

*Nuevos retos asistenciales  
y asistencia compartida:  
VIH y Atención Primaria.*



Sara Guerrero Bernat.  
MfyC- CS Camp Redó.  
Marzo 2017

# *Proyecto asistencia compartida*

-A pesar de los avances en VIH...

-Importante problema de salud en su doble aspecto: **epidemiológico** y **clínico**.

-Comocimiento y valoración del paciente VIH en sus diferentes aspectos (bio-psico-social y laboral) y su seguimiento en el tiempo:



# Recordamos.....



- **46.5%** de los nuevos dcos en 2015 se realizó de forma **tardía**.
- Mayoría de los nuevos diagnósticos son **varones** (85.9%) , mediana edad **36** años.
- La vía de transmisión más frecuente: **sexual** (79%).  
(Homosexual > Heterosexual)
- La transmisión en personas que se inyectan drogas (ADVP / **PID**) continúa descendiendo (2.8%).

# *Epidemiología- Conclusiones*

- 1.-Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH son similares a las de otros países de la región Europea de la OMS, aunque superiores a la media de los países de la Unión Europea y de Europa Occidental.
- 2.-Las personas de otros países de origen suponen una parte relevante de los nuevos diagnósticos, aunque su peso desciende en los últimos años.
- 3.-Aunque ralentizada en los últimos años, continúa la tendencia descendente de los nuevos casos de sida iniciada tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de la década de 1990.



# *Epidemiología- Conclusiones*

4.-El **diagnóstico tardío** es elevado y mantiene una tendencia estable.

5.-La **vía sexual** es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre homosexuales es la mayoritaria.



# Epidemiología- Conclusiones

4.-El diagnóstico tardío es elevado y mantiene una tendencia estable.

5.-La vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre HSH es la mayoritaria.



# Vía de transmisión

- Datos hacen destacar que la infección por VIH actualmente es más ITS .
- **Esta realidad marcará el diseño y la priorización de nuevas estrategias de prevención.**



*Detección de las prácticas de riesgo  
en población*

*Oferta normalizada de la prueba VIH*

*Información y asesoramiento (pre-post-prueba)*

*Derivación a AE*

# *Vía de transmisión*

- CS constituyen el primer contacto de la población con sistema sanitario, clave :
- Plantear **intervenciones preventivas**.
- **Promoción de la salud**.
- Consolidación de los proyectos y programas (sociedades científicas, centros de trabajo, MSSSI).



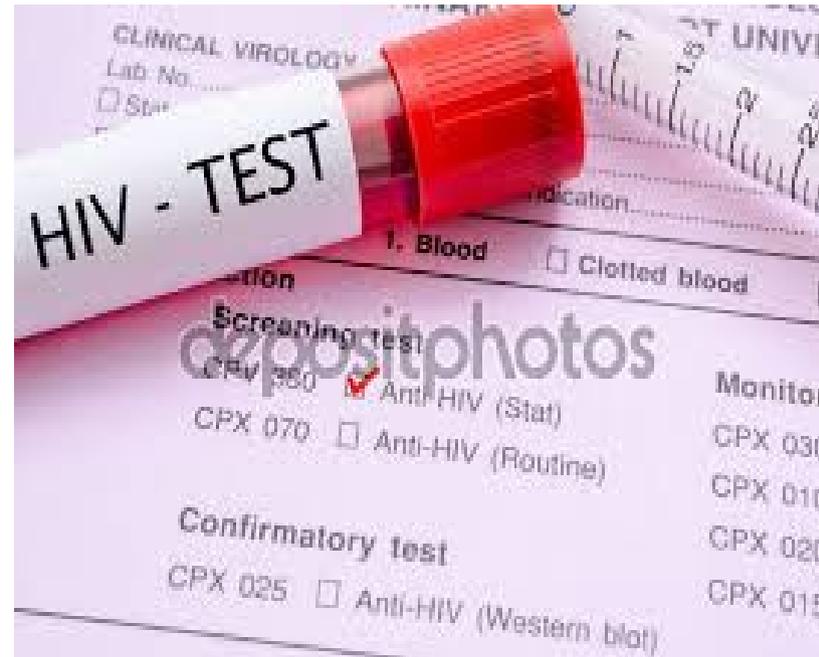
# Vía de transmisión

- Fundamental incorporación en AP de **anamnesis** sobre salud sexual , adopción medidas prevención y disminución de riesgos asociados al consumo de drogas.



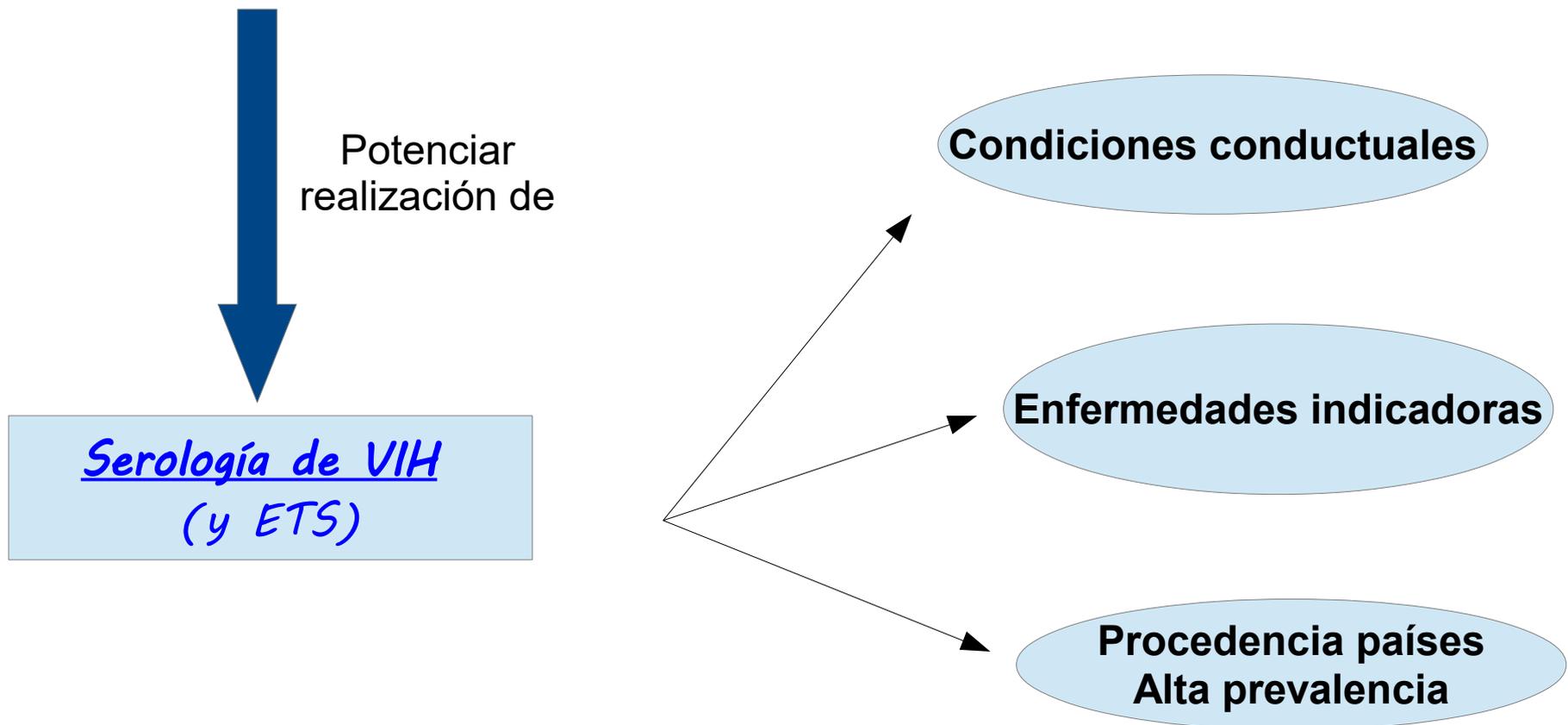
Potenciar  
realización de

Serología de VIH  
(y ETS)



# Vía de transmisión

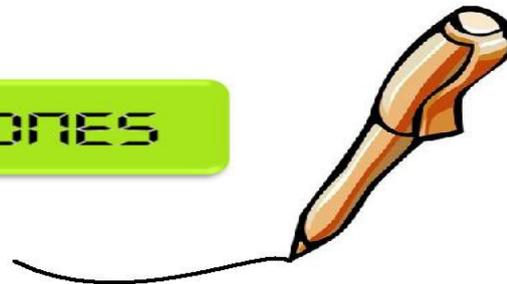
- Fundamental incorporación en AP de **anamnesis** sobre salud sexual , adopción medidas prevención y disminución de riesgos asociados al consumo de drogas.



# Vía de transmisión

- Importancia del **registro** de la conducta y orientaciones sexuales en la historia clínica, como evaluador adecuado de riesgo en VIH.
- En los 5 años anteriores al diagnóstico del VIH, el 82,9% de los pacientes tuvieron 1 o más consultas con su MF, pero sólo **34,8%** tenían realizada una prueba para VIH.

## CONCLUSIONES



- La documentación de la orientación sexual , la etnicidad, y la oferta de las pruebas desde MF , hacen que haya un diagnóstico más proactivo de VIH.

# Vía de transmisión

- Un estudio realizado recientemente en España en AP concluye que la prueba serológica del VIH tiene una **buena aceptación** entre los usuarios que acuden para realización de analítica y que la **búsqueda oportunista es coste-efectiva**.

208 MF  
(150CAP)

3,314 pac

**ACEPTABILIDAD**

# Vía de transmisión

- Un estudio realizado recientemente en España en AP concluye que la prueba serológica del VIH tiene una **buena aceptación** entre los usuarios que acuden para realización de analítica y que la **búsqueda oportunista es coste-efectiva**.

208 MF  
(150CAP)

3,314 pac

**ACEPTABILIDAD**

93.1% SÍ  
(IC95% 92.2-93.9)

6.9% NO

56.9% No se consideraban de riesgo

34.8% por no ofertar previamente

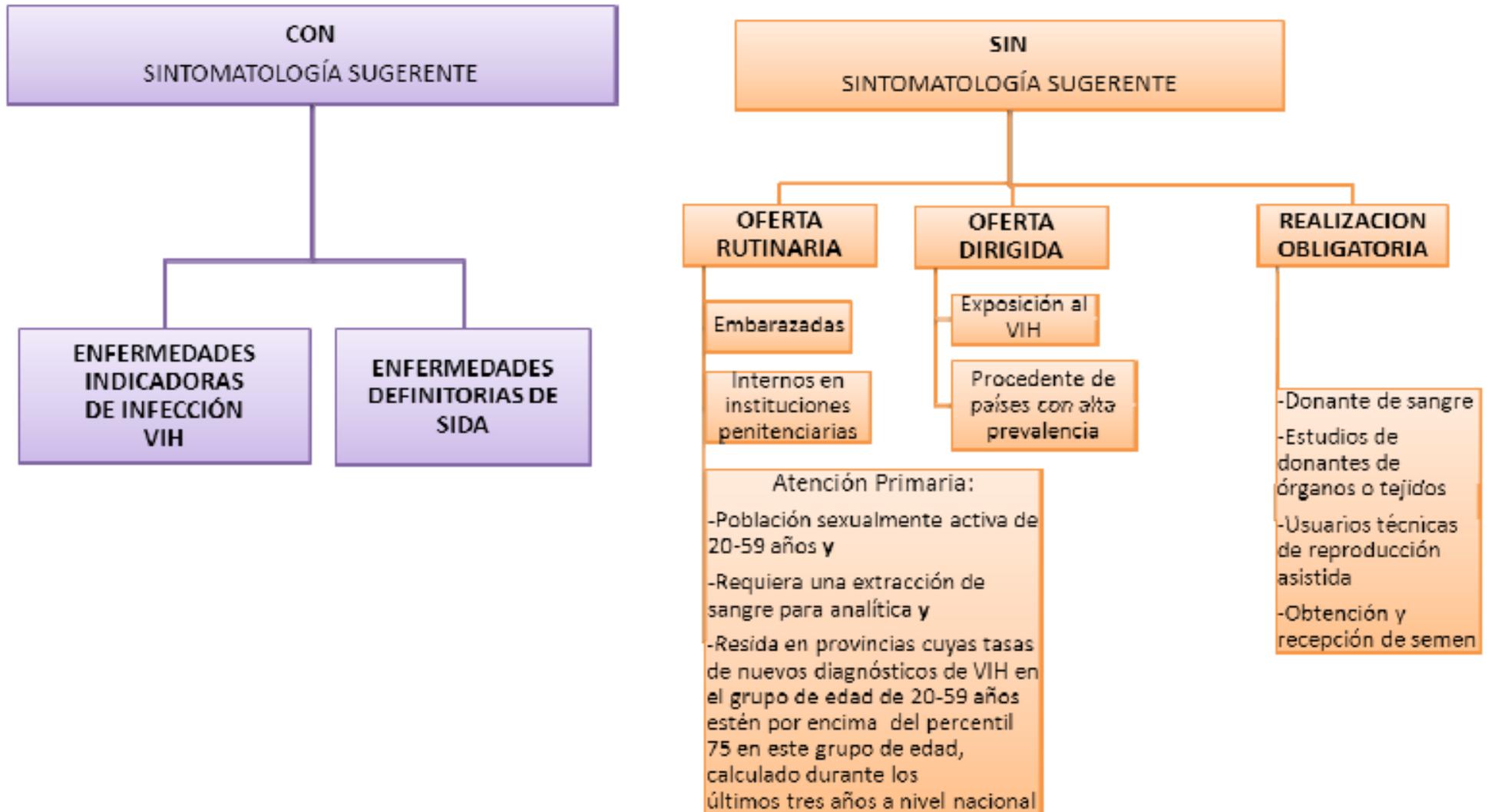
73.9% No se consideraba en riesgo

12.8% Temor a resultado (+)

# Determinación

Voluntaria , Confidencial (CI) con breve asesoramiento pre-prueba

Accesible, gratuita, consejo post-prueba, acceso a ttos.



# Vía de transmisión



*ESTUDIO  
VIHAP*

## **Objetivo**

Evaluar la factibilidad de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en los centros de Atención Primaria (AP) en España .

## **Método**

Estudio de intervención comunitaria no aleatorizado realizado en AP.

# Vía de transmisión

## ESTUDIO VIHAP

### Objetivo

Evaluar la factibilidad de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en los centros de Atención Primaria en España .

### Método

Estudio de intervención comunitaria no aleatorizado realizado en Atención Primaria.

El **rendimiento** de la prueba indica que es una buena inversión tanto a nivel económico como en términos de salud:

- Evitar elevados gastos del tratamiento.
- Menor esperanza de vida y peor pronóstico, en los casos de diagnóstico tardío.

Hay que **buscar oportunidades** para el diagnóstico precoz del VIH en atención primaria.

El **incremento de la cobertura** de la prueba de VIH en la población general **reduce las tasas de diagnóstico tardío**

# *Epidemiología- Conclusiones*

4.-El diagnóstico tardío es elevado y mantiene una tendencia estable.

5.-La vía sexual es el modo de transmisión principal en los nuevos diagnósticos de VIH y la transmisión entre HSH es la mayoritaria.



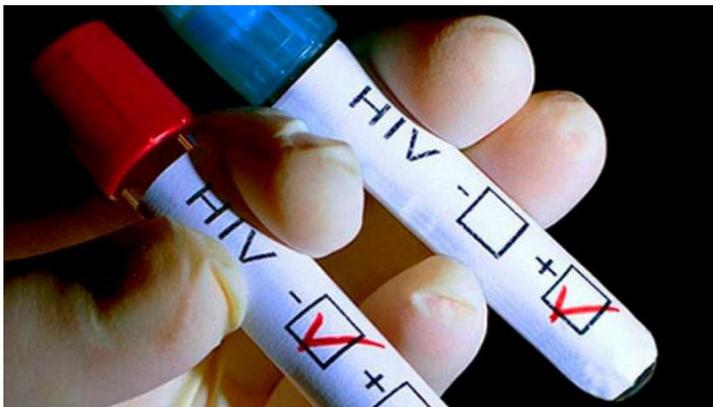
# Diagnóstico tardío

- “**Diagnóstico tardío**” : **CD4 inferior a 350 células/ $\mu$ l** en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH y/o enf de sida.

-”**Diagnóstico tardío con enfermedad avanzada**”: presenta enf definitiva de sida y/o recuento **CD4 inferior a 200 células/ $\mu$ l**.



Dato preocupante es el retraso observado en el diagnóstico de las personas infectadas por VIH, a veces detectado en fases avanzadas de infección...



**NO ESTAMOS HACIENDO  
UN DCO PRECOZ ADECUADO**  
a pesar de los múltiples contactos  
de la población con la sanidad.

# *Diagnóstico a tiempo*

- Instauración precoz del tto TARV **cambia pronóstico de forma radical:**
- Aumenta la supervivencia.
- Mejora la calidad de vida.
- Disminución de posibilidad de transmisión al mantener cargas virales indetectables.
- Adopción de estilo de vida saludable.
- Facilita cambios conductuales (transmisión / infección).
- Realizar estudio de contactos lo antes posible.
- Mayor mortalidad.
- Deterioro inmunológico.
- Mayor incidencia sida.
- Mayor incidencia infecciones oportunistas.
- Más transmisión que los conocedores del serostatus.
- Impacto sanitario en recursos.

**VENTAJAS**

**DESVENTAJAS**

# Diagnóstico tardío

- A pesar de que el control clínico de los pacientes infectados por VIH recae en los servicios especializados hospitalarios (**MIF**)...
- El papel que puede asumir el **MF** y la **AP** en general puede ser fundamental para garantizar una atención integral y de calidad.

- La tendencia será que los **pacientes estables**, sean controlados de forma compartida entre AP y At. Hospitalaria.



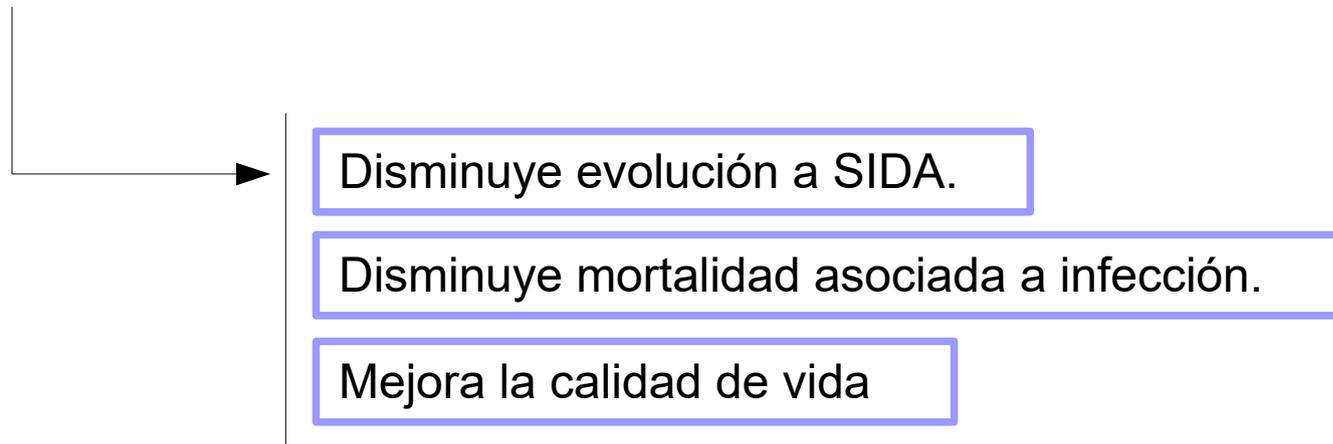
# *Proyecto de asistencia compartida*



*Tendencia a la CRONICIDAD*

# *Cronicidad*

- Disponibilidad de nuevos fármacos (TARGA) y pautas de tto antiretroviral menos complejas.
- Poder monitorizar de forma más exacta la **situación inmunitaria** (+carga viral) facilitan mejor control y tratamiento.

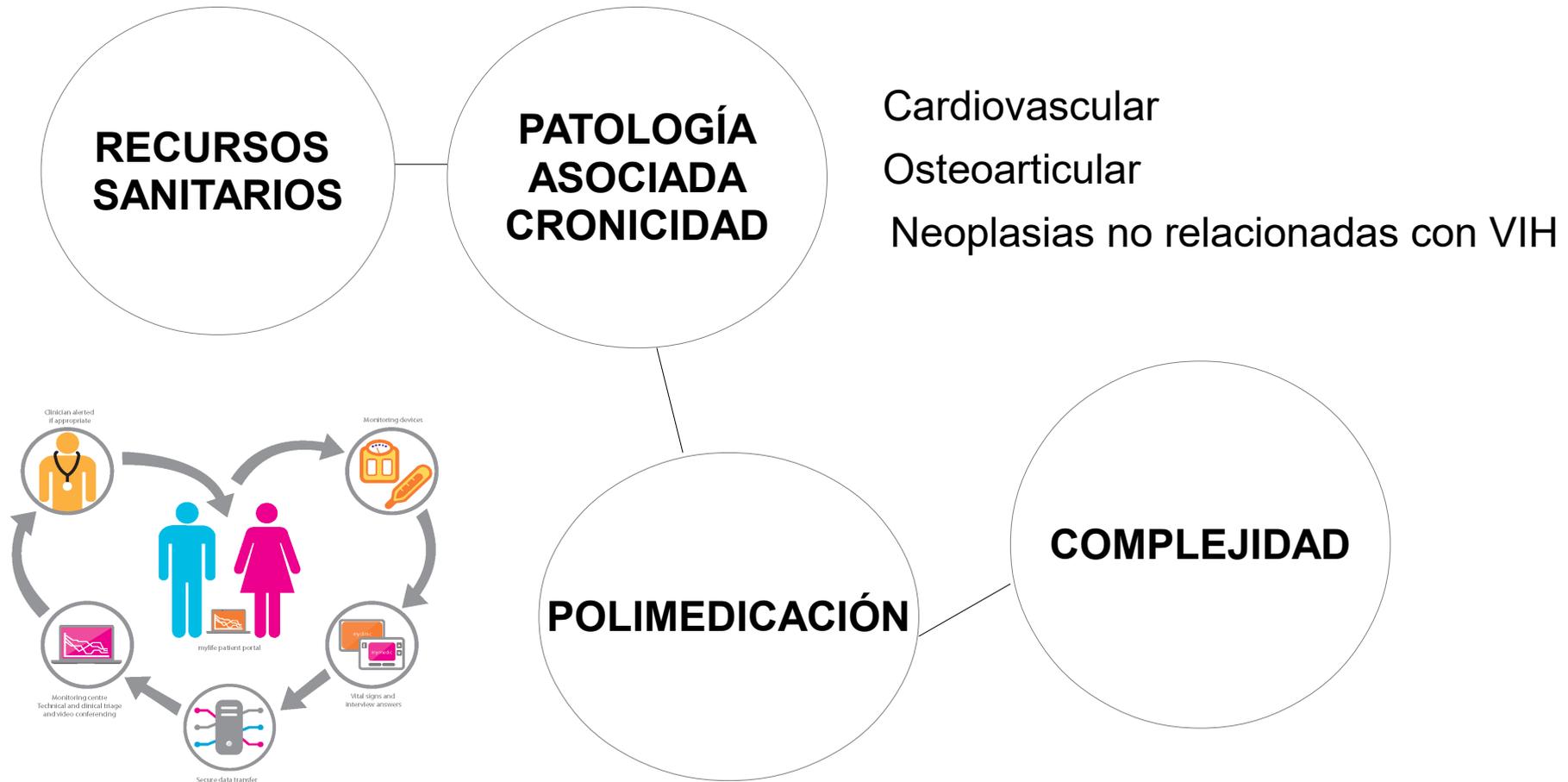


*Infección por VIH : enfermedad crónica*





# Cronicidad



## CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN AP:

Actividades preventivas, atención a la cronicidad, Actividades comunitarias.



**HUSE:** 1.827 pacientes VIH  
- 75,8% varones  
- Edad media **47,8** (DE 10,6)

**Siguen TARV 1.690 (92%)**

**Media de visitas MIF 2015: 2,94**

## PROYECTO PILOTO: Objetivos

1.-**Conocer** mejor deseos de pacientes en relación a su asistencia, comunicación, telemedicina, involucrar al paciente.

2.-**Iniciar** proyecto de **asistencia compartida**, en los que deseen, estables (control virológico), garantizando calidad asistencial.

3.-**Involucrar a AP** en prevención de ETS y VIH.



# MATERIAL Y MÉTODOS

## OBJETIVO 1:

Grado de  
satisfacción



ENCUESTA DE VALORACIÓN  
INICIAL

## OBJETIVO 2:

¿Posible la Asist comp?



PROYECTO ASISTENCIA  
COMPARTIDA  
EN 3 CENTROS DE SALUD

## OBJETIVO 3:

Prevención VIH /ETS



IMPLEMENTACIÓN DE  
PROTOCOLOS, MEJORAR  
CIRCUITOS, ETC...

# MATERIAL Y MÉTODOS

## OBJETIVO 1:

Grado de  
satisfacción



ENCUESTA DE VALORACIÓN  
INICIAL

## OBJETIVO 2:

¿Posible la Asist comp?



PROYECTO ASISTENCIA  
COMPARTIDA  
EN 3 CENTROS DE SALUD

## OBJETIVO 3:

Prevención VIH /ETS



IMPLEMENTACIÓN DE  
PROTOCOLOS, MEJORAR  
CIRCUITOS, ETC...

# Encuesta inicial- OBJETIVO 1 (satisfacción)

ANEXO 1:

Que Centro de Salud te corresponde:

Con que frecuencia acudes al Centro de Salud para ser atendido por el medico de atención

Primaria: 0-1 vez al año ( ), 2-6 veces al año ( ), 6-12 veces al año, > 12 veces al año ( )

Cuando solicitas consulta a tu Medico de atención Primaria consideras que es fácil acceder a él. SI ( ), NO ( )

Cuantos días de demora hay en tu Centro de Salud para poder acceder a tu Médico de Atención

Primaria :

En este gráfico del 1-10 como valorarías el grado de satisfacción de la Atención recibida en tu Centro de Salud :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En este gráfico del 1-10 como valorarías el grado de satisfacción recibida por tu Médico de

Atención Primaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿ Que cosas mejoraría de la Atención recibida en el Centro de Salud?

# MATERIAL Y MÉTODOS

## OBJETIVO 1:

Grado de  
satisfacción



ENCUESTA DE VALORACIÓN  
INICIAL

## OBJETIVO 2:

¿Posible la Asist comp?



PROYECTO ASISTENCIA  
COMPARTIDA  
EN 3 CENTROS DE SALUD

## OBJETIVO 3:

Prevención VIH /ETS



IMPLEMENTACIÓN DE  
PROTOCOLOS, MEJORAR  
CIRCUITOS, ETC...

## ASISTENCIA COMPARTIDA - OBJETIVO 2



CS CAMP REDÓ

27.788 habitantes,  
15 MF

CS SON PISÀ

23.644 habitantes ,  
13 MF

CS  
CASA DEL MAR

22.063 habitantes,  
12 MF

**Total población: 73.495.**  
**40 MF incluidos en programa piloto.**

# CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Proposición a los pacientes posibilidad de **ser atendidos de forma conjunta** de su patología VIH.

**-Siguen controles regulares en consultas >2 años:**

- > año carga viral indetectable.
- TARV estable.
- Adherencia terapéutica > 90%.
- Linfocitos nadir > 200 CD4.
- Linfocitos actuales > 350 cél/mm<sup>3</sup>.

**-No UVDP activos** ni problemática social asociada.

ENTRAR

## Asistencia compartida- Check list (inclusión)

- Sigue controles regulares en consultas durante dos o más años ( )
- Tiene Carga viral VIH indetectable durante el último año ( )
- Está en tratamiento antirretroviral estable durante los últimos 6 meses: ( )
- Presenta adherencia en Farmacia último año superior al 90%: ( )
- Los linfocitos CD4 nadir fueron superiores a 200 cels /uL: ( )
- Los linfocitos CD4 actuales son superiores a 350 cels /uL: ( )
- No presenta problemas de adicción activos: ( )
- No presenta problemática social importante: ( )
- Ha firmado consentimiento informado: ( )
- Se ha entregado informe para médico de cabecera: ( )
- Se ha entregado hoja informativa para paciente: ( )
- Se ha citado en Farmacia CEXFARMACIA 4 .CEX FARMACIA VIH/BIOLOGICOS: ( )

Recordar entregar nombre del paciente a Secretaria de MI (Maria Julià) para citaciones en Centro de Salud y hospital.



# Seguimiento en Centro de salud



**VISITA ANUAL MIF (VIH)**

**Analíticas control  
en AP**

**Valoración del  
Cumplimiento terapéutico**

**Cumplimentación  
Farmacia (evaluación)**

**Existencia  
medios de comunicación**

**VISITA ESPECÍFICA  
6 MESES EN CS**



# Seguimiento en Centro de salud



**VISITA ANUAL MIF (VIH)**

**Comunicación entre enfermos y profesionales  
(Portal telemedicina, eVIHA)**

**Formación y docencia en centros pilotos  
Y programado curso difusión AP+residentes  
(2017)**

**VISITA ESPECÍFICA  
6 MESES EN CS**



# Seguimiento - Hojas informativas

## **ASISTENCIA COMPARTIDA** **Hoja Informativa para Centros de Salud**

- Teléfono de contacto con enfermera (Maria Rosa González) : 871205149
- Correo electrónico: [VIH@ssib.es](mailto:VIH@ssib.es)
- Teléfono busca de infecciosas: 871205000. ext 47021.
- Teléfono busca MI responsable proyecto ( Dr. Melchor Riera): 47024
- Teléfono contacto de Farmacia: 871205050. extensión 65651
- Correo electrónico farmacia: [hse.cexfarmacia@ssib.es](mailto:hse.cexfarmacia@ssib.es)
- Farmacéutico responsable. Ana Gomez Lobón telefono: 871205251



### **Paginas web de interés VIH:**

- <http://www.infosida.es>
- <http://www.aidsmap.com>
- <https://infosida.nih.gov/>

### **Paginas web específicas de interacciones con antirretrovirales:**

- <http://www.hiv-druginteraction.org>. Universidad de Liverpool
- <http://www.interaccionesvih.com/html/interacciones.html>. Hospital Clínic

# Seguimiento - Hojas informativas

## PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDA

### Hoja Informativa pacientes.



- Teléfono de contacto con enfermera: 871205149
- Teléfono contacto de Farmacia: 871205050. extensión 65651
- Correo electrónico: [VIH@ssib.es](mailto:VIH@ssib.es)

Paginas web de información :

### PROXIMAS CITAS:

- Centro de Salud inmediata:     /     /
- Centro de Salud 6 meses:     /     /
- Extracción analítica Centro de Salud 6 meses:     /     /
- Extracción de analítica Centro des Salud 12 meses:     /     /
- Cita en consultas de MI/Infecciosas al año:     /     /

# EVALUACIÓN

A los **2 años** del inicio del proyecto piloto:



- **Encuesta satisfacción** del programa asistencia compartida.

-Mantenimiento de la **carga viral indetectable** al finalizar el seguimiento

# EVALUACIÓN

A los **2 años** del inicio del proyecto piloto:



- **Encuesta satisfacción** del programa asistencia compartida.

-Mantenimiento de la **carga viral indetectable** al finalizar el seguimiento.

-**Adherencia** al tratamiento y **Efectos secundarios** relacionados (toxicidad).

-**Complicaciones** clínicas relacionadas con **VIH** (infección oportunistas / eventos B)

-Evolución consumo **tabaco**.

-**Pérdidas de seguimiento** de los pacientes.

-**Calidad de vida** del paciente: SQOL.

-Valoración de **coste económico y coste eficacia**.



# MATERIAL Y MÉTODOS

## OBJETIVO 1:

Grado de  
satisfacción



ENCUESTA DE VALORACIÓN  
INICIAL

## OBJETIVO 2:

¿Posible la Asist comp?



PROYECTO ASISTENCIA  
COMPARTIDA  
EN 3 CENTROS DE SALUD

## OBJETIVO 3:

Prevención VIH /ETS



IMPLEMENTACIÓN DE  
PROTOCOLOS, MEJORAR  
CIRCUITOS, ETC...

## OBJETIVO 3- IMPLEMENTACIÓN / PROTOCOLOS/ ITS

### Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y contagio de la infección VIH

Evaluar dificultades para seguimiento de **protocolos de diagnóstico y tratamiento ITS**

**Coordinar la actuación** ante personas que precisen **profilaxis post-exposición**

Evaluar pacientes con antecedentes ITS que puedan ser **candidatos a profilaxis pre-exposición**

**TÚ Y YO**  
**PODEMOS**  
**PREVENIR**  
**EL VIH**

# CONCLUSIONES

Al no disponer de tto curativo ni vacuna, las **principales vías** para el control de la epidemia son:

PREVENCIÓN

DCO. PRECOZ

Existen pacientes seropositivos que lo **desconocen**: conductas de riesgo / transmisión.

**MINIMIZAR NÚMERO DE OPORTUNIDADES PERDIDAS DE PREVENCIÓN  
SI EXISTE CONTACTO CON SISTEMA SANITARIO**

Los **MF** serán parte de una forma más directa de la **asistencia del paciente VIH**

**PREVENCIÓN** (ofrecer prueba) Y **CRONICIDAD** (PAPPS, Adaptar realidades)

**ASISTENCIA COMPARTIDA MULTIDISCIPLINAR**

# CONCLUSIONES

Debemos seguir luchando:

Contra la Estigmatización y la discriminación



Seguir pensando en la vulnerabilidad



ASOCIADAS AL VIH

## Bibliografía

- VIH y atención primaria . Volver a pensar en el sida (AtenPrimaria. 2017;49 (2):65-66).
  - Manejo del paciente con VIH en Atención Primaria .*Casanova, J. Rodríguez Fdez,C, Gómez M.*(AMF 2013;9(6):306-315.
  - Manejo práctico de los pacientes infectados por el VIH en Atención Primaria.*Ruiz López, M.* Semergen 2000;26: 432-436.
  - The importance of registration of sexual orientation and recognition of indicator conditions for an adequate HIV risk-assessment. *Joore et al.* BMC infectious diseases (2017) 17:178.
  - Documentación de la reunión de expertos sobre la intensificación de la oferta de la prueba de VIH en Atención primaria . 23/11/2015.Plan Nacional sobre el sida . MSSSI.
  - Implementación de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en Atención Primaria: estudio VIHAP.*Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar.* Grupo VIHAP.
  - Diagnóstico precoz.Infección por VIH. Papel de la Atención Primaria. *Juanjo Mascot Roca.* Presentación 35 Congreso semfyc.
  - Diagnóstico VIH en Atención Primaria. *Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar.* Presentación 35 congreso semfyc. Plan nacional Sida.
  - Programa curso formación VIH. Asistencia compartida de los pacientes (HUSE).
- [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH\\_SIDA\\_2016.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf)
- Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. *Puentes Torres et al.* *Aten Primaria.* 2016;:383---393.
  - Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias. *Ortega López et al.* *Aten Primaria.* 2014;46(4):204---213

