próximo</b> para potenciar la participación, la integración y la responsabilidad social de personas con problemas de consumos.		✓
<b>Intervención individual con el paciente y cuando sea posible, con la familia</b> (vínculo terapéutico, espacio de escucha, asesoramiento sobre posibles recursos, valoración de su red social y existencia o no de apoyos, adecuar las expectativas de las demandas...).		✓
<b>Intervenciones grupales complementarias.</b>		✓
<b>Coordinación entre las partes</b> (equipo multidisciplinar y recursos externos: red específica de drogodependencias, servicios sociales, comisión de apoyo a las familias, equipos de trabajo de menores y familia, organizaciones sociales) <b>para unificar criterios, complementar actuaciones y trabajar en red.</b>		✓
<b>Creación canales de comunicación entre diversos servicios e instituciones</b> (sanitarios, asociaciones del barrio, servicios sociales..).		✓

\* 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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
Atención a las posibles <b>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:</b> aplicar las recomendaciones del <b>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...	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente y según protocolos. Cada 3-6 meses
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alertas de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 6 meses.
<b>Conocer la situación del paciente en relación al consumo</b> (patrón de consumo, intentos de deshabituación...) y <b>empoderar en la reducción de daños</b> .	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
<b>Cuidado individualizado de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas</b> y <b>coordinación con otros programas para la reducción de daños</b> (programas de mantenimiento con metadona, salas de venopunción, programas de intercambio de jeringuillas...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Prevención infecciones transmisibles</b> (VHC, VHB, VHD,...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Detectar precozmente otros posibles riesgos del consumo de sustancias psicoactivas e intervenir para paliarlo.</b> Especial atención <b>a salud mental</b> (alerta de trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados al consumo de sustancias); a la <b>estigmatización y vulnerabilidad</b> por consumo de sustancias psicoactivas y por VIH y a <b>situaciones sociales de riesgo</b> (no tener trabajo, sin techo, conflictos familiares, problemas legales-penales, sexo comercial...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos o drogas o explicar efectos secundarios.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
Valoración de la <b>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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado</b>	✓	✓	✓	✓		✓
Atención a las posibles <b>descompensaciones /procesos agudos relacionados</b> .		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Actividades preventivas:</b> aplicar las recomendaciones del <b>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 de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alertas de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas...).		✓	✓	✓		✓
<b>Conocer la situación del paciente en relación al consumo</b> (patrón de consumo, intentos de desintoxicación...) y <b>empoderar en la reducción de daños</b> .	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Cuidado individualizado de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas</b> y <b>coordinación con otros programas para la reducción de daños</b> (programas de mantenimiento con metadona, salas de ve-nopunción, programas de intercambio de jeringuillas...).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Prevención infecciones transmisibles</b> (VHC, VHB, VHD,...).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Detectar precozmente otros posibles riesgos del consumo de sustancias psicoactivas e intervenir para paliarlo</b> . Especial atención <b>a salud mental</b> (alerta de trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados al consumo de sustancias); a la <b>estigmatización y vulnerabilidad</b> por consumo de sustancias psicoactivas y por VIH y a <b>situaciones sociales de riesgo</b> (no tener trabajo, sin techo, conflictos familiares, problemas legales-penales, sexo comercial... ).		✓	✓	✓		✓
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos o drogas o explicar efectos secundarios.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.		✓	✓	✓	✓	✓
Valoración de la <b>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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado</b>	✓	
Atención a las posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados</b> .	✓	
<b>Actividades preventivas:</b> aplicar las recomendaciones del <b>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 de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alerta de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas...).		✓
<b>Conocer la situación del paciente en relación al consumo</b> (patrón de consumo, intentos de desintoxicación...) y <b>empoderar en la reducción de daños</b> .	✓	
<b>Cuidado individualizado de problemas</b> asociados al <b>consumo de sustancias psicoactivas</b> y <b>coordinación con otros programas para la reducción de daños</b> (programas de mantenimiento con metadona, salas de venopunción, programas de intercambio de jeringuillas...).	✓	
<b>Prevención infecciones transmisibles</b> (VHC, VHB, VHD,...).	✓	
<b>Detectar precozmente otros posibles riesgos del consumo de sustancias psicoactivas e intervenir para paliarlo</b> . Especial atención <b>a salud mental</b> (alerta de trastornos psicológicos /psiquiátricos asociados al consumo de sustancias); a la <b>estigmatización y vulnerabilidad</b> por consumo de sustancias psicoactivas y por VIH y a <b>situaciones sociales de riesgo</b> (no tener trabajo, sin techo, conflictos familiares, problemas legales-penales, sexo comercial...).		✓
<b>Alertar sobre interacciones</b> con otros fármacos o drogas o explicar efectos secundarios.	✓	
<b>Favorecer la adherencia</b> a los tratamientos y visitas de seguimiento.	✓	
Valoración de la <b>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 (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



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	Necesidad de visitas más frecuentes para comprobación de adherencia, interacciones, toxicidad o aparición de resistencias. Incremento en el número de determinaciones analíticas. Cambio de TAR. Potencial impacto en la adherencia por necesidad de uso de pautas de segunda línea más complejas o menos tolerables.
Fallo de adherencia.	SI	Estrategias para mejorarlas. Necesidad de hacer test de resistencias, cambio de TAR, seguimiento más estrecho.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Estrategias activas para lograr de nuevo la vinculación.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nueva patología, visitas a urgencias, ...).	SI	Necesidad de hacer test de resistencias, cambio de TAR, seguimiento más estrecho. Mayor frecuencia de procedimientos analíticos y diagnósticos. Tratamientos adicionales para las complicaciones (patología oportunista o directamente relacionada con el consumo). Puede causar ingreso hospitalario (con seguimiento posterior más frecuente en consultas hasta recuperar seguimiento habitual).
Deterioro psicológico y psiquiátrico (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales).	SI	Posibles fracasos terapéuticos. Mayor demanda de asistencia y coordinación.
Deterioro cognitivo.	SI	Completar estudios deterioro cognitivo. Derivar a especialistas adecuados. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo, ...).	SI	Necesidad de ingreso hospitalario y/o participación de otros especialistas. Cuidado específico de la complicación. Seguimiento al alta con colaboración de otros especialistas. Visitas más frecuentes. Valoración y seguimiento de secuelas. Coordinación con unidad cuidados intensivos/unidad de paciente agudo psiquiátrico.
Intento de suicidio.	SI	Coordinación estrecha con unidad de paciente agudo psiquiátrico.
Ingreso en prisión.	SI	Contacto con profesionales de la salud de instituciones penitenciarias. Traslado del expediente al centro penitenciario. Mejor cuidado al estar más controlado.
Deshabitación y/o desintoxicación.	SI	Reducción en el número de visitas a la unidad específica y eventualmente alta. Cambio de perfil si está mas de un año sin trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Monitorización de 2 a 5 años por probabilidad de recaídas.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Intensificar cribado ITS y coordinación con trabajo social si es sexo a cambio de dinero o para unidades específicas en el caso del <i>chemsex</i> (drogodependencia). 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	Activación de coordinación con trabajo social, entidades comunitarias o CAD. Posible cambio de perfil del paciente.

# Enfermería

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



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
Fallo de adherencia.	SI	Averiguar motivos y ver formas de abordarlos.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).		Facilitar la revinculación cuando haga la demanda para ello.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nueva patología, visitas a urgencias, ...).	SI	Derivación a especialista en cada caso para tratamiento adecuado. Realizar curas si precisa.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales).	SI	Derivación y vinculación rápida a programa específico de reducción de daños: psicología y psiquiatría. Derivación proactiva a urgencias. Contención urgente en momento de brote psicótico y/o sobredosis, acogida de psiquiatría urgente, ingresos y revinculación con Unidad de VIH lo antes posible.
Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo, ...).	SI	Derivación y vinculación rápida a programa específico de reducción de daños.
Intento de suicidio.	SI	Derivación a especialista en cada caso para tratamiento adecuado.
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.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Derivación a trabajadora social y recursos comunitarios, si procede. Posible cambio de perfil.

# Farmacia hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por farmacia hospitalaria

Alertas	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, revisión de interacciones.
Fallo de adherencia.	SI	Entrevista motivacional/control.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Reincorporación a sistema.
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.
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.

# Geriatría

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por geriatría

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Deshabitación y/o desintoxicación (VGI muy positiva).	SI	Si el paciente es mayor habría que hacer una VGI focalizada principalmente en deterioro funcional, depresión en colaboración con psiquiatría y desnutrición. Cambio de perfil si está mas de un año sin trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Monitorización de 2 a 5 años por probabilidad de recaídas.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Cambio de perfil del 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.

# Psicología

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)



Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



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.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales).	SI	Realización de valoración psicológica, intervención o derivaciones a recursos específicos. Derivación a psiquiatría y trabajo coordinado.
Deterioro cognitivo.	SI	Realización de una evaluación neuropsicológica y derivación a valoración médica para pruebas neurológicas adicionales para diagnóstico. Derivación a neuropsicólogos.
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.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Evaluación aspectos sociales y derivación a servicios correspondientes. 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 (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

#### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



Embarazo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas referidas por trabajo social

Alertas	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Deterioro cognitivo.	SI	Coordinación con la red de servicios sociales, atención primaria, red de salud mental y red específica de drogodependencias.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Coordinación con entidades y áreas implicadas para intervención específica en personas usuarias de <i>chemsex</i> . 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	Implicación temprana de la red de recursos para la atención de personas sin hogar. Coordinación de red sanitaria, red de servicios sociales generales, red de atención a personas sin hogar. Acompañamiento de entidades y voluntariado, para la tramitación de documentación, citas sanitarias... Refuerzos de acciones de mediación comunitaria. 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 (diagnóstico nuevas patologías, visitas a urgencias...)



Deterioro psicológico y psiquiátrico. (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales...)



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo...)



Intento suicidio



Ingreso en prisión



Deshabituación y/o desintoxicación



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



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	Educación para la salud, reforzar adherencia en cada visita, derivar a unidad hospitalaria si ha dejado o discontinuado TAR.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Revisar visitas programada y hacer recordatorios, reprogramar/revincular.
Alerta a procesos clínicos subyacentes (diagnóstico nueva patología, visitas a urgencias, ...).	SI	Atención al problema, accesibilidad para ser valorado, visita de urgencias en el centro de salud u hospital según indicación. Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de seguimiento. Reducción de daños. Tratamientos específicos según consumo. Deshabitación ambulatoria o en ingreso agudo o programado.
Deterioro psicológico y psiquiátrico (impulsividad, agresividad, alteraciones conductuales).	SI	Atención al proceso agudo. Derivar si es necesario a unidad salud mental o urgencias psiquiatría según problema. Visitas de seguimiento.
Complicaciones uso drogas (sobredosis, complicación secundaria por el consumo, ...).	SI	Atención al problema, accesibilidad para ser valorado, visita de urgencias en el centro de salud u hospital según indicación. Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de seguimiento. Reducción de daños. Tratamientos específicos según consumo. Deshabitación ambulatoria o en ingreso agudo o programado.
Intento suicidio.	SI	Atención al proceso agudo. Derivar si es necesario a unidad salud mental o urgencias psiquiatría según problema. Visitas de seguimiento.
Deshabitación y/o desintoxicación.	SI	
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.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Atención y seguimiento. Alertas en riesgos asociados y pérdidas de control y tratamientos. Atención conjunta con otros niveles asistenciales y trabajo social, entidades comunitarias... Informar de recursos existentes institucionales o comunitarios y cómo tener acceso. Posible cambio de perfil del paciente.

## Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo



---

# 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**.
- Control de las **interacciones** entre TAR y sustancias psicoactivas consumidas durante las prácticas sexuales (*chemsex*).

## 2 Atención a prácticas sexuales de riesgo.

- Despistaje, control y tratamiento de posibles **ITS**.
- Control de **contactos sexuales** en riesgo.
- **Monitorización en la HCE de prácticas sexuales que comporten un posible riesgo** para la adquisición/transmisión de ITS (incluido el uso de sustancias psicoactivas durante las prácticas sexuales, prácticas *KINK (RACK: Risk Aware Consensual Kink)*, *fisting*, y el uso o no de medidas profilácticas como el preservativo).
- El paciente tiene acceso a **información de calidad** sobre prácticas sexuales y riesgos de adquisición/transmisión de ITS y diferentes aproximaciones a la reducción de daños en materia sexual.
- El paciente **conoce estrategias de prevención y reducción de daños** para una gestión adecuada de su salud sexual.
- El paciente **identifica y utiliza recursos** sanitarios, sociales y comunitarios que le permitan una **mejor gestión de sus prácticas sexuales**.

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

- **Cumplimiento de prevención según indicación:** (vacunas, profilaxis, infección por VHC, despistaje de displasia anal, ...).
- Buen control y **atención a procesos clínicos** subyacentes.

*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 LILA.*

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

- **Conseguir una adecuada situación funcional y 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, ...
- **Promoción de modelos de ocio y socialización diversos y saludables.**

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

- Monitorización y control de la **salud psicológica y psicopatológica.**
- **Monitorización y control del impacto de aspectos sociales, como el estigma.**

#### 6 Atención a su estado cognitivo.

- Monitorización y control de su **estado cognitivo.**

#### 7 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.
  - Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.
  - Riesgo de exclusión.
  - 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 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.

# 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).

**Cribado de ITS en pacientes asintomáticos y diagnóstico de ITS en pacientes sintomáticos. Exploración física, con toma de muestras cuando esté indicado.**

**Tratamiento de las ITS (incluyendo el tratamiento epidemiológico tras contactos de riesgo).**

**Detección precoz de consumo de sustancias** para prácticas sexuales (*chemsex*).

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Pruebas diagnósticas ITS** (serologías, exudados) **y administración de tratamientos parenterales prescritos** si fuera necesario.

## 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** para conocer la naturaleza y los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, así como facilitar derivaciones apropiadas.<sup>1</sup>

**Intervenciones psicológicas** en caso de detectar factores psicológicos relacionados con la conducta sexual (regulación emocional, trauma, trastornos emocionales, etc.).

**Valoraciones neuropsicológicas** ante sospecha de deterioro cognitivo, para conocer tipo y gravedad de los déficits si existieran, así como el impacto en la funcionalidad.

**Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación en caso de deterioro cognitivo,** para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.

**Valoración psicológica, intervención y/o derivación** a entidades apropiadas en caso de sospecha de uso problemático de drogas recreativas que influyan en las prácticas sexuales de riesgo.

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Identificación de paciente de riesgo social a través de indicadores presentes en historia clínica.**

**Intervención individual:** información y orientación en función de valoración sobre recursos sociales, sociosanitarios y económicos. Acompañamiento en la toma de decisiones y derivación si corresponde.

**Trabajo en red:** con el tejido asociativo (trastorno en el uso de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, prostitución, trata...) e instituciones (atención primaria y hospitalizada del sistema sanitario y social) para la identificación de necesidades, sensibilización comunitaria y de grupos de riesgo e identificación de personas con dificultades de acceso al sistema.

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Actividades preventivas indicadas (PAPPS)** pactando objetivos realistas y adaptadas a cada situación: cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables...

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

**Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados** (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alertas de riesgos relacionados con prácticas sexuales de riesgo (incluido el consumo de *chemsex*).

<sup>1</sup> (psiquiatría, psicología, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

# Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

## Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

### Anamnesis en la historia clínica de salud sexual completa.

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

### Seguimiento y control de contactos.

**Educación en salud sexual** (métodos anticoncepción, conocimiento sobre ITS...) **y vigilar embarazos no deseados.**

**Vacunación actualizada** (incluida la vacunación frente a las ITS prevenibles).

Prevención, cribado y cuidados de **comorbilidades orgánicas** (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).

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

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

**Valoración del riesgo de ITS** mediante entrevista.

**Valoración vacunas actualizadas.**

**Estudio de contactos.**

**Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz. Ayudar en la identificación de las causas de las prácticas sexuales de riesgo.**

**Educación para la salud** sobre prácticas sexuales seguras.

**Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada: dispensación de preservativos a población clave vulnerable.**

**Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles** tanto para el paciente como para sus contactos.

**Capacitar en las competencias de autocuidados** adaptando las medidas a la situación de cada persona.

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Medida y fomento de adherencia.**

**Educación sanitaria y fomento de hábitos de vida saludables.**

**Derivación en caso de sospecha de nueva ITS.**

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

**Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.**

**Detección precoz de consumo de sustancias** para prácticas sexuales (*chemsex*).

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión para el fomento de hábitos de salud y reducción de riesgos** en el área sexual y otras (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, riesgos asociados a la conducta sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión re-relación VIH, afrontamiento de estigma, etc.).

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

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

Identificación de determinantes sociales e individuales que permitan especificar **planes de intervención individuales** orientados a la reducción del riesgo.

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Conocer la situación del paciente en relación a su historia afectivo-sexual y registrar sistemáticamente.**

**Prevención de ITS e infecciones transmisibles** (VHC, VPH,...).

**Asistencia a ITS (cribado, diagnóstico y tratamiento).**

**Intervenciones en relación a posible estigmatización asociada a orientación o identidad sexual** dando respuesta a las demandas más inmediatas del paciente, en coordinación con otros profesionales del equipo, redes de apoyo y GAM.

**Detectar precozmente otros posibles deterioros** e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental: trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados.

**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...).

**Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR.**

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

**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



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

## Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex...*)



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



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:

- Perfil general: principales riesgos y recomendaciones.
- *Chemsex*.
- Conducta sexual de riesgo y su relación con la esfera psicológica.

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 Perfil general: principales riesgos y recomendaciones

- Este perfil de paciente se concentra generalmente en **hombres GBHSH** en los que los mayores riesgos dependen de la **adquisición y transmisión de ITS**, así como de **tener un consumo problemático de drogas sexualizadas (*chemsex*) o prácticas sexuales extremas**.
- **El cribado en esta población** con frecuencia hay que **hacerlo de rutina, incluso sin que haya síntomas**, en todas las localizaciones potencialmente afectadas. En este sentido es básico, acudir a recursos comunitarios o sanitarios de forma periódica. Campañas de sensibilización en este sentido, dirigidas a población diana, son

necesarias. Del mismo modo, la concienciación de los profesionales para que animen a los pacientes a realizar esta rutina de chequeos incluyéndolos en sus protocolos, son muy importantes.

- **El estado vacunal correcto** es muy importante para **disminuir el riesgo de infecciones inmunoprevenibles que pueden transmitirse o asociarse a relaciones sexuales**.
- También, realizar **educación sexual multicanal** en el ámbito comunitario y sanitario y **campañas de sensibilización**.
- Es clave **hacer seguimiento de pareja/s y contactos más habituales** para indicar **despistaje de ITS y prevenir reinfecciones continuas**.
- **La obtención de una historia de conducta sexual debe ser rutinaria** en todos los pacientes al menos una vez y posteriormente según riesgo. Para ello se debe obtener el consentimiento del paciente y las preguntas deben formularse de forma empática y sin emitir juicios de valor.

## 4.2 *Chemsex*

- **Algunos consumidores problemáticos de *chemsex* no consideran** que tienen un consumo perjudicial para su salud.
- **Es favorecedor identificar**, en cada entorno, un **centro de atención preferente para las personas que practican *chemsex***, ante la escasez de este tipo de recursos en la cartera de servicios de la administración. La atención, si está integrada en el mismo espacio evita la pérdida del paciente.

- Dada la **multicausalidad** de la problemática asociada al **fenómeno del *chemsex***, es necesario **tener en cuenta** los **condicionantes de salud** y problemática asociada muy estrechamente a la **vivencia del estigma y discriminación sufrida** por pertenecer a poblaciones clave vulnerables como **colectivo LGTBIQA+**.
- Es preciso, también, **formación transversal de los profesionales** que ofrecen cuidados a este perfil de pacientes en aspectos básicos de psicoeducación sexual y potenciar las **competencias culturales LGTBIQA+** en estos aspectos tan relevantes, siendo para ello fundamental la colaboración con las entidades comunitarias especializadas.

## 4.3 Conducta sexual de riesgo y su relación con la esfera psicológica

- En ocasiones, **la conducta sexual** puede constituir un **indicador o síntoma** de **dificultades de regulación emocional** y **estar relacionado** directamente con factores propios de la **esfera psicológica**.
- Se recomienda realizar una **detección precoz de conductas sexuales** que puedan suponer un impacto negativo para la salud física y emocional de la persona y **articular intervenciones preventivas y psicológicas individualizadas**.
- La figura de **apoyo psicológico** así como la **figura del par**, a través del asesoramiento y los GAM, son claves en la **motivación para el cambio** y en la **reducción de daños**.

# 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).	Desde la primera visita.	Cada 6 meses.
<b>Cribado de ITS en pacientes asintomáticos y diagnóstico de ITS en pacientes sintomáticos. Exploración física, con toma de muestras cuando esté indicado.</b>	Desde la primera visita.	En cada visita de seguimiento. Bien por síntomas o cada 3-6 meses.
<b>Tratamiento de las ITS (incluyendo el tratamiento epidemiológico tras contactos de riesgo).</b>	Desde el diagnóstico. Tras exposición a ITS.	Visitas de seguimiento.
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).	En cada visita.	En cada visita de seguimiento.
<b>Anamnesis en la historia clínica de salud sexual completa.</b>	Primera visita.	Visitas de seguimiento.
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.	Inicio del seguimiento.	Trimestral, semestral o en cada visita.
<b>Seguimiento y control de contactos.</b>	Desde el diagnóstico e inicio de seguimiento.	Cada vez que se diagnostique una ITS, en todo el seguimiento.
<b>Educación en salud sexual</b> (métodos anticoncepción, conocimiento sobre ITS...) <b>y vigilar embarazos no deseados.</b>	Desde la primera visita.	En cada visita de seguimiento.
<b>Vacunación actualizada</b> (incluida la vacunación frente a las ITS prevenibles).	En el momento de diagnóstico de alguna ITS.	Hasta inmunización completa.
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).	Tras la primera visita.	Durante visitas de seguimiento.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	Basal.	En todas las visitas.

## 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).			✓	✓		
<b>Cribado de ITS en pacientes asintomáticos y diagnóstico de ITS en pacientes sintomáticos. Exploración física, con toma de muestras cuando esté indicado.</b>		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Tratamiento de las ITS (incluyendo el tratamiento epidemiológico tras contactos de riesgo).</b>		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Anamnesis en la historia clínica de salud sexual completa.</b>		✓	✓	✓	✓	
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.			✓			
<b>Seguimiento y control de contactos.</b>		✓	✓	✓		
<b>Educación en salud sexual</b> (métodos anticoncepción, conocimiento sobre ITS...) <b>y vigilar embarazos no deseados.</b>		✓	✓			✓
<b>Vacunación actualizada</b> (incluida la vacunación frente a las ITS prevenibles).		✓	✓	✓		*
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).			✓	✓	✓	
<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...*

*\* La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

## Especialistas en 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).	✓	
<b>Cribado de ITS en pacientes asintomáticos y diagnóstico de ITS en pacientes sintomáticos. Exploración física, con toma de muestras cuando esté indicado.</b>	✓	
<b>Tratamiento de las ITS (incluyendo el tratamiento epidemiológico tras contactos de riesgo).</b>	✓	
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).		✓
<b>Anamnesis en la historia clínica de salud sexual completa.</b>		✓
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.		✓
<b>Seguimiento y control de contactos.</b>		✓
<b>Educación en salud sexual</b> (métodos anticoncepción, conocimiento sobre ITS...) <b>y vigilar embarazos no deseados.</b>		✓
<b>Vacunación actualizada</b> (incluida la vacunación frente a las ITS prevenibles).	✓	
Prevención, cribado y cuidados de <b>comorbilidades orgánicas</b> (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).	✓	
<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.

## Enfermería

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita.	Al menos anual. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Pruebas diagnósticas ITS</b> (serologías, exudados) y <b>administración de tratamientos parentales prescritos</b> si fuera necesario.	Primera visita.	Si síntomas o prácticas sexuales de riesgo, de forma rutinaria.
<b>Valoración del riesgo de ITS</b> mediante entrevista.	Primera visita.	En cada visita.
<b>Valoración vacunas actualizadas.</b>	Primera visita.	En cada visita.
<b>Estudio de contactos.</b>	Si diagnóstico ITS.	En cada visita.
<b>Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz. Ayudar en la identificación de las causas de las prácticas sexuales de riesgo.</b>	Primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Educación para la salud</b> sobre prácticas sexuales seguras.	Primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada: dispensación de preservativos a población clave vulnerable.</b>	Primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita médica. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles</b> tanto para el paciente como para sus contactos.	Si prácticas sexuales de riesgo.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados</b> adaptando las medidas a la situación de cada persona.	Primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita médica. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación</b> de los pacientes que interrumpen el seguimiento.	Primera visita.	Indefinida.

## Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		
<b>Pruebas diagnósticas ITS</b> (serologías, exudados) y <b>administración de tratamientos parenterales prescritos</b> si fuera necesario.		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Valoración del riesgo de ITS</b> mediante entrevista.		✓	✓	✓		✓
<b>Valoración vacunas actualizadas.</b>		✓	✓	✓		*
<b>Estudio de contactos.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz. Ayudar en la identificación de las causas de las prácticas sexuales de riesgo.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Educación para la salud</b> sobre prácticas sexuales seguras.		✓	✓	✓		✓
<b>Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada: dispensación de preservativos a población clave vulnerable.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles</b> tanto para el paciente como para sus contactos.		✓	✓	✓		✓
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados</b> adaptando las medidas a la situación de cada persona.		✓	✓	✓		✓
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación</b> de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓	✓	✓	✓	✓

*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...*

*\* La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

## Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
<b>Pruebas diagnósticas ITS</b> (serologías, exudados) y <b>administración de tratamientos parenterales prescritos</b> si fuera necesario.	✓	
<b>Valoración del riesgo de ITS</b> mediante entrevista.	✓	
<b>Valoración vacunas actualizadas.</b>	✓	
<b>Estudio de contactos.</b>	✓	
<b>Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz. Ayudar en la identificación de las causas de las prácticas sexuales de riesgo.</b>		✓
<b>Educación para la salud</b> sobre prácticas sexuales seguras.		✓
<b>Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada: dispensación de preservativos a población clave vulnerable.</b>		✓
<b>Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles</b> tanto para el paciente como para sus contactos.		✓
<b>Capacitar en las competencias de autocuidados</b> adaptando las medidas a la situación de cada persona.		✓
<b>Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación</b> de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓

\* 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.	6 meses.
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>	Visita basal.	3 meses.
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>	Visita basal.	3 meses.
<b>Derivación en caso de sospecha de nueva ITS.</b>	Visita basal.	6 meses.
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>	Visita basal.	Continuo.
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	Desde la primera visita.	Continuo.
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).	Visita basal.	Continuo.

## 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>Medida y fomento de adherencia.</b>			✓			✓
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>		✓	✓		✓	✓
<b>Derivación en caso de sospecha de nueva ITS.</b>		✓	✓		✓	✓
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>			✓			
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	✓	✓		✓	
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).		✓	✓			✓

*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>Medida y fomento de adherencia.</b>		✓
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de <b>hábitos de vida saludables.</b>		✓
<b>Derivación en caso de sospecha de nueva ITS.</b>		✓
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>		✓
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	
<b>Detección precoz de consumo de sustancias</b> para prácticas sexuales ( <i>chemsex</i> ).		✓

\* 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>Valoración psicológica</b> para conocer la naturaleza y los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, así como facilitar derivaciones apropiadas. <sup>1</sup>	En todos los casos: ante presencia de conducta sexual de riesgo.	Valoración. Seguimiento dependiendo del caso y su derivación.
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de detectar factores psicológicos relacionados con la conducta sexual (regulación emocional, trauma, trastornos emocionales, 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>Valoraciones neuropsicológicas</b> ante sospecha de deterioro cognitivo, para conocer tipo y gravedad de los déficits si existieran, así como el impacto en la funcionalidad.	Ante sospecha o cribado positivo para deterioro cognitivo.	Valoración de 1-3 sesiones. Seguimiento dependiendo del caso y su derivación.
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorehabilitación en caso de deterioro cognitivo</b> , para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.	Ante detección de deterioro neurocognitivo o déficit neuropsicológico.	Programas de neurorehabilitación: grupal 2-3 veces/semanas, mínimo 8 semanas; seguimiento cada 6 meses. Se recomienda estimulación cognitiva mantenida a lo largo de la vida.
<b>Valoración psicológica, intervención y/o derivación</b> a entidades apropiadas en caso de <b>sospecha de uso problemático de drogas recreativas</b> que influyan en las <b>prácticas sexuales de riesgo</b> .	En el momento en que entra en el grupo.	Evaluación al menos anual. Intervención de duración variable dependiendo del problema y su gravedad.
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión para el fomento de hábitos de salud y reducción de riesgos</b> en el área sexual y otras (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, riesgos asociados a la conducta sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento de 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.

<sup>1</sup> (psiquiatría, psicología, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

## Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Valoración psicológica</b> para conocer la naturaleza y los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, así como facilitar derivaciones apropiadas. <sup>1</sup>			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de detectar factores psicológicos relacionados con la conducta sexual (regulación emocional, trauma, trastornos emocionales, etc.).	✓		✓			✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas</b> ante sospecha de deterioro cognitivo, para conocer tipo y gravedad de los déficits si existieran, así como el impacto en la funcionalidad.			✓			✓
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorehabilitación en caso de deterioro cognitivo</b> , para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.	✓		✓			✓
<b>Valoración psicológica, intervención y/o derivación</b> a entidades apropiadas en caso de <b>sospecha de uso problemático de drogas recreativas</b> que influyan en las <b>prácticas sexuales de riesgo</b> .			✓			✓
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión para el fomento de hábitos de salud y reducción de riesgos</b> en el área sexual y otras (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, riesgos asociados a la conducta sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento de estigma, etc.).	✓		✓			✓
<b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b>			✓			✓

<sup>1</sup> (psiquiatría, psicología, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

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>Valoración psicológica</b> para conocer la naturaleza y los factores asociados a las conductas sexuales de riesgo, así como facilitar derivaciones apropiadas. <sup>1</sup>		✓
<b>Intervenciones psicológicas</b> en caso de detectar factores psicológicos relacionados con la conducta sexual (regulación emocional, trauma, trastornos emocionales, etc.).		✓
<b>Valoraciones neuropsicológicas</b> ante sospecha de deterioro cognitivo, para conocer tipo y gravedad de los déficits si existieran, así como el impacto en la funcionalidad.	✓	
<b>Programas de estimulación cognitiva y/o neurorehabilitación en caso de deterioro cognitivo</b> , para prevenir la evolución de los déficits y facilitar la adaptación a las limitaciones ocasionadas.		✓
<b>Valoración psicológica, intervención y/o derivación</b> a entidades apropiadas en caso de sospecha de uso problemático de drogas recreativas que influyan en las <b>prácticas sexuales de riesgo</b> .	✓	
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión para el fomento de hábitos de salud y reducción de riesgos</b> en el área sexual y otras (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, riesgos asociados a la conducta sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento de estigma, etc.).		✓
<b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b>		✓

<sup>1</sup> (psiquiatría, psicología, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

\* 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>Identificación de paciente de riesgo social a través de indicadores presentes en historia clínica.</b>	Al inicio/consultas sucesivas.	Según valoración.
<b>Intervención individual:</b> información y orientación en función de valoración sobre recursos sociales, sociosanitarios y económicos. Acompañamiento en la toma de decisiones y derivación si corresponde.	Al inicio/consultas sucesivas/a demanda.	Según valoración.
<b>Trabajo en red:</b> con el tejido asociativo (trastorno en el uso de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, prostitución, trata...) e instituciones (atención primaria y hospitalizada del sistema sanitario y social) para la identificación de necesidades, sensibilización comunitaria y de grupos de riesgo e identificación de personas con dificultades de acceso al sistema.	En todo momento.	Continuo.
Identificación de determinantes sociales e individuales que permitan especificar <b>planes de intervención individuales</b> orientados a la reducción del riesgo.	Al inicio/consultas sucesivas.	Según objetivos.

## Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Identificación de paciente de riesgo social a través de indicadores presentes en historia clínica.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Intervención individual:</b> información y orientación en función de valoración sobre recursos sociales, sociosanitarios y económicos. Acompañamiento en la toma de decisiones y derivación si corresponde.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Trabajo en red:</b> con el tejido asociativo (trastorno en el uso de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, prostitución, trata...) e instituciones (atención primaria y hospitalizada del sistema sanitario y social) para la identificación de necesidades, sensibilización comunitaria y de grupos de riesgo e identificación de personas con dificultades de acceso al sistema.		✓		✓		✓
Identificación de determinantes sociales e individuales que permitan especificar <b>planes de intervención individuales</b> orientados a la reducción del riesgo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*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...*

## Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Identificación de paciente de riesgo social a través de indicadores presentes en historia clínica.</b>		
<b>Intervención individual:</b> información y orientación en función de valoración sobre recursos sociales, sociosanitarios y económicos. Acompañamiento en la toma de decisiones y derivación si corresponde.		
<b>Trabajo en red:</b> con el tejido asociativo (trastorno en el uso de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, violencia de género, prostitución, trata...) e instituciones (atención primaria y hospitalizada del sistema sanitario y social) para la identificación de necesidades, sensibilización comunitaria y de grupos de riesgo e identificación de personas con dificultades de acceso al sistema.		
Identificación de determinantes sociales e individuales que permitan especificar <b>planes de intervención individuales</b> orientados a la reducción del riesgo.		

\* 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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar <b>plan de cuidados individualizado</b> .	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptadas a cada situación: cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables...	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
Atención a las posibles <b>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>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alerta de riesgos relacionados con prácticas sexuales de riesgo (incluido el consumo de <i>chemsex</i> ).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 6 meses.
<b>Conocer la situación del paciente en relación a su historia afectivo-sexual y registrar sistemáticamente.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Prevención de ITS e infecciones transmisibles</b> (VHC, VPH,...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Asistencia a ITS (cribado, diagnóstico y tratamiento).</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Intervenciones en relación a posible estigmatización asociada a orientación o identidad sexual</b> dando respuesta a las demandas más inmediatas del paciente, en coordinación con otros profesionales del equipo, redes de apoyo y GAM.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso. Control cada 6 meses.
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental: trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar <b>plan de cuidados individualizado</b> .	✓	✓	✓	✓		✓
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptadas a cada situación: cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables...		✓	✓	✓		✓
Atención a las posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados</b> .		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alerta de riesgos relacionados con prácticas sexuales de riesgo (incluido el consumo de <i>chemsex</i> ).		✓	✓	✓		✓
<b>Conocer la situación del paciente en relación a su historia afectivo-sexual y registrar sistemáticamente</b> .		✓	✓	✓		✓
<b>Prevención de ITS e infecciones transmisibles</b> (VHC, VPH,...).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Asistencia a ITS (cribado, diagnóstico y tratamiento)</b> .		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Intervenciones en relación a posible estigmatización asociada a orientación o identidad sexual</b> dando respuesta a las demandas más inmediatas del paciente, en coordinación con otros profesionales del equipo, redes de apoyo y GAM.		✓	✓			✓
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental: trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados.		✓	✓	✓		✓
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).		✓	✓	✓	✓	✓
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR</b> .		✓	✓	✓		
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento</b> .		✓	✓	✓	✓	✓
<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 necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar <b>plan de cuidados individualizado</b> .	✓	
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptadas a cada situación: cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables...	✓	
Atención a las posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados</b> .	✓	
<b>Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados</b> (tras ingresos, tras visitas a urgencias, tras otras alerta de riesgos relacionados con prácticas sexuales de riesgo (incluido el consumo de <i>chemsex</i> ).		✓
<b>Conocer la situación del paciente en relación a su historia afectivo-sexual y registrar sistemáticamente.</b>	✓	
<b>Prevención de ITS e infecciones transmisibles</b> (VHC, VPH,...).	✓	
<b>Asistencia a ITS (cribado, diagnóstico y tratamiento).</b>	✓	
<b>Intervenciones en relación a posible estigmatización asociada a orientación o identidad sexual</b> dando respuesta a las demandas más inmediatas del paciente, en coordinación con otros profesionales del equipo, redes de apoyo y GAM.		✓
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental: trastornos psicológicos/psiquiátricos asociados.		✓
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).	✓	
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR.</b>	✓	
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.</b>	✓	
<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



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex...*)



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



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	Evaluaciones médicas más frecuentes, valorar estudio resistencias, modificación potencial del TAR. Educación para evitar transmisión en su entorno.
Fallo de adherencia.	SI	Visitas más frecuentes a la consulta, seguimiento telefónico, mayor coordinación con farmacia.
Pérdida de seguimiento.	SI	Búsqueda activa y recuperación.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Derivación a unidad específica para seguimiento, anoscopia e indicación de tratamiento. Visita para tratamiento de VHC y monitorización de la respuesta.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Necesidad de apoyo psicológico.
Deterioro cognitivo.	SI	Completar estudios deterioro cognitivo. Derivar a especialistas adecuados. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes.	SI	Aumentar temporalmente la frecuencia del cribado de ITS (al cabo de 3 meses) para toma de muestras. Visita para indicación de tratamiento y monitorización del resultado de dicho tratamiento. Estudio de contactos.
Embarazo no deseado	SI	Valorar ILE si dentro de plazo, controles por ginecología/obstetricia, si sigue con gestación adecuar TAR a pauta recomendada y cambio de perfil de la paciente.
Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo ( <i>chemsex...</i> ).	SI	Derivar a CAD. Evaluaciones médicas más frecuentes. Analíticas extra (evaluación y control de toxicidades), adaptación del TAR para prevenir interacciones.
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.

# Enfermería

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex*...)



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



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	Analizar causa (resistencias o adherencia).
Fallo de adherencia.	SI	Averiguar causas e intentar resolverlas.
Pérdida de seguimiento.	SI	Búsqueda activa del paciente para revincularlo y ofrecerle recursos de ayuda terapéutica. Facilitar la revinculación cuando haga la demanda para ello.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Derivación a especialista en cada caso para tratamiento adecuado.
Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo ( <i>chemsex...</i> ).	SI	Potenciar el trabajo en red interdisciplinar e intersectorial para un manejo más efectivo de las necesidades vitales de estos usuarios. Derivación y vinculación rápida a programa específico de deshabitación.
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.

# Farmacia hospitalaria

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex...*)



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



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/ <i>chemsex</i> /interacciones/nuevo tratamiento: información, revisión interacciones.
Fallo de adherencia.	SI	Entrevista motivacional y mayor control.
Pérdida de seguimiento.	SI	Reincorporación al sistema/entrevista motivacional.
ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes.	SI	Control clínico.
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.

# Psicología

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex...*)



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



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	Sesiones adicionales de fomento de adherencia.
Deterioro 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.
Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo ( <i>chemsex...</i> )	SI	Valoración psicológica, intervención y/o derivación a recursos específicos para el tratamiento de la drogodependencia.
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.

# Trabajo social

## Alertas

### Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Pérdida de seguimiento



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex*...)



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



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
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Facilitar el acceso a servicios de salud mental.
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



Alerta a procesos clínicos subyacentes



Deterioro psicológico y psiquiátrico



Deterioro cognitivo

### Alertas propias del perfil



ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes...



Embarazo no deseado



Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo (*chemsex...*)



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



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	Identificar y atender al problema, accesibilidad para su valoración. Revincular, reprogramar, derivar a unidad VIH si está relacionado con el VIH.
Pérdida de seguimiento.	SI	Revincular, reprogramar, derivar.
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.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Atención al problema. Derivación según indicación.
ITS, síntomas sugerentes de ITS, ITS de repetición, ITS en adolescentes.	SI	Identificar y atender al problema, accesibilidad para su valoración. Revincular, reprogramar, derivar a unidad VIH si está relacionado con el VIH. Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de control y seguimiento en función del problema. Programas de atención específica a adolescentes. Protocolos y recursos para conseguir un estudio de contactos lo más óptimo posible.
Detección de consumo problemático de drogas recreativas y/o drogas durante el sexo ( <i>chemsex</i> ).	SI	Programas de atención específica a <i>chemsex</i> .
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.

## Recomendaciones de atención para una paciente con infección por VIH y embarazada



# 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 que evite transmisión vertical.
- Control de la **tolerabilidad al TAR, adecuación** a la pauta recomendada en cada **momento de la gestación y gestión de la adherencia**.
- Control **de interacciones**.
- **Control de medicamentos potencialmente teratogénicos**.

## 2 Atención a su estado de salud con relación al embarazo, parto y puerperio.

- **Buen control del embarazo, parto y puerperio**.
- La paciente tiene acceso a **información de calidad** en aspectos específicos derivados de su estado gestacional (Ej. Evitar lactancia, peso, nutrición...).
- **La paciente desarrolla conductas de autocuidado** durante su **embarazo, parto y puerperio**.
- La paciente **identifica y utiliza recursos personales, sanitarios, sociales y comunitarios** que le permiten una **mejor gestión de su embarazo, parto y puerperio**, si fuera necesario.
- Se han **evaluado y trabajado las fortalezas y desafíos, de la mujer y la familia**, durante el embarazo.
- **Se ha ayudado en la crianza saludable y fomentado las relaciones entre padres e hijos**.
- **La paciente se ha sentido acompañada** por el equipo de salud previo embarazo, durante el embarazo y en posparto en relación a su condición de vivir con VIH y a la salud de ella y de su hijo.
- **Recién nacido a término sano y no infectado por VIH**.

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

- **Cumplimiento de prevención según indicación:** (vacunas, cribado de ITS, hepatitis, otros problemas de salud...).
- Buen control y **atención a procesos clínicos** subyacentes.

*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 una paciente FUCSIA.*

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

- **Conseguir una adecuada situación funcional y CVRS en su proceso de embarazo, parto y puerperio.**
- **Monitorización de hábitos y estilo de vida de la paciente:** dieta, ejercicio físico, sueño, prácticas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas...
- **Se realiza detección precoz de situaciones de riesgo social** para una intervención preventiva.

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

- Monitorización y control de su **estado emocional y/o psicopatológico.**

#### 6 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.
  - Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.
  - Prácticas sexuales de riesgo.
  - Riesgo de exclusión.

# Recomendaciones

## 2 Estándar de prestación

## 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.

# 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 y serologías indicadas en el embarazo). Peso y tensión arterial en cada visita.

**Seguimiento asistencial coordinado con el obstetra responsable de la gestación y otros especialistas que sean necesarios. Intentar hacer coincidir las visitas en acto único para la paciente.**

**Profilaxis/TAR del niño expuesto según proceda. Coordinación con neonatología/pediatría.**

**Seguimiento y ajuste del TAR durante el puerperio.**

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

## Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

**Valoraciones psicológicas ante sospecha de trastornos emocionales o de necesidad emocional, para conocer la relevancia de la sintomatología y factores asociados, así como facilitar derivaciones apropiadas** (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).

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

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

**Intervención individual/familiar: valoración de los factores** sociales que requieran de apoyo o asesoramiento y articular las prestaciones y recursos sociales, sanitarios, o de otra índole, que sean **necesarios**.

**Realizar talleres grupales de preparación al parto, la maternidad y la paternidad** (trabajando cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma, educación para la igualdad,...).

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Elaborar plan de cuidados individualizado y realización de controles protocolizados según evolución de la gestación. Seguimiento compartido con otros profesionales involucrados.**

**Atención a procesos agudos o intercurrentes** relacionados con el VIH o con su embarazo. **Atención a las posibles descompensaciones. Atención y seguimiento específico ante complicaciones que puedan provocar aborto o complicaciones posparto maternas/fetales.**

**Actividades preventivas indicadas (PAPPS)** pactando objetivos realistas y adaptados a cada situación: enfermedad cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables (abstención tabaco, consejos sobre consumo de alcohol, dieta saludable, ejercicio físico. Consejos sobre lactancia. Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva).

# Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

## Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Cuidado de Infecciones Intercurrentes** (algunas con riesgo de transmisión perinatal).

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

**Vacunación actualizada.**

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

## 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.**

## Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

**Potenciar la relación terapéutica interdisciplinar** (ginecología-Unidad de VIH-matrona) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados y entre diferentes profesionales.

**Controles protocolizados** según evolución de la gestación.

**Valoración de tolerancia al TAR** (náuseas asociadas al embarazo) y adecuación del tratamiento a las recomendaciones.

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

**Educación para la salud en relación a infección por VIH, el embarazo y la maternidad/paternidad** (información adecuada ante deseo sexual, transmisión vertical, lactancia materna) **y los hábitos saludables** (tabaco y alcohol).

## Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

Especial **atención al proceso de aceptación del recién nacido** y la detección de posibles indicadores de riesgo. **Coordinación hospital-atención primaria.**

**Trabajo en red** en aquellas dificultades sociales detectadas en los distintos ámbitos, **durante el embarazo, parto y posparto.**

Intervención social ante el **duelo perinatal. Atención en crisis.**

## Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

**Detectar precozmente otros posibles deterioros** e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental.

**Favorecer la adherencia al tratamiento y a las visitas de seguimiento.**

**Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR para el embarazo.**

**Empoderamiento individual y familiar** dependiendo de cada situación personal.

**Educación para la maternidad y paternidad.**

**Informar sobre los servicios y recursos disponibles** para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, entidades comunitarias...).

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

## Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

**Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.**

**Medida y fomento de adherencia.**

**Educación sanitaria** (embarazo, lactancia) **y fomento de hábitos de vida saludables.**

**Favorecer la coincidencia**, en el mismo día, de **las visitas de la 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

## Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



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:

- La casuística en este perfil de paciente puede ser muy diferente.
- El acompañamiento y asesoramiento a una mujer con VIH en su deseo gestacional es clave.
- Especial trascendencia de la carga viral y el TAR en el embarazo.
- Importancia de la atención psicológica en este perfil de paciente.
- Relevancia de aspectos sociales y/o culturales en este perfil.
- Frecuencia de visitas y seguimiento.

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 casuística en este perfil de paciente puede ser muy diferente

- Persona con diagnóstico previo de VIH que quiere planificar su gestación para que esta llegue a buen término evitando la transmisión vertical.
- Persona embarazada que es diagnosticada de VIH durante el embarazo.
- Mujer con infección por VIH controlada que se queda embarazada en el primer año de TAR.
- ...

## 4.2 El acompañamiento y asesoramiento a una mujer con VIH en su deseo gestacional es clave

Es muy importante ofrecer información, atención y acompañamiento en la fase previa al embarazo:

- Información y apoyo para la elección por parte de la paciente del proceso/técnica de gestación.
- Conocer el deseo gestacional de la paciente, ayuda a ajustar el TAR con el objetivo de optimizar la pauta ante un potencial embarazo.

- Educación para la salud de la mujer con VIH que quiere ser madre, así como, a su pareja. A modo de ejemplo: importancia de la lactancia artificial y acceso.
- Apoyo a situaciones individuales y familiares, en relación a su deseo gestacional, cuando sea especialmente relevante por razón de su vulnerabilidad.
- ...

## 4.3 Especial trascendencia de la carga viral y el TAR en el embarazo

La prioridad en las mujeres embarazadas con infección por VIH es mantener la carga viral indetectable para evitar la transmisión vertical, cobrando mayor importancia cuanto más cerca esté la mujer del momento del parto.

La adecuación del TAR a las necesidades de la paciente embarazada y del feto, en cada etapa del proceso de gestación, requiere una atención especial:

- Ajustar la dosis a los cambios fisiológicos.
- Monitorizar la adherencia y tolerabilidad para garantizar el mantenimiento de la indetectabilidad.
- Alerta a problemas de intolerancia al TAR.

- Atención a la necesidad de otra medicación que pueda interferir con el TAR (Ej: antiácidos).
- Eliminación de fármacos asociados a teratogenia.
- ...

## 4.4 Importancia de la atención psicológica en este perfil de paciente

La detección precoz de posibles problemas asociados a la esfera psicológica es clave por la repercusión que la salud mental pueda tener no sólo en la mujer embarazada, sino en su hijo.

Por ello, es fundamental en este perfil contar con estrategias preventivas que doten de recursos de gestión emocional, información y otros aspectos relacionados con su salud.

## 4.5 Relevancia de aspectos sociales y/o culturales en este perfil

Se deben tener en cuenta los determinantes sociales y culturales asociados al lugar de origen de la madre que pueden condicionar ciertos aspectos del proceso, como por ejemplo, un mayor riesgo de complicaciones, la necesidad de insistir en evitar la lactancia materna, etc.

Con relación a la necesidad de lactancia artificial, existen programas de acceso gratuito a las fórmulas en algunas CC. AA. Conectar a estas mujeres con los programas resulta de gran ayuda.

La identificación temprana de indicadores de riesgo y sus factores protectores, como por ejemplo la presencia de apoyo social, son muy importantes.

En las mujeres embarazadas con estrato social socioeconómico bajo, por ejemplo, es muy importante conocer la situación personal que permita tanto el autocuidado en el embarazo como en los primeros meses tras el parto.

## 4.6 Frecuencia de visitas y seguimiento

La frecuencia de visitas y seguimiento, durante el embarazo, se deben realizar con mayor frecuencia que en una paciente con VIH no embarazada. A menudo estas mujeres son seguidas en consultas obstétricas denominadas de "alto riesgo".

Son pacientes que requieren atención compartida multidisciplinar (cobra especial importancia la coordinación con enfermería de atención primaria y del hospital).

La atención a este perfil no finaliza en el momento del parto. Es importante valorar la información, el acompañamiento y la atención a estas mujeres después del mismo.

# 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, hematómetría y bioquímica sanguínea y serologías indicadas en el embarazo). <b>Peso y tensión arterial en cada visita.</b>	En el momento diagnóstico gestación.	Trimestral. Variable (por ejemplo carga viral se hará con más frecuencia cerca de la fecha del parto).
<b>Seguimiento asistencial coordinado con el obstetra responsable de la gestación y otros especialistas que sean necesarios. Intentar hacer coincidir las visitas en acto único para la paciente.</b>	Desde el inicio.	Trimestral. Hasta el final del embarazo.
<b>Profilaxis/TAR del niño expuesto según proceda. Coordinación con neonatología/pediatría.</b>	Si necesario: desde el comienzo del parto.	Según proceda.
<b>Seguimiento y ajuste del TAR durante el puerperio.</b>	Tras el parto.	Según proceda.
<b>Cuidado de Infecciones Intercurrentes</b> (algunas con riesgo de transmisión perinatal).	Desde el diagnóstico del embarazo.	Según proceda.
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología. Seguimiento de tratamiento potencialmente teratogénicos.	Inicio del seguimiento.	Trimestral.
<b>Vacunación</b> actualizada.	Cerca del momento diagnóstico gestación.	Según recomendaciones.
<b>Valoración de la calidad de vida de la paciente.</b>	Basal.	En todas las visitas.

## 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 y serologías indicadas en el embarazo). <b>Peso y tensión arterial en cada visita.</b>			✓	✓		
<b>Seguimiento asistencial coordinado con el obstetra responsable de la gestación y otros especialistas que sean necesarios. Intentar hacer coincidir las visitas en acto único para la paciente.</b>			✓			
<b>Profilaxis/TAR del niño expuesto según proceda. Coordinación con neonatología/pediatría.</b>			✓	✓		
<b>Seguimiento y ajuste del TAR durante el puerperio.</b>			✓			
<b>Cuidado de Infecciones Intercurrentes</b> (algunas con riesgo de transmisión perinatal).			✓	✓		
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología. Seguimiento de tratamiento potencialmente teratogénicos.			✓			
<b>Vacunación</b> actualizada.		✓	✓	✓		
<b>Valoración de la calidad de vida de la 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 en 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 y serologías indicadas en el embarazo). <b>Peso y tensión arterial en cada visita.</b>	✓	
<b>Seguimiento asistencial coordinado con el obstetra responsable de la gestación y otros especialistas que sean necesarios. Intentar hacer coincidir las visitas en acto único para la paciente.</b>	✓	
<b>Profilaxis/TAR del niño expuesto según proceda. Coordinación con neonatología /pediatría.</b>	✓	
<b>Seguimiento y ajuste del TAR durante el puerperio.</b>	✓	
<b>Cuidado de Infecciones Intercurrentes</b> (algunas con riesgo de transmisión perinatal).	✓	
<b>Optimización del TAR:</b> monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología. Seguimiento de tratamiento potencialmente teratogénicos.	✓	
<b>Vacunación</b> actualizada.	✓	
<b>Valoración de la calidad de vida de la paciente.</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>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita.	Al menos anual. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
<b>Potenciar la relación terapéutica interdisciplinar</b> (ginecología-Unidad de VIH-matrona) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados y entre diferentes profesionales.	En el momento que verbaliza el deseo gestacional y la planificación del embarazo.	Durante el proceso de quedarse embarazada, el embarazo y el puerperio. A demanda de la paciente.
<b>Controles protocolizados</b> según evolución de la gestación.	Notificación del embarazo.	Durante el proceso de quedarse embarazada, el embarazo y el puerperio. A demanda de la paciente.
<b>Valoración de tolerancia al TAR (náuseas asociadas al embarazo) y adecuación del tratamiento a las recomendaciones.</b>	Desde la notificación de embarazo.	Durante el embarazo.
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la re-vinculación de las pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>	Desde la notificación de embarazo.	Durante el embarazo.
<b>Educación para la salud en relación a infección por VIH, el embarazo y la maternidad /paternidad (información adecuada ante deseo sexual, transmisión vertical, lactancia materna) y los hábitos saludables (tabaco y alcohol).</b>	Desde la planificación de embarazo.	Durante el embarazo.

## Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		
<b>Potenciar la relación terapéutica interdisciplinar</b> (ginecología-Unidad de VIH-matrona) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados y entre diferentes profesionales.		✓	✓	✓		
<b>Controles protocolizados</b> según evolución de la gestación.		✓	✓	✓		
<b>Valoración de tolerancia al TAR (náuseas asociadas al embarazo) y adecuación del tratamiento a las recomendaciones.</b>		✓	✓	✓		
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la re-vinculación de las pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Educación para la salud en relación a infección por VIH, el embarazo y la maternidad /paternidad (información adecuada ante deseo sexual, transmisión vertical, lactancia materna) y los hábitos saludables (tabaco y alcohol).</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...*

## Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Evaluación CVRS:</b> movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
<b>Potenciar la relación terapéutica interdisciplinar</b> (ginecología-Unidad de VIH-matrona) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados y entre diferentes profesionales.		✓
<b>Controles protocolizados</b> según evolución de la gestación.		✓
<b>Valoración de tolerancia al TAR (náuseas asociadas al embarazo) y adecuación del tratamiento a las recomendaciones.</b>	✓	
<b>Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de las pacientes que interrumpen el seguimiento.</b>		✓
<b>Educación para la salud en relación a infección por VIH, el embarazo y la maternidad/paternidad (información adecuada ante deseo sexual, transmisión vertical, lactancia materna) y los hábitos saludables (tabaco y alcohol).</b>	✓	

\* 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.	Basal.	6 meses.
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.	Basal.	2 meses.
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	Desde la primera visita.	Continuo.
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>	Basal.	3 meses.
<b>Educación sanitaria (embarazo, lactancia) y fomento de hábitos de vida saludables.</b>	Basal.	2 meses.
<b>Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas de la paciente.</b>	Basal.	Continuo.

## 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>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.		✓	✓		✓	
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	✓	✓		✓	
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>		✓	✓			
<b>Educación sanitaria (embarazo, lactancia) y fomento de hábitos de vida saludables.</b>		✓	✓			✓
<b>Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas de la 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...*

## 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>Identificación de posibles eventos adversos</b> y comunicación al equipo médico.		✓
<b>Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.</b>	✓	
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>		✓
<b>Educación sanitaria (embarazo, lactancia) y fomento de hábitos de vida saludables.</b>	✓	
<b>Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas de la paciente.</b>		✓

\* 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
<p><b>Valoraciones psicológicas ante sospecha de trastornos emocionales o de necesidad emocional</b>, para conocer la relevancia de la sintomatología y factores asociados, así como <b>facilitar derivaciones apropiadas</b> (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).</p>	<p>Ante sospecha o cribado positivo para trastorno emocional y/o trastorno psicopatológico y/o consumo de sustancias psicoactivas y/o necesidades emocionales/conductuales.</p>	<p>Valoración. Seguimiento dependiente del caso y su derivación.</p>
<p><b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales</b> que dificulten el manejo de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc....).</p>	<p>Ante necesidades detectadas mediante valoración psicológica.</p>	<p>La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema.</p>
<p><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.).</p>	<p>En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.</p>	<p>La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.</p>
<p><b>Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.</b></p>	<p>Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos.</p>	<p>La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.</p>

## Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Valoraciones psicológicas ante sospecha de trastornos emocionales o de necesidad emocional</b> , para conocer la relevancia de la sintomatología y factores asociados, así como <b>facilitar derivaciones apropiadas</b> (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales</b> que dificulten el manejo de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc....).	✓		✓			✓
<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, 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 psicológicas ante sospecha de trastornos emocionales o de necesidad emocional</b> , para conocer la relevancia de la sintomatología y factores asociados, así como <b>facilitar derivaciones apropiadas</b> (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).		
<b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales</b> que dificulten el manejo de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc.).		
<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>Intervención individual/familiar: valoración de los factores sociales que requieran de apoyo o asesoramiento y articular las prestaciones y recursos</b> sociales, sanitarios, o de otra índole, que sean <b>necesarios</b> .	Embarazo. Puerperio.	Según intervención.
<b>Realizar talleres grupales de preparación al parto, la maternidad y la paternidad</b> (trabajando cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma, educación para la igualdad,...).	Embarazo. Puerperio.	Duración del taller.
Especial <b>atención al proceso de aceptación del recién nacido</b> y la detección de posibles indicadores de riesgo. <b>Coordinación hospital-atención primaria</b> .	Embarazo. Puerperio.	En todo momento.
<b>Trabajo en red</b> en aquellas dificultades sociales detectadas en los distintos ámbitos, <b>durante el embarazo, parto y posparto</b> .	Embarazo. Puerperio.	Según objetivos.
Intervención social ante el <b>duelo perinatal. Atención en crisis</b> .	A demanda.	Según valoración.

## Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Intervención individual/familiar: valoración de los factores sociales que requieran de apoyo o asesoramiento y articular las prestaciones y recursos</b> sociales, sanitarios, o de otra índole, que sean <b>necesarios</b> .	✓	✓	✓	✓		
<b>Realizar talleres grupales de preparación al parto, la maternidad y la paternidad</b> (trabajando cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma, educación para la igualdad,...).		✓				✓
Especial <b>atención al proceso de aceptación del recién nacido</b> y la detección de posibles indicadores de riesgo. <b>Coordinación hospital-atención primaria.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>Trabajo en red</b> en aquellas dificultades sociales detectadas en los distintos ámbitos, <b>durante el embarazo, parto y posparto.</b>		✓	✓	✓		
Intervención social ante el <b>duelo perinatal. Atención en crisis.</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...*

## Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Intervención individual/familiar: valoración de los factores sociales que requieran de apoyo o asesoramiento y articular las prestaciones y recursos</b> sociales, sanitarios, o de otra índole, que sean <b>necesarios</b> .	✓	
<b>Realizar talleres grupales de preparación al parto, la maternidad y la paternidad</b> (trabajando cuestiones sociolaborales y de conciliación familiar, prestaciones básicas existentes teniendo en cuenta la localidad y comunidad autónoma, educación para la igualdad,...).		✓
Especial <b>atención al proceso de aceptación del recién nacido</b> y la detección de posibles indicadores de riesgo. <b>Coordinación hospital-atención primaria.</b>		✓
<b>Trabajo en red</b> en aquellas dificultades sociales detectadas en los distintos ámbitos, <b>durante el embarazo, parto y posparto.</b>		✓
Intervención social ante el <b>duelo perinatal. Atención en crisis.</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
<b>Elaborar plan de cuidados individualizado y realización de controles protocolizados según evolución de la gestación. Seguimiento compartido con otros profesionales involucrados.</b>	Desde el diagnóstico de embarazo.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente, prenatal y posparto.
<b>Atención a procesos agudos o intercurrentes relacionados con el VIH o con su embarazo. Atención a las posibles descompensaciones. Atención y seguimiento específico ante complicaciones que puedan provocar aborto o complicaciones posparto maternas/fetales.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente.
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptados a cada situación: enfermedad cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables (abstención tabaco, consejos sobre consumo de alcohol, dieta saludable, ejercicio físico. Consejos sobre lactancia. Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Favorecer la adherencia al tratamiento y a las visitas de seguimiento.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR para el embarazo.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Empoderamiento individual y familiar</b> dependiendo de cada situación personal.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
<b>Educación para la maternidad y paternidad.</b>	En el momento que verbaliza el deseo gestacional y la planificación del embarazo.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Informar sobre los servicios y recursos disponibles</b> para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, entidades comunitarias...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente.
<b>Valoración calidad de vida de la paciente.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.

## Especialistas de atención primaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
<b>Elaborar plan de cuidados individualizado y realización de controles protocolizados según evolución de la gestación. Seguimiento compartido con otros profesionales involucrados.</b>	✓	✓	✓	✓		
<b>Atención a procesos agudos o intercurrentes relacionados con el VIH o con su embarazo. Atención a las posibles descompensaciones. Atención y seguimiento específico ante complicaciones que puedan provocar aborto o complicaciones posparto maternas/fetales.</b>		✓	✓	✓	✓	
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptados a cada situación: enfermedad cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables (abstención tabaco, consejos sobre consumo de alcohol, dieta saludable, ejercicio físico. Consejos sobre lactancia. Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva).		✓	✓	✓		✓
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental.		✓	✓	✓		✓
<b>Favorecer la adherencia al tratamiento y a las visitas de seguimiento.</b>		✓	✓	✓		
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR para el embarazo.</b>		✓	✓	✓		
<b>Empoderamiento individual y familiar</b> dependiendo de cada situación personal.		✓	✓	✓		✓
<b>Educación para la maternidad y paternidad.</b>		✓	✓	✓		
<b>Informar sobre los servicios y recursos disponibles</b> para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, entidades comunitarias...).		✓	✓	✓		✓
<b>Valoración calidad de vida de la paciente.</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...*

## Especialistas de atención primaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
<b>Elaborar plan de cuidados individualizado y realización de controles protocolizados según evolución de la gestación. Seguimiento compartido con otros profesionales involucrados.</b>	✓	
<b>Atención a procesos agudos o intercurrentes relacionados con el VIH o con su embarazo. Atención a las posibles descompensaciones. Atención y seguimiento específico ante complicaciones que puedan provocar aborto o complicaciones posparto maternas/fetales.</b>	✓	
<b>Actividades preventivas indicadas (PAPPS)</b> pactando objetivos realistas y adaptados a cada situación: enfermedad cardiovascular, cribado cáncer, vacunaciones, estilos de vida saludables (abstención tabaco, consejos sobre consumo de alcohol, dieta saludable, ejercicio físico. Consejos sobre lactancia. Actividades preventivas en salud sexual y reproductiva).	✓	
<b>Detectar precozmente otros posibles deterioros</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la salud mental.	✓	
<b>Favorecer la adherencia al tratamiento y a las visitas de seguimiento.</b>	✓	
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios del TAR para el embarazo.</b>	✓	
<b>Empoderamiento individual y familiar</b> dependiendo de cada situación personal.		✓
<b>Educación para la maternidad y paternidad.</b>	✓	
<b>Informar sobre los servicios y recursos disponibles</b> para cada situación individual (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, entidades comunitarias...).		✓
<b>Valoración calidad de vida de la 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



Alerta a procesos clínicos subyacentes. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas 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	Consulta presencial inmediata. Evaluación adherencia y test de resistencias. Potencial necesidad de cambio o ajuste de TAR. Revisión tras cambio/ajuste con analítica de control. Insistir en adherencia.
Fallo de adherencia.	SI	Evaluación de causas. Potencial actuación sobre TAR. Visitas más frecuentes a la consulta y seguimiento telefónico añadido. Valorar evaluación psicológica.
Pérdida de seguimiento.	SI	Búsqueda activa y recuperación.
Alerta a procesos clínicos subyacentes. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS).	SI	Tratamiento del mismo. Realizar serologías de VHB y VHC más frecuentes.
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Necesidad de apoyo psicológico.
Reacción adversa o intolerancia al TAR.	SI	Evaluación causas y actuación sobre TAR u otros factores. Visitas extra al especialista. Insistir en adherencia.
Complicación clínica de la gestación y el parto.	SI	Manejo y seguimiento estrecho por especialista. Carga viral detectable en el momento del parto: profilaxis antirretroviral del niño expuesto con triple terapia.
Pérdida del feto.	SI	Cambio de perfil de la paciente. Control por ginecología, psicología, educación sexual.
Embarazo no deseado.	SI	Valorar ILE si dentro del plazo. Controles por ginecología/obstetricia u otros especialistas si fuera necesario.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas 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	Actuar según causas y control de la carga viral hasta indetectabilidad. Valoración de tolerancia al nuevo TAR.
Fallo de adherencia.	SI	Ver motivos y forma de abordar soluciones.
Pérdida de seguimiento.	SI	Localizar y retomar seguimiento.
Alerta a procesos clínicos subyacentes. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS).	SI	Diagnóstico y tratamiento urgente.
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Derivación a psicología, psiquiatría.
Complicación clínica de la gestación y el parto.	SI	Atención y seguimiento específico ante complicaciones que puedan provocar aborto o complicaciones posparto maternas/fetales. Vinculación con servicio especializado en cada caso.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas por farmacia hospitalaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Reacción adversa o intolerancia al TAR.	SI	Manejo de toxicidad/cambio de tratamiento. Evaluación de riesgo fetal. Educación.
Complicación clínica de la gestación y el parto.	SI	Revisión comedicación /cambio TAR. Valorar tratamiento intraparto/profilaxis neonato/recuperación TAR inicial si procede.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas 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.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Inicio de intervenciones (incluidas derivaciones) para el tratamiento del problema o problemas concretos que perjudican la calidad de vida.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas por trabajo social

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Apoyo psicosocial durante el embarazo y el puerperio.
Pérdida del feto.	SI	Cambio de perfil de la paciente. Informar, orientar, asesorar y derivar al servicio de salud especializado. De valorarse oportuno, trabajar circunstancias y aspectos relacionados con ese o futuros embarazos. Especial atención a embarazadas menores de edad.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Diagnóstico social: estudio interpretación de datos, análisis de la situación e identificación del problema. Se marcarán objetivos y áreas de intervención, así como técnicas a utilizar (observación, entrevista individual y familiar, visita a domicilio, reuniones de coordinación).
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible 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. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS)



Problema psicológico y psiquiátrico

### Alertas propias del perfil



Reacción adversa o intolerancias al TAR



Complicación clínica en la gestación y el parto



Pérdida del feto



Embarazo no deseado



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



Consumo no controlado de sustancias psicoactivas



Prácticas sexuales de riesgo



Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia



Riesgo de exclusión

## Alertas por especialistas en atención primaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de control y seguimiento en función del problema.
Fallo de adherencia.	SI	Educación para la salud, reforzar adherencia en cada visita.
Pérdida de seguimiento.	SI	Revisar visitas programadas y hacer recordatorios. Reprogramar/revincular.
Alerta a procesos clínicos subyacentes. (VHB o VHC, Infección urinaria, TBC, ITS).	SI	Identificar y atender el problema, accesibilidad para ser valorada. Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de control y seguimiento en función del problema. Visita de urgencias en centro de salud, si aplica.
Problema psicológico y psiquiátrico.	SI	Identificar y atender el problema. Derivación a otras especialidades según indicación.
Complicación clínica de la gestación y el parto.	SI	Identificar y atender el problema, accesibilidad para ser valorada. Derivación a otras especialidades según indicación. Visitas de control y seguimiento en función del problema. Visita de urgencias en centro de salud, si aplica. Programa de cuidados 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.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.
Riesgo de exclusión.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil de la paciente.

**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**



# 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

**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:

- 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.

## 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...

# 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, hematiemetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.	Al inicio del seguimiento.	Revisión cada 6-12 meses.
<b>Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados</b> 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.
<b>Prescripción y optimización de TAR.</b>	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.
<b>Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.</b>	Desde el inicio del seguimiento.	En cada visita.
<b>Educación en salud y prácticas sexuales saludables.</b>	Al inicio del seguimiento.	En cada visita.
<b>Favorecer la adherencia.</b>	Desde la prescripción del TAR.	En cada visita.
<b>Vacunación</b> actualizada.	Al inicio del seguimiento.	Según recomendaciones.
<b>Valoración de la calidad de vida del paciente.</b>	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
<b>Control de la infección por VIH:</b> analítica completa (carga viral, CD4, hematemetría y bioquímica sanguínea). Vigilancia de alteraciones analíticas.			✓	✓		
<b>Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados</b> en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).		✓	✓			
<b>Prescripción y optimización de TAR.</b>			✓			
<b>Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.</b>		✓	✓			
<b>Educación en salud y prácticas sexuales saludables.</b>		✓	✓			✓
<b>Favorecer la adherencia.</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Vacunación</b> actualizada.		✓	✓	✓		
<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 en 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). Vigilancia de alteraciones analíticas.		✓
<b>Desarrollo de actividad preventiva y cribados indicados</b> en coordinación con otros profesionales (visita con ginecólogo, visita unidad cribado displasia anal, densitometría ósea a partir de cierta edad/factores de riesgo...).	✓	
<b>Prescripción y optimización de TAR.</b>		✓
<b>Revisar medicación concomitante mediante interrogatorio dirigido.</b>		✓
<b>Educación en salud y prácticas sexuales saludables.</b>		✓
<b>Favorecer la adherencia.</b>		✓
<b>Vacunación</b> actualizada.	✓	
<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.

## Enfermería

1

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

## Enfermería

2

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

## Enfermería

3

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

\* 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.	Basal.	6 meses.
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>	Basal.	6 meses.
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de hábitos de vida saludables.	Basal.	6 meses.
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>	Basal.	Continuo.
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> 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
<b>Revisión de interacciones</b> , incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓	✓		✓	
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>		✓	✓			
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de hábitos de vida saludables.		✓	✓			
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>			✓			
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> 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*
<b>Revisión de interacciones</b> , incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		
<b>Medida y fomento de adherencia.</b>		
<b>Educación sanitaria</b> y fomento de hábitos de vida saludables.		
<b>Favorecer la coincidencia</b> , en el mismo día, de <b>las visitas del paciente.</b>		
<b>Identificación de posibles eventos adversos</b> 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
<b>Valoración psicológica y derivación</b> 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.
<b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas</b> 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.
<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>Valoración psicológica y derivación</b> a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).			✓			✓
<b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas</b> conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc...).	✓		✓			✓
<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, 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>Valoración psicológica y derivación</b> a profesionales o entidades apropiadas en caso de sospecha de trastorno o necesidad psicológica (psiquiatría, asociaciones, pares, grupos de autoayuda, etc.).		
<b>Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas</b> conductuales que dificulten el cuidado de la salud (adherencia, conducta sexual, falta de hábitos saludables, etc...).		
<b>Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión</b> 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.).		
<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> , 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
	<b>Valoración social</b> , 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*
	<b>Valoración social</b> , 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. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</b>	Desde la primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente.
<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.
Atención a posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>	Primera visita cuando aparezca complicación o proceso agudo.	En función del problema hasta su resolución o visitas control periódicas.
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada situación.
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (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.
<b>Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.</b>	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Detectar precozmente otros posibles problemas</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso.
<b>Valoración calidad de vida del paciente.</b>	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. <b>Elaborar plan de cuidados individualizado.</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...		✓	✓	✓		✓
Atención a posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>		✓	✓	✓	✓	
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.</b>		✓	✓	✓		
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).		✓	✓	✓		✓
<b>Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.</b>		✓	✓	✓		✓
<b>Detectar precozmente otros posibles problemas</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.		✓	✓	✓		✓
<b>Valoración 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>		✓
<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...		✓
Atención a posibles <b>descompensaciones/procesos agudos relacionados.</b>		✓
<b>Alertar sobre interacciones con otros fármacos y efectos secundarios al TAR.</b>		✓
<b>Favorecer la adherencia a los tratamientos y visitas de seguimiento.</b>		✓
<b>Promover estrategias para una mejor gestión de autocuidados e informar sobre los servicios y recursos disponibles para cada situación individual</b> (propio centro de salud, planificación familiar, unidades de salud mental, centros de atención a ITS, entidades comunitarias...).		✓
<b>Prevención combinada y promoción de la salud relacionadas con la sexualidad y el consumo de drogas.</b>		✓
<b>Detectar precozmente otros posibles problemas</b> e intervenir para paliarlos, con especial atención a la esfera emocional.		✓
<b>Valoración 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



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 consultar. 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.

---

# Recomendaciones comunes a todos los pacientes

## 5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales

---

## Prestaciones transversales

**E**XISTEN 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.

# Siglas y abreviaturas

<b>APP:</b>	aplicación.	<b>NPJ:</b>	neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> .
<b>CAD:</b>	centros de atención a la drogodependencia.	<b>ONG:</b>	organización no gubernamental.
<b>CC. AA.:</b>	comunidades autónomas.	<b>PAPPS:</b>	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.
<b>CCM:</b>	<i>Chronic Care Model</i> .	<b>PCC:</b>	paciente crónico complejo.
<b>CD4:</b>	cúmulo de diferenciación 4.	<b>PNC:</b>	pensiones no contributivas.
<b>COVID-19:</b>	siglas en inglés para enfermedad por coronavirus.	<b>PreP:</b>	profilaxis preexposición.
<b>CVRS:</b>	calidad de vida relacionada con la salud.	<b>PRO:</b>	resultados percibidos por el paciente.
<b>Chemsex:</b>	fusión de palabras en inglés para consumo sexualizado de sustancias psicoactivas.	<b>PROM:</b>	resultados reportados por el paciente.
<b>EAACS:</b>	siglas en inglés para Sociedad Clínica Europea del SIDA.	<b>QoL:</b>	siglas en inglés para calidad de vida.
<b>Fisting:</b>	fusión de palabras en inglés para la práctica sexual de la inserción braquioproctal o vaginal.	<b>SNS:</b>	Sistema Nacional de Salud.
<b>GAM:</b>	grupos de ayuda mutua.	<b>SS. SS.:</b>	seguridad social.
<b>GBHSH:</b>	gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres.	<b>TAR:</b>	tratamiento antirretroviral.
<b>HCE:</b>	historia clínica electrónica.	<b>TBC:</b>	tuberculosis.
<b>I=I:</b>	indetectable = intransmisible.	<b>UVAAD:</b>	Unidad de Valoración y Apoyo a la Atención Domiciliaria.
<b>ILE:</b>	interrupción legal del embarazo.	<b>VGI:</b>	valoración geriátrica integral.
<b>IMV:</b>	Ingreso Mínimo Vital.	<b>VHB:</b>	virus de la hepatitis B.
<b>ITS:</b>	infecciones de transmisión sexual.	<b>VHC:</b>	virus de la hepatitis C.
<b>KINK/RACK:</b>	<i>Risk Aware Consensual Kink</i> : siglas en inglés para riesgo asumido y consentido para prácticas de sexualidad alternativa o no convencionales.	<b>VHD:</b>	virus de la hepatitis delta.
<b>LGTBIQA+:</b>	lesbianas, gais, transgénero, bisexuales, intersexual, queer, asexuales y + (cualquier otra orientación, expresión o identidad de género diversa).	<b>VIH:</b>	virus de la inmunodeficiencia humana.
		<b>VPH:</b>	virus del papiloma humano.



Avalado por:

