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

Proyecto National Policy

Siguiente ▶

Avalado por:

Con el patrocinio científico de la SEIMC

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición oficial de la SEIMC

Con el aval de calidad y garantía de

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

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

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

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

ISBN: 978-84-09-47442-4

NP-ES-HVU-MONO-230002(v1) 01/2023

Citación sugerida:
"Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47442-4
Disponible en https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/

ISBN 978-84-09-47442-4

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 Geriatría. 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 Marañon de Madrid.

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

Mª 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 Marañon de Madrid.

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

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

Entidades comunitarias

Carmen Martín: coordinadora general de ACCAS en Cantabria.

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

Diego García: director Adhara/Sevilla Checkpoint.

Iván Zaro: coordinador Imagina Más en Madrid.

Jorge Garrido: director ejecutivo de Apoyo Positivo en Madrid.

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

Juanse Hernández: coordinador gTt en Barcelona.

Judit Beltrán de Otalora: Comité Ciudadano Antisida de Burgos.

Toni Poveda: director de Cesida en Madrid.

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo

- Hospital Universitario de Santiago

- ACCAS

- Hospital Univesitari Vall d´Hebron, Barcelona.
- Hospital Clinic de Barcelona
- EAP Florida Sud L'Hospitalet de Llobregat
- gTt

- Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Comité Ciudadano Antisida de Burgos

- Apoyo Positivo
- Hospital Universitario de Getafe
- Hospital Universitario Gregorio Marañon
- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Imagina MÁS
- Salud entre culturas
- Sociedad Española Interdisciplinar del Sida (SEISIDA)
- Universidad Autónoma de Madrid

- Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana

- Hospital Universitario Reina Sofía
- Hospital Universitario Virgen de la Victoria
- Adhara/Sevilla Checkpoint

Índice de contenidos

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

El equipo de trabajo multidisciplinar 3

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo 4

Introducción 6

El contexto 7

La metodología 8

Recomendaciones 9

1 Resultados finales a monitorizar 9

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil 10

2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado 12

Recomendaciones de prestación multidisciplinar 13

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias) 14

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes) 15

3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención 16

Consolidado de alertas 17

4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes 18

4.1 Tipo de sustancia y perfil del consumo 19

4.2 Impacto grave derivado de la pérdida de control y seguimiento en este perfil 19

4.3 Cambios conductuales 19

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales 20

Prestaciones transversales 21

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales 22

Coordinación entre profesionales 23

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes 25

Comunicación y conexión con el paciente 26

Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 27

Especialistas de atención hospitalaria 28

Enfermería 31

Farmacia hospitalaria 34

Psicología 37

Trabajo social 40

Especialistas de atención primaria 43

Anexo 2: Alertas por especialidad 46

Especialistas de atención hospitalaria 47

Enfermería 49

Farmacia hospitalaria 51

Geriatría 53

Psicología 55

Trabajo social 57

Especialistas de atención primaria 59

Siglas y abreviaturas 61

Introducción

El contexto

EL proyecto "**Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH**" tiene como objetivo apoyar la implementación del **Modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH.**

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

https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viiv-healthcare/es_ES/documents/Informe.pdf

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

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

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

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

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

Paciente embarazada (paciente fucsia).

Paciente con prácticas sexuales de riesgo (paciente lila).

Con el fin de mejorar los resultados finales y el proceso asistencial que reciben estos pacientes, un **equipo multidisciplinar** con representación de especialistas de atención hospitalaria, enfermería, farmacia hospitalaria, geriatría, psicología, trabajo social, especialista de atención primara 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 consumidores de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica.**

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 multidisciplinares* 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

LA 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

1 Trabajo individual previo a las reuniones de equipo

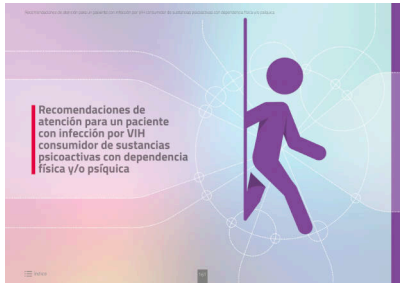
	Contenido	Responsable
1	Contextualización del trabajo individual a realizar.	• SI-Health envía un mail especificando **tarea a realizar** y la **fecha de entrega** de esta tarea. • **Formato**: Cuestionario/ tareas individuales.
2	Trabajo individual y envío a SI-Health.	• Cada integrante del equipo completa la tarea y la remite a SI-Health en el plazo consensuado previamente.
3	Consolidación del trabajo y envío del resultado al equipo.	• SI-Health integra el trabajo individual en una primera versión **"de equipo"** que se remite al grupo, con carácter previo, junto a la agenda de contenidos de la reunión.

2 Reuniones de equipo

- **Formato**: Virtual
- **Duración**: 2 horas
- **Contenido**:
  - Resolver las discrepancias
  - Alcanzar consensos
  - Trabajar las áreas con menor desarrollo previo
  - ...
- **Responsables**: todos

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

3 Elaboración del documento final



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

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

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

Recomendaciones

1 Resultados finales a monitorizar

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

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

1 Resultados clínicos y de cuidados asociados al VIH.

- **Buen control virológico** de la infección por el VIH: carga viral indetectable.
- 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 mejor 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 adecuacion de intervenciónes 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 multidisciplinar 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 multidisciplinares 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 multidisciplinares 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, comunicacióncon el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelaión 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

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

Recomendaciones

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales

Prestaciones transversales

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

Estas prestaciones transversales son las siguientes:

Prestaciones transversales

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

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

Identificar y monitorizar las alertas clave de este paciente.

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

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

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

Investigación.

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

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

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

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

Recomendaciones

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales

Coordinación entre profesionales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conocedores 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

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 mas próximas, etc.

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

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

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

Recomendaciones

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes

Comunicación y conexión con el paciente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Entrevista personal y conversaciones presenciales con los pacientes. Se recomienda :
   - Que en la conversación se procure una comunicación directa, personal, empática, centrada en las soluciones y el soporte emocional.
   - Que la persona que comunique con el paciente y el entorno tenga capacidad empática y formación estratégica de asesoramiento.

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

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

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

7. Implementar telemedicina y consultas virtuales.

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

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

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

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

Especialistas de atención hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría 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.
Cribado y asistencia a patología relacionada con el VIH (VHC, TBC,...).	Tras la primera visita.	Durante visitas de seguimiento.
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**.	Desde el inicio.	Todas las visitas.
Exploración física 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.
Atención y cuidados de problemas asociados al **consumo de sustancias psicoactivas (deprivación de uso,...).**	Desde que se detecta el problema.	Hasta solucionarlo.
Seguimiento de trastorno por uso de sustancias psicoactivas coordinado 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.
Detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas. Coordinación con psicólogo clínico y valoración de intervención psiquiátrica.	Al conocer el problema del consumo problemático.	Mientras los psicólogos/psiquiatras consideren necesario el seguimiento.
Evaluación situación social. 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 **comorbilidades orgánicas** (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).	Tras la primera visita.	Durante visitas de seguimiento.
Valoración de la calidad de vida del paciente.	Basal.	En todas las visitas.
Vacunación actualizada.	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
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea).			✓	✓		
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.		✓	✓	✓		*

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

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

Enfermería

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Primera visita enfermera.	Al menos anual. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Detección precoz de consumo activo de sustancias psicoactivas cuando sea preciso, mediante cuestionarios validados.	Visita inicial.	Anual en caso de consumo puntual o ante signos de alerta.
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.	Desde el diagnóstico de consumo.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
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.**	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Capacitar en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la **situación de vulnerabilidad.**	Primera visita enfermera.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Educación sanitaria en **hábitos saludables y prevención secundaria**.	Primera visita enfermera.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. 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
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓	✓	✓		✓
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.		✓	✓	✓		✓

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

Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	✓	
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.		✓

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

Farmacia hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Revisión de interacciones, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.	Visita basal.	3 meses.
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	Desde la primera visita.	Continuo.
Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.	Primer mes.	Cada 3 meses.
Detectar la necesidad de derivar a programas de reducción de daños y coordinar con otros profesionales.	Visita basal.	6 meses.
Medida y fomento de la adherencia.	Visita basal.	3 meses.
Educación sanitaria y fomento de **hábitos de vida saludables.**	Visita basal.	6 meses.
Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de **las visitas del paciente.**	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
Revisión de interacciones, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓	✓			
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	✓	✓	✓		✓	
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.**			✓			

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

Farmacia hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Revisión de interacciones, incluyendo automedicación, drogas recreativas y medicina natural.		✓
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	✓	
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.**		✓

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

Psicología

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Valoración psicológica para evaluar el **tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los CAD** (en caso de trastorno por consumo de sustancias y deseo de abandono).	Ante sospecha o cribado positivo para trastorno por consumo de sustancias.	Valoración. Seguimientos dependiendo del caso y su derivación.
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.**	Ante sospecha o cribado positivo para trastorno emocional y/o trastorno psicopatológico o problemas de adherencia.	Valoración. Seguimientos dependiendo del caso y su derivación.
Valoración neuropsicológica 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 dependiente del caso y su derivación.
Intervenciones psicológicas en casos de trastornos emocionales u otras **dificultades conductuales** (ej. adherencia, conducta sexual, autocuidados...), **coordinadas con los CAD**, en los casos necesarios.	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.
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.	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 problema.
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.	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.
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.).	En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.	Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.

Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Valoración psicológica para evaluar el **tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los 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.			✓			✓
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.			✓			✓

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

Psicología

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Valoración psicológica para evaluar el **tipo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y la gravedad del cuadro. Facilitar la derivación a los 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.		✓
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.		✓

** 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
Atención a la demanda inicial: respuesta a sus necesidades sociales básicas, o bien, intervenciones o coordinaciones que por su urgencia o gravedad resulten prioritarias.	En la primera visita.	En función de y los objetivos a conseguir.
Detección precoz de colectivos más vulnerables (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 **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...).	Desde la primera visita.	Durante todo el proceso.
Realizar un diagnostico 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**.	Desde la primera visita.	En función del momento del proceso en el que se encuentre el paciente.
Intervención en crisis fuera de agenda.	Cuando sea preciso.	Cuando sea preciso.
Intervención comunitaria, con el medio social próximo 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.
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.**	Desde la primera visita.	En función de y los objetivos que este tenga.
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.**	Desde la primera visita.	Durante todo el proceso y de manera temprana en los casos que coexista otras problemáticas asociadas.
Creación canales de comunicación entre diversos servicios e instituciones (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
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 diagnostico 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.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
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..).	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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*
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 diagnostico 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.		✓
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..).		✓

** 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 plan de cuidados individualizado**	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
Atención a las posibles **descompensaciones /procesos agudos relacionados**.	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.
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...	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente y según protocolos. Cada 3-6 meses
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...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 6 meses.
Conocer la situación del paciente en relación al consumo (patrón de consumo, intentos de deshabituación...) y **empoderar en la reducción de daños**.	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
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....).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
Prevención infecciones transmisibles (VHC, VHB, VHD,...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3 meses o aprovechar cualquier visita.
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...).	Primera visita.	A lo largo de todo el proceso y adaptado a cada paciente. Cada 3-6 meses.
Alertar sobre interacciones 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.
Favorecer la adherencia 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 **calidad de vida del paciente**.	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 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...).		✓	✓	✓		✓
Conocer la situación del paciente en relación al consumo (patrón de consumo, intentos de desintoxicación...) 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**.		✓	✓	✓		✓

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 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 alerta de riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas...).		✓
Conocer la situación del paciente en relación al consumo (patrón de consumo, intentos de desintoxicación...) 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**.		✓

** 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.
Deshabituación 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 *chemsex* (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 revinculacion 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 especifico 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 especifico 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
Deshabituación 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 especifica de drogodependencias.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Coordinación con entidades y áreas implicadas para intervención específica en personas usuarias de *chemsex*. 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. Deshabituación 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. Deshabituación 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.
Deshabituación 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.

Siglas y abreviaturas

APP: aplicación.

CAD: centros de atención a la drogodependencia.

CD4: cúmulo de diferenciación 4.

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

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

Chemsex: fusión de palabras en inglés para consumo sexualizado de sustancias psicoactivas.

HCE: historia clínica electrónica.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

ONG: organización no gubernamental.

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

PRO: resultados percibidos por el paciente.

PROM: resultados reportados por el paciente.

QoL: siglas en inglés para calidad de vida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TAR: tratamiento antirretroviral.

TBC: tuberculosis.

VGI: valoración geriátrica integral.

VHB: virus de la hepatitis B.

VHC: virus de la hepatitis C.

VHD: virus de la hepatitis delta.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Avalado por:

Con el patrocinio científico de la SEIMC

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición oficial de la SEIMC

Con el aval de calidad y garantía de

ISBN 978-84-09-47442-4

Anterior