

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

Proyecto National Policy





Avalado por:



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

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

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

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

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

ISBN: 978-84-09-47439-4

NP-ES-HVU-MONO-210001(v2) 01/2023

Citación sugerida:

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

Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47439-4

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



El equipo de trabajo multidisciplinar

Adrià Curran: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Alicia González Baeza: Psicóloga, profesora universitaria e investigadora. Universidad Autónoma de Madrid.

Antonio Antela López: Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Antonio Rivero Román: Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Carlos Dueñas Gutiérrez: Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Diana Pérez-Solero Gorostidi: Trabajadora Social. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Emma Fernández González: Enfermera experta en VIH. Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona.

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

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

Javier Sánchez-Rubio Ferrández: Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Getafe en Madrid.

José Antonio Pérez Molina: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Juan Berenguer: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

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

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

Margarita Ramirez Schacke: Enfermera experta en VIH. Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

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

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

Entidades comunitarias

Carmen Martín: coordinadora general de ACCAS en Cantabria.

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

Diego García: director Adhara/Sevilla Checkpoint.

Iván Zaro: coordinador Imagina Más en Madrid.

Jorge Garrido: director ejecutivo de Apoyo Positivo en Madrid.

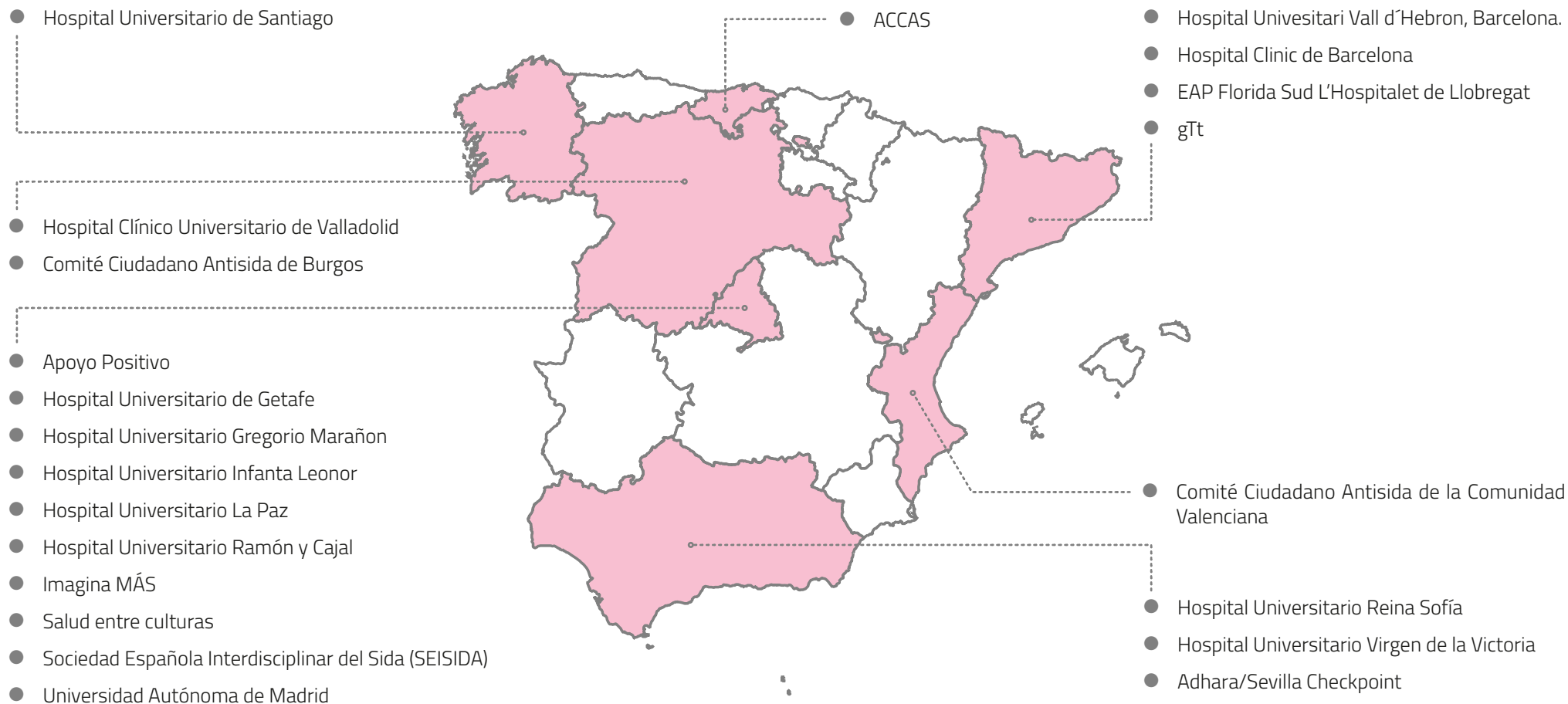
José Canales: coordinador del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana.

Juane Hernández: coordinador gTt en Barcelona.

Judit Beltrán de Otalora: Comité Ciudadano Antisida de Burgos.

Toni Poveda: director de Cesida en Madrid.

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo



Índice de contenidos




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

| | | | | | |
|---|-----------|---|-----------|--|-----------|
| El equipo de trabajo multidisciplinar | 3 | 3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención | 16 | Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad | 28 |
| Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo | 4 | Consolidado de alertas | 17 | Especialistas de atención hospitalaria | 29 |
| Introducción | 6 | 4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes | 18 | Enfermería | 32 |
| El contexto | 7 | 4.1 Envejecimiento prematuro | 19 | Farmacia hospitalaria | 35 |
| La metodología | 8 | 4.2 La gestión de fármacos y el "hartazgo del tratamiento" | 19 | Geriatría | 38 |
| Recomendaciones | 9 | 4.3 Brecha digital | 19 | Psicología | 41 |
| 1 Resultados finales a monitorizar | 9 | 4.4 Fragilidad y soledad | 19 | Trabajo social | 44 |
| Resultados finales clave a monitorizar en este perfil | 10 | 4.5 Sexualidad en este perfil | 20 | Especialistas de atención primaria | 47 |
| 2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado | 12 | 4.6 Dependencia | 20 | Anexo 2: Alertas por especialidad | 50 |
| Recomendaciones de prestación multidisciplinar | 13 | 5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales | 21 | Especialistas de atención hospitalaria | 51 |
| Consolidado de prestaciones (prestaciones propias) | 14 | Prestaciones transversales | 22 | Enfermería | 54 |
| Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes) | 15 | 6 Mecanismos de coordinación entre profesionales | 23 | Farmacia hospitalaria | 57 |
| | | Coordinación entre profesionales | 24 | Geriatría | 59 |
| | | 7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes | 26 | Psicología | 61 |
| | | Comunicación y conexión con el paciente | 27 | Trabajo social | 64 |
| | | | | Especialistas de atención primaria | 66 |
| | | | | Siglas y abreviaturas | 69 |

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 para el VIH tras el diagnóstico (paciente naranja).



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



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



Paciente embarazada (paciente fucsia).



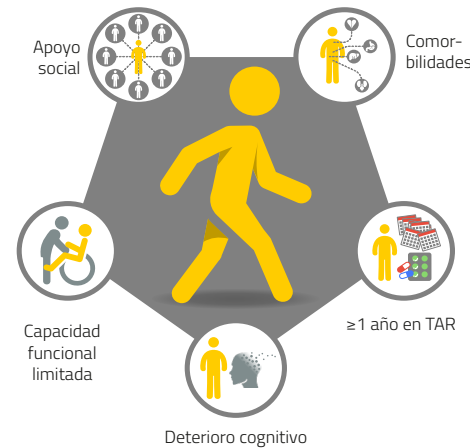
Paciente con prácticas sexuales de riesgo (paciente lila).

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



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

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



Estas recomendaciones incluyen:

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

4. *Otras recomendaciones con relación a este perfil.*
5. *Poniendo el foco en las prestaciones transversales.*
6. *Mecanismos de coordinación entre profesionales.*
7. *Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes.*

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

Compartir esta innovación local nos permitirá a todos **avanzar más rápido** en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la implementación del Modelo óptimo de atención a pacientes que viven con VIH en España.

La metodología

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.

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

Recomendaciones

1 Resultados finales a monitorizar

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

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

1 Resultados clínicos y de cuidados asociados al VIH.

- **Buen control virológico** de la infección por el VIH: carga viral indetectable.
- **Control de la tolerabilidad al TAR y gestión de la adherencia.**

2 Control de las comorbilidades.

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

3 Buena gestión de polifarmacia.

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

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

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

5 Atención a su fragilidad.

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

NOTA: La enumeración de los resultados que se muestra a continuación no atiende a ningún criterio de priorización. Se recogen los resultados que se consideran deben conseguir para mejorar la calidad de vida de un paciente AMARILLO.

6 Atención a la dependencia y otras necesidades de apoyo.

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

7 Desarrollo de actividad preventiva.

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

8 Seguimiento de estilo de vida y hábitos saludables.

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

9 Atención a su estado emocional y/o psicopatológico.

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

10 Atención a su estado cognitivo.

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

11 Máxima adecuación a cambio de perfil.

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

Recomendaciones

2 Estándar de prestación multidisciplinaria recomendado

Recomendaciones de prestación multidisciplinar

A continuación se presenta la **“recomendación de prestación multidisciplinar”** para los pacientes de este perfil en cualquier lugar del SNS. Esta recomendación incluye prestaciones propias de cada disciplina y prestaciones comunes o transversales.

- **Prestaciones propias:** se trata de aquellas prestaciones que se recomienda sean realizadas por la disciplina señalada. Se recogen, a continuación, sobre fondo blanco.

- **Prestaciones comunes o transversales:** se trata de aquellas prestaciones cuyo contenido involucra a diferentes disciplinas. Esto es, prestaciones que pueden ser desarrolladas por diferentes disciplinas aportando cada una de ellas diferente función, intensidad o momento de desarrollo.

En este caso, será más necesario, si cabe, por parte de los equipos multidisciplinarios locales trabajar la colaboración y coordinación “en equipo” que asegure el mejor

desarrollo local posible de estas prestaciones. Se recogen, a continuación, sobre fondo sombreado.

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

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

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)

Especialistas de atención hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

Enfermería

 Ver momento, lugar y modalidad

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

Farmacia hospitalaria

 Ver momento, lugar y modalidad

Conciliación de tratamiento en ingresos/altas.

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

Programas de tele-dispensación/teleasistencia.

Geriatría

 Ver momento, lugar y modalidad

VGI de todo paciente **frágil**.

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

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

Psicología

 Ver momento, lugar y modalidad

Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.

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


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

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

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

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

Trabajo social

 Ver momento, lugar y modalidad


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

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

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

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

Especialistas de atención primaria

 Ver momento, lugar y modalidad

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

Atención/seguimiento adaptado al grado de control.


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

Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...

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

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

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

Especialistas de atención hospitalaria  Ver momento, lugar y modalidad

Valoración de la calidad de vida del paciente.

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

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

Cribado psicológico.

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


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

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

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

Autocuidado y educación sanitaria general y específica de VIH.

Vacunación actualizada.

Enfermería  Ver momento, lugar y modalidad

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

Educación para la salud en hábitos saludables.

Evaluación **dependencia.**

Evaluación **estado cognitivo.**

Evaluación **psicológica.**

Evaluación **fragilidad.**


Identificar personas significativas o referentes para el paciente.

Educación y refuerzo sobre polimedicación.

Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.

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

Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre los equipos.

Farmacia hospitalaria  Ver momento, lugar y modalidad


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

Revisión de medicación potencialmente inapropiada.

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


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

Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico.

Geriatría  Ver momento, lugar y modalidad

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

Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.


Psicología  Ver momento, lugar y modalidad

Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).

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

Trabajo social  Ver momento, lugar y modalidad

Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales.

Especialistas de atención primaria  Ver momento, lugar y modalidad

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

Identificar personas significativas o referentes para el paciente.

Empoderar al paciente y cuidadores.

Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada.

Control de la adherencia y posibles interacciones.

Recomendaciones

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

Consolidado de alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión



Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus alertas

Especialistas de atención
hospitalaria

Enfermería

Farmacia hospitalaria

Geriatría

Psicología

Trabajo social

Especialistas de atención primaria

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Recomendaciones

4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes

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

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

Las recomendaciones de uso local que se recogen a continuación, han sido formuladas en base a la experiencia de este equipo de trabajo.

4.1 Envejecimiento prematuro

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

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

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

4.3 Brecha digital

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

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

4.4 Fragilidad y soledad

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

4.5 Sexualidad en este perfil

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

4.6 Dependencia

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

Recomendaciones

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales

Prestaciones transversales

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

Estas prestaciones transversales son las siguientes:

Prestaciones transversales

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

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

Identificar y monitorizar las alertas clave de este paciente.

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

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

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

Investigación.

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

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

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

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

Recomendaciones

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales

Coordinación entre profesionales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es evidente que **si no se comunican entre sí los profesionales**, las diferentes evaluaciones que puede requerir un paciente

en su proceso asistencial (cognitivas o emocionales, funcionales,...); así como las intervenciones que se realizan al paciente (nuevas prescripciones y actos clínicos) no lograrán el mejor impacto final en sus resultados finales y de la calidad de vida. Tampoco ayuda a la sostenibilidad ya que los actos clínicos, a menudo, se duplican.

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

Concedores de todo lo anterior, los integrantes de este equipo de trabajo han reflexionado sobre cuáles son algunos **facilitadores con los que se cuenta hoy para organizar la coordinación entre profesionales.**

Instrumentos y herramientas de coordinación entre profesionales que apoyan a los equipos o redes de atención locales en su tarea de mejorar los resultados finales de estos pacientes:

1. HCE compartida.

2. Reuniones de trabajo para articular la coordinación necesaria y poder hablar diferentes temas (intrahospitalaria, entre servicios, entre niveles de atención, con otros agentes comunitarios):

- Deberían ser **reuniones multidisciplinares y de carácter periódico**.
- Realizadas con **referentes comprometidos e identificados** con "nombre y apellido".
- **Con roles de equipo perfectamente definidos**.
- **Contenido:** que ayuden a dar forma a la intervención interdisciplinaria, a incorporar innovación y mejora en los equipos y a evaluar avances; además de sesiones clínicas compartidas, consultas de caso, etc.

3. Estas reuniones de trabajo pueden ser VIRTUALES Y PRESENCIALES. **Las áreas de trabajo virtuales tienen que ser "seguras" para compartir información, protocolos y acciones de coordinación. Hoy la tecnología ya permite hacer esto.**

4. Interconsultas entre atención primaria y Unidades funcionales del VIH. En relación a esta herramienta se detalla algunas características que hacen más útiles este instrumento (en base a la experimentación de los miembros de este equipo):

- Que exista un interlocutor bidireccional, por teléfono o correo electrónico.
- Que la respuesta se de dentro de las 24-48h desde la petición.
- Establecer horario (medicina, enfermería).
- Potenciar figura del referente médico en atención primaria. A modo de ejemplo, figura de enfermera gestora de casos como vínculo atención primaria/ atención hospitalaria.

5. Correo electrónico, teléfono y videoconferencia.

6. "Quién es quién": Disponer quién es el médico de atención primaria y el profesional "enlazador de cuidados" (teléfono, e-mail, etc...) para cada paciente de un área o sistema integrado.

7. Integración de todas las disciplinas clínicas en los equipos locales.

8. Rotaciones de enfermería. Aumento de las enfermeras de enlace y gestoras de caso, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, como vehículo de coordinación entre profesionales.

9. Establecer mecanismos de colaboración entre sector sanitario y otros profesionales y organizaciones sociales para promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, con especial foco en las poblaciones vulnerables.

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

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

12. Con el desarrollo de la salud digital, surgen instrumentos que facilitan la coordinación, al permitir distintas funcionalidades: histórico de los informes de salud del paciente, prospecto de los medicamentos que ha tomado o toma el paciente, buscadores de interacciones, consejos sobre adherencia, referencias a las entidades comunitarias más próximas, etc.

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

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

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

Recomendaciones

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes

Comunicación y conexión con el paciente

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Uso de correo electrónico y teléfono especialmente para solventar dudas sencillas y para comunicar con el cuidador o entorno social. Previamente a una visita presencial el teléfono es una buena herramienta para conectar.
2. Otros instrumentos ya consolidados: comunicación en papel, sugerencias *web*, *app*, *whatsapp*.
3. Entrevista personal y conversaciones presenciales con los pacientes. Se recomienda :
 - Que en la conversación se procure una comunicación directa, personal, empática, centrada en las soluciones y el soporte emocional.
 - Que la persona que comunique con el paciente y el entorno tenga capacidad empática y formación estratégica de asesoramiento.
4. Entrevista con familiares o cuidadores útiles durante la fase de seguimiento de los pacientes.
5. Posibilitar y potenciar el acceso a la información por parte del usuario como elemento para promover una comunicación con el paciente. Nos referimos a diagnósticos activos, plan de medicación, resultado de exploraciones complementarias, informes clínicos, calendario de vacunación, como elemento para promover una comunicación.
6. Implementar programas de atención no presencial garantizando su sostenibilidad en el tiempo (telefónica, correo electrónico, videollamadas).
7. Implementar telemedicina y consultas virtuales.
8. Desarrollar instrumentos de *e-health* para atender demandas que le pueden surgir al paciente durante su proceso asistencial y también para su monitorización. A modo de ejemplo: *app* informáticas para teléfonos que permitan evaluaciones estandarizadas en VIH, QoL y determinadas comorbilidades, con alarmas preestablecidas que identifiquen problemas que requieren actuación rápida o cambios significativos en el plan de cuidados, *wearables*, *PROM*.
9. Utilizar PRO de cribado, como instrumento para iniciar conversaciones con el paciente.
10. Tejer el apoyo con el sector comunitario y los servicios sociales del entorno local: la necesidad de comunicación es mayor con los pacientes más vulnerables y con limitaciones, por razón de su dificultad para el autocontrol y necesitan apoyo externo, más allá, del sanitario.

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

Especialistas de atención hospitalaria

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|--|--|--|
| Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4...) 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. | En cada visita y como mínimo una vez al año. |
| Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteo-musculares, 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 controles en una consulta más específica. | 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 social 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 de atención hospitalaria

2

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

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

Especialistas de atención hospitalaria

3

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

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

Enfermería

1

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

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

Enfermería

3

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

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

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

Farmacia hospitalaria

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|--|--|---|
| 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. | |
| 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 TAR 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. |
| Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico. | Continuo. | Continuo. |

Farmacia hospitalaria

2

| Prestación | Lugar donde se puede realizar la prestación | | | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | Domicilio | Atención primaria | Consulta hospitalaria | Hospital de día | Urgencias | Comunidad |
| 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. | | | ✓ | | | |
| Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento. | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Revisión de medicación potencialmente inapropiada. | | ✓ | ✓ | | | |
| Educación sanitaria: información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente. | | | ✓ | | | ✓ |
| Seguimiento de la adherencia , determinación de causas de no adherencia/ problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla. | | | ✓ | | | ✓ |
| Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico. | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |

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

Farmacia hospitalaria

3

| Prestación | Modalidad en la que se puede realizar la prestación | |
|---|---|------------------------|
| | Presencial | Presencial o virtual * |
| 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. | | ✓ |
| Revisión de interacciones incluyendo automedicación y medicina convencional y prácticas alternativas o complementarias y coordinación con los profesionales implicados en el posible cambio de tratamiento. | ✓ | |
| Revisión de medicación potencialmente inapropiada. | ✓ | |
| Educación sanitaria: información a paciente y su entorno sobre TAR adaptado a la situación del paciente. | ✓ | |
| Seguimiento de la adherencia , determinación de causas de no adherencia/problemas de administración para establecer estrategias de mejora y mantenerla. | | ✓ |
| Identificación posibles eventos adversos y comunicación al equipo médico. | | ✓ |

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

Geriatría

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|--|---|---|
| VGI de todo paciente frágil . | Desde un resultado positivo en la evaluación de fragilidad. | En algunos casos puede bastar con una primera visita presencial, 1 sucesiva presencial +- 1 sucesiva telefónica, depende de la intervención que requiera. |
| 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. |
| 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 TAR). | 1 primera visita y una sucesiva puede ser suficiente. |

Geriatría

2

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

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

Geriatría

3

| Prestación | Modalidad en la que se puede realizar la prestación | |
|--|---|------------------------|
| | Presencial | Presencial o virtual * |
| VGI de todo paciente frágil . | ✓ | |
| VGI de todo paciente que presente 1 o más síndromes geriátricos específicamente polifarmacia pero también deterioro cognitivo, depresión, caídas, deterioro funcional... | ✓ | |
| VGI de pacientes mayores complejos con mucha comorbilidad y seguimiento concomitante por varios especialistas. | ✓ | |
| 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.

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

Psicología

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|--|---|---|
| Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas. | En la primera visita. | Según protocolos, situación individual. Al menos anual. |
| 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. |
| 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 caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema. |
| Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad. | En el momento en que la evaluación indique necesidad de ello (preventivo). | La duración variará en función del caso, recomendándose un seguimiento continuo (bianual o anual) tras la remisión del problema. |
| Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo , 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. |
| 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. Se recomienda estimulación cognitiva mantenida a lo largo de la vida. |
| Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.). | En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria. | La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas. Si no presenta problemas funcionales, cada dos años y cuando empiece a tenerlos; si no son graves una vez al año. Si son graves lo que determine el profesional. |
| Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad. | Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos. | La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas. |

Psicología

2

| Prestación | Lugar donde se puede realizar la prestación | | | | | |
|--|---|-------------------|-----------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | Domicilio | Atención primaria | Consulta hospitalaria | Hospital de día | Urgencias | Comunidad |
| Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas. | | | ✓ | | | |
| Valoraciones psicológicas para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra. | | | ✓ | | | ✓ |
| Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal. | ✓ | | ✓ | | | ✓ |
| Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad. | ✓ | | ✓ | | | ✓ |
| Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo , para conocer 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. | ✓ | | ✓ | | | ✓ |
| Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.). | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad. | | | ✓ | | | ✓ |

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

Psicología

3

| Prestación | Modalidad en la que se puede realizar la prestación | |
|--|---|------------------------|
| | Presencial | Presencial o virtual * |
| Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas. | ✓ | |
| Valoraciones psicológicas para conocer la relevancia de la sintomatología emocional, factores asociados y facilitar derivaciones apropiadas de posibles cuadros graves que deben ser valorados por un psiquiatra. | | ✓ |
| Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales: terapia individual y/o grupal. | | ✓ |
| Intervenciones de apoyo emocional, asesoramiento, grupos de autoayuda para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad. | | ✓ |
| Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo , para conocer 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. | | ✓ |
| Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.). | | ✓ |
| Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad. | | ✓ |

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

Trabajo social

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|--|--|---|
| 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 y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria. | Siempre que sea posible. | En función de la valoración social. |
| 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. |
| Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales. | Al inicio / Consultas sucesivas / A demanda. | Continuo. |

Trabajo social

2

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

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

Trabajo social

3

| Prestación | Modalidad en la que se puede realizar la prestación | |
|--|---|---|
| | Presencial | Presencial o virtual * |
| 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 y mantener contacto con instituciones de la comunidad, educación, servicios sociales y asociaciones en relación a la educación sanitaria. | | ✓ |
| Coordinación: entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud; coordinación sociosanitaria y con otros recursos de la comunidad. | | ✓ |
| Información y orientación general sobre recursos sanitarios y sociales. | | ✓ |

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

Especialistas de atención primaria

1

| Prestación | Momento temporal en el que se inicia la prestación | Recomendación de duración y seguimiento |
|---|---|--|
| 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 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. |
| Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. 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 6 meses/anual en función del estado basal del paciente. |
| Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor... | Desde el inicio. | A lo largo de todo el proceso y adaptado a la evolución del paciente. |
| 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 (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades). | En el momento que se detecta la incidencia. | Seguimiento en función del grado de afectación: (puede requerir visita en 24-48h, en una semana, mes, tres meses...). |
| Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteo-musculares, 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. |
| 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. |
| 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 haya cambios en la medicación. | Durante todo el proceso y en las visitas de control programadas. |

Especialistas de atención primaria

2

| Prestación | Lugar donde se puede realizar la prestación | | | | | |
|---|---|-------------------|-----------------------|-----------------|-----------|-----------|
| | Domicilio | Atención primaria | Consulta hospitalaria | Hospital de día | Urgencias | Comunidad |
| Atención a las descompensaciones/procesos agudos relacionados. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Atención/seguimiento adaptado al grado de control. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor... | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Identificar necesidades/cuidados específicos (rehabilitación, movilidad, curas...). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades). | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Identificar personas significativas o referentes para el paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| Empoderar al paciente y cuidadores. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| Control de la adherencia y posibles interacciones. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |

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

Especialistas de atención primaria

3

| Prestación | Modalidad en la que se puede realizar la prestación | |
|---|---|------------------------|
| | Presencial | Presencial o virtual * |
| Atención a las descompensaciones/procesos agudos relacionados. | | |
| Atención/seguimiento adaptado al grado de control. | | ✓ |
| Atención multidisciplinar en función de la comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar plan de cuidados individualizado. | | ✓ |
| Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPs: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribados de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor... | | ✓ |
| Identificar necesidades/cuidados específicos (rehabilitación, movilidad, curas...). | | ✓ |
| Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido incidencias en el plan de cuidados (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades). | | ✓ |
| Prevención, cribado y cuidado de las comorbilidades orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hepáticas, metabólicas, osteomusculares, infecciones recurrentes, neoplásicas) y mentales (emocionales y/o psicopatológicas) de acuerdo a los protocolos específicos definidos. | ✓ | |
| Identificar personas significativas o referentes para el paciente. | | ✓ |
| Empoderar al paciente y cuidadores. | | ✓ |
| Desprescripción y manejo de medicación potencialmente inapropiada. | | ✓ |
| Control de la adherencia y posibles interacciones. | | ✓ |

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

Anexo 2: Alertas por especialidad

Especialistas de atención hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Especialistas de atención hospitalaria

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

Especialistas de atención hospitalaria

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|---|
| Riesgo por soledad. | SI | Trabajo multidisciplinar con psicología y otros especialistas. |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | Evaluación. Coordinación con geriatría. El manejo cambia, las prioridades también, quizás también los especialistas que centralicen la atención. Parte VIH centrada en evitar toxicidades e interacciones significativas. |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | Evaluación, seguimiento más estrecho. En función del síntoma, trabajo multidisciplinar: manejo por especialista VIH, enfermería u otras especialidades. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Enfermería

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Enfermería

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

Enfermería

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|--|
| Riesgo por soledad. | SI | Ofrecer recursos comunitarios que le puedan ayudar a buscar actividades de socialización y GAM. Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria y trabajo social. |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría y trabajo social - Ofrecer recursos que permitan una mejor adaptación a sus necesidades. |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | Ofrecer recomendaciones que permitan un mejor manejo de los síntomas o signos. -Coordinar con equipo interdisciplinar: atención primaria, geriatría, psicología, entidades comunitarias. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Farmacia hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Farmacia hospitalaria

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|--|--|---|
| Pérdida de control virológico. | SI | Control de adherencia/nuevo tratamiento: información, revisión interacciones. |
| Fallo de adherencia. | SI | Entrevista motivacional. Control. |
| Visita a urgencias. | SI | Conciliación. |
| Ingreso. | SI | Conciliación. |
| Deterioro psicológico-psiquiátrico. | SI | Adaptación información. Control adherencia. |
| Deterioro cognitivo. | SI | Adaptación información. Control adherencia. |
| Nueva medicación / alteración medicamentosa. | SI | Revisión interacciones. Manejo efectos adversos. |
| Paciente institucionalizado. | SI | Posibilidad de tele dispensación/teleasistencia. Conciliación. |
| Inicio o alteración de alguna comorbilidad. | SI | Revisión nueva medicación. Interacciones. |
| Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente. | SI | Control adherencia. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Geriatría

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Geriatría

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|---|
| Pérdida de control virológico. | SI | Dado que la VGI supone la gestión de los problemas del paciente con enfoque holístico integrando lo médico, funcional, cognitivo, social y las preferencias del paciente todas estas alertas deben ser tenidas en cuenta porque pueden modificar o condicionar los resultados de la valoración o el plan que de ella se deriva. |
| Fallo de adherencia. | SI | |
| Visita a urgencias. | SI | |
| Ingreso. | SI | |
| Deterioro psicológico-psiquiátrico. | SI | |
| Deterioro cognitivo. | SI | |
| Nueva medicación / alteración medicamentosa. | SI | |
| Paciente institucionalizado. | SI | |
| Inicio o alteración de alguna comorbilidad. | SI | |
| Fragilidad. | SI | |
| Alerta de dependencia. | SI | |
| Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente. | SI | |
| Riesgo por soledad. | SI | |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Psicología

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Psicología

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

Psicología

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|--|
| Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente. | SI | Valoración del impacto sobre el cuadro tratado y sobre los seguimientos. |
| Riesgo por soledad. | SI | Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención. |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención. |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | Valoración del impacto sobre el cuadro tratado e intervención. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Trabajo social

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

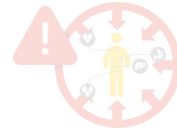
Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Trabajo social

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|---|
| Fallo de adherencia. | SI | Según las razones que dificultan la adherencia se realizará nueva valoración social. |
| Visita a urgencias. | SI | En función del motivo de la asistencia y del diagnóstico al alta, nueva valoración e intervención social. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Ingreso. | SI | Planificación social del alta hospitalaria. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Deterioro psicológico-psiquiátrico. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar de manera conjunta y supervisada por el equipo de salud mental. |
| Deterioro cognitivo. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Participación del paciente en el proceso de toma de medidas de apoyo/protección. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Paciente institucionalizado. | SI | Coordinación con el centro. |
| Fragilidad. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar (apoyo psicosocial. Información y gestión de recursos idóneos). Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Alerta de dependencia. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Previsión de cuidados. Actualizar el estado, en la tramitación, de prestaciones y recursos o servicios, sanitarios y sociales. Reevaluar condiciones del domicilio. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Apoyo psicosocial. Reevaluar la autonomía del paciente así como la capacidad de demandar las ayudas que requiere y capacidad de acceso a red de apoyo formal e informal. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Riesgo por soledad. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Soporte psicosocial. Promover la inserción comunitaria. Actualizar la coordinación sociosanitaria. |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención individual/ familiar. Se gestionan los recursos y apoyos necesarios. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | Nueva valoración social. Adecuar el plan de intervención social. Inclusión en grupos de apoyo. Establecer las coordinaciones necesarias. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Especialistas de atención primaria

Alertas

Alertas clínicas



Pérdida de control virológico



Fallo de adherencia



Visita a urgencias



Ingreso



Deterioro psicológico-psiquiátrico



Deterioro cognitivo

Alertas propias del perfil



Nueva medicación/
alteraciones
medicamentosas



Paciente
institucionalizado



Inicio o alteración de alguna
comorbilidad



Fragilidad



Alerta dependencia



Desaparición de la persona
significativa o referente del
paciente



Riesgo por soledad



Aparición del síndrome
geriátrico



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

Alertas de alteración del perfil



Prácticas sexuales de riesgo



Consumo no controlado de
sustancias psicoactivas



Embarazo



Riesgo de exclusión

* Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...

Especialistas de atención primaria

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

Especialistas de atención primaria

| Alerta | ¿Es necesario conocer para desarrollar mi desempeño? | Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren |
|---|--|---|
| Fragilidad. | SI | Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (geriatría, rehabilitación...). Atención compartida con trabajo social si lo requiere. Atención al cuidador/a principal. Inclusión en el Programa de Atención Domiciliaria. Identificar al paciente como PCC si cumple criterios. |
| Alerta de dependencia. | SI | Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales (trabajo social, geriatría...). Cambio en el plan de cuidados. |
| Desaparición de la persona cuidadora significativa o referente para el paciente. | SI | Cambios en periodicidad de seguimiento y cuidados. Cambio en atención a la dependencia. Atención al duelo. Identificar posible alternativa. |
| Riesgo por soledad. | SI | Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos. Cambios en plan de cuidados. Riesgo en adherencia, seguimiento, autocuidado. Puede ser necesario manejo compartido con unidad salud mental y trabajo social. Atención familiar. |
| Aparición síndrome geriátrico. | SI | Cambios en el seguimiento del paciente, implicaciones en posibles tratamientos o procesos intercurrentes. Puede ser necesario consulta con otros profesionales: unidades de geriatría. Cambio en plan de cuidados. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria. |
| Alerta por falta de hábitos saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole. | SI | Cambios en el seguimiento del paciente. Puede ser necesario consulta con otros profesionales. Necesidades especiales. Puede requerir atención domiciliaria. |
| Prácticas sexuales de riesgo. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Consumo no controlado de sustancias psicoactivas. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |
| Embarazo. | SI | Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente. |
| Riesgo de exclusión. | SI | Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente. |

Siglas y abreviaturas

| | | | |
|------------------|---|---------------|---|
| APP: | aplicación. | PAPPS: | Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. |
| CAD: | centros de atención a la drogodependencia. | PCC: | paciente crónico complejo. |
| CD4: | cúmulo de diferenciación 4. | PRO: | resultados percibidos por el paciente. |
| COVID-19: | siglas en inglés para enfermedad por coronavirus. | PROM: | resultados reportados por el paciente. |
| CVRS: | calidad de vida relacionada con la salud. | QoL: | siglas en inglés para calidad de vida. |
| GAM: | grupos de ayuda mutua. | SNS: | Sistema Nacional de Salud. |
| HCE: | historia clínica electrónica. | TAR: | tratamiento antirretroviral. |
| ITS: | infecciones de transmisión sexual. | VGI: | valoración geriátrica integral. |
| ONG: | organización no gubernamental. | VIH: | virus de la inmunodeficiencia humana. |



Avalado por:

