



ORIGINAL

Incremento de la participación de Atención Primaria en la asistencia al virus de la inmunodeficiencia humana: opinan los profesionales de las unidades hospitalarias



Ángela Ortega López^{a,*}, José Miguel Morales Asencio^b, Cristóbal Rengel Díaz^a,
Eloísa María Peñas Cárdenas^c, María José González Rodríguez^a y Rut Prado de la Sierra^d

^a Instituto de Biomedicina de Málaga (IBIMA). Hospital Universitario «Virgen de la Victoria», Málaga, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga, Málaga, España

^c Distrito Sanitario Málaga, Centro de Salud «La Luz», Málaga, España

^d Unidad de Urgencias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

Recibido el 17 de junio de 2013; aceptado el 25 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 14 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas;
Integridad asistencial;
Atención Primaria;
Confidencialidad;
Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen

Objetivo: Conocer las opiniones de los profesionales de enfermedades infecciosas sobre las posibilidades de seguimiento del paciente con VIH en Atención Primaria (AP).

Diseño: Estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas en profundidad.

Emplazamiento: Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario «Virgen de la Victoria» de Málaga.

Participantes: Profesionales de la salud con más de un año de experiencia laboral en enfermedades infecciosas. Un total de 25 entrevistados: 5 médicos, 15 enfermeras y 5 auxiliares enfermería.

Método: Muestreo por conveniencia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que se transcribieron literalmente. Análisis de contenido según Taylor y Bogdan con soporte informático. Validación de la información mediante análisis complementarios, participación de expertos y devolución de parte de los resultados a los participantes.

Resultados: Los profesionales de AH atribuyeron características de complejidad al VIH en relación a la enfermedad, el tratamiento y sus aspectos sociales, con repercusiones sobre el nivel organizativo de la atención. Los profesionales resaltaron los beneficios de una atención especializada, aunque difieren las opiniones de facultativos y de enfermería en relación con el seguimiento en AP. Surgieron dudas sobre los niveles de formación, la gestión del secreto y la presión asistencial en este nivel, pero también se manifestaron las ventajas potenciales en cuanto a la accesibilidad de los pacientes a AP.

Conclusiones: Los facultativos perciben dificultades en el seguimiento del VIH en AP, incluso para usuarios con buen control del VIH. Enfermeras y auxiliares de enfermería se muestran más abiertos a esta posibilidad por la cercanía domiciliar y la promoción de la salud de AP.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angelaol73@gmail.com (Á. Ortega López).

KEYWORDS

Chronic illness;
Integration;
Primary care;
Confidentiality;
Human
immunodeficiency
virus

Increasing participation of Primary Care in the management of people with human immunodeficiency virus: Hospital care professionals express their views**Abstract**

Aim: To determine the opinions of infectious diseases professionals on the possibilities of monitoring patients with HIV in Primary Care.

Design: Qualitative study using in-depth interviews.

Location: Infectious Diseases Unit in the University Hospital «Virgen de la Victoria» in Málaga.

Participants: Health professionals with more than one year experience working in infectious diseases. A total of 25 respondents: 5 doctors, 15 nurses and 5 nursing assistants.

Method: Convenience sample. Semi-structured interviews were used that were later transcribed verbatim. Content analysis was performed according to the Taylor and Bogdan approach with computer support. Validation of information was made through additional analysis, expert participation, and feedback of part of the results to the participants.

Results: Hospital care professionals considered the disease-related complexity of HIV, treatment and social aspects that may have an effect on the organizational level of care. Professionals highlighted the benefits of specialized care, although opinions differed between doctors and nurses as regards follow up in Primary Care. Some concerns emerged about the level of training, confidentiality and workload in Primary Care, although they mentioned potential advantages related to accessibility of patients.

Conclusions: Physicians perceive difficulties in following up HIV patients in Primary Care, even for those patients with a good control of their disease. Nurses and nursing assistants are more open to this possibility due to the proximity to home and health promotion in Primary Care.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El incremento de las enfermedades crónicas complejas¹⁻³, en referencia a pacientes con 2 o más enfermedades crónicas y que requieren la atención de diferentes proveedores en distintos ámbitos asistenciales, está obligando a identificar nuevos modelos de organización de los servicios orientados a la integración asistencial de la Atención Hospitalaria (AH) y la Atención Primaria (AP)⁴ que consolide la coordinación asistencial, definida por la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente⁵. En España, los planes de salud en torno al VIH/sida a nivel nacional y en la comunidad andaluza incluyen la coordinación asistencial entre los distintos niveles de atención. Sin embargo, la atención sanitaria de las personas que viven con VIH está dirigida desde unidades específicas en AH, garantizando la asistencia por un mismo médico para el VIH, pero no así, la longitudinalidad de la relación mediante el seguimiento de los distintos problemas de salud por un mismo médico a lo largo del tiempo y en las distintas etapas del ciclo vital de la persona^{6,7}. Adicionalmente, factores como la fascinación tecnológica y el prestigio social de los profesionales influyen en las preferencias de usuarios, afectando negativamente a la provisión de servicios en AP⁸.

La integración de los diversos servicios que requiere la atención a personas con VIH (salud reproductiva⁹, salud mental¹⁰, tuberculosis¹¹, etc.) ha mostrado ser costo-efectiva¹² y hay pruebas sobre la efectividad de AP en el manejo del VIH¹³, aunque no existe evidencia sólida sobre la efectividad de modelos compartidos con el hospital¹⁴. En contextos con una gran prevalencia e incidencia de infección por VIH, se ha optado por la delegación de tareas en las

enfermeras de AP en el inicio y seguimiento de la prescripción de la terapia antirretroviral, evitando de forma efectiva y segura retrasos en el inicio del tratamiento y aumentos de la mortalidad^{15,16}.

Conocer la opinión de los profesionales que prestan atención a estos pacientes sobre las posibilidades de proveer una atención integrada a pacientes con VIH, podría ayudar a identificar barreras y facilitadores en este proceso. Este estudio, que forma parte de un estudio más amplio sobre el efecto de la cronicidad en las representaciones sociales de afectados, cuidadores y profesionales relacionados con el VIH, tiene como objetivo describir las opiniones de los profesionales de enfermedades infecciosas sobre las posibilidades de seguimiento del paciente con VIH en AP.

Métodos

Estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad realizado a profesionales de la salud de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario «Virgen de la Victoria» de Málaga. El trabajo de campo se llevó a cabo entre febrero y mayo del 2011. Se incluyó como criterio de selección a profesionales con más de un año de experiencia laboral en la unidad de enfermedades infecciosas.

La unidad constaba de 28 profesionales en plantilla entre 5 médicos, 15 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería. De ellos, aceptaron participar 25. Se excluyó a 2 profesionales con menos de un año de experiencia, así como a residentes de medicina interna. No se aplicó el principio de saturación en el muestreo, ya que prácticamente la totalidad de la plantilla fue incluida en el estudio. La captación fue realizada por la investigadora principal, que formaba parte del equipo asistencial de la unidad.

Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de 6 personas, incluyendo a la investigadora principal, 5 de ellos de AH y uno de AP.

Las entrevistas se realizaron en el entorno hospitalario, mediante un guión semiestructurado y consensuado a partir de la revisión de la literatura y las dimensiones básicas de toda representación social (la información, la actitud y el campo de representación), sin descartar la posibilidad de que emergieran otros temas no contemplados en el mismo. Se buscó recomponer la trayectoria de la vida profesional del entrevistado en la unidad. La duración de las entrevistas osciló entre 45 min y 3 h. Se registraron en audio y se transcribieron literalmente siguiendo el análisis que se detalla en la **tabla 1** y apoyado por el programa Atlas ti versión 6.0.

Se aplicaron los criterios de confiabilidad de Guba y Lincoln, a través de la triangulación de los datos y contrastando los resultados mediante 2 técnicas distintas de recolección de datos, análisis complementarios, análisis preliminares individuales de cada investigador y análisis intensivo de la investigadora principal con participación de otros expertos en investigación cualitativa y devolución de parte de los resultados a sus participantes (**tabla 1**).

Se aseguró la confidencialidad de los datos mediante la codificación alfanumérica de los participantes y la modificación o supresión de nombres de lugares y personas que pudieran identificarlos. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación Sanitaria del centro y se obtuvo el consentimiento informado de todos sus participantes.

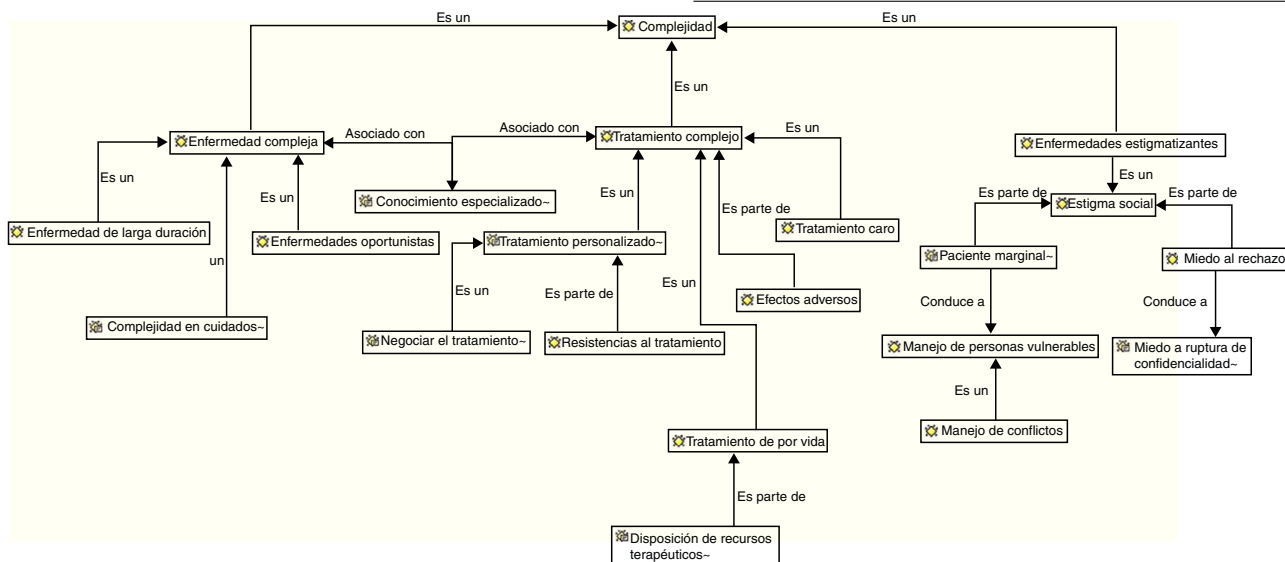
de complejidad que atribuyen los profesionales de atención hospitalaria al VIH y las repercusiones sobre el nivel organizativo de la atención y, consecuentemente, las incertidumbres y potencialidades de un seguimiento más activo desde AP.

El significado de la complejidad en los profesionales de una unidad de enfermedades infecciosas

El significado de la complejidad se construye en torno a la especialización. Para los facultativos, se trataría de una enfermedad compleja con características cambiantes, que la hacen imprevisible y requiere habilidades especiales en el manejo terapéutico, sin olvidar los aspectos sociales que afectan al VIH. La complejidad implicaba además la gestión de las enfermedades oportunistas, las dificultades del manejo del tratamiento y las características de alta vulnerabilidad de los afectados.

Los entrevistados destacaron las consecuencias del diagnóstico tardío del VIH por el peligro para la vida de las personas y el riesgo de transmisión a las parejas sexuales. Algunos profesionales resaltaron el «carácter dinámico y cambiante» de la enfermedad, lo que le conferiría al VIH un carácter distintivo frente a otras enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión.

El concepto de complejidad también afecta al tratamiento, debido a su uso prolongado en el tiempo, su coste, la necesidad de personalización y la presencia de efectos



Esquema general del estudio. Esquema de red de El significado de la complejidad en los profesionales de una Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Resultados

El análisis de las entrevistas y la comparación de los discursos de los profesionales permitieron identificar 4 grandes categorías (**tablas 2 y 3**) que relacionan los significados

adversos, distintos de los producidos con otros fármacos. Según los informantes, estos factores requieren conocimientos especializados que permitan una adecuada toma de decisiones en la selección de la terapia.

Por último, y en esto coinciden todos los profesionales, hay que añadir los aspectos sociales de las personas que viven con VIH vinculadas con las características de vulnerabilidad derivadas del estigma y la discriminación y, en algunos casos, a su asociación a sectores marginales.

Tabla 1 El proceso de análisis llevado a cabo en el estudio

<i>Combinación de distintos análisis</i>	
Análisis de contenido según recomendaciones de Taylor y Bogdan	Fase 1. Identificación de posibles temas de estudio a partir de lecturas de información recogida en la transcripción
	Fase 2. Codificación: Segmentación de los datos en fragmentos o citas y asignación de códigos. Desarrollo de categorías de codificación mediante clasificación de todos los datos en dichas categorías
	Fase 3. Relativización de datos: interpretación de los datos considerando el modo y el contexto en el que fueron recogidos
Análisis estructural	Temática general y secundaria, el esquema de entrevista y el análisis preliminar de cada investigador
<i>Combinación de técnicas cualitativas</i>	
Entrevistas en profundidad semiestructuradas	Guión de entrevistas.
Técnicas de observación participante a través de la recolección de diarios de campo donde los investigadores añadieron sus observaciones	Fichas orientadoras del guión para facilitar la entrevista Elaboración de diarios de campo, conteniendo: – Notas observacionales (nobs): exposiciones sobre sucesos presenciados a través de la observación visual y auditiva – Notas del diario de campo (ndc): lado personal de trabajo de campo, emociones, reflexiones del investigador – Notas metodológicas (nmet): instrucción a uno mismo sobre mejoras en el trabajo de campo – Esquema del contenido de la entrevista (esq): momento de evaluación-interpretación previo al análisis Análisis preliminar (anap): establecimiento de primeras categorías

La dedicación especializada en la atención del virus de la inmunodeficiencia humana

Los profesionales definieron la dedicación especializada sobre la base de la experiencia y el conocimiento adquirido a lo largo del tiempo en la unidad de enfermedades infecciosas, la formación continuada y el compartir la experiencia con otros profesionales.

En este tándem «complejidad/especialización», se encontraron divergencias entre las opiniones de médicos y enfermeros (tablas 3 y 4). Para los médicos, este conocimiento experto es producto de una dedicación constante, a la que se atribuyeron características de exclusividad, por su centralidad en la asistencia al VIH. Desde su perspectiva, la experiencia no solo está garantizada por el acúmulo de conocimientos, sino por el número de individuos que atiende un profesional, y la escasa población con VIH que se atiende en AP no proporcionaría la casuística necesaria para ello.

Tan solo 2 enfermeras adujeron problemas en el seguimiento, una de ellas coincidente con el discurso de la complejidad de los facultativos y la otra por la posible presión asistencial de AP. El resto de los profesionales de enfermería, incluido auxiliares de enfermería, coinciden en la posibilidad de seguimiento y sus beneficios en relación con la cercanía domiciliaria. Desde su perspectiva, la disminución de los ingresos y de la mortalidad, y el aumento de la esperanza y de la calidad de vida, eran indicadores del cambio hacia la cronicidad y de la normalización de la enfermedad. Así, el VIH hoy en día es entendido como un proceso crónico, bajo control terapéutico, que requiere un conocimiento experto que podría ser accesible a otros

profesionales en otros niveles asistenciales, con la adecuada coordinación.

El proceso asistencial en la atención especializada desde la visión de los profesionales

Todos los profesionales describieron la asistencia que proporcionan como personalizada, a demanda, ágil y accesible, que permite el control de la enfermedad desde la prevención, el seguimiento y la consecución de estilos de vida saludables. El contexto histórico de la enfermedad y las características sociales de sus afectados, usuarios de drogas por vía intravenosa con dificultades para el seguimiento del VIH y la adherencia a la terapia, condujeron a una atención a demanda que permitía su captación.

El empleo del hospital de día para adelantar pruebas diagnósticas mientras se gestionaba el ingreso en hospitalización, la asignación de un médico de referencia que permitía un acceso rápido a un proveedor concreto, además de facilitar una relación más estrecha y de confianza, y el acceso telefónico para consultar dudas eran algunas de sus ventajas.

El seguimiento se efectúa principalmente desde la consulta de enfermedades infecciosas. El objetivo es el control de la enfermedad, caracterizado por la adherencia al tratamiento, el seguimiento periódico de la enfermedad, los cambios en los estilos de vida y el uso de medidas preventivas para reducir la transmisión. Esto supone, por parte del afectado, cierta constancia, lo que equivaldría a ser considerados por los profesionales como «pacientes controlados» o «pacientes disciplinados».

Tabla 2 Relatos de experiencias en relación a las dimensiones y sus propiedades*El significado de la complejidad*

Capacidad de gestión de las enfermedades oportunistas
 Dificultades del manejo terapéutico
 Características de alta vulnerabilidad de los afectados por el VIH

Facultativo 04: «*Se sigue diagnosticando tarde porque se diagnostica la mayor parte de los enfermos con infecciones oportunistas y con situaciones en las que ya hay que empezar de entrada con tratamiento, con inmunodeficiencia y están corriendo riesgo de tener infecciones que son muy graves, además (...) porque la infección por HIV y el tratamiento no comprometen a la vida, lo que compromete la vida son las infecciones oportunistas sobreañadidas*»
 Facultativo 05: «*Yo creo que es lo suficientemente complicado como para que sea complicado para nosotros que nos dedicamos a esto que muchas veces tienes dudas de qué poner, qué no poner, qué tengo que mirar, este paciente tiene este problema, tiene este otro... Tienes que andar un poco con los compañeros, testando cuál es la opinión de las otras personas*»
 Facultativo 04: «*En cuanto al tratamiento, yo creo que debe ser en consultas especializadas. El tratamiento tiene la suficiente complejidad como para que lo haga gente, lo hagan los médicos que se dediquen a eso, o unidades que se dediquen a eso*»
 Facultativo 01: «*(...) que es una enfermedad como otra cualquiera, que es compleja, que son pacientes peculiares, normalmente, son pacientes peculiares por el matiz social que tienen ¿no?... los que son por vía heterosexual, normalmente, son gente normal entre comillas, quiero decirte que no tienen una connotación social. Pero, tanto los drogadictos como los homosexuales, la tienen, ¿no?*»

La dedicación especializada en la atención del VIH

El desarrollo experiencial de habilidades técnicas en la gestión del tratamiento
 Empleo de habilidades relacionales

Facultativo 03: «*(...) el manejo de la medicación debe estar en manos de especialistas. Porque una alta proporción de pacientes tienen efectos adversos por este tipo de medicación y hay que estar habituados a manejarlos... y a no descartarla para su uso en los pacientes, si empiezas a quitar medicación porque ayer me dolió la cabeza, una fuera, ayer... Hay que tener ciertas habilidades. Y esta medicación tiene más efectos adversos que la medicación común que se usa en primaria y debe estar en un control por gente que tenga habilidades aprendidas*»
 Facultativo 01: «*(...) pero para estar al día es que te tienes que dedicar casi exclusivamente a ellos para poder estar bien informado y estar a la última, ¿no?*»
 Enfermera 06: «*(...) la habilidad que tienes, y no solo las técnicas de enfermería, sino la habilidad ante conflictos sociales o conflictos dentro de la misma unidad. Los compañeros míos dan 40.0000 vueltas. Aquí hay un conato de agresión, un estado de violencia, lo dominan en 2 min mientras los compañeros nuestros de arriba que no están acostumbrados, se hacen un mundo y están llamando hasta al jefe de la guardia porque alguien ha gritado*»

Tabla 3 Relatos de experiencias en relación a las dimensiones y sus propiedades**El proceso asistencial desde atención hospitalaria***La atención personalizada*

Enfermera 05: «(...) los enfermos se citaban pero no venían y a lo mejor venían los que no estaban citados. Era mucho a demanda»

El control de la enfermedad

Facultativo 02: «Nosotros vemos al enfermo cada 4, cada 5 meses, cada 6 meses. Entonces, nosotros le resolvemos muchos problemas que resuelve el médico de cabecera. Muchos van al médico de cabecera. Pero a lo mejor un chico joven... que no tiene otra enfermedad pues...no va nunca al médico de cabecera, porque está bien. Pero me viene a ver a mí, y cuando tiene algo pues me lo consulta a mí. O llama por teléfono y se lo dice a la enfermera»

Incertidumbres y potencialidades de atención primaria en el VIH*Incertidumbres*

Factores administrativos que agravan la asistencia

Enfermera 12: «Yo pienso que primaria está tan saturada de pacientes que resultaría imposible... y luego porque no creo que estén preparados los médicos de primaria para hacer un seguimiento. (...) si tú escoges a lo mejor un área y haces una preparación con respecto a antirretrovirales, a pruebas complementarias y pautas que hay que seguir de control a estos pacientes. Tienes un área, o sea, una consulta sólo dedicada a ellos, como aquí, por ejemplo, pues sí»

El nivel formativo de Atención Primaria en el área del virus de la inmunodeficiencia humana

Facultativo 05: «Son fármacos que, por otro lado, son muy caros, o sea que, no se pueden mal utilizar, son fármacos que si se mal utilizan pueden crear mutaciones de resistencia en el virus (...) y requieren estudios preliminares que no son estudios que estén en la mano de un médico de Atención Primaria»

Riesgo de ruptura de la confidencialidad

Facultativo 03: «Vamos a ver, siempre hay algunas personas que por el tema de confidencialidad van a seguir viniendo aquí.» (en referencia a atención especializada)

Potencialidades

Promoción de la salud

Enfermera 02: «Yo sé que en Atención Primaria hay muchísima más atención para la salud que en el hospital, referente a lo que es la continuidad después en la vida diaria. Porque en el hospital se da muchísima información pero después lo que es el día a día de un paciente de este tipo con la familia, con lo que sea, yo creo que Atención Primaria tendría que... trabajarlo más»

Mejoras de los servicios de salud

Facultativo 01: «La analítica se la hacen en el hospital... son cosas más específicas, la carga viral o si ya le quieres pedir un genotipo o una cosa más especial en el centro de salud no está eso estandarizado... a lo mejor eso son cosas que sí se pueden mejorar para darles más comodidad»

Favorecer la cercanía domiciliaria

Auxiliar 05: «(...) depende del enfermo porque hay veces que te lo hacen de venir desde un pueblo allí a ponerse allí el tratamiento. Digo yo que si tiene que venir de lejos mejor que fuese su centro de salud, que no lo deriven aquí. Que casos de esos hemos visto, eso le cuesta al enfermo, le cuesta al hospital y le cuesta... tiempo y de todo»

Tabla 4 Divergencias de criterios entre profesionales de enfermedades infecciosas

Dificultades debido a la complejidad del VIH y la presión asistencial. Necesidad de aumento de la formación	<p>Facultativo 02: «(. . .) Hay una serie de objetivos que están más al alcance del médico de familia que cosas muy especializadas. Él no va hacer la citología a la mujer, el fondo de ojo a los diabéticos, les va a atender de los efectos adversos al del VIH, va a mirar la prueba de esfuerzo de los coronarios... O sea, no le puedes cargar con todo eso al médico de familia»</p> <p>Entrevistador 01: «Entonces ¿crees que estamos hablando solamente de una presión asistencial o quizás de algo más?»</p> <p>Facultativo 02: «Yo creo que no. El tratamiento VIH es lo suficientemente complejo como para que lo haga alguien que casi se dedique sólo a eso. O sea, yo no soy capaz de leer todo lo que sale sobre tratamiento antirretroviral, dáselo a un médico de familia, que tiene que leerse eso más todo lo demás para 4 enfermos que él tiene»</p> <p>Facultativo 01: «(. . .) cuando les vayan a poner alguna medicación o tal, o lo que sea, siempre: "pero pregúntale a tu médico", pero precisamente por eso, el VIH es muy específico, son fármacos muy específicos y el que no los maneja pues, muchas veces, no sabe» . . .</p>
Posibilidades debido al control de pacientes y la formación de los profesionales de Atención Primaria. Necesidades de aumento de personal	<p>Entrevistador 02: «¿Y usted cree que tendría algún beneficio que se transfiriesen los pacientes a primaria?»</p> <p>Facultativo 01: «Yo creo que no. Vamos, yo tengo compañeros que son médicos de Atención Primaria y están hasta arriba, entonces, ni para los médicos ni para los pacientes, probablemente, sea bueno. Yo creo que la atención especializada que se les da en consultas específicas de infecciosas y de VIH sería, prácticamente, imposible hacerlo en primaria, entonces, no creo. . . .»</p> <p>Auxiliar 02: «Lo ve de que él es un especialista y solo él sabe manejarlo. Pero yo pienso que eso pasaba antes con la diabetes y pasaba con los que tenían cosas de tiroides y cada día eso se va normalizando más ¿no?»</p> <p>Auxiliar 01: «Con más personal de Atención Primaria, porque en Atención Primaria el paciente va a una consulta de Atención Primaria y son 5 min lo que tiene, ese es el profesional para atender a ese paciente. Más personal y más horas para dedicación sobre todo a este tipo de pacientes»</p> <p>Enfermera 05: «(. . .) yo no lo sé si en un futuro a lo mejor se va a dar en los centros de salud, lo mismo se da, no lo sé. Tampoco lo veo tan difícil, enfermos estabilizados, enfermos controlados... pues igual que vas para la tensión arterial, para el colesterol y la Dra. te dice: "Vamos, vas a seguir con la pastillita. Te voy a poner un poquito más o te voy a quitar un poquito menos"»</p> <p>Enfermera 11: «Vamos, que yo veo aquí muchas actuaciones tanto hospital de día como en las consultas médicas, y tal, y un médico de familia, uno o varios médicos de familia, primero como médico de familia están formados pero un poquito más formados (. . .) Ahora, si tú no formas a la gente (. . .)»</p> <p>Enfermera 08: «Dudan, tratamiento, y tal, ellos vienen a su médico especialista, pero es como su médico de toda la vida. Pero ese seguimiento si no tiene ninguno, no hay que tomar una decisión que la tenga que tomar el especialista, la puede hacer perfectamente el médico del centro de salud»</p>

Incertidumbres y potencialidades de Atención Primaria en el seguimiento y el manejo del paciente con virus de la inmunodeficiencia humana

Surgieron dudas en los facultativos y en una enfermera en cuanto al nivel formativo del profesional de AP en el manejo del VIH. Intervienen en esta valoración la comparación entre profesionales de ambos niveles y ciertos aspectos organizativos, como la presión asistencial en AP.

Algunos profesionales de enfermería admitieron desconocer el seguimiento que se realiza del VIH a nivel primario y otros remitían exclusivamente al programa de metadona de los centros de salud.

Desde los facultativos se describió la labor de los profesionales de AP a partir de la atención de las comorbilidades y los problemas comunes de cualquier usuario de este nivel y en relación con el VIH, se favorecería el diagnóstico precoz, la prevención y la promoción de la salud, aunque no se contemplaba el seguimiento del tratamiento en pacientes bien controlados y con buen estado de salud. Las dudas a la posibilidad de una ampliación en las funciones de AP estuvieron argumentadas por la necesidad de la especialización y por la complejidad del VIH resaltados anteriormente.

Coincidieron todos los profesionales en que la relación de los afectados con el secreto y su miedo a la revelación de la seropositividad podría favorecer la ocultación del diagnóstico y la desconfianza hacia los profesionales de AP.

No se encontraron diferencias en las opiniones con respecto a la complejidad o especialización en función de la experiencia o la categoría profesional.

A juicio de las enfermeras, el buen control farmacológico de los pacientes es un factor que posibilita el seguimiento en AP, destacando como potencialidades la accesibilidad, la reducción de gastos para residentes en zonas rurales o con bajos recursos económicos y los desplazamientos innecesarios a la institución hospitalaria.

Para los facultativos se vieron como potencialidades las mejoras en servicios concretos, como el aumento de la realización de la prueba del VIH en AP a sectores poblacionales más amplios (con objeto de potenciar el diagnóstico precoz) y la dispensación de fármacos desde áreas de salud próximas que evitarían desplazamientos al hospital.

Discusión

Este estudio pretendía describir las opiniones de los profesionales de enfermedades infecciosas sobre las posibilidades de seguimiento del paciente con VIH en AP. En cuanto a la complejidad del VIH, los facultativos se decantan por una atención centrada en el nivel hospitalario; sin embargo, estudios actuales resaltan la complejidad de las enfermedades crónicas y la necesidad de un cambio de enfoque que proporcione una visión holística de la persona y reduzca la fragmentación de los servicios de salud¹⁷.

Las características específicas del tratamiento y la necesidad de una dedicación exclusiva son algunos de

los mayores obstáculos, en el que coinciden otros profesionales de especialización¹⁸. La mayoría de los profesionales de enfermería, incluidos los auxiliares de enfermería, presentan actitudes más abiertas al seguimiento en AP, por sus beneficios en prevención y promoción de la salud, además de una atención más cercana.

Aunque no existe consenso sobre cómo integrar la AP y la AH en el manejo del paciente con VIH¹⁴, los estudios encontrados abogan por una participación más activa del equipo de AP, que permita la integración de los distintos servicios de salud⁹⁻¹³ e incluso la delegación en enfermeras para extender la atención^{15,16}. Según Rackal et al.¹⁹, se aprecian mejores resultados en la atención de las personas que viven con VIH cuanto mayor es la experiencia o entrenamiento de los profesionales.

En países con altos ingresos, se opta preferentemente por una coordinación entre niveles a través de las tecnologías de la comunicación para el asesoramiento entre proveedores^{20,21}, el intercambio de información, documentación y servicios^{22,23} y el desarrollo de programas de entrenamiento de profesionales de AP en ámbitos locales²⁴.

Cabe resaltar la importancia actual de las enfermedades crónicas complejas¹⁷, y el poco impacto en el caso del paciente con VIH. En nuestro medio existen experiencias bastante satisfactorias de modelos de colaboración entre Medicina Interna y AP, ya sea como modelos colaborativos de consultoría o como modelos integrales de atención²⁵; estas prácticas podrían ser trasladadas a este campo, apoyadas en instrumentos de gestión clínica muy potentes, como pueden ser los procesos asistenciales, las vías clínicas o la historia clínica digital compartida, entre otros^{26,27}.

Aunque los profesionales manifestaron su preocupación ante una posible revelación del VIH en los centros de salud, el uso de la consulta de AP como lugar donde se revisan todos sus procesos de enfermedad sin distinción de especialidades favorecería el secreto y la confidencialidad. El profesional de AP está capacitado para distinguir las situaciones en las que necesita proteger la confidencialidad^{28,29} de los casos en los que estaría obligado a revelar la información, como en la violencia doméstica³⁰.

Como limitación del estudio, cabe resaltar que la mayoría de los entrevistados pertenecía al contexto de AH y podría haber influido en el discurso de los profesionales de AH. Para controlarlo, se realizaron ejercicios de reflexión mediante evaluación por escrito de las opiniones de los investigadores y la inserción de notas en el diario de campo de cada entrevistado (tabla 1). Se efectuaron reuniones periódicas para compartir experiencias y mejoras dentro de las entrevistas. Por otra parte, la confidencialidad de la información permitió la expresión abierta de las opiniones de los profesionales.

Por último, no se profundizó en los factores que influyen en la diferencia de opiniones, como los distintos roles profesionales, niveles formativos e intereses particulares de cada categoría profesional y no se entrevistaron a profesionales de AP, que podrían haber enriquecido el análisis, cuestiones que serán abordadas próximamente en un nuevo estudio.

Lo conocido sobre el tema

- La asistencia del VIH está centralizada en unidades específicas de Atención Hospitalaria.
- El papel de Atención Primaria en la asistencia al VIH está centrado en el diagnóstico precoz, la prevención y la promoción de la salud.
- La inclusión del VIH en los nuevos modelos de gestión de las enfermedades crónicas requeriría una revisión de la asistencia del VIH en ambos niveles.

Qué aporta este estudio

- Los profesionales de Atención Hospitalaria describen el proceso asistencial de las personas que viven con VIH en las unidades de enfermedades infecciosas.
- Los profesionales de Atención Hospitalaria aportan los puntos de críticos ante la posible gestión del VIH por profesionales de Atención Primaria.
- Desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, enfermeras y auxiliares, se observan posturas favorables a una participación más activa de Atención Primaria en la gestión del VIH.

Financiación

Proyecto financiado en la Convocatoria de 2010 de la Consejería de Salud de Andalucía, Exp. 0646/2010.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes de este estudio por su colaboración.

Bibliografía

1. Unwin N, Alberti KGMM. Chronic non-communicable diseases. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100:455-64.
2. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: How many lives can we save? *Lancet*. 2005;366:1578-82.
3. O'Halloran J. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Fam Pract*. 2004;21:381-6.
4. Nigatu T. Integration of HIV and non-communicable diseases in health care delivery in low- and middle-income countries. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:110331.
5. Fernández Moyano A, Ollero Baturone M. Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar [editorial]. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84:349-51.
6. Haggerty JL. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21.
7. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del sistema de salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84:371-87.
8. Gervas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPA 2012. *Gac Sanit*. 2012;26 Supl. 1:52-6.
9. Lindegren ML, Kennedy CE, Bain-Brickley D, Azman H, Creanga AA, Butler LM, et al. Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition and family planning services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:CD010119.
10. Weaver MR, Conover CJ, Proescholdbell RJ, Arno PS, Ang A, Uldall KK, et al. Cost-effectiveness analysis of integrated care for people with HIV, chronic mental illness and substance abuse disorders. *J Ment Health Policy Econ*. 2009;12:33-46.
11. Legido-Quigley H, Montgomery CM, Khan P, Atun R, Fakoya A, Getahun H, et al. Integrating tuberculosis and HIV services in low- and middle-income countries: A systematic review. *Trop Med Int Health*. 2013;18:199-211.
12. Sweeney S, Obure CD, Maier CB, Greener R, Dehne K, Vassall A. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: A systematic review of evidence and experience. *Sex Transm Infect*. 2011;88:85-99.
13. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ, Karagianis M, Pugas MM, Micek M, et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: Lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study. *J Int AIDS Soc*. 2010;13:3.
14. Wong WCW, Luk CW, Kidd MR. Is there a role for primary care clinicians in providing shared care in HIV treatment? A systematic literature review. *Sex Transm Infect*. 2012;88:125-31.
15. Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): A pragmatic, parallel, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2012;380:889-98.
16. Cohen R, Lynch S, Bygrave H, Eggers E, Vlahakis N, Hilderbrand K, et al. Antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho: Observational cohort assessment at two years. *J Int AIDS Soc*. 2009;12:23.
17. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13 Spec No:6-15.
18. Soriano V, González Lahoz JM. Manual del sida. Barcelona: Permanyer; 2011.
19. Rackal JM, Tynan AM, Handford CD, Rzeznikiewiz D, Agha A, Glazier R. Provider training and experience for people living with HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD003938. DOI: 10.1002/14651858.CD003938.pub2.
20. Gordon P, Camhi E, Hesse R, Michelle Odium M, Schnall R, Rodriguez M, et al. Processes and outcomes of developing a continuity of care document for use as a personal health record by people living with HIV/AIDS in New York City. *Int J Med Inform*. 2012;81:e63-73.
21. Oluoch T, Santas X, Kwaro D, Were M, Biondich P, Bailey C, et al. The effect of electronic medical record-based clinical decision support on HIV care in resource-constrained settings: A systematic review. *Int J Med Inform*. 2012;81:e83-92.
22. Hirschhorn LR, Landers S, McInnes DK, Malitze F, Ding L, Joyce R, et al. Reported care quality in federal Ryan White HIV/AIDS Program supported networks of HIV/AIDS care. *AIDS Care*. 2009;21:799-807.
23. Waldura JF, Neff S, Dehlendorf C, Goldschmidt RH. Teleconsultation improves primary care clinicians' confidence about caring for HIV. *J Gen Intern Med*. 2013;28:793-800.
24. Arora S, Kalishman S, Dion D, Som D, Thornton K, Bankhurst A, et al. Partnering urban academic medical centers and rural primary care clinicians to provide complex chronic disease care. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30:1176-84.

25. Ramírez Duque N, Ollero Baturone M, Ortiz Camuñez MA, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspá A, Cuello Contreras JA. Evaluación de la satisfacción de un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna. *Rev Calidad Asist.* 2010;25:70–6.
26. Garrido Elustondo S, López Gómez C, Arrojo Arias E, Arrojo Arias E, Martín Bun M, Moreno Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calidad Asist.* 2009;24:263–71.
27. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485–95.
28. Slowther A. Confidentiality in primary care: Ethical and legal considerations. *InnovAiT.* 2010;3:753–9.
29. Elger BS. Violations of medical confidentiality: Opinions of primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 2009;59:e344–52.
30. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal.* 2010;36:104–9.