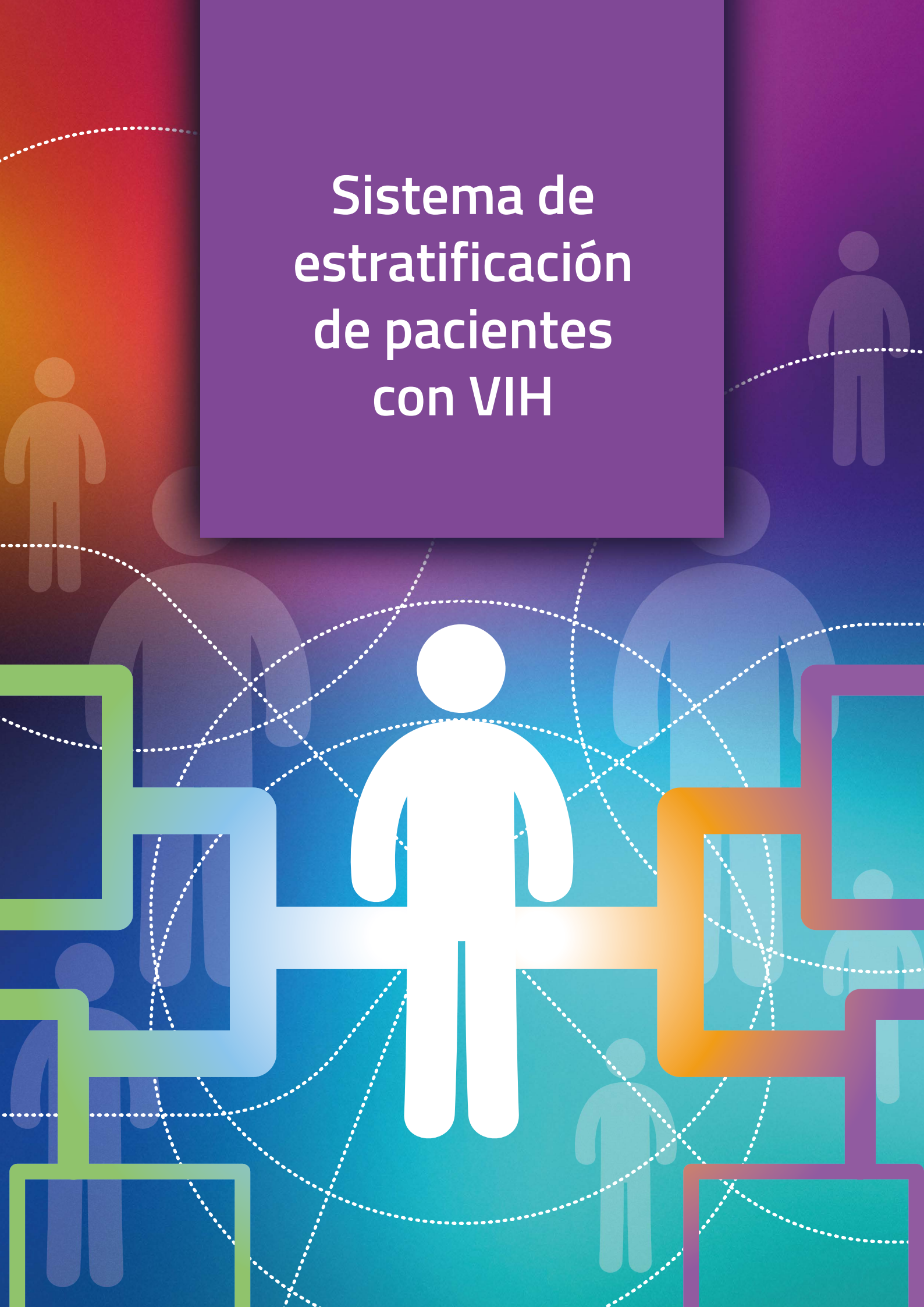


Sistema de estratificación de pacientes con VIH



Sistema de estratificación de pacientes con VIH



SI-HEALTH

INSTITUTE FOR HEALTH
& STRATEGY

Este documento ha sido elaborado por SI-Health
con las aportaciones del grupo de trabajo.



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



Con el patrocinio científico de la SEIMC



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

Avalado por:



Avalado por:



Avalado por:



Con el aval de calidad y garantía de:



Sistema de estratificación de pacientes con VIH

NP-ES-HVX-BKLT-200001(v1) 06/2020

Autores: Joana Mora, Ander Rojo, Patricia Arratibel, Rafael Bengoa y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH.

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

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

ISBN: 978-84-09-15944-4



Los contenidos de este informe "Sistema de estratificación de pacientes con VIH" están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Grupo de trabajo

1. **Antonio Antela López.** "Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña".
2. **Juan Berenguer.** "Facultativo Especialista en Enfermedades Infecciosas. Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid".
3. **Fátima Brañas Baztán.** "Facultativo Especialista en Geriátrica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid".
4. **Adriá Currán.** "Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona".
5. **Carlos Dueñas Gutiérrez.** "Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid".
6. **Emma Fernández González.** "Enfermera en Servei d'Infeccions. Hospital Clínic. Barcelona".
7. **María José Fuster.** "Directora-Gerente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid".
8. **Esteban Martínez Chamorro.** "Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic. Barcelona".
9. **Juan José Mascort Roca.** "Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sud, Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona".
10. **Maria Luisa Montes Ramírez.** "Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid".
11. **Rosario Palacios Muñoz.** "Facultativo Especialista de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga".
12. **José A. Pérez Molina.** "Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid".
13. **Antonio Rivero Román.** "Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba".
14. **Javier Sánchez-Rubio Ferrández.** "Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe. Madrid"

ViiV Healthcare y GESIDA son co-promotores de este proyecto.

SI-Health es una consultora de apoyo estratégico en el sector salud especializada en la gestión del cambio y la transformación organizativa. En el marco de este proyecto ha ofrecido apoyo metodológico y contenido para la reflexión, y se ha encargado de dinamizar el trabajo del grupo de expertos así como de la elaboración del documento.

Índice

Introducción	Antecedentes	4
	Objetivos y finalidad del proyecto	5
	Fases y proceso general de trabajo	6
Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH	Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH	8
	4.1 Beneficios y utilidades de los modelos y/o herramientas de estratificación de pacientes	8
	4.2 Metodología utilizada para la definición de las herramientas de estratificación	9
	I Definición de los principios generales	10
	II Identificación de las dimensiones y variables más significativas en pacientes con VIH	10
	III Elaboración de la herramienta de identificación de perfiles de pacientes con VIH	12
	IV Elaboración de la herramienta de estratificación de pacientes con VIH por complejidad	16
	4.3 Resultado del trabajo	17
	4.3.1 Clasificación de pacientes con VIH en perfiles diferenciados	17
	4.3.2 Clasificación de pacientes con VIH según su nivel de complejidad	19
Oferta de cuidados	Oferta de cuidados	22
	5.1 Beneficios y utilidades de definir las ofertas de cuidados	22
	5.2 Proceso de trabajo	22
	5.3 Resultado del trabajo	23
	5.3.1 Oferta de cuidados	23
	5.3.2 Oferta de cuidados para segmentos	28
	Conclusiones y próximos pasos	33
	Anexo. Revisión de experiencias de estratificación de pacientes	34
	Bibliografía	41

Sistema de estratificación
de pacientes con VIH

Introducción

1

Antecedentes

Las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y otros agentes sanitarios llevan años desarrollando planes y estrategias en torno a los pacientes crónicos con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades, tanto desde un punto de vista de resultados de salud como para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, en un entorno con una presión creciente sobre los costes.

Sin embargo, aunque actualmente la infección por el VIH es considerada una enfermedad crónica, muchos de los avances en gestión realizados durante los últimos años con otras enfermedades crónicas no han sido implementados todavía en el abordaje del paciente con infección por el VIH.

Con el objetivo de dar respuesta a esta realidad, en el año 2017 ViiV Healthcare y GeSIDA promovieron en el seno del proyecto National Policy, una reorganización del modelo de atención del paciente con VIH en base a un abordaje de patología crónica, con el objetivo de reducir la fragmentación de cuidados existente y ofrecer una atención más integrada, holística, interdisciplinar y proactiva, además de eficiente.

Para ello, se estableció una hoja de ruta que ayude a las distintas organizaciones sanitarias de España a avanzar en la construcción de un modelo óptimo de atención a los pacientes con VIH. El resultado de este proyecto, que ha contado con la participación de un grupo multidisciplinar y el liderazgo de GeSIDA, se resume en el documento “Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por VIH” disponible en el siguiente enlace: <https://www.viivhealthcare.com/es-es/bienvenido/national-policy/>

Uno de los principales problemas identificados en el marco de este proyecto es la gran variabilidad existente en los itinerarios y en la oferta de cuidados que se ofrece a los pacientes con VIH. En este sentido, se observa que en España no existe un sistema o modelo que ayude a estratificar pacientes en las unidades de VIH y, por tanto, a día de hoy no es posible identificar subgrupos de pacientes con las mismas características y/o necesidades de atención.

En consecuencia, las fases, procedimientos y episodios de prestación clínica y de cuidados evidenciados no están estandarizados para los diferentes perfiles de pacientes con VIH, y los profesionales se ven obligados a reinventar el itinerario de cuidados con cada paciente, lo que provoca, en parte, la mencionada variabilidad clínica.

Con el objetivo de dar respuesta a esta problemática y promover la puesta en marcha de una clasificación homogénea de pacientes infectados por el VIH en todo el territorio nacional, ViiV Healthcare y Gesida presentan el siguiente trabajo realizado con el grupo multidisciplinar de expertos. Así mismo, se ha iniciado el siguiente trabajo, de especificación del itinerario y la oferta de cuidados recomendada.

2

Objetivos y finalidad del proyecto

El proyecto ha perseguido un doble objetivo:

- I. Definir **dos herramientas que permiten una estratificación de pacientes** con infección por el VIH según necesidades y/o alternativas de cuidados diferentes.
- II. Realizar una propuesta, a modo de recomendación, de las **principales intervenciones clínicas y de cuidados generales ("oferta de cuidados evidenciada")** que deberían recibir los pacientes incluidos en cada segmento o perfil singularizado. Este trabajo se ha realizado de forma consensuada por el grupo de expertos multidisciplinar, compuesto por médicos expertos en enfermedades infecciosas y VIH, profesionales de atención primaria, enfermería, geriatría, psicología, farmacia hospitalaria y organizaciones de pacientes. De esta forma, se incluye la visión de la mayoría de las disciplinas involucradas en la prestación de la oferta de cuidados evidenciados para los pacientes con VIH.

La finalidad última del proyecto es que tanto la **herramienta** como la **oferta de cuidados** definida sea utilizada por los distintos agentes y organizaciones sanitarias y sociales encargadas de la atención a pacientes con VIH en España, de tal forma que se pueda incorporar como un elemento más en sus procesos de trabajo. Esto permitirá que las organizaciones mejoren la calidad de los cuidados que prestan a los pacientes con VIH y avancen en su finalidad última de reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los mismos.

Además, el proyecto pretende servir para **animar el desarrollo e implantación de procesos de mejora permanentes dirigidos a ordenar y reducir la variabilidad actual en el manejo clínico de los pacientes con VIH.**

3

Fases y proceso general de trabajo

Para el desarrollo del proyecto se han seguido las siguientes fases de trabajo (Figura 1):

▼ Figura 1: Fases de trabajo para la realización del proyecto



- **1. Preparación del proyecto:** Creación del grupo de trabajo multidisciplinar con representación de las disciplinas mencionadas, así como de sociedades científicas (GeSIDA, SESIDA) y organizaciones de pacientes. Una vez conformado el grupo, se realizó una revisión de la literatura científica nacional e internacional sobre otras experiencias de estratificación de pacientes, tanto en el ámbito del VIH como en otras patologías.
- **2. Desarrollo del proyecto:** Reuniones presenciales del grupo multidisciplinar y trabajo individual entre reuniones con el objetivo de diseñar el sistema de estratificación y clasificación de pacientes, así como recomendar una oferta de cuidados adaptada tanto a diferentes estratos de pacientes con VIH, como a los perfiles singularizados de pacientes con VIH.
- **3. Lanzamiento del proyecto:** Diseño final de los sistemas de estratificación y clasificación de pacientes con VIH, incluyendo una descripción de la oferta de cuidados adaptada a los distintos estratos de complejidad, así como a cada uno de los perfiles de paciente con VIH identificado.

Sistema de estratificación
de pacientes con VIH

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

4

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

4.1 Beneficios y utilidades de los modelos y/o herramientas de estratificación de pacientes

Los sistemas de clasificación y estratificación de pacientes tienen múltiples beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales y las organizaciones sanitarias. No obstante, las utilidades de los distintos sistemas varían de forma significativa en base a los objetivos que persiguen. A continuación, se presentan los beneficios de dos de los sistemas de clasificación de pacientes más utilizados en la práctica clínica (figura 2).

▼ Figura 2. Beneficios y utilidades de distintos sistemas de clasificación de pacientes

Estratificación de pacientes según nivel de complejidad

- Permite **identificar a pacientes** con diferentes necesidades **sobre los que actuar de forma proactiva (apuntar mejor a las necesidades)**.
- **Optimiza la utilización de recursos** al adecuar la intensidad de los cuidados al nivel de complejidad y/o necesidad de los pacientes, **sin alterar la calidad de los cuidados**.
- Permite **gestionar mejor la presión asistencial**, evitando la sobrecarga de los servicios sanitarios **y el burnout de los profesionales**.
- Facilita las **labores de gestión y rendición de cuentas** en función de la complejidad de los pacientes (gasto medio por paciente, etc.)

Clasificación de pacientes según perfiles diferenciados

- Permite diferenciar perfiles de pacientes para **personalizar y mejorar la atención** al establecer patrones de actuación diferentes adaptados a cada grupo o perfil de pacientes.
- Permite **estandarizar los cuidados de cada perfil y reducir la variabilidad clínica**, asegurando que los pacientes reciben los cuidados evidenciados que necesitan.
- Ayuda a disponer de una **clasificación homogénea de pacientes en todas las unidades de VIH**, permitiendo la comparación y la gestión proactiva compartida de grupos poblacionales similares.

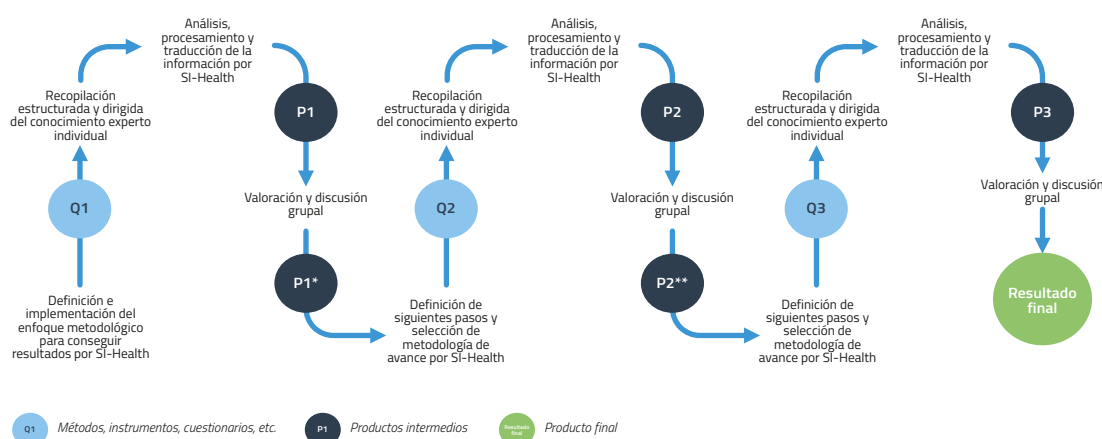
Elaborado por SI-Health

Teniendo en cuenta las ventajas y utilidades de ambos sistemas, el grupo de trabajo decide avanzar con las dos opciones y diseñar **dos herramientas** que se han trabajado de forma paralela: una que permite la **estratificación de la población con VIH según su nivel de complejidad** y otra para **identificar o clasificar distintos perfiles o grupos diferenciados de pacientes con VIH**.

4.2 Metodología utilizada para la definición de las herramientas de estratificación

La metodología aplicada para la definición de las herramientas de estratificación se ha basado en un enfoque iterativo de tres ciclos, donde se ha combinado el conocimiento experto y multidisciplinar, y los conocimientos en gestión y metodología aportados por SI-Health.

▼ Figura 3: Metodología aplicada en el proyecto.



Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

Las áreas de contenido que se han trabajado en el proyecto son:

- I. Acuerdo y definición de los principios generales que guiarán el proyecto.
- II. Identificación de las dimensiones y variables clave que describen o determinan el universo de pacientes con VIH.
- III. Elaboración de una herramienta para la identificación de pacientes con VIH por perfiles.
- IV. Elaboración de la herramienta de estratificación de pacientes con VIH por complejidad.

I Definición de los principios generales

Los principios o directrices generales que guiaron el trabajo del grupo multidisciplinar fueron los siguientes:

- Primar la **búsqueda de consenso entre todas las disciplinas clínicas y agentes representados** en el modelo óptimo de atención de pacientes con VIH.
- Buscar la clasificación diferenciada del **70-80% del universo de pacientes VIH** en segmentos y perfiles más significativos.
- Primar que la **clasificación sea práctica y fácil de utilizar**, con datos accesibles y fáciles de recoger para que los profesionales puedan utilizarla sin requerir una gran dedicación de tiempo.
- Buscar una herramienta que permita clasificar a los pacientes en **cualquier momento de la evolución de la enfermedad**.

II Identificación de las dimensiones y variables más significativas en pacientes con VIH

Para la identificación de las dimensiones y variables que aplican en VIH, tanto para su clasificación en perfiles de pacientes con necesidades homogéneas, como para determinar su complejidad, se aplicó un enfoque metodológico, que ha regido todo el proyecto, basado en repetidas iteraciones, que combinaba el conocimiento experto del grupo y el enfoque metodológico de SI-Health. Los aspectos que se abordaron en cada punto del proceso fueron:

- a. **Identificación de los principales tipos de pacientes con infección por VIH y de las variables que los determinan.** Para ello se desarrolló un cuestionario con preguntas abiertas donde se solicitaba, a cada uno de los miembros del grupo de expertos, que detallaran los diferentes tipos de pacientes que atienden en su consulta y las variables que los determinan.
- b. **Análisis y depuración de la información remitida por el grupo multidisciplinar.** A partir del *input* del grupo de trabajo, SI-Health realizó un ejercicio de análisis, agrupación y depuración de las variables que, según el criterio experto, contribuían a la identificación de perfiles o a la clasificación de pacientes en base a su complejidad.

De este primer análisis se identificaron 25 variables que se agruparon en 8 dimensiones.

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

▼ Figura 4: Dimensiones y variables para la clasificación de pacientes con VIH: resultado de la primera iteración.

Demográficas	Sociales	Conductuales	Pluripatología
- Sexo - Edad - País de origen - Embarazo	- Apoyo social - Situación legal (irregular o no, para los inmigrantes) - Nivel socioeconómico - Nivel educativo	- Vía de transmisión - Orientación sexual - Consumo activo de sustancias (UDVP, chemsex...) - Nº de parejas sexuales	- Comorbilidades - Co-infecciones
Clínicas relacionadas con el VIH	Medicación	Estado psicológico y cognitivo	Estado funcional y fragilidad
- Nadir de CD4 - Tiempo desde el diagnóstico - Pérdidas de seguimiento	- Polifarmacia y/o polimedición - Adherencia - Interacciones farmacológicas - Tiempo en tratamiento	- Estado psicológico y emocional (alteraciones psiquiátricas) - Deterioro cognitivo	- Deterioro funcional - Fragilidad

Elaborado por SI-Health

- c. **Evaluación de la significancia de las variables propuestas para la identificación de perfiles, nivel de complejidad y/o para la definición de la oferta de valor.** Para ello se definió un cuestionario estructurado que perseguía:

- La valoración independiente de las variables identificadas en el ejercicio anterior para la clasificación de pacientes, tanto por perfiles o necesidades de atención homogéneas, como por niveles de complejidad.
- La valoración independiente de las variables identificadas en el ejercicio anterior para la definición de la oferta de valor.

Como resultado de ambos análisis (variables que determinan los perfiles y la complejidad y variables que determinan la oferta de valor) se observó que el número de variables necesario para clasificar pacientes, ya sea por complejidad o perfiles, es inferior al número de variables que determinan la oferta de valor.

Del resultado de este ejercicio y de la discusión grupal, se mantuvieron las dimensiones y se depuraron las variables, reduciéndose finalmente a 21 variables.

- d. **Análisis de la capacidad discriminativa de las variables para la definición de perfiles y/o complejidad.** Para ello se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas y de respuesta única para evaluar la capacidad discriminativa de las variables. Se concluyó que las variables edad, sexo, país de origen, nivel socioeconómico, vía de transmisión, orientación sexual, co-infecciones, pérdidas de seguimiento, polifarmacia y/o polimedición y situación psicológica no eran discriminativas para la identificación de perfiles o clasificación por complejidad.

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

▼ Figura 5: Variables y dimensiones para la clasificación de pacientes con VIH: resultado final.

Demográficas	Sociales	Conductuales	Pluripatología
Embarazo	Apoyo o situación social	- Consumo activo de sustancias - Conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas ocasionales, bajo uso preservativo, chemsex, etc.)	Comorbilidades
Situación inmunoviológica	Medicación	Estado psicológico y cognitivo	Estado funcional y fragilidad
- Carga viral - Tiempo desde el diagnóstico - Pérdidas de seguimiento	- Polifarmacia y/o polimedición - Adherencia - Interacciones farmacológicas - Tiempo en tratamiento	- Estado psicológico y emocional (alteraciones psiquiátricas) - Deterioro cognitivo	Deterioro funcional y fragilidad

Elaborado por SI-Health

Por tanto, se concluye que las variables edad, nueva pareja afectivo/sexual, comorbilidades, co-infecciones, fallos en la adherencia y pérdida de control virológico, no eran discriminativas para la definición de perfiles pero sí que determinaban la oferta de cuidados a prestar.

III Elaboración de la herramienta de identificación de perfiles de pacientes con VIH

Los contenidos que se abordaron para avanzar en la elaboración de la herramienta de clasificación de perfiles con VIH fueron:

- Identificación de los principales tipos de pacientes con infección por VIH y de las variables que los determinan.** Para ello, se desarrolló un cuestionario con preguntas abiertas donde se solicitaba a cada uno de los miembros del grupo de expertos que detallaran los diferentes tipos de pacientes que atienden en su consulta y las variables que los determinan.
- Análisis, agrupación e identificación de las principales tipologías de perfiles de pacientes.** Partiendo del *input* individual de cada miembro del grupo de expertos multidisciplinar, SI-Health hizo un ejercicio de agrupación, depuración e identificación de las principales tipologías de perfiles de pacientes en VIH. Como resultado de este ejercicio se identificaron 13 tipos diferentes de perfiles. Posteriormente, fue compartido en una sesión de trabajo con el grupo de expertos, que validaron el ejercicio para seguir avanzando en dicha línea de trabajo.

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

▼ Figura 6. Perfiles de pacientes con VIH: resultado de la primera iteración.



Elaborado por SI-Health

- c. **Depuración de perfiles y criterios para su identificación.** Para ello se definió un cuestionario estructurado donde se solicitaba a cada miembro del grupo de trabajo que identificara los perfiles predominantes en su práctica diaria y que seleccionara de un listado predeterminado de variables, aquellas que contribuían a su definición. Como resultado se extrajeron 5 perfiles de pacientes.
- d. **Discusión grupal de los perfiles identificados en el punto anterior.** Como resultado de la discusión del grupo de expertos, se avanzó en la definición de la tipología de pacientes "azul: paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar y social" y se acordó seguir depurando el resto de perfiles.
- e. **Revisión de los perfiles propuestos y de las variables que discriminan su identificación.** Para llegar a la definición cerrada de los perfiles y a las variables que discriminan su "definición" se realizaron otros dos cuestionarios para recabar el criterio experto en dos momentos separados en el tiempo.

El primer cuestionario, perseguía recoger el *input* individual de cada miembro del grupo de expertos sobre los perfiles propuestos y la propuesta de variables que contribuyen a su definición (punto d). Una vez obtenidas las valoraciones de todos los miembros del grupo de expertos, SI-Health analizó y depuró los perfiles.

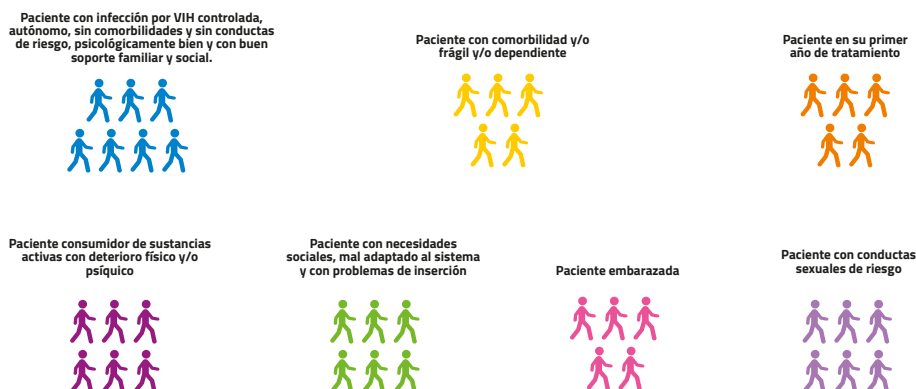
El siguiente paso se focalizó en analizar la predominancia de unas variables sobre otras en la definición de perfiles acordadas en la sesión grupal. Así, se definió un nuevo cuestionario con preguntas dicotómicas y de respuesta única que permitió afinar la definición de los perfiles y simplificar las variables propuestas dejando únicamente aquellas que eran significativas para la definición de los perfiles de pacientes con VIH trabajados en el marco del proyecto.

De este modo se concluyó que la variable consumo de drogas predominaba sobre cualquier otra variable, y por tanto marcaba el perfil de la tipología del paciente; o las variables comorbilidades, deterioro funcional y dete-

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

rioro cognitivo, eran definitorias del mismo perfil de paciente, entre otras. Como resultado final, se han identificado 7 perfiles y la propuesta de variables que determinan cada perfil.

▼ Figura 7. Perfiles de pacientes con VIH: resultado final.



Elaborado por SI-Health

- f. **Definición de las unidades de medida y valor para cada variable.** Para ello, se solicitó a cada miembro del grupo que identificara potenciales unidades de medida y su valor para cada una de las variables que se habían identificado. Una vez recopiladas todas las propuestas y siguiendo los principios de simplicidad, usabilidad y factibilidad en su implementación, se consensuaron los valores y las unidades de medida para cada variable.

A continuación, se detallan las definiciones y las variables de los 7 perfiles de pacientes con VIH definidos en el marco del proyecto.

▼ Tabla 1. Perfiles de pacientes y variables para su clasificación.

Perfil azul. Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien, con buen soporte social y familiar, con más de un año de tratamiento antirretroviral y sin presencia de deterioro cognitivo ni deterioro funcional.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	NO
Social	Apoyo social	SI
Conductual	Consumo activo de drogas	NO
	Conductas sexuales de riesgo	NO
Pluripatología	Comorbilidades	Sin comorbilidad
Situación inmunoviológica	Carga viral indetectable (>=6 meses)	SI
Medicación	<1 año en TAR	NO
Estado psicológico y cognitivo	Situación psicológica	El paciente no presenta un problema psicológico que requiera de atención específica
	Deterioro cognitivo	NO
Estado funcional y fragilidad	Capacidad funcional limitada	NO

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

Perfil amarillo. Paciente con comorbilidades y/o con deterioro cognitivo y/o deterioro funcional, sin embarazo, con apoyo social, no consumidor de drogas, ni presenta conductas sexuales de riesgo y lleva más de un año en tratamiento antirretroviral.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	NO
Social	Apoyo social	SI
Conductual	Consumo activo de drogas	NO
	Conductas sexuales de riesgo	NO
Pluripatología	Comorbilidades	SI
Medicación	<1 año en TAR	NO
Estado psicológico y cognitivo	Deterioro cognitivo	SI
Estado funcional y fragilidad	Capacidad funcional limitada	SI

Perfil morado. Paciente consumidor activo de sustancias (alcohol, drogas ilegales, psicofármacos) con dependencia física y/o psíquica, no embarazada y con más de un año en tratamiento antirretroviral.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	NO
Conductual	Consumo activo de drogas	SI
	Conductas sexuales de riesgo	NO
Medicación	<1 año en TAR	NO

Perfil verde. Paciente con necesidades sociales, en situación legal irregular, falta de apoyo familiar o red social y/o en situación económica precaria; no se encuentra embarazada; no consume drogas ni tiene prácticas sexuales de riesgo; sin comorbilidades, ni deterioro cognitivo, ni deterioro funcional y con más de un año en tratamiento antirretroviral.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	NO
Social	Apoyo social	NO
Conductual	Consumo activo de drogas	NO
	Conductas sexuales de riesgo	NO
Pluripatología	Comorbilidades	NO
Medicación	<1 año en TAR	NO
Estado psicológico y cognitivo	Deterioro cognitivo	NO
Estado funcional y fragilidad	Capacidad funcional limitada	NO

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

Perfil fucsia. Paciente embarazada, con apoyo social, no consumidora de drogas, no practica conductas sexuales de riesgo, sin comorbilidades, ni presencia de deterioro cognitivo y/o funcional, con carga viral indetectable y más de un año en tratamiento antirretroviral.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	SI
Social	Apoyo social	SI
Conductual	Consumo activo de drogas	NO
	Conductas sexuales de riesgo	NO
Pluripatología	Comorbilidades	NO
Medicación	<1 año en TAR	NO
Estado psicológico y cognitivo	Deterioro cognitivo	NO
Estado funcional y fragilidad	Capacidad funcional limitada	NO

Perfil lila. Paciente con conductas sexuales de riesgo, no embarazada, con apoyo social, no consumidor de drogas marginales, sin comorbilidades, ni deterioro cognitivo y/o funcional y con más de un año en tratamiento antirretroviral.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Demográfica	Embarazo	NO
Social	Apoyo social	SI
Conductual	Consumo activo de drogas	NO
	Conductas sexuales de riesgo	SI
Pluripatología	Comorbilidades	NO
Medicación	<1 año en TAR	NO
Estado psicológico y cognitivo	Deterioro cognitivo	NO
Estado funcional y fragilidad	Capacidad funcional limitada	NO

Perfil naranja. Paciente en su primer año de tratamiento contra el VIH tras el diagnóstico.

Dimensión	Variable	Unidad de medida
Medicación	<1 año en TAR	SI

g. **Desarrollo de una herramienta para la identificación automática de los perfiles.**

Una vez definidos los perfiles y seleccionadas las variables que discriminan a cada uno de los perfiles, se programó una herramienta que permite la clasificación de pacientes en uno de los 7 perfiles definidos, siempre y cuando cumpla con la definición del perfil. En caso contrario, la herramienta informa de que no puede clasificarse en ninguna de la tipología de paciente pre-definidas.

IV **Elaboración de la herramienta de estratificación de pacientes con VIH por complejidad**

La metodología aplicada para su elaboración ha sido la misma que para la definición de la herramienta de clasificación por perfiles de VIH (combinación de conocimiento experto individual, con iteraciones grupales y aporte metodológico por parte de un agente externo).

Las áreas que se han abordado han sido las siguientes:

- h. **Elaboración de un primer borrador de herramienta de clasificación de pacientes con VIH por complejidad.** En base a un borrador avanzado de las variables que determinan los perfiles y la complejidad de pacientes con VIH según el criterio experto del grupo de trabajo multidisciplinar, se presentó una propuesta de herramienta de estratificación de pacientes por complejidad que se sometió a discusión grupal. Posteriormente se solicitó que cada miembro del grupo realizara sus correspondientes aportaciones, valoraciones y sugerencias de cambio.
- i. **Análisis, depuración y redefinición de una versión avanzada de herramienta de estratificación de pacientes con VIH de complejidad.** A partir de las aportaciones individuales y del análisis de la capacidad discriminativa de variables, SI-Health analizó, sintetizó y depuró las aportaciones individuales, definiendo una nueva propuesta de herramienta de estratificación por complejidad. Esta propuesta se sometió a discusión grupal y se validó a expensas de ajustar los puntos de corte y los pesos de cada variable.
- j. **Identificación de los puntos de corte entre complejidad extrema, alta, media y baja.** Para ello, se definieron hasta un total de 45 combinaciones diferentes de pacientes y se solicitó a los miembros del grupo de expertos que los clasificaran según complejidad (extrema, alta, media o baja) aplicando su criterio clínico experto. En paralelo se aplicó la herramienta de complejidad a las 45 combinaciones de pacientes con VIH y se ajustaron los pesos y puntos de corte. El grado de coincidencia entre el criterio clínico y la herramienta de clasificación por complejidad fue de un 88,6%.

4.3 Resultado del trabajo

4.3.1 Clasificación de pacientes con VIH en perfiles diferenciados

Para la clasificación de pacientes con VIH en perfiles diferenciados se definió un cuestionario/formulario con 10 preguntas con respuesta dicotómica (SI / NO). La cumplimentación de este cuestionario permite clasificar a los pacientes con VIH que reúnen los criterios de alguno de los 7 perfiles definidos en su correspondiente perfil. Los pacientes que no cumplan criterios para ninguno de los 7 perfiles definidos, quedan fuera de la clasificación.

A continuación, se presenta el cuestionario para clasificar a los pacientes con infección por VIH en 7 perfiles:

▼ Tabla 2: Cuestionario/formulario para la clasificación por perfiles de pacientes con VIH:

Dimensión	Variable	
Demográfica	1. ¿La paciente está embarazada?	SI/NO
Social	2. ¿El/la paciente dispone de apoyo social?	SI/NO
Conductual	3. ¿El/la paciente consume drogas marginales o recreativas, y tiene dependencia física y psíquica	SI/NO
	4. ¿El/la paciente tiene conductas sexuales de riesgo (chemsex o prácticas sexuales de riesgo)?	SI/NO
Pluripatología	5. ¿El/la paciente presenta otros diagnósticos (comorbilidades) que limitan la función y/o la calidad de vida del paciente y que precisan de cuidados complejos coordinados?	SI/NO

Dimensión	Variable	
Situación inmunoviológica	6. ¿El/la paciente presenta carga viral indetectable por un periodo igual o superior a 6 meses?	SI/NO
Medicación	7. ¿El/la paciente se encuentra en su primer año de tratamiento antiretroviral (TAR)?	SI/NO
Estado psicológico y cognitivo	8. ¿El/la paciente presenta un problema psicológico que requiera de atención específica?	SI/NO
	9. ¿El/la paciente presenta un deterioro cognitivo que le limita la capacidad de gestionar sus cuidados?	SI/NO
Estado funcional y fragilidad	10. ¿El/la paciente presenta deterioro funcional que le dificulta la gestión de sus cuidados de forma autónoma?	SI/NO

Interpretación de los resultados:

Para facilitar su utilización y aplicación en la práctica clínica, desarrolló una herramienta con una pantalla principal que integra el cuestionario/formulario con las 10 preguntas y una pestaña de visualización para cada perfil. La herramienta permite clasificar automáticamente a los pacientes en uno de los 7 perfiles definidos, siempre y cuando se hayan respondido a las 10 preguntas. Si las respuestas no coinciden con ninguno de los perfiles, la herramienta informa de que es un paciente no clasificable en ninguno de los perfiles predefinidos.

Las pantallas de visualización de cada perfil de pacientes con VIH informan, de una forma gráfica y a nivel de perfil, de cuáles son las variables que coinciden o divergen con la información introducida en la herramienta, de modo que, si la respuesta al cuestionario es que el paciente en cuestión cumple criterios de “perfil paciente embarazada”, la única pantalla que se visualizará con un 100% de coincidencia será la pantalla del “perfil paciente embarazada”. Esta visualización es a través de un código de colores, siendo el color verde indicativo de coincidencia y el color rojo, indicativo de divergencia. De modo que en las pantallas de visualización de los perfiles se podrán observar rápidamente las variables que aplican para dicho perfil y las que no.

▼ Figura 8. Visualización de la herramienta de clasificación por perfiles

DIMENSIONES		VARIABLES		RESPUESTA		TIPOLOGÍA DE PERFIL DE PACIENTE		DIMENSIONES		VARIABLES		RESPUESTA		VARIABLES COINCIDENTES	
DEMOGRÁFICA		1. ¿La paciente está embarazada?		SI				DEMOGRÁFICA		1. ¿La paciente está embarazada?		SI			
SOCIAL		2. ¿El/la paciente dispone de los medios suficientes para cubrir sus necesidades de cuidados de su salud (domicilio fijo, soporte familiar o condiciones socioeconómicas que permitan la correcta ejecución del tratamiento y/o seguimiento clínico)?		NO				SOCIAL		2. ¿El/la paciente dispone de los medios suficientes para cubrir sus necesidades de cuidados de su salud (domicilio fijo, soporte familiar o condiciones socioeconómicas que permitan la correcta ejecución del tratamiento y/o seguimiento clínico)?		NO			
CONDUCTUAL		3. ¿El/la paciente presenta dependencia física y psíquica al consumo de drogas marginales o recreativas?		SI				CONDUCTUAL		3. ¿El/la paciente presenta dependencia física y psíquica al consumo de drogas marginales o recreativas?		SI			
PLURIPATOLÓGICA		4. ¿El/la paciente presenta conductas sexuales de riesgo (chexmos o prácticas sexuales de riesgo)?		NO				PLURIPATOLÓGICA		4. ¿El/la paciente presenta conductas sexuales de riesgo (chexmos o prácticas sexuales de riesgo)?		NO			
SITUACIÓN IMMUNOLÓGICA		5. ¿El/la paciente presenta otros diagnósticos (comorbidades) que limitan la función y/o la calidad de vida del paciente y que precisan de cuidados complejos coordinados?		NO				SITUACIÓN IMMUNOLÓGICA		5. ¿El/la paciente presenta otros diagnósticos (comorbidades) que limitan la función y/o la calidad de vida del paciente y que precisan de cuidados complejos coordinados?		NO			
MEDICACIÓN		6. ¿El/la paciente presenta carga viral indetectable por un periodo igual o superior a 6 meses?		NO		NARANJA		MEDICACIÓN		6. ¿El/la paciente presenta carga viral indetectable por un periodo igual o superior a 6 meses?		NO			
ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO		7. ¿El/la paciente se encuentra en tratamiento TAR durante un periodo superior o igual a 1 año?		NO				ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO		7. ¿El/la paciente se encuentra en tratamiento TAR durante un periodo superior o igual a 1 año?		NO			
ESTADO FUNCIONAL Y FRAGILIDAD		8. ¿El/la paciente presenta un problema psicológico que requiera de atención específica?		SI				ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO		8. ¿El/la paciente presenta un problema psicológico que requiera de atención específica?		SI			
		9. ¿El/la paciente presenta un deterioro cognitivo que le limita la capacidad de gestionar sus cuidados?		SI				ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO		9. ¿El/la paciente presenta un deterioro cognitivo que le limita la capacidad de gestionar sus cuidados?		SI			
		10. ¿El/la paciente precisa una capacidad funcional reducida que le dificulta la gestión de sus cuidados de forma autónoma?		SI				ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO		10. ¿El/la paciente precisa una capacidad funcional reducida que le dificulta la gestión de sus cuidados de forma autónoma?		SI			

Elaborado por SI-Health

DIMENSIONES	VARIABLES	RESPUESTA	VARIABLES COINCIDENTES
DEMOGRÁFICA	1. ¿La paciente está embarazada?	SI	
	6. ¿El paciente dispone de los medios suficientes para cubrir sus necesidades de cuidados de su salud (domicilio, soporte familiar o condiciones socioeconómicas) que permitan la la correcta ejecución del tratamiento y/o seguimiento clínico?	NO	
SOCIAL	3. ¿El paciente presenta dependencia física y psicológica al consumo de drogas marginales o nocivas?	SI	
	4. ¿El paciente presenta conductas suicidas de riesgo (chistes o prácticas suicidas de riesgo)?	NO	
CONDUCTUAL	5. ¿El paciente presenta otros diagnósticos (comorbidades) que limitan la función y/o la calidad de vida del paciente y que precisen de cuidados complejos coordinados?	SI	
PLURIPATOLOGÍA	6. ¿El paciente presenta carga viral indetectable por un periodo igual o superior a 6 meses?	NO	
SITUACIÓN	7. ¿El paciente se encuentra en tratamiento VAR durante un periodo superior o igual a 1 año?	NO	
MINIUNIVERSOLÓGICA	8. ¿El paciente presenta un problema psicológico que requiera de atención específica?	SI	
MEDICACIÓN	9. ¿El paciente presenta un deterioro cognitivo que le limita la capacidad de gestionar sus cuidados?	NO	
ESTADO PSICOLÓGICO Y COGNITIVO	10. ¿El paciente precisa una capacidad funcional reducida que le dificulte la gestión de sus cuidados de forma autónoma?	NO	
ESTADO FUNCIONAL Y FRAGILIDAD			

4.3.2 Clasificación de pacientes con VIH según su nivel de complejidad

La herramienta consiste en un cuestionario/formulario con 7 preguntas con opciones de respuesta. Una vez cumplimentado el formulario, éste clasifica automáticamente a los pacientes con VIH en un nivel de complejidad (extrema, alta, media o baja).

La definición de complejidad utilizada viene determinada por la combinación de variables y el peso otorgado a cada una.

A continuación, se presenta el cuestionario/formulario que permite la estratificación de pacientes según el nivel de complejidad.

▼ Tabla 3. Cuestionario/formulario para la clasificación de pacientes con VIH por complejidad.

Dimensión	Variable	Valor	Respuesta
Demográfica	Embarazo	Si	10
		No	0
Social	Apoyo social	Apoyo social deficiente, situación familiar irregular, falta de apoyo familiar o deficiente, red social y/o situación económica precaria	14
		Dispone de apoyo social suficiente	0
Conductual	Consumo de drogas	Consumo activo de sustancias (alcohol, drogas ilegales, psicofármacos...) con dependencia psíquica y/o física	15
		No consumo activo de sustancias	0
	Conductas sexuales de riesgo	Practica chemsex de forma frecuente	10
		Prácticas sexuales de riesgo	5
		No	0
Situación inmunoviológica	Tiempo desde el diagnóstico	Fracaso virológico que requiera TAR de rescate, toxicidad aguda o intolerancia al TAR	12
		Diagnóstico reciente (Inicio TAR <6 meses)	6
	Carga viral	Carga viral indetectable y buena tolerancia al TAR	0
Pluripatología	Comorbilidades	Cáncer activo, secuelas neurológicas, trasplante de órganos, EPOC severo y/o insuficiencia cardíaca avanzada	23
		Enfermedad activa o secuela médica que limite la función o la calidad de vida y que requiera cuidados complejos o coordinados	15
		Enfermedad activa o secuela médica que no limite la funcionalidad o la calidad de vida y que no requiera cuidados complejos o coordinados	5
		No	0

Modelos y herramientas de estratificación de pacientes con VIH

Dimensión	Variable	Valor	Respuesta
Estado psicológico y cognitivo	Estado psicológico, emocional y deterioro cognitivo	Diagnóstico psiquiátrico mayor y/o deterioro cognitivo que limite la capacidad de gestión de sus cuidados, la calidad de vida y precise de cuidados complejos coordinados	15
		Diagnóstico psiquiátrico leve o moderado y/o deterioro cognitivo leve/moderado que no limite su función, calidad y/o precise de cuidados coordinados	3
		Buena salud mental	0

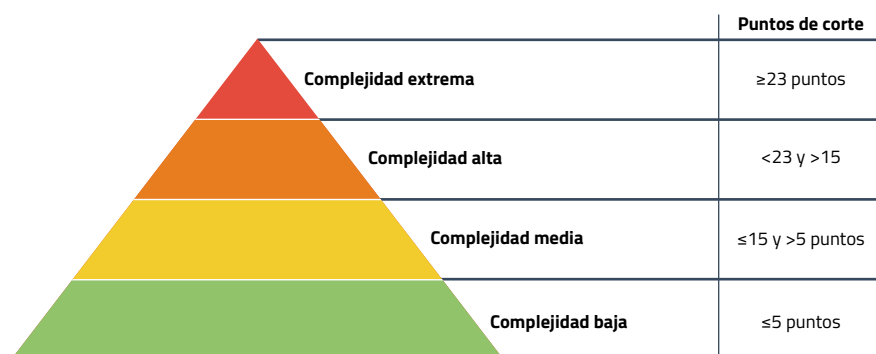
Interpretación de los resultados:

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada variable determinará la puntuación. La puntuación máxima es de 99 puntos. Esta puntuación se relaciona con el máximo nivel de complejidad.

La definición de los niveles de complejidad en los que se puede ubicar un paciente con VIH viene determinada por los siguientes rangos:

- Complejidad extrema: ≥ 23
- Complejidad alta: < 23 y > 15
- Complejidad media: ≤ 15 y > 5
- Complejidad baja: ≤ 5

▼ Figura 9. Pirámide de estratificación de pacientes con VIH según nivel de complejidad.



Elaborado por SI-Health

Sistema de estratificación
de pacientes con VIH

Oferta de cuidados

5

Oferta de cuidados

5.1 Beneficios y utilidades de definir las ofertas de cuidados

En este apartado se describe una primera aproximación de la oferta de cuidados adaptada a las necesidades de los perfiles y estratos de pacientes seleccionados. Los contenidos que se han trabajado para la definición de la oferta de cuidados son:

- I. **Cartera de cuidados**, es decir, los cuidados evidenciados que precisa el perfil de paciente elegido (cribados, vacunaciones, intervenciones preventivas, tratamientos y pruebas clínicas, intervenciones de autocuidado, educación y formación, etc.)
- II. **Dosis y periodicidad de los cuidados**, entendidos como la intensidad y frecuencia o periodicidad de cada uno de los cuidados indicados en la cartera.
- III. **Lugar y/o modalidad de atención**, en referencia a la estructura o nivel asistencial en el que se debería prestar el servicio, así como la modalidad (presencial/virtual) y en su caso, el rol profesional o la disciplina más indicada para prestarlo.

Además, identificar a los pacientes con mayores necesidades sobre los que actuar permitirá adecuar la intensidad de los cuidados al nivel de complejidad de los pacientes, y los recursos más especializados se podrán trasladar de los pacientes menos complejos a aquellos que más lo necesitan, mejorando la eficiencia de las organizaciones sanitarias y sociales.

Por otra parte, la definición de la oferta de cuidados adaptada a los distintos perfiles de pacientes ayudará a estandarizar los cuidados que, de acuerdo a la evidencia, deberían recibir estos pacientes. De esta forma, se personaliza la atención al establecer patrones de actuación diferentes adaptados a cada perfil, y se reduce la variabilidad promoviendo una mayor equidad en los cuidados independientemente del profesional o del entorno geográfico donde éstos se presten.

5.2 Proceso de trabajo

De los 4 niveles de complejidad definidos (extrema, alta, media y baja), se ha trabajado la oferta de cuidados de todos los niveles a excepción del estrato de extrema complejidad, quedando pendiente su definición en una fase posterior. Adicionalmente, el grupo multidisciplinar ha seleccionado un perfil de paciente con VIH sobre el que comenzar el trabajo de explicitación de su oferta de cuidados ideal.

Se seleccionó el perfil de “pacientes con infección por VIH controlada, autónomo, sin

comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar y social”, debido a que es un perfil mayoritario, susceptible de un abordaje diferente al realizado en la actualidad, donde la telemedicina y los nuevos roles o funciones de enfermería tienen un potencial de despliegue importante. No obstante, aunque estos 3 elementos han sido definidos para ambos ejercicios, la definición de la oferta de cuidados realizada para cada uno de los 3 estratos de complejidad es más genérica que la realizada con el perfil de “pacientes con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar y social”, dada la elevada heterogeneidad en la tipología de paciente que se pueden encontrar en un mismo estrato.

En cambio, al diseñar la oferta de cuidados de un perfil de paciente, su definición es mucho más detallada y exhaustiva, llegando incluso a analizar las variaciones que se podían producir en la oferta de cuidados con el paso del tiempo.

5.3 Resultado del trabajo

5.3.1 Oferta de cuidados

A continuación, se presenta la oferta de cuidados definida y consensuada por el grupo de trabajo para el perfil “pacientes con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar y social”:

Oferta de cuidados		Especialistas en VIH
General		La oferta de cuidados deberá ajustarse a lo establecido por las guías de GeSIDA sobre el tratamiento antirretroviral y sobre el seguimiento de los pacientes con VIH, tanto en tipo de actividad/exploración como en la periodicidad recomendada:
	Cartera de cuidados	■ Controles propios de la infección por VIH: analítica completa incluyendo carga viral de VIH, subpoblaciones linfocitarias, hematemetría básica, bioquímica básica, etc. ■ Medicación antirretroviral. (TAR) ■ Vacunaciones indicadas: VHA, VHB, VPH, neumococo, gripe, etc. ■ Cribado lúes y otras ITS: PCR CT+NG, sífilis, VHC, VHB, etc. ■ Si procede, cribado displasia anal. ■ Examen de salud general, control de TA y otras variables de riesgo cardiovascular (Framingham, REGICOR, ACC). ■ PPD/IGRA. ■ Cálculo de FRAX. ■ Autocuidado y educación sanitaria general y específica del VIH. ■ Participación en estudios observacionales/ensayos clínicos.
	Dosis/ Periodicidad	■ Revisión semestral o anual en recurso hospitalario y una en atención primaria
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en consulta hospitalaria/Unidad de VIH (Especialista VIH) y en AP. ■ Algunas actuaciones también pueden realizarse en las Unidades de ITS o en las Unidades de Medicina Preventiva. ■ Posibilidad de uso de telemedicina y formas alternativas de atención al paciente.
Hito que puede afectar a la oferta de valor: > 50 años sin comorbilidad	Cartera de cuidados	■ Realizar o repetir cribado de cáncer de colon, mama, próstata, evaluación RCV (escala) y evaluación riesgo de fracturas (escalas y densitometría).
	Dosis/ Periodicidad	■ Según recomendaciones para cada tipología de cribado.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en consulta hospitalaria/Unidad de VIH (Especialista VIH) y en AP. ■ Apoyo de enfermera de práctica avanzada (EPA)

PCR (reacción en cadena de la polimerasa)

CT (*Chlamydia trachomatis* -en cursiva)

NG (*Neisseria gonorrhoeae*-en cursiva)

TA (tensión arterial)

IGRA ("Interferon gamma release assay" en cursiva)

ITS (Enfermedades de transmisión sexual)

RCV (riesgo cardiovascular)

AP (Atención Primaria)

EPA (enfermería de práctica avanzada)

PPD (Prueba cutánea de derivado proteico purificado)

CAD (Centro de atención a drogodependencias)

HCE (Historia clínica electrónica)

TNC (Trastorno neurocognitivo)

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados	Especialistas en VIH	
Hito que puede afectar a la oferta de valor: Comorbilidad no grave	Cartera de cuidados	■ Controles y cuidados específicos que exija la comorbilidad.
	Dosis/ Periodicidad	■ No existe un consenso claro en relación con la periodicidad de esta oferta de valor.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Especialista VIH/EPA/AP u otros especialistas
Hito: ITS	Cartera de cuidados	■ Mismos cuidados generales, pero añadiendo cribados más frecuentes de ITS (cada 3-6 meses). ■ En caso de VHC se deberían realizar todas las pruebas para valorar tratamiento de VHC.
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 3-6 meses para ITS.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Unidad de VIH, Centros de ITS Y CAD. ■ Participación del especialista en VIH, enfermería y psicólogo.
Hito: Pérdida de control virológico	Cartera de cuidados	■ Control de la adherencia y búsqueda de potenciales interacciones. Buscar motivos para la mala adherencia. ■ Realizar estudio de resistencias del VIH a criterio del médico responsable.
	Dosis/ Periodicidad	■ En función de la evolución de la carga viral y de la causa de la pérdida de control virológico.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Unidad VIH (médico + enfermería) y especialistas hospitalarios o de zona.

Oferta de cuidados	Farmacia	
General	Cartera de cuidados	■ Información del tratamiento. ■ Control adherencia e interacciones. ■ Educación sanitaria.
	Dosis/ Periodicidad	■ Revisiones cada 4 meses el primer año salvo la primera al mes de iniciar tratamiento. Luego semestrales. ■ Dispensación mensual los primeros 6 meses. Luego dispensación trimestral . ■ Revisión adherencia mensual los primeros 6 meses. Luego trimestral. ■ Revisión interacciones semestral.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Revisión conjunta infecciosas - farmacia. ■ Consulta de Farmacia Hospitalaria. ■ Teleconsulta.
Hito: Fallos adherencia	Cartera de cuidados	■ Entrevista motivacional/Refuerzo conductual. ■ Control de adherencia.
	Dosis/ Periodicidad	■ Trimestral-semestral.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Revisión conjunta entre farmacia-infecciosas.

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados		Enfermería
General	Cartera de cuidados	■ Cribados ITS, citologías vaginal y anal, visita ginecología en caso de mujeres, densitometrías, etc. ■ Valoración de calendario de vacunación. ■ Gestión y coordinación del continuo de cuidados, informando de los recursos comunitarios (ONGs) y actividades específicas, AP, informar sobre las actividades comunitarias generales que potencien la red social. ■ Intervenciones de autogestión y formación. ■ Intervenciones preventivas.
		■ No existe un consenso claro en relación a su periodicidad
	Dosis/ Periodicidad	
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta enfermera de Unidad de VIH: Presencial o Telemedicina. ■ Consulta enfermera de Atención Primaria. ■ Consulta enfermera de Unidad de ITS.
Hito: ITS	Cartera de cuidados	■ Diagnóstico y tratamiento ITS. ■ Educación para salud en prácticas más seguras reducción de riesgo.
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 3 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta enfermera: educación para salud en prácticas más seguras reducción de riesgo.
Hito: nueva pareja afectiva sexual	Cartera de cuidados	■ <i>Counselling</i> de pareja serodiferente: Información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja.
	Dosis/ Periodicidad	■ Una visita inicial y posteriormente cada 6 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta enfermera: educación para salud en prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgo. ■ Inicialmente presencial, los seguimientos pueden ser presenciales o por medio de telemedicina.

Oferta de cuidados		Atención Primaria
General	Cartera de cuidados	■ Cuidado compartido con el especialista hospitalario en aspectos relacionados con el VIH, de forma coordinada con el especialista hospitalario. ■ Seguimiento del paciente en aspectos no relacionados con el VIH. ■ Control medicación y adherencia. ■ Aplicar protocolos de seguimiento del paciente en aspectos no relacionados con el VIH: educación sanitaria y promoción de la salud (control de riesgo cardiovascular, obesidad, cáncer, estilos de vida, vacunas, prevención salud mental, etc.)
		■ No existe un consenso claro en relación a su periodicidad.
	Dosis/ Periodicidad	
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta presencial en Atención Primaria. ■ Médico de familia y enfermería de Atención Primaria en modalidad presencial y no presencial (correo, teléfono).

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados		Atención Primaria
Hito: Cambio menor en alguna de las características del paciente	Cartera de cuidados	■ En función del cambio: aplicar protocolos seguimiento en AP: valoración y supervisión de la medicación/adherencia y posibles interacciones, ayuda psicológica no especializada, refuerzo estilos de vida saludable, PAPPs (Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en AP).
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 3-6 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en AP (Médico de Familia y enfermería AP). ■ En la unidad VIH (enfermería, medicina) presencial-no presencial en función evento y recursos del paciente.
Hito: Conducta de riesgo puntual, comorbilidad no complicada o bien controlada, evento en la esfera psicológica, cambio de situación familiar social no compleja, cambio menor en alguna de las características del paciente.	Cartera de cuidados	■ Aplicar los controles y cuidados específicos que exija la comorbilidad según protocolos de seguimiento en AP. ■ Tratamiento adecuado farmacológico y no farmacológico. ■ Monitorizar respuesta e interacciones.
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 3-6 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Médico de Familia y enfermería AP. ■ Unidad VIH (enfermería, medicina). ■ Unidad salud mental.
Oferta de cuidados		Psicología
General	Cartera de cuidados	■ Valoración inicial por especialistas en VIH y si se produce derivación serían los psicólogos/pares quienes establecerían la intervención y la frecuencia de los cuidados en función de la gravedad. ■ La valoración se debe realizar mediante alguna medida reportada por el paciente o a través de una entrevista clínica de un profesional de psicología. ■ La intervención recomendable sería: psicólogo/a, apoyo de pares (si hay en el hospital y/o derivación a ONG o centro comunitario).
	Dosis/ Periodicidad	■ En función de la evaluación. ■ A demanda y anualmente si estable, como refuerzo, pudiendo estas últimas ser no presenciales.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Hospital y centro comunitario. ■ Psicólogo/a, apoyo de pares. ■ ONGs, casas de acogida, etc.

5.3.2 Oferta de cuidados para segmentos

A continuación, se presenta la oferta de cuidados definida y consensuada por el grupo de trabajo multidisciplinar para cada uno de los estratos de complejidad:

Complejidad baja

Oferta de cuidados		Complejidad baja
Especialistas en VIH	Cartera de cuidados	Revisión Clínica VIH según protocolo:
		■ Vacunaciones que estén indicadas. ■ Cribados que estén indicados (RCV, ITS, oncológicos). ■ Control TAR . ■ Pruebas de laboratorio y otras pruebas complementarias. ■ Autogestión y formación.
		■ No existe un consenso claro en relación a su periodicidad.
Enfermería	Lugar/ modalidad de atención	■ Puede darse un cuidado compartido, en el que el paciente sea visto alternativamente por el especialista hospitalario y en AP. ■ Puede alternarse el modelo presencial y no presencial (telemedicina).
		■ Cribados de ITS, citologías vaginal y anal, visita ginecología en caso de mujeres, densitometrías, etc. ■ Valoración de calendario de vacunación. ■ Gestión y coordinación del continuo de cuidados, informando de los recursos comunitarios (ONGs) y actividades específicas que potencien la red social.
		■ Anual
Farmacia	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta enfermera de Unidad de VIH: Presencial o Telemedicina. ■ Consulta enfermera de Atención Primaria. ■ Consulta enfermera de Unidad de ITS.
		■ Información del tratamiento. ■ Control de Adherencia. ■ Revisión de medicación concomitante y detección de interacciones. ■ Conciliación al ingreso/alta. ■ Seguimiento de la seguridad del tratamiento. ■ Educación sobre el régimen terapéutico.
		■ Anual
Atención Primaria	Lugar/ modalidad de atención	■ Seguimiento del paciente en aspectos no relacionados con el VIH y relacionadas con el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).
		■ No existe un consenso claro en relación a su periodicidad.
		■ Consulta presencial en Atención Primaria, en coordinación con la Unidad de VIH/Hospital. ■ Otras formas si estable. ■ Seguimiento compartido entre hospital y AP (previo pilotaje).

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados		Complejidad baja
Psicología	Cartera de cuidados	■ Educación y formación en autogestión de la salud. ■ Valoración de la situación psicológica en relación con el diagnóstico y el estigma percibido.
	Dosis/ Periodicidad	■ Según programa de auto-gestión de la salud establecido. ■ El primer año de diagnóstico e inicio TAR debe hacerse un seguimiento. ■ Apoyo de pares, en el hospital si es posible. En ese caso, en cada visita, sobre todo en el primer año.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en el Hospital o Centros comunitarios. ■ Una vez establecidas las conductas el seguimiento puede realizarse de forma no presencial (telemedicina). Presencial en Consultas de AP.
Geriatría	Cartera de cuidados	■ No aplica
	Dosis/ Periodicidad	■ No aplica
	Lugar/ modalidad de atención	■ No aplica

Complejidad media

Oferta de cuidados		Complejidad media
Especialistas en VIH	Cartera de cuidados	■ Revisión HCE (hospital y primaria) y conciliación medicación en cada visita. ■ Vacunaciones que estén indicadas. ■ Cribados que estén indicados (RCV, ITS, oncológicos). ■ Control TAR, adherencia y vigilar potenciales interacciones. ■ Pruebas de laboratorio y otras pruebas complementarias. ■ Autocuidado, educación y formación. ■ Tratamiento y prevención de comorbilidades.
	Dosis/ Periodicidad	■ Revisión semestral.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Mayor protagonismo de la atención hospitalaria en colaboración con AP y otros especialistas (enfermería, farmacia, psicología, etc). ■ Gran importancia del especialista en VIH, especialmente en las primeras etapas o en los cambios de estatus (medicación o comorbilidades). Conexión fluida con AP que puede ir ganando protagonismo en pacientes con progresiva mejoría o disminución de complejidad. El papel de la enfermería también es muy importante. ■ Modalidad de atención presencial. ■ Presencial y no presencial (telemedicina).

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados		Complejidad media
Enfermería		Enfermería Unidad VIH:
	Cartera de cuidados	■ Intervenciones de autocuidado y reducción de riesgos. ■ Educación y formación sobre los déficits identificados: por ejemplo, consumo de drogas, ofrecer información que le permita reducir riesgos de sobredosis, interacciones y problemática social secundaria al consumo abusivo etc. ■ Derivación a otros recursos especializados.
	Dosis/ Periodicidad	Enfermera de Geriátrica:
Farmacia		■ Cribados de grado de fragilidad, pruebas clínicas, etc.
	Dosis/ Periodicidad	Cada 6 meses o según demanda.
	Lugar/ modalidad de atención	Siempre presencial: ■ Consulta enfermera de Unidad de VIH. ■ Derivaciones a ONGs, Psicología, Psiquiatría, etc.
Atención Primaria	Cartera de cuidados	■ La cartera de cuidados de complejidad baja más: ■ Desarrollar vías de comunicación rápidas con el paciente y su entorno. ■ Información sobre adherencia /interacciones actuales ■ Coordinación con otros Servicios como los Servicios sociales.
	Dosis/ Periodicidad	■ 4-6 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Servicio de Farmacia de Hospital.
Psicología	Cartera de cuidados	■ Seguimiento del paciente en aspectos no relacionados con el VIH y comorbilidades. ■ Revisión según protocolo: intervenciones preventivas, control tratamientos, autogestión y formación.
	Dosis/ Periodicidad	■ Revisión semestral.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta presencial en el Centro de Salud.
Geriátrica	Cartera de cuidados	■ Refuerzo de estrategias de auto-gestión de la salud. ■ Soporte psicológico y/o de pares en función de las variables que presenten.
	Dosis/ Periodicidad	■ Trimestral, aunque será variable en función de los condicionantes de complejidad que presenten los pacientes.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en Hospital o Centros Comunitarios. ■ Posibilidad seguimiento no presencial (telemedicina) si existe el servicio (sea sanitario o comunitario). ■ Centros de Salud.
Geriátrica	Cartera de cuidados	■ Valoración geriátrica integral y plan de cuidados.
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 2 años o si cambios en la velocidad de la marcha.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en Hospital. ■ Centro de salud.

Oferta de cuidados

Complejidad alta

Oferta de cuidados		Complejidad alta
Especialistas en VIH	Cartera de cuidados	- Programa terapéutico individualizado (además de lo establecido en complejidad media y baja). - Apoyo social y dependencia.
	Dosis/ Periodicidad	No existe un consenso claro en relación a su periodicidad.
	Lugar/ modalidad de atención	- Presencial en Unidad de VIH hospitalaria y buena conexión con AP, enfermería, farmacia, psicología y trabajador/a social. También con geriatría en pacientes mayores y/o frágiles. - El concurso del especialista en VIH es básico, así como la participación de otros profesionales de apoyo como AP, enfermería, psicología, y ONGs - El itinerario de atención sanitaria de estos pacientes es complejo y afecta a varios profesionales sanitarios, por lo que la figura de un "gestor" o facilitador es muy importante.
Enfermería	Enfermería Unidad VIH: - Intervenciones en prevención terciaria (recomendaciones de dieta en osteopenia, estrategias de actividades de sociabilización). - Refuerzo sobre la polimedicación, intervenciones enfocadas al autocuidado.	
	Cartera de cuidados	Enfermera de AP: - Valoración y seguimiento sobre comorbilidades y problemática social. - Refuerzo sobre la polimedicación. - Aplicar PAPPs. Enfermera de Geriatría: - Valoración de fragilidad y grado. - Intervenciones educación para salud en preventivas terciarias.
	Dosis/ Periodicidad	Cada 3 meses o según demanda.
Farmacia	Lugar/ modalidad de atención	Siempre presencial: - Consulta enfermera de Unidad de VIH. - Consulta enfermera de Atención Primaria. - Consulta enfermera de Geriatría.
	Cartera de cuidados	- La cartera de cuidados de complejidad media más. - Derivación a otros profesionales. - Seguimiento especial del paciente en su contacto con el sistema sanitario. - Herramientas específicas de formación.
	Dosis/ Periodicidad	3 meses.
	Lugar/ modalidad de atención	Servicio de Farmacia de Hospital / Infecciosas / Urgencias / Primaria.

Oferta de cuidados

Oferta de cuidados		Complejidad alta
Atención Primaria	Cartera de cuidados	■ Seguimiento del paciente en aspectos no relacionados con el VIH, aplicando los controles y cuidados que exija la comorbilidad. ■ Revisión según protocolo: intervenciones preventivas, control tratamiento, autogestión y formación.
	Dosis/ Periodicidad	■ Cada 3 meses. ■ A demanda.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Consulta presencial en el Centro de Salud.
Psicología	Cartera de cuidados	■ Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en función de puntuación y factores de vulnerabilidad. ■ Terapia neurocognitiva si el paciente presenta TNC. ■ Apoyo de pares. ■ Soporte de Trabajo social en función de necesidades sociales.
	Dosis/ Periodicidad	■ Al alta en el estrato de complejidad alta y personalización de la atención según necesidades.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Intervención con entrevista en Hospital, Centros Comunitarios y Atención Primaria. ■ Posibilidad seguimiento no presencial (telemedicina) en función de características.
Geriatría	Cartera de cuidados	■ Valoración geriátrica integral y plan de cuidados.
	Dosis/ Periodicidad	■ Al diagnóstico y 1 vez al año.
	Lugar/ modalidad de atención	■ Presencial en Hospital.

6

Conclusiones y próximos pasos

Las herramientas de clasificación de pacientes y las ofertas de cuidados diseñadas en este proyecto tratan de poner los cimientos para que las organizaciones sanitarias encargadas de los cuidados de pacientes con VIH en España avancen en la construcción de un modelo de cuidados del VIH más adaptado a la cronicidad. No obstante, este es un documento dinámico y debe considerarse como el punto de partida para avanzar en la adecuación de los cuidados a los diferentes segmentos y perfiles de pacientes, trabajar la multidisciplinariedad en su atención y lograr reducir la variabilidad clínica existente en España en el cuidado de estos pacientes.

Como Sociedad Científica, la intención de GeSIDA ha sido contribuir a la realización de un primer ejercicio de diferenciación de perfiles de pacientes con VIH para poder disponer de una clasificación homogénea de los mismos en cualquier unidad de VIH del territorio español (bien según el nivel de complejidad, bien de acuerdo a característica/s concretas que presentan los diferentes perfiles de pacientes con VIH). A partir de aquí, se va a trabajar en testar la herramienta con pacientes reales y con Organizaciones de pacientes para validar su eficacia explicitando la oferta de cuidados adaptada al resto de perfiles identificados, así como a otros que pudieran ser de interés con el objetivo de implementar los mejores itinerarios de cuidados posibles para cada uno de los perfiles en las distintas unidades de VIH de nuestro país.

Por su parte, la herramienta de estratificación de pacientes con VIH en base a complejidad permitirá adecuar la intensidad de los cuidados al nivel de complejidad de estos pacientes, ayudando a optimizar los recursos disponibles en las distintas unidades de VIH de España. Los próximos pasos en este sentido, serán testar la herramienta con pacientes reales para validar los puntos de corte que determinan, con una mayor exactitud y adecuación a la práctica diaria, los distintos niveles de complejidad.

Por tanto, este camino, al igual que lo ya trabajado en este proyecto, se realizará con el consenso y la colaboración de todos los agentes y disciplinas involucradas en los cuidados de los pacientes con VIH. Esta visión multidisciplinar permite enriquecer el debate con enfoque más global y aporta un gran valor añadido a las reflexiones estratégicas, rompiendo las fronteras existentes entre especialidades y favoreciendo la integración y colaboración de las distintas disciplinas que, unidas, ofrecen mejores prestaciones y cuidados al conjunto de pacientes con VIH.

7

Anexo. Revisión de experiencias de estratificación de pacientes

I. Pirámide de Kaiser (1):

La estratificación de riesgos significa la clasificación de las personas en categorías, de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud.

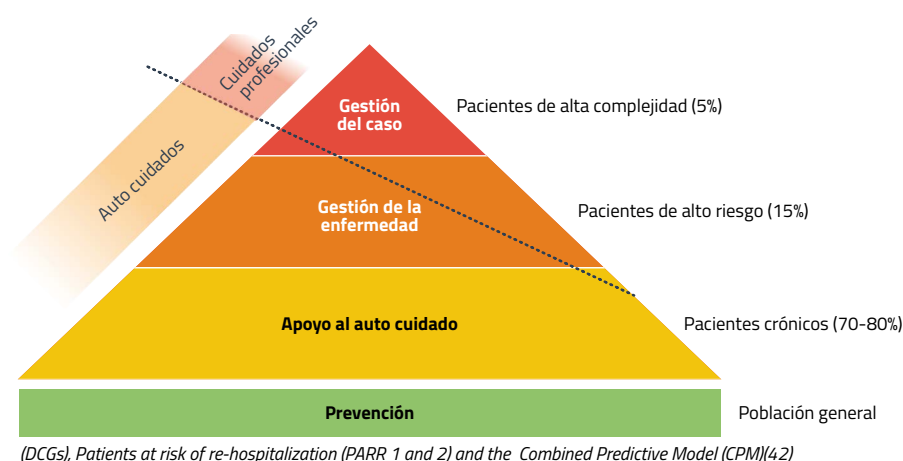
El sistema más ampliamente utilizado para la estratificación se conoce como la Pirámide de Kaiser (Figura 10), desarrollada por Kaiser Permanente en los Estados Unidos, para clasificar a pacientes en tres categorías de niveles de intervención, dependiendo de su nivel de complejidad (1). En la base de la pirámide, Kaiser ubica a los miembros sanos de la población para los que la prevención y el diagnóstico temprano de la enfermedad son las prioridades. En el segundo nivel, donde las personas tienen algún tipo de enfermedad crónica, el interés se orienta al autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios. En el tercer nivel, a pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total) se les asignan planes de cuidado guiados por proyectos de gestión de caso diseñados para reducir el uso inadecuado de servicios especialistas y evitar ingresos hospitalarios.

Con independencia del enfoque, el paso inicial es la recopilación y análisis de bases de datos de costos, datos clínicos y demográficos para establecer, para una persona concreta o grupo de personas, el riesgo de sufrir una enfermedad específica o un incidente asociado con el deterioro de su salud.

La técnica de estratificación de riesgos nació debido a razones económicas, a medida que las empresas aseguradoras comenzaron a utilizarla para crear diferentes productos o primas, de acuerdo con el perfil de riesgo de sus clientes, a la vez que evitaban la introducción de modelos que rechazaban personas a causa de afecciones previas. En los sistemas sanitarios públicos, el ajuste y estratificación de riesgos permite la asignación diferencial de servicios y actividades sanitarias (preventiva, correctora o compensatoria) y recursos, con el fin de evitar una sobrecarga grave del sistema. En pocas palabras, los modelos de estratificación de riesgos permiten la identificación y gestión de personas que precisan las actuaciones más intensivas, tales como personas ancianas con múltiples afecciones complejas. En estos casos en particular, la estratificación busca

evitar ingresos hospitalarios no programados, optimizar la asignación de recursos, promover el autocuidado del paciente, priorizar la intensidad de intervenciones en todos los entornos e incluso puede usarse para seleccionar participantes en ensayos clínicos.

▼ Figura 10. Pirámide de estratificación de pacientes de Kaiser Permanente



Adaptado de Gobierno Vasco, 2012.

Con el tiempo, el modelo de Kaiser se ha adaptado en distintos contextos, enfermedades y con distintos propósitos. Hoy en día, en la literatura médica existen numerosos ejemplos de herramientas que permiten estratificar o clasificar a los pacientes que presentan características o rasgos comunes. A continuación, se presentan algunos sistemas de estratificación y modelos de predicción existentes en VIH, así como en otras enfermedades que pueden resultar de interés.

II. Modelo de estratificación de pacientes VIH de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (2):

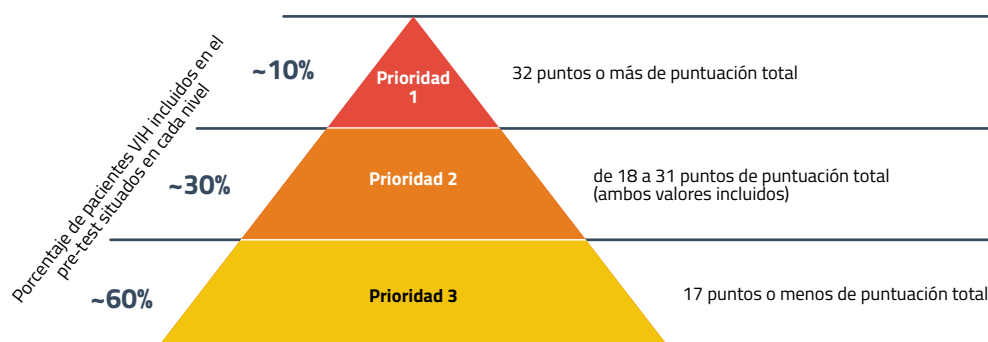
La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) diseñó el “Modelo de Selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH” con el objetivo de ofrecer una atención farmacéutica centrada en las necesidades del paciente VIH.

El modelo consta de 21 variables, cada una asociada a un peso relativo que varía entre 1 y 4 en función de su importancia para la medición del riesgo global del paciente. Estas variables se agrupan en 4 tipos: demográficas; sociosanitarias y del estado cognitivo y funcional; clínicas y de utilización de servicios sanitarios; y variables relacionadas con la medicación.

Mediante la suma total de las puntuaciones obtenidas en cada variable, el modelo clasifica a los pacientes con VIH en 3 niveles de riesgo, lo que permite adaptar las intervenciones farmacéuticas a las necesidades de cada estrato en base a dos elementos fundamentales:

- La intensidad de las actuaciones farmacéuticas relativas al seguimiento farmacoterapéutico y a la formación y educación de los pacientes.
- La periodicidad del seguimiento farmacoterapéutico del paciente, que se establece en 1-2 meses para los pacientes con mayor riesgo, 3-4 meses para los pacientes de riesgo medio y entre 6-8 meses para los pacientes de menor riesgo.

▼ Figura 11. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica al paciente VIH



Adaptado de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

De esta forma, el modelo permite optimizar los recursos y garantizar una atención farmacéutica más personalizada, especialmente en relación a la adherencia y a la adecuación y conciliación de los tratamientos.

III. Modelo de estratificación de riesgo de supervivientes de cáncer en el Reino Unido (3,4,5):

El Modelo de estratificación de riesgo de supervivientes de cáncer en el Reino Unido se puso en marcha debido a diversos factores que estaban provocando un descenso en la calidad de la atención:

- La creciente demanda de acceso a los servicios sanitarios motivada por el incremento en la incidencia y en las tasas de supervivencia.
- La elevada presión asistencial a causa de la falta de recursos para satisfacer esta creciente demanda.
- La dificultad para garantizar los tiempos de acceso y el descenso en la calidad de la atención prestada a los pacientes.
- La ineficiente utilización de los recursos disponibles debido a la falta de personalización de los cuidados, ya que el modelo asistencial no discriminaba las distintas

necesidades de este amplio y heterogéneo grupo de pacientes. A modo de ejemplo, existían muchas citas de seguimiento que se programaban únicamente para transmitir el resultado de una prueba.

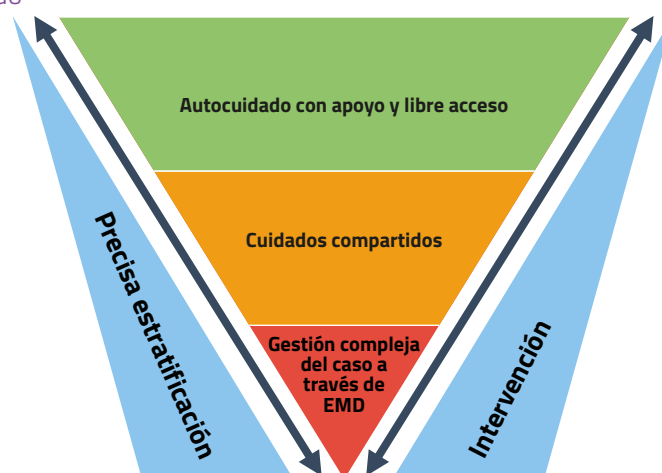
Con el objetivo de dar respuesta a estos problemas, se introdujo un sistema de estratificación de riesgo para los supervivientes de cáncer que ayudase a reducir la demanda en los servicios y mejorar su productividad.

El modelo utiliza un total de 5 variables: nivel de riesgo asociado con el tipo de cáncer; efectos a corto y largo plazo del tratamiento; impacto de otras comorbilidades; capacidad del paciente para manejar su salud; y nivel de participación profesional requerido.

Mediante la suma total de las puntuaciones obtenidas en cada variable, el modelo clasifica a los supervivientes de cáncer en 3 categorías según la necesidad de apoyo especializado, y adecúa el modelo asistencial a las necesidades de cada categoría:

- Los pacientes con menores necesidades son formados en autocuidado y seguidos mediante un modelo "a distancia", pero manteniendo un acceso libre a los servicios en el caso de que surja cualquier eventualidad.
- Los pacientes con necesidades "medias" reciben el seguimiento en un modelo de cuidados compartidos (paciente/profesional), mediante el uso de RRHH menos especializados y sistemas de telemedicina.
- Por último, los pacientes con mayores necesidades continúan recibiendo un seguimiento estrecho en consulta por medio de equipos multidisciplinares.

▼ Figura 12. Modelo de estratificación de riesgo de supervivientes de cáncer en el Reino Unido



Adaptado del National Health Service (NHS)

Gracias a este sistema de estratificación, se ha conseguido trasladar gran parte de la actividad hacia el modelo de autocuidado y de cuidados compartidos, liberando a los oncólogos para que puedan dedicar más tiempo a los pacientes que más lo necesitan (recién diagnosticados, pacientes en tratamiento o los supervivientes complejos).

En consecuencia, se estima que solo en Inglaterra se han obtenido unos ahorros netos de £90 millones en 5 años, además de otros muchos beneficios que se enumeran a continuación:

- Los supervivientes complejos tienen un control más estrecho de los equipos, tanto en frecuencia como en tiempo en consulta.
- Se reducen los tiempos de espera para el acceso a los servicios oncológicos de los nuevos casos.
- Se mejora el empoderamiento y la autoeficacia percibida por los pacientes (autocuidado y detección de síntomas), especialmente los de los modelos de autocuidado y cuidados compartidos.
- Se reduce la demanda de ingresos no programados.
- Se reducen las pérdidas de seguimiento.
- Se producen mejoras significativas en la experiencia del paciente porque reciben más apoyo para manejar su enfermedad y no tienen que asistir a citas innecesarias para obtener resultados negativos en las pruebas de seguimiento.
- Permite la creación de redes de pacientes al agrupar pacientes con características comunes. A modo de ejemplo, al juntar en la sala de espera a los supervivientes vs recién diagnosticados vs en tratamiento, etc.
- Se reduce el *burnout* de los profesionales, e incrementa su satisfacción.

IV. Modelo de estratificación de riesgo de pacientes VIH en países en vías de desarrollo (6-13):

La respuesta al VIH en algunos países en vías de desarrollo sufre los mismos problemas que los expuestos para el cáncer en el ejemplo del Reino Unido: una demanda creciente, una elevada presión asistencial, una falta de personalización de los cuidados, etc.

Ante esta situación, varios países (Kenia, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Tailandia, Uganda, República Democrática del Congo, etc.) han introducido diferentes sistemas de estratificación para adaptar la intensidad de los cuidados a los diferentes grupos de pacientes y prestar una atención de mayor calidad.

Las variables más utilizadas para estratificar a los pacientes en estos países se pueden dividir en dos categorías fundamentales: las variables clínicas (estado del VIH y de la salud general, duración del tratamiento o los cuidados, adherencia y tolerancia al tratamiento, etc.) y las variables socioeconómicas y culturales (red de apoyo del paciente, modelo de cuidados preferido por el paciente, distancia entre el servicio sanitario y el domicilio del paciente, etc.).

En función del resultado obtenido en estas variables, se ajusta la intensidad de los cuidados adaptando la cartera de cuidados, la frecuencia del servicio, la localización o estructura desde donde se presta (hospital, atención primaria, comunidad o domicilio) y el rol profesional que presta el servicio (especialista en enfermedades infecciosas, especialista de atención primaria, enfermería, farmacéutico, trabajador comunitario, etc.).

Independientemente del tipo de estratificación y adaptación del modelo de cuidados utilizado en cada país, el uso de estos sistemas ha demostrado múltiples resultados positivos:

- Reducción del coste por paciente, a modo de ejemplo, un 11% en Sudáfrica (7) y hasta un 20% en Uganda (8).
- Reducción de los tiempos de espera y de la carga de trabajo de los profesionales sanitarios en Malawi (9).
- Menor probabilidad de morir, de pérdidas de seguimiento y de experimentar un rebote viral en Sudáfrica (7).
- Un meta-análisis de Cochrane observó una reducción de las pérdidas de seguimiento del 13,4% al 7,4%, y una reducción de la mortalidad del 8,4% al 2,8% (10).
- Varios modelos han reportado un descenso en el número de consultas médicas en centros especializados (clínicas y hospital). (11,12,13)

V. Modelo de clasificación de pacientes con VIH para cambiar el modelo de financiación del VIH en el Reino Unido (14):

A partir del año 2013, en UK comenzaron a clasificar a los pacientes con VIH en 3 grupos con el objetivo de abandonar el modelo tradicional de pago por actividad y sustituirlo por un sistema de pago por resultados. De esta forma, se evita que el pago de los pacientes ambulatorios se relacione únicamente con el volumen de actividad, y se recompensa a los proveedores de servicios eficientes.

A diferencia de los otros ejemplos de estratificación presentados, en este caso los pacientes se clasifican en tres grupos en base a las necesidades de "recursos sanitarios", y se establece un precio por paciente fijo para cada uno de estos grupos:

- Pacientes nuevos ($\approx 10\%$): Engloba a los pacientes que se encuentran en su primer año tras el diagnóstico o aquellos que se encuentren en su primer año de TAR.
- Pacientes estables ($\approx 80\%$): Engloba a los pacientes sin TAR estables y los pacientes con TAR estable durante más de un año.
- Pacientes complejos ($\approx 10\%$): Engloba a los pacientes que cumplen una serie de criterios que los convierten en pacientes con un mayor uso de recursos sanitarios (coinfectados con tuberculosis y en tratamiento antituberculoso; pacientes en tratamiento oncológico, pacientes con enfermedad avanzada o diagnóstico de sida, etc.).

VI. Herramienta pronóstica del fallo virológico en pacientes con VIH en tratamiento (15):

Se trata de una herramienta desarrollada utilizando datos retrospectivos almacenados en la HCE del Hospital General de Massachusetts y la clínica de VIH del Hospital Brigham and Women's (Estados Unidos), que predice el riesgo de fallo virológico a un año en pacientes con carga viral suprimida, con el objetivo de adecuar las intervenciones al nivel de riesgo de fracaso virológico de cada paciente. Los predictores del fallo virológico son: adherencia subóptima; recuento de CD4 <100/ μ L; abuso de alcohol y/o drogas; exposición previa a antirretrovirales; ausencia ≥ 1 consulta/cita; fallo virológico previo; y supresión virológica ≤ 12 meses.

La presencia de ≤ 1 , 2 a 3, o ≥ 4 de estos predictores clasifica a los pacientes en 3 grupos de riesgo:

- Riesgo bajo, con una tasa de fracaso virológico a un año del 3,0%,
- Riesgo medio, con una tasa de fracaso virológico a un año del 13,0%
- Riesgo alto, con una tasa de fracaso virológico a un año del 28,6%.

Esta herramienta se considera más útil que otras herramientas de predicción en VIH por los siguientes motivos:

- Los datos son accesibles: Las variables incluidas no son difíciles de recoger ya que suelen estar disponibles en la HCE.
- No requiere fórmulas complejas: Muchas herramientas de estratificación predictivas no se utilizan, en parte debido a su complejidad.
- Se puede utilizar en cualquier momento: Al contrario que otros sistemas, no predice el riesgo solo en el momento de la iniciación del TAR, sino que se puede hacer la predicción en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.
- Permite intervenir: Al predecir el riesgo de fallo virológico todavía hay tiempo para intervenir en el paciente. Otros sistemas predicen momentos más graves (progresión a sida, mortalidad, etc.) con menor margen de maniobra.

8

Bibliografía

1. Tusso, P., Huynh, D., Garofalo, L., Lindsay, G., Watson, H., & et al. (2013). The Readmission Reduction Program of Kaiser Permanente Southern California - knowledge transfer and performance improvement. *The permanente journal*, 17(3), 58*-63.
2. Morillo, R., Martínez, J., & Lázaro, A. (8 de mayo de 2015). Diseño y adaptación de un modelo de selección y estratificación de la AF al paciente VIH y/o VHC. Obtenido de https://gruposdetrabajo.sefh.es/ghevi/images/stories/documentos/jornadas/2015/EstratificacionCronicosVIH_VHC_JornadasActualizacion2015.pdf
3. NHS Improving Quality. (2013). Stratified cancer pathways: redesigning services for those living with or beyond cancer. Obtenido de <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/stratified-pathways-update.pdf>
4. NHS Improvement Cancer. (May de 2011). Effective follow up: Testing risk stratified pathways. Obtenido de <https://es.slideshare.net/NHSImprovement/effective-followup-testing-risk-stratified-pathways-cancer>
5. NHS Improvement. (2012). Stratified pathways of care... from concept to innovation. Obtenido de <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Stratified-Pathways-of-Care.pdf>
6. Duncombe, C., Rosenblum, S., Hellmann, N., Holmes, C., Wilkinson, L., & et al. (2015). Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Tropical Medicine and International Health*, 20(4), 430-447.
7. Long L, Brennan A, Fox MP et al. Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable art patients to nurses in South Africa: an observational cohort. *PLoS Med* 2011; 8: e1001055.
8. Babigumira JB, Castelnuovo B, LamordeMet al. Potential impact of task-shifting on costs of antiretroviral therapy and physician supply in Uganda. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:192.
9. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health* 2014; 19(8): 968-997. doi: 10.1111/tmi.12332.
10. Kredo T, Ford N, Adeniyi FB et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2013). (Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009987.pub2/abstract>).
11. Kipp, W., Konde-Lule, J., Saunders, L., & et al. (2012). Antiretroviral treatment for HIV in rural Uganda: two-Year treatment outcomes of a prospective health centre/community-based and hospital-based cohort. *Plos one*, 7(7), e40902.

12. Jaffar S, Amuron B, Foster S et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet* 2009; 374: 2080–2089.
13. Selke HM, Kimaiyo S, Sidle JE et al. Task-shifting of antiretroviral delivery from health care workers to persons living with HIV/AIDS: clinical outcomes of a community-based program in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 55: 483–490.
14. Government UK. <https://www.gov.uk/government/publications/hiv-outpatient-pathway-updated-guidance>
15. Robbins et al. Predicting Virologic Failure in an HIV Clinic. *Clin Infect Dis*. 2010 March 1; 50(5): 779–786.



Con el patrocinio científico de la SEIMC



Avalado por:



Avalado por:



Avalado por:



Con el aval de calidad y garantía de:

