

Recomendaciones
de atención para un
paciente con
infección por VIH,
con comorbilidades
y/o fragilidad y/o
dependiente





Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente

Autores: Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH 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: 978-84-09-33652-4

NP-ES-HVU-MONO-210001(v1) 10/2021

El equipo de trabajo multidisciplinar

Adrià Curran: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Vall d'Hebron de 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 La Coruña.

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. Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona.

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

Fátima Brañas Baztán: Facultativo Especialista en 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 Marañón de Madrid.

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

M^a José Fuster: Directora Ejecutiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid.

Margarita Ramirez Schacke: Enfermería. Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

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

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

Índice de contenidos



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

El equipo de trabajo multidisciplinar	3
Introducción	5
El contexto	6
La metodología	7
Recomendaciones	8
1 Resultados finales a monitorizar	8
Resultados finales clave a monitorizar en este perfil	9
2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado	11
Recomendaciones de prestación multidisciplinar	12
Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)	13
Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes o transversales)	14
3 Hitos o alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención	15
Consolidado de hitos o alertas	16

4 Mecanismos de coordinación entre profesionales útiles para facilitar el trabajo de los equipos multidisciplinarios en su entorno local	17
Coordinación entre profesionales	18
5 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes que facilitan su involucración en la trayectoria o proceso asistencial	20
Comunicación y conexión con el paciente	21
Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad	22
Especialistas en VIH	23
Enfermería	26
Farmacia hospitalaria	29
Geriatría	32
Psicología	35
Trabajo social	38
Especialistas en atención primaria	41

Anexo 2: Hitos o alertas por especialidad	44
Especialistas en VIH	45
Enfermería	48
Farmacia hospitalaria	51
Geriatría	53
Psicología	55
Trabajo social	58
Especialistas en atención primaria	60

Introducción

El contexto

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

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

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



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 (paciente naranja).



Paciente consumidor de sustancias activas con deterioro físico y/o psíquico (paciente morado).



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

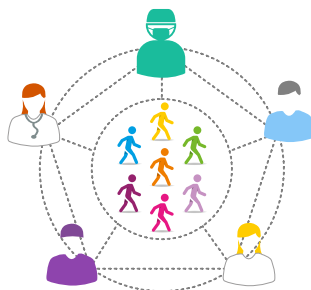


Paciente embarazada (paciente fucsia).



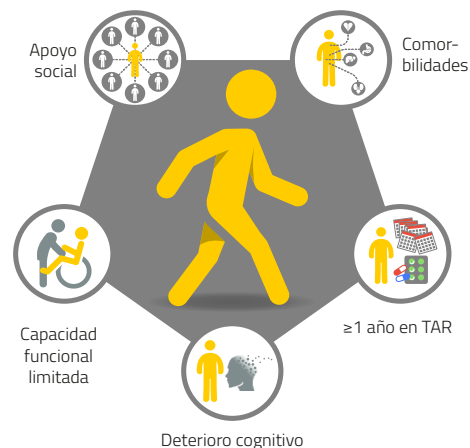
Paciente con conductas sexuales de riesgo (paciente lila).

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



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

Este documento interactivo recoge **las recomendaciones de atención** construidas desde un enfoque multidisciplinar, realizadas para los **pacientes con comorbilidad y/o fragilidad y/o dependientes**.



Estas recomendaciones incluyen:

1. *Resultados finales* a monitorizar.
2. *Estándar de prestación multidisciplinar* recomendado.
3. *Hitos o alertas clave* para la monitorización de este perfil de pacientes en su trayectoria o procesos asistencial.

4. *Mecanismos de coordinación entre profesionales*, útiles para facilitar el trabajo colaborativo de los equipos multidisciplinarios.

5. *Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes* que faciliten su involucración en la trayectoria o proceso asistencial.

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

Compartir esta innovación local nos permitirá a todos **avanzar más rápido** en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la implementación del modelo óptimo de atención a pacientes 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



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.

Recomendaciones

1 Resultados finales a monitorizar

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

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

1 Mejorar los resultados clínicos y de cuidados asociados al VIH.

- Control inmunoviológico.
- Control de la tolerabilidad al TAR y gestión de la adherencia.

2 Control de las comorbilidades.

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

3 Buena gestión de polifarmacia.

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

4 Máximo despliegue del potencial preventivo aplicable a este perfil.

- Monitorización de eventos adversos (caídas, visitas a urgencias, ingresos, muerte...).
- Detección precoz de síntomas y signos de alarma.
- Prevención de otros problemas de salud (vacunas, cribados de cáncer según indicación, otras comorbilidades...)
- Control de adherencia a hábitos saludables (deporte adaptado, dieta equilibrada, no fumar,...) y autocuidado.

5 Atención a su estado cognitivo.

- Monitorización y gestión de déficits cognitivos.

6 Atención a su estado emocional y/o psicopatológico.

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

7 Atención a su estado funcional (autonomía, movilidad...).

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

8 Atención a su fragilidad.

- Monitorización y gestión de situación de fragilidad.

9 Atención a la dependencia y otras necesidades de apoyo.

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

10 Máxima adecuación de intervención a características de este perfil.

- Atención a alertas relacionadas con el cambio de perfil de paciente:
 - Consumos tóxicos.
 - Cambio de salud sexoafectiva.
 - Embarazo.
 - Necesidades sociales.

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 Sistema Nacional de Salud (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 que deben ser realizadas entre diferentes disciplinas aportando cada una de ellas diferente función, intensidad o momento de desarrollo.

En este caso, será más necesario, si cabe, por parte de los equipos multidisciplinarios locales trabajar la colaboración

y coordinación “en equipo” que asegure el mejor desarrollo local posible de estas prestaciones. Se recogen, a continuación, sobre fondo sombreado.

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

que realiza las recomendaciones.

Por ello se sugieren que, en primer lugar, los equipos locales aseguren que el contenido de la recomendación completa se dé para todo paciente de este perfil por los profesionales y dotaciones existentes. Se recomienda, en segundo lugar, avanzar en cada contexto local hacia la constitución de equipos multidisciplinarios que integren la multidisciplinariedad, las competencias y las capacidades necesarias para asegurar la “**recomendación de prestación multidisciplinar**” que se formula en este documento.

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)

Especialistas en VIH

 Ver momento, lugar y modalidad

Control inmunoviroológico: analítica completa (carga viral, CD4, ...) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.

Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

Screening calidad de vida relacionada con la salud (CVSR): Movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.

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

Programas de tele-dispensación/teleasistencia.

Geriátría

 Ver momento, lugar y modalidad

Valoración Geriátrica Integral (VGI) de todo paciente **frágil**.

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

Valoración Geriátrica Integral (VGI) de **pacientes mayores complejos** con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.

Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

Valoraciones neuropsicológicas para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.

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

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

Intervenciones de apoyo emocional/counselling/grupos de autoayuda: para facilitar la adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos...

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

Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad

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

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

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

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

Especialistas en Atención Primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

Atención/seguimiento adaptado al grado de control.

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

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

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

Todas las disciplinas

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.

Investigación.

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes o transversales)

Especialistas en VIH	 Ver momento, lugar y modalidad
Valoración de la calidad de vida del paciente.	
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	
Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo por si precisara de controles en consulta específica de demencia.	
Cribado psicológico.	
Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo (mama, colon, próstata, ano).	
Optimización del TAR: Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.	
Medicación concomitante: monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.	
Contacto estrecho con trabajo sociales por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. Evaluación situación social (soledad) y económica.	
Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.	
Vacunación actualizada.	

Enfermería	 Ver momento, lugar y modalidad
Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH. Monitorización de indicadores de comorbilidades (TA, FC, peso, glucemia, etc.).	
Educación para la salud en hábitos saludables.	
<i>Screening</i> dependencia.	
<i>Screening</i> estado cognitivo.	
<i>Screening</i> psicológico.	
<i>Screening</i> fragilidad.	
Identificar personas significativas o referentes para el paciente.	
Educación y refuerzo sobre polimedicación.	
Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.	
Capacitación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad	
Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre los equipos.	

Farmacia hospitalaria	 Ver momento, lugar y modalidad
Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.	
Revisión de medicación potencialmente inapropiada	
Educación sanitaria: Información a paciente y su entorno sobre tratamiento antirretroviral adaptado a la situación del paciente.	
Seguimiento de la adherencia, determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.	
Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.	

Geriatría	 Ver momento, lugar y modalidad
Adecuación de tratamiento en paciente con pronóstico vital reducido.	
Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.	

Psicología	 Ver momento, lugar y modalidad
Intervenciones en autocuidados preventivos o adherencia a la medicación.	

Trabajo social	 Ver momento, lugar y modalidad
Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.	

Especialistas de Atención Primaria	 Ver momento, lugar y modalidad
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	
Identificar personas significativas o referentes para el paciente.	
Empoderar al paciente y cuidadores.	
Vacunación actualizada.	
Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.	
Control de la adherencia y posibles interacciones.	

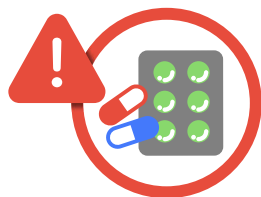
Recomendaciones

3 Hitos o alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención

Consolidado de hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

 Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus hitos

Especialistas en VIH

Enfermería

Farmacia hospitalaria

Geriatría

Psicología

Trabajo social

Especialistas en atención primaria

Recomendaciones

- 4 Mecanismos de coordinación entre profesionales útiles para facilitar el trabajo de los equipos multidisciplinares en su entorno local

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 se requiere, 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 más 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 amarillos por el quipo 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 y su entorno, son fundamentales para el avance. Están directamente afectados por las condiciones y capacidades de cada contexto local.

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

En procesos agudos la coordinación puede ser más residual, dado que la atención se centra en lo grave. Si bien una enfermedad aguda, puede generar uno o varios síndromes geriátricos.

El proceso de la enfermedad en los casos de fragilidad o comorbilidad no es lineal. Numerosos procesos afectan e interactúan entre sí.

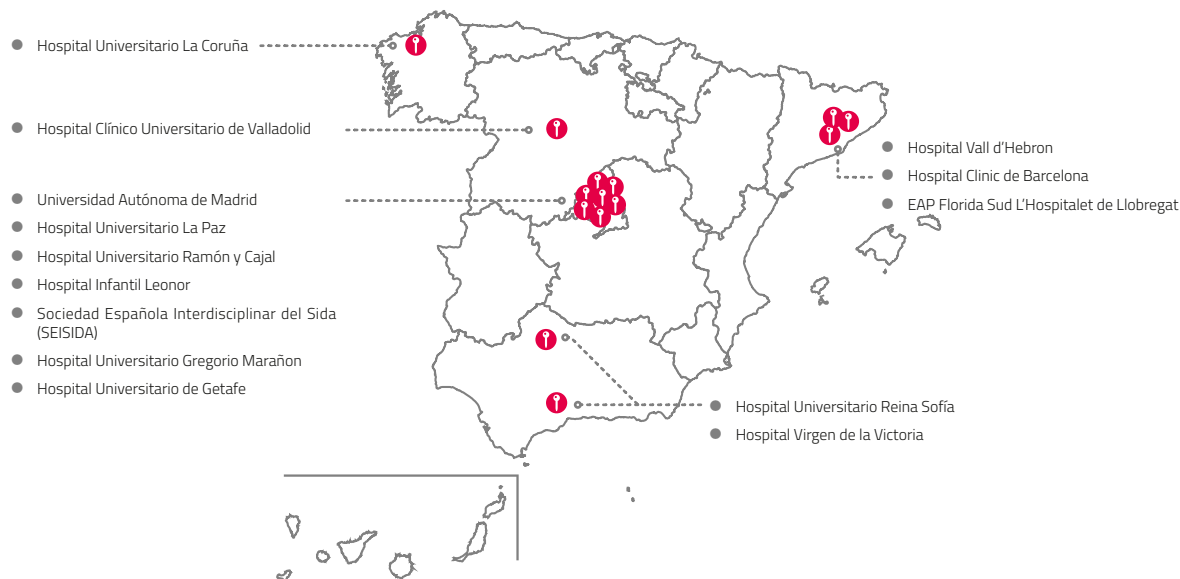
Es evidente que **si no se comunican** los resultados de las diferentes evaluaciones (a modo de ejemplo, cognitivas o emocionales) o las actuaciones que se realizan al paciente (nuevas prescripciones y actos clínicos), cada profesional evalúa e interviene de forma no integrada y, todo ello, impacta en los resultados finales y la calidad de vida del paciente. Tampoco ayuda a la sostenibilidad ya que los

actos clínicos, a menudo, se duplican.

A veces es "poco viable", en algunos entornos, disponer del número de dotaciones de recursos profesionales ideal. En estos casos, es fundamental capacitar al resto de profesionales sanitarios en la detección de los hitos fundamentales, en los distintos momentos del proceso asistencial.

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.

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo mulidisciplinar



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. Historia clínica electrónica 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 AP 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 AP. A modo de ejemplo, figura de enfermera gestora de casos como vínculo AP/AH.

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, 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 comunitaria a infecciosas. 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 la poblaciones vulnerables.

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

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

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 asistenciales.

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 dos.

Recomendaciones

5 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes que facilitan su involucración en la trayectoria o proceso asistencial

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

Además, esta **conexión continuada** 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" que exista en cada contexto para el desarrollo de la telemedicina. 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 quien, cómo y cuándo informar y todos lo harán** en la misma línea reforzando lo comunicado.

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, apps.
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 *counselling*.
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 vacunación, como elemento para promover una comunicación.
6. Implementar programas de atención no presencial garantizando su sostenibilidad en el tiempo (teléfono, 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: aplicaciones 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*, *PROMS*.
9. Utilizar PROS 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 en VIH

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Control inmunoviroológico: analítica completa (carga viral, CD4, CD4 /CD8) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.	En la primera visita del paciente a la consulta.	Mínimo cada 6 meses.
Valoración calidad de vida del paciente.	En la primera visita del paciente a la consulta.	Cada 2 años.
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	En la primera visita del paciente a la consulta. A partir de los 40 años o cuando aparezcan alteraciones.	Según protocolos específicos. Generalmente anual.
Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo por si precisara de controles en consulta específica de demencia.	En la primera visita del paciente a la consulta. Ante síntomas.	Al menos cada 2 años.
Cribado psicológico.	En la primera visita del paciente a la consulta. Ante síntomas.	Al menos cada 2 años.
Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo (mama, colon, próstata, ano).	A partir de los 50 años o antes si hay circunstancias específicas de riesgo (en función de los criterios definidos para cada neoplasia). El anal, desde el inicio del seguimiento.	Según periodicidad que marquen los protocolos de cribado. Hasta que los beneficios no superen a los inconvenientes en función del estado del paciente.
Optimización del TAR: Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.	En el momento de inicio del TAR.	En cada visita. Mínimo cada 6 meses.
Medicación concomitante: monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.	En el momento de inicio del TAR.	En cada visita. Mínimo cada 6 meses.
Contacto estrecho con trabajo sociales por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. Evaluación situación social (soledad) y económica.	En la primera visita del paciente a la consulta y si hay circunstancias específicas.	Según necesidad. Cada 12 meses.
Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.	En la primera visita del paciente a la consulta.	Durante todo el seguimiento y coincidiendo con visitas o atención al paciente.
Vacunación actualizada.	En la primera visita del paciente a la consulta.	Hasta que tenga todas las vacunas indicadas administradas según las pautas recomendadas.

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

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

Especialistas en VIH

2

Prestación	Lugar donde se recomienda realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Comunidad	Consulta hospitalaria	Urgencia hospitalaria	Hospital de día
Control inmunoviroológico: analítica completa (carga viral, CD4, CD4 /CD8) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.	✓	✓		✓		✓
Valoración calidad de vida del paciente.		✓		✓		✓
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.		✓		✓		✓
Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo por si precisara de controles en consulta específica de demencia.		✓		✓		
Cribado psicológico.		✓		✓		
Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo (mama, colon, próstata, ano).		✓		✓		
Optimización del TAR: Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.		✓		✓		✓
Medicación concomitante: monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.		✓		✓		✓
Contacto estrecho con trabajo sociales por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. Evaluación situación social (soledad) y económica.	✓	✓	✓	✓		
Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.	✓	✓	✓	✓		✓
Vacunación actualizada.		✓		✓		

Especialistas en VIH

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Control inmunoviroológico: analítica completa (carga viral, CD4, CD4 /CD8) y específica para los problemas de salud/comorbilidades presentes. Exploración física dirigida a las comorbilidades.	✓		✓
Valoración calidad de vida del paciente.	✓		✓
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	✓		
Cribados con test neuropsicológicos del estado neurocognitivo por si precisara de controles en consulta específica de demencia.	✓		
Cribado psicológico.	✓		
Cribado de neoplasias según género, edad y factores de riesgo (mama, colon, próstata, ano).	✓		✓ (Ej: algunos cribados (colon) se pueden hacer en farmacias).
Optimización del TAR: Monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo para favorecer su simplicidad, tolerabilidad y para prevenir interacciones.			✓
Medicación concomitante: monitorización de su eficacia, seguridad y adherencia. Optimización del mismo evitando la polifarmacia, las interacciones y la medicación potencialmente inapropiada. Favorecer la desprescripción cuando esté indicada.		Posible (requiere estabilidad y paciente que sepa uso de comunicación virtual).	✓
Contacto estrecho con trabajo sociales por si precisa de recursos y apoyo a sus problemas de capacidad funcional. Evaluación situación social (sole-dad) y económica.			✓
Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.		Posible (requiere estabilidad y paciente que sepa uso de comunicación virtual).	
Vacunación actualizada.	✓		✓

Enfermería

1

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

Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se recomienda realizar la prestación						
	Domicilio	Atención primaria	Comunidad	Consulta hospitalaria	Urgencia hospitalaria	Hospital de día	Otros centros
Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH. Monitorización de indicadores de comorbilidades (TA, FC, peso, glucemia, etc.).		✓		✓		✓	
Educación para la salud en hábitos saludables.		✓	✓	✓		✓	
<i>Screening</i> dependencia.		✓		✓		✓	
<i>Screening</i> deterioro cognitivo.		✓		✓		✓	
<i>Screening</i> psicológico.		✓		✓		✓	
<i>Screening</i> fragilidad.		✓		✓		✓	
Identificar personas significativas o referentes para el paciente.		✓		✓		✓	
Educación y refuerzo sobre polimedicación.		✓	✓	✓		✓	
Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.		✓		✓		✓	
Capacitación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.		✓	✓	✓		✓	* Recursos comunitarios como escuelas de pacientes y programas de paciente experto
<i>Screening</i> de calidad de vida relacionada con la salud (CVSR): Movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓		✓		✓	
Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre los equipos.		✓	✓	✓		✓	

Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH. Monitorización de indicadores de comorbilidades (TA, FC, peso, glucemia, etc.).	✓		
Educación para la salud en hábitos saludables.	✓		✓
<i>Screening</i> dependencia.	✓		
<i>Screening</i> deterioro cognitivo.	✓		
<i>Screening</i> psicológico.	✓		
<i>Screening</i> fragilidad.	✓		
Identificar personas significativas o referentes para el paciente.	✓		✓
Educación y refuerzo sobre polimedicación.	✓		✓
Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.	✓		✓
Capacitación en salud del paciente que permita el autocuidado y la gestión de su enfermedad.			✓
<i>Screening</i> de calidad de vida relacionada con la salud (CVSR): Movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	✓		
Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre los equipos.			✓

Farmacia hospitalaria

1

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

Farmacia hospitalaria

2

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

Farmacia hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento.	✓		
Revisión de medicación potencialmente inapropiada.	✓		
Educación sanitaria: Información a paciente y su entorno sobre tratamiento antirretroviral adaptado a la situación del paciente.	✓		
Seguimiento de la adherencia, determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla.			✓
Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.			✓
Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días)			✓
Programas de tele-dispensación/teleasistencia.			✓
Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.			✓

Geriatría

1

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

Geriatría

2

Prestación	Lugar donde se recomienda realizar la prestación						
	Domicilio	Atención primaria	Comunidad	Consulta hospitalaria	Urgencia hospitalaria	Hospital de día	Otros centros
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de todo paciente frágil .				✓			
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de todo paciente que presente 1 o más síndromes geriátricos específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...				✓			
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de pacientes mayores complejos con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.				✓			
Adecuación de tratamiento en paciente con pronóstico vital reducido .	✓			✓			
Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.				✓			

Geriatría

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de todo paciente frágil .	✓		
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de todo paciente que presente 1 o más síndromes geriátricos específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional...	✓		
Valoración Geriátrica Integral (VGI) de pacientes mayores complejos con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas.	✓		
Adecuación de tratamiento en paciente con pronóstico vital reducido .	✓		
Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.	✓		

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

Psicología

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Valoraciones neuropsicológicas para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.	Ante sospecha de deterioro cognitivo o cribado positivo. En el momento en el que entra en el grupo.	1-3 sesiones de aprox. 1.5 horas.
Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.	Tras diagnóstico de deterioro neurocognitivo.	Grupal 2-3 veces/semana; mínimo 8 semanas;seguimiento cada 6 meses. La duración tendría que ser crónica porque las neuronas no rejuvenecen.
Valoraciones psicológicas para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.	Ante sospecha de dificultad o cribado positivo. En el momento en el que entra en el grupo.	1 o 2 consultas de aprox. 1 hora.
Intervenciones de apoyo emocional/counselling/grupos de autoayuda: para facilitar la adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos...	En el momento en que la evaluación indique necesidad de ello (preventivo).	La duración variará en función del problema pero se prevee una duración crónica y un seguimiento adaptado a las distintas intervenciones necesarias.
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.	En el momento en que la evaluación indique necesidad de ello (preventivo).	La duración variará en función del problema pero se prevee una duración crónica y un seguimiento adaptado a las distintas intervenciones necesarias.
Intervenciones en autocuidados preventivos o adherencia a la medicación.	Ante pérdida o dificultad con adherencia o autocuidados.	Depende de que presente problemas funcionales. Si no presenta estos problemas, cada dos años, y cuando empiece a tenerlos; si no son graves, una vez al año. Si son graves, lo que determine el profesional.

Psicología

2

Prestación	Lugar donde se recomienda realizar la prestación						
	Domicilio	Atención primaria	Comunidad	Consulta hospitalaria	Urgencia hospitalaria	Hospital de día	Otros centros
Valoraciones neuropsicológicas para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.			✓	✓			✓
Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.	✓		✓	✓			✓
Valoraciones psicológicas para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.			✓	✓			✓
Intervenciones de apoyo emocional/counselling/grupos de autoayuda: para facilitar la adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos...	✓		✓	✓			
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.	✓		✓	✓			
Intervenciones en autocuidados preventivos o adherencia a la medicación.	✓	✓	✓	✓			

Psicología

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Valoraciones neuropsicológicas para conocer el tipo y gravedad de déficit cognitivo e impacto en funcionalidad.	✓		
Programas de estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficits y facilitar adaptación a limitaciones ocasionadas.	✓	✓	✱
Valoraciones psicológicas para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra.	✓		✓
Intervenciones de apoyo emocional/counselling/grupos de autoayuda: para facilitar la adaptación a la pérdida de funcionalidad, adherencia a cuidados continuos...	✓	✓	✓ ✱
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal.	✓	✓	✓
Intervenciones en autocuidados preventivos o adherencia a la medicación.		✓	✱ ✱

* Posibilidad de añadir programa de estimulación cognitiva online tras la intervención.

* Presencial o virtual en función de disponibilidad.

** Si la persona no tiene capacidades o posibilidades virtuales.

Trabajo social

1

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

Trabajo social

2

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

Trabajo social

3

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

Especialistas en atención primaria

1

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

Especialistas en atención primaria

2

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

* Participación de todos los profesionales implicados.

** Todas las actividades en AP las realizará el profesional según distribución de tareas y otras compartidas (medicina, enfermería, trabajo social)...Según el grado de dependencia puede requerir visita domiciliaria. Algunas valoraciones deberán prestarlas otras especialidades y pueden ser necesarios otros dispositivos asistenciales (rehabilitación, estimulación neurocognitiva...).

*** En las visitas de control y seguimiento de los diferentes dispositivos asistenciales.

Especialistas en atención primaria

3

Prestación	Modalidad en la que se recomienda realizar la prestación		
	Presencial	Virtual	Mixta
Prevención, cribado y manejo de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos.	✓		✓
Atención a las descompensaciones /procesos agudos relacionados.	✓		
Atención/seguimiento adaptado al grado de control.	✓	✓	✓
Atención multidisciplinar en función comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado.	✓	✓	✓
Identificar personas significativas o referentes para el paciente.	✓		✓
Empoderar al paciente y cuidadores.	✓	✓	✓
Identificar necesidades/cuidados específicos (rehabilitación, movilidad, curas...).	✓		✓
Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados (Post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades).	✓		✓
Vacunación actualizada.	✓		✓
Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.	✓		✓
Control de la adherencia y posibles interacciones.	✓		✓

Anexo 2: Hitos o alertas por especialidad

Especialistas en VIH

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Especialistas en VIH

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

Especialistas en VIH

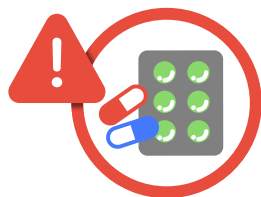
Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Riesgo o inicio de problemática socioeconómica	SI	Derivación y coordinación con trabajador social. En la práctica control VIH similar pero mayor implicación trabajador social.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente	SI	Evaluación situación psicológica, trabajo multidisciplinar con psicología.
Riesgo por soledad	SI	Trabajo multidisciplinar con psicología y otros especialistas.
Aparición síndrome geriátrico	SI	Evaluación. Coordinación con geriatría. El manejo cambia, las prioridades también, quizás también los especialistas que centralicen la atención. Parte VIH centrada en evitar toxicidades e interacciones significativas.
Alerta de síntomas o signos que perjudican la calidad de vida	SI	Evaluación, seguimiento más estrecho. En función del síntoma, trabajo multidisciplinar: manejo por especialista VIH, enfermería u otras especialidades.

Enfermería

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Enfermería

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

Enfermería

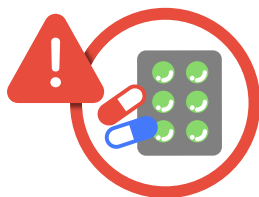
Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Riesgo o inicio de problemática socioeconómica.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: AP y TS - Ofrecer recursos comunitarios que le puedan ayudar en sus necesidades.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Dar soporte emocional - Ayudar al usuario a identificar otras personas en su entorno, o en su defecto poner en funcionamiento recursos sociales. Derivación a trabajadora social .
Riesgo por soledad.	SI	Ofrecer recursos comunitarios que le puedan ayudar a buscar actividades de socialización y grupos de ayuda mutua (GAM). Coordinar con equipo interdisciplinar: AP y TS.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Coordinar con equipo interdisciplinar: AP, geriatría y TS - Ofrecer recursos que permitan una mejor adaptación a sus necesidades.
Alerta de síntomas o signos que perjudican la calidad de vida.	SI	Ofrecer recomendaciones que permitan un mejor manejo de los síntomas o signos. -Coordinar con equipo interdisciplinar: AP, geriatría, psicología, entidades comunitarias.

Farmacia hospitalaria

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



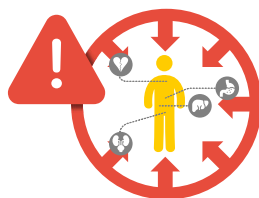
Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Farmacia hospitalaria

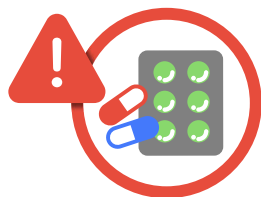
Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Control de adherencia/nuevo tratamiento: información, revisión interacciones.
Nueva medicación / alteración medicamentosa.	SI	Revisión interacciones.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

Geriatría

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Geriatría

Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico	SI	Dado que la VGI supone la gestión de los problemas del paciente con enfoque holístico integrando lo médico, funcional, cognitivo, social y las preferencias del paciente todos estos hitos deben ser tenidos en cuenta porque pueden modificar o condicionar los resultados de la valoración o el plan que de ella se deriva.
Nueva medicación / alteración medicamentosa	SI	
Ingreso	SI	
Visita a urgencias	SI	
Paciente institucionalizado	SI	
Deterioro Cognitivo	SI	
Deterioro psicológico-psiquiátrico	SI	
Fallo de adherencia	SI	
Inicio o alteración de alguna comorbilidad	SI	
Fragilidad	SI	
Alerta de dependencia	SI	
Riesgo o inicio de problemática socioeconómica	SI	
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente	SI	
Riesgo por soledad	SI	
Aparición síndrome geriátrico	SI	
Alerta de síntomas o signos que perjudican la calidad de vida	SI	

Psicología

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Psicología

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

Psicología

Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Riesgo o inicio de problemática socioeconómica.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado .
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado y sobre los seguimientos.
Riesgo por soledad.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.
Alerta de síntomas o signos que perjudican la calidad de vida.	SI	Lo ideal sería tener acceso a esta información si ha sido recabada por otros profesionales ya que cada hito puede tener o no impacto en el cuadro emocional o cognitivo de la persona y puede requerir cambios en el tipo de sesiones a realizar o modificar el tipo de seguimiento. Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención.

Trabajo social

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



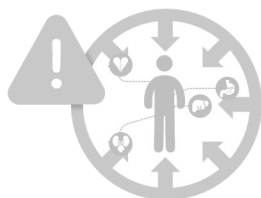
Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Trabajo social

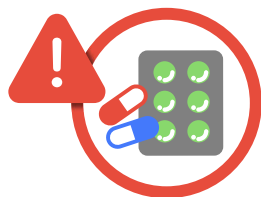
Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Ingreso.	SI	Planificación social del alta hospitalaria. Establecer las coordinaciones necesarias.
Visita a urgencias.	SI	En función del motivo de la asistencia y del diagnóstico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

Especialistas en atención primaria

Hitos o alertas



Pérdida de control
viroológico



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Ingreso



Visita a urgencias



Paciente
institucionalizado



Deterioro cognitivo



Fallo de adherencia



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Deterioro psicológico-
psiquiátrico



Riesgo o inicio de
problemática
socioeconómica



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



Alerta de síntomas que
perjudican la calidad de
vida

Especialistas en atención primaria

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

Especialistas en atención primaria

Hito	¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño?	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fragilidad.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (geriatría, rehabilitación...). Atención compartida con trabajo social si lo requiere. Atención al cuidador/a principal. Inclusión en el Programa de atención domiciliaria. Identificar al paciente como PCC si cumple criterios
Alerta de dependencia.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (trabajo social, geriatría...). Cambio en el plan de cuidados.
Riesgo o inicio de problemática socioeconómica.	SI	Planificación de necesidades actuales y a largo término. Riesgo en la cumplimentación de los tratamientos y de las visitas de seguimiento. Atención compartida con trabajo social, Unidad de salud mental. Identificar recursos. Facilitación de los controles y seguimiento si limitaciones movilidad o no acompañamiento (gestionar visitas, traslados, plan de curas...) . Seguimiento de la atención acordada . Atención cuando se detecte la incidencia y seguimiento hasta resolver problema si es urgente o a los 3-6m. Planificación de necesidades actuales y a largo término. Facilitación de los controles y seguimiento.
Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente.	SI	Cambios en periodicidad de seguimiento y cuidados. Cambio en atención a la dependencia. Atención al duelo. Identificar posible alternativa.
Riesgo por soledad.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos. Cambios en plan de cuidados. Riesgo en adherencia, seguimiento, autocuidado. Puede ser necesario manejo compartido con Unidad salud mental y trabajo social. Atención familiar.
Aparición síndrome geriátrico.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría. Cambio en plan de cuidados. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria.
Alerta de síntomas o signos que perjudican la calidad de vida.	SI	Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría. Cambio en plan de cuidados. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria.

