

DEPARTAMENTO DE SALUD

GUÍA CLÍNICA DE VISITAS AL HOGAR PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH

Programa Ryan White Parte B/ADAP

Sección de Prevención y Control de
Enfermedades e Infecciones Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades
Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral

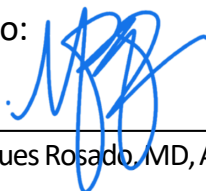


DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Versión

Versión	Editores (as)	Fecha de revisión	Descripción de cambios
1	Anthony J. Rodríguez, MD Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I Delgado Mercado, M.A, PhD	18 de diciembre de 2025	Documento Original

Visto bueno:



Marisel Bosques Rosado, MD, AAHIVS
Directora
Sección de Prevención y Control de Enfermedades
e Infecciones Transmisibles

Tabla de contenido

Sección 1. Introducción	4
Sección 2. Población	4
Sección 3. Descripción del problema/justificación	7
Sección 4. Objeto.....	9
Sección 5. Criterios de elegibilidad.....	9
Criterios de inclusión	10
Criterios de exclusión.....	11
Sección 6. Frecuencias de las Visitas al Hogar.....	11
Sección 7. Componentes de la visita al Hogar	14
Sección 8. Control de Infecciones Durante las Visitas al Hogar	16
Sección 9. Flujo de Trabajo de las Visitas al Hogar	18
Sección 10. Protocolo de Emergencia Durante la Visita.....	19
Sección 11. Documentación	20
Sección 12. Personal Involucrado	20
Sección 13. Uniformes del Personal Durante las Visitas al Hogar.....	21
Sección 14. Cumplimiento y Supervisión	23
Sección 15. Ética y Confidencialidad.....	24
Sección 16. Resultados Esperados	25
Sección 17. Referencias.....	25
Sección 18. Glosario de Términos.....	26
Sección 19. Anejos	27

GUÍA CLÍNICA DE VISITAS AL HOGAR PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población con diagnóstico positivo de VIH ha transformado los desafíos de la atención médica, tanto a nivel global como en Puerto Rico. Gracias a los avances en la terapia antirretroviral (ART), las personas con diagnóstico positivo de VIH experimentan una expectativa de vida considerablemente mayor, lo que genera nuevas necesidades relacionadas con comorbilidades crónicas, limitaciones funcionales y complejidad psicosocial. Estos cambios demandan la adaptación de los modelos de cuidado hacia estrategias integrales y centradas en el paciente.

Las visitas clínicas al hogar han demostrado ser un enfoque efectivo para abordar estas necesidades. En adultos mayores en general, la evidencia científica indica que la atención al hogar puede mejorar el estado funcional, reducir síntomas depresivos, fortalecer la conexión social y disminuir hospitalizaciones, contribuyendo también a mejorar la calidad de vida y la autonomía de los pacientes (Stuck, Egger, Hammer, Minder, & Beck, 2002; Beswick et al., 2008; Boulton et al., 2009). Aunque los estudios específicos en adultos mayores con VIH son limitados, experiencias como el Modelo de San Francisco de Atención al VIH y programas de cuidado al hogar en Uganda muestran la viabilidad de este enfoque, además de su impacto positivo en la adherencia al tratamiento y en la coordinación de servicios clínicos y psicosociales (Smith et al., 2021; Nsamanya Home Care, 2021).

La presente guía establece lineamientos clínicos y operativos para la implementación de un programa de visitas al hogar dentro del marco del Programa Ryan White Parte B/ADAP en Puerto Rico. El objetivo es ofrecer atención centrada en el paciente, asegurar la coordinación eficiente entre los miembros del equipo de salud y generar evidencia que permita monitorear y mejorar los resultados clínicos. Se espera que la implementación de este modelo contribuya a optimizar la adherencia al ART, prevenir complicaciones, reducir hospitalizaciones innecesarias y, en general, mejorar la calidad de vida de las personas mayores que con diagnóstico positivo VIH.

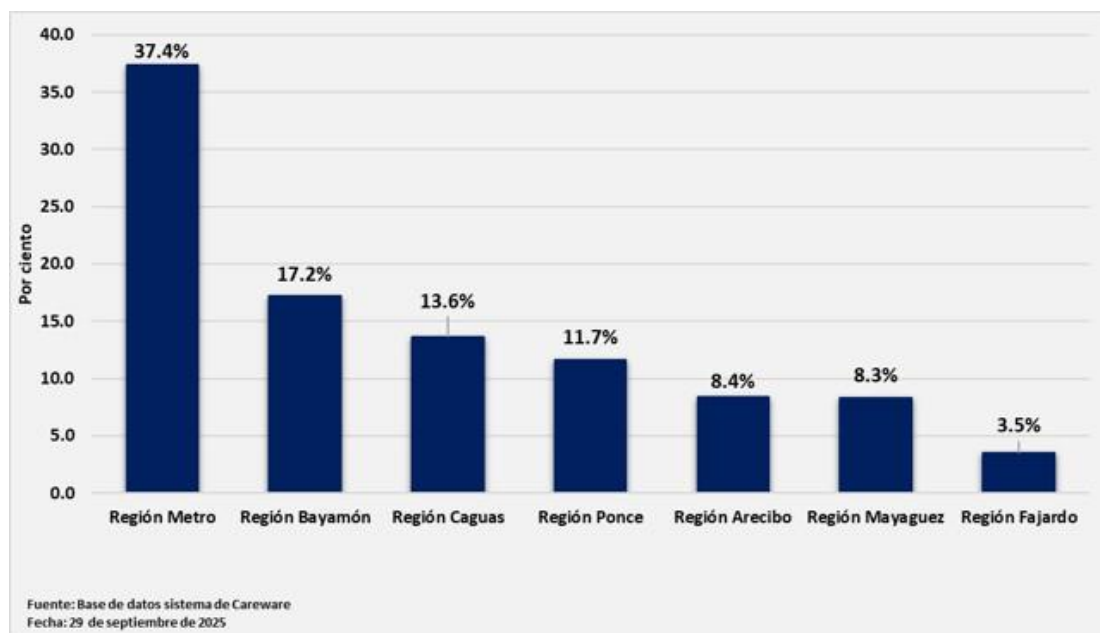
2. POBLACIÓN

La población objetivo de esta guía está conformada por personas adultas mayores de 50 años o más con diagnóstico positivo de VIH en Puerto Rico, un grupo que representa una proporción cada vez más significativa dentro de la epidemia local. En Puerto Rico, la mayoría de las personas con diagnóstico de VIH tienen 50 años o más, y para el año 2024, el 72% de los

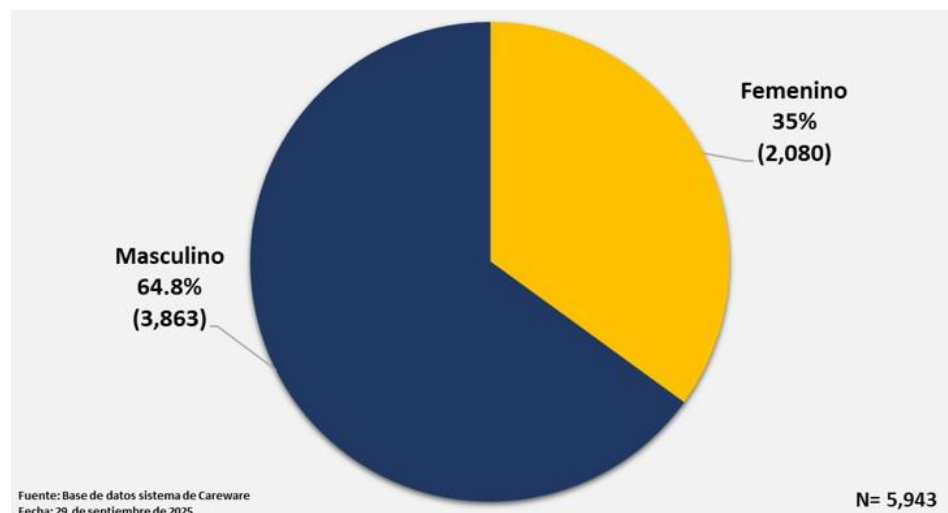
participantes que recibieron servicios en la Red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP pertenecían a este grupo etario. De ellos, el 94% alcanzó supresión viral (<200 copias), lo que refleja un acceso efectivo al tratamiento, pero también un fenómeno de envejecimiento acelerado, en el que la fragilidad, la dependencia funcional y el deterioro cognitivo se presentan a edades más tempranas que en la población general.

Este sector poblacional se encuentra, por tanto, en un proceso de envejecimiento acelerado, producto de los avances en la terapia antirretroviral (ART), que han logrado prolongar la esperanza de vida, pero que no siempre se acompañan de una calidad de vida óptima. Los datos epidemiológicos muestran, además, diferencias por sexo, factor de transmisión y región de residencia (ver grafica 1-3), lo que evidencia la heterogeneidad de esta población y la necesidad de intervenciones adaptadas a su realidad clínica y social.

Gráfica 1. Distribución geográfica de las personas adultas mayores (≥ 50 años) con diagnóstico positivo de VIH, que recibieron servicios en la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP, según municipio de residencia y región de salud en Puerto Rico, 2024.



Gráfica 2. Distribución por sexo de las personas adultas mayores (≥ 50 años) con diagnóstico positivo de VIH que recibieron servicios en la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP durante el 2024.



Dentro de esta población, se prioriza a quienes presentan limitaciones de movilidad que dificultan el acceso a centros clínicos, dependencia funcional parcial o total, y la coexistencia de múltiples comorbilidades crónicas tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y otras condiciones propias del envejecimiento. Estos factores clínicos, sumados a la multimorbilidad y la polifarmacia, colocan a este grupo en una situación de alta vulnerabilidad clínica, requiriendo un abordaje diferenciado y adaptado a sus necesidades.

Asimismo, la población incluye individuos que enfrentan barreras sociales, económicas o familiares que restringen su acceso a servicios de salud. Entre estas se encuentran el estigma asociado al VIH, la falta de redes de apoyo comunitario o familiar, y la sobrecarga de los cuidadores, quienes muchas veces carecen de recursos suficientes para garantizar una atención continua y adecuada. Estas dificultades se ven agravadas por la fragmentación de los servicios, la limitada disponibilidad de modelos de atención geriátrica adaptados al VIH, y la escasez de profesionales de salud capacitados en la intersección entre gerontología, VIH y salud mental.

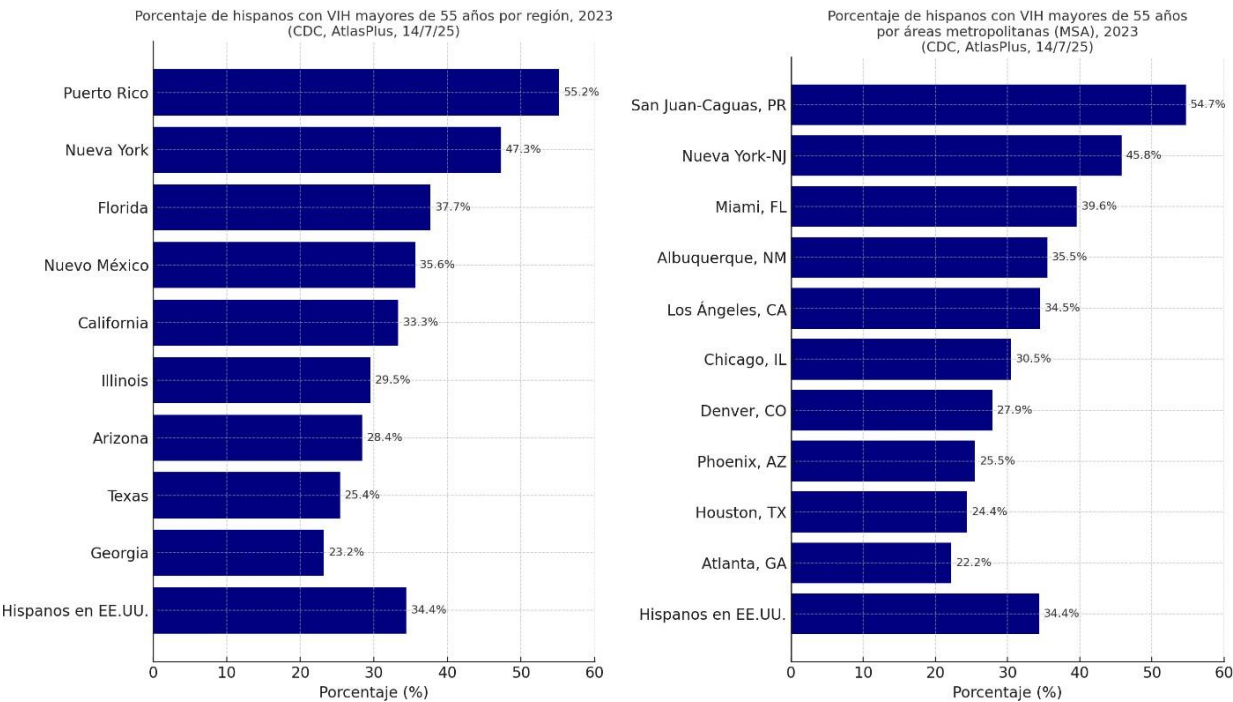
Este escenario convierte a los adultos mayores con VIH en un grupo prioritario, cuya atención al hogar es esencial para garantizar la adherencia terapéutica, el monitoreo integral del estado de salud, la detección temprana de complicaciones y la mejora sostenida de la calidad de vida.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA/JUSTIFICACIÓN

La población de adultos mayores con VIH en Puerto Rico enfrenta un conjunto de desafíos crecientes y multifactoriales que dificultan su acceso a una atención adecuada, oportuna y continua. Según estimaciones del Departamento de Salud de Puerto Rico y reportes internacionales, cerca de dos de cada tres personas que con diagnóstico positivo de VIH en la isla tienen más de 50 años, lo que refleja un proceso de envejecimiento acelerado de esta cohorte en comparación con otros grupos poblacionales. Este cambio demográfico impone la necesidad de adaptar los modelos de atención actuales a un perfil epidemiológico más complejo y demandante.

Este panorama coincide con las tendencias observadas en Estados Unidos y sus territorios, donde más del 20% de las personas con diagnóstico positivo de VIH tienen 55 años o más, y cerca de 75% de los hispanos mayores con diagnóstico positivo de VIH residen en Puerto Rico, Florida, Texas, Nueva York, California y Nueva Jersey. Estas cifras evidencian que el envejecimiento en la población con VIH no es un fenómeno aislado, sino una tendencia sostenida que requiere planificación urgente y adaptación de los sistemas de salud.

Gráfica 3. Distribución Porcentual De Personas Hispanas Con VIH De 55 Años o Más En Estados Unidos y Puerto Rico



Fuente: Análisis de la población hispana con diagnóstico positivo de VIH en Estados Unidos y Puerto Rico, 2023. (Castellanos, D., Guzmán, R., Escamilla, E., Morales, G., & Chacón, G., Septiembre 2025).

La gráfica de la izquierda muestra la proporción por región, destacándose que Puerto Rico concentra el mayor porcentaje de adultos mayores con VIH (55.2%), seguido de Nueva York (47.3%) y Florida (37.7%). La gráfica de la derecha presenta los datos por áreas metropolitanas (MSA), donde San Juan–Carolina–Caguas alcanza 54.7%, muy por encima del promedio nacional de 34.4%. Estos hallazgos evidencian el marcado proceso de envejecimiento de la población con VIH en Puerto Rico y subrayan la necesidad de adaptar los servicios de salud hacia modelos de atención integrados y sensibles al envejecimiento.

El envejecimiento en personas con diagnóstico positivo de VIH no solo se asocia con una mayor esperanza de vida, sino también con una carga desproporcionada de enfermedades crónicas. Entre las más prevalentes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, las complicaciones cardiovasculares y los trastornos cognitivos. Estas condiciones tienden a coexistir, generando multimorbilidad compleja que requiere intervenciones coordinadas. A esto se suma la polifarmacia, que incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas, efectos adversos y dificultades en la adherencia al tratamiento antirretroviral y a la medicación concomitante.

De igual manera, se reconoce el fenómeno de envejecimiento acelerado y acentuado en las personas con diagnóstico positivo de VIH, lo que implica que presenten fragilidad, dependencia funcional y deterioro cognitivo en edades más tempranas que la población general. Este proceso incrementa la necesidad de servicios de salud integrados que respondan a la complejidad clínica y social de este grupo.

A los factores clínicos se suman barreras sociales y estructurales: limitaciones de movilidad, dificultades de transporte, estigma persistente, falta de apoyo familiar y la sobrecarga de los cuidadores. Además, el sistema de salud enfrenta fragmentación de servicios, escasez de modelos geriátricos adaptados al VIH y un déficit crítico de profesionales capacitados en geriatría y salud conductual. Todo ello contribuye a un menor adherencia terapéutica, mayor riesgo de hospitalizaciones, complicaciones médicas y una calidad de vida reducida.

La evidencia internacional respalda la efectividad de las visitas al hogar como estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento, optimizar la coordinación del cuidado y reducir hospitalizaciones evitables. Experiencias en otras jurisdicciones de EE. UU., como programas implementados bajo el marco del Ryan White HIV/AIDS Program, han demostrado beneficios significativos, tanto clínicos como económicos, al integrar modalidades de cuidado al hogar (Home Health Care, Home & Community–Based Services). Asimismo, estudios en población general destacan que iniciar servicios clínicos al hogar tras un alta hospitalaria reduce rehospitalizaciones y el uso de emergencias, generando ahorros sustanciales para los sistemas de salud.

En este contexto, establecer un programa formal de visitas al hogar en Puerto Rico constituye una necesidad impostergable. Este modelo no solo garantiza la continuidad del cuidado, sino que también permite una atención proactiva y centrada en el paciente, alineada con los objetivos del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Al integrar la atención clínica, social y comunitaria desde un enfoque de sistemas, se busca mejorar los resultados clínicos, disminuir complicaciones prevenibles, fortalecer la adherencia al tratamiento y, en última instancia, incrementar la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven con VIH en Puerto Rico.

4. OBJETIVO

Establecer una guía integral para la prestación de servicios clínicos al hogar a personas adultas mayores con diagnóstico positivo de VIH, con el propósito de garantizar la continuidad de cuidado, mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (ART) y optimizar el manejo de comorbilidades crónicas. Esta guía busca ofrecer atención centrada en el paciente, evaluando de manera sistemática su estado clínico, funcional y psicosocial, así como las condiciones del entorno del hogar, para diseñar planes de intervención individualizados que promuevan la seguridad, autonomía y calidad de vida.

Asimismo, se pretende fortalecer la coordinación entre los distintos miembros del equipo de salud —médicos, enfermeras, trabajadores sociales, coordinadores clínicos y psicólogos—, mejorar la comunicación con los especialistas y servicios complementarios, y generar evidencia documentada que permita monitorear resultados clínicos, reducir hospitalizaciones innecesarias, prevenir complicaciones y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Programa Ryan White Parte B/ADAP en Puerto Rico.

5. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para garantizar que los servicios de visitas al hogar sean ofrecidos a los pacientes que más se beneficiarán de esta modalidad, se han definido criterios de elegibilidad claros. Estos criterios permiten identificar a adultos mayores con VIH que reciben servicios en los CPTETs y requieren atención médica integral en su hogar, priorizando a quienes presentan mayor riesgo clínico, dificultades de movilidad, comorbilidades crónicas o necesidades psicosociales específicas.

Los criterios se dividen en inclusión, que especifica las condiciones mínimas que debe cumplir un paciente para ser aceptado en el programa, y exclusión, que identifica situaciones en las que la participación no es apropiada o segura. Además, se consideran criterios clínicos adicionales que permiten al equipo de salud evaluar la complejidad del caso y la intensidad de la atención requerida. La aplicación sistemática de estos criterios garantiza equidad, seguridad y eficiencia en la prestación del servicio.

Criterios de inclusión

Los pacientes deben cumplir todos los siguientes criterios:

- A. Ser elegible al Programa Ryan White Parte B/ADAP.
- B. Edad \geq 50 años o condición funcional que impida el acceso físico al cuidado ambulatorio.
- C. Consentimiento informado para visitas al hogar.
- D. Recibir servicios para el VIH en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud

Criterios de inclusión adicionales (al menos uno):

- E. Polifarmacia. Se considera polifarmacia la toma simultánea de cinco o más medicamentos prescritos, incluyendo antirretrovirales, medicamentos para comorbilidades crónicas y suplementos supervisados por un profesional de la salud.
- F. Historia de hospitalizaciones frecuentes o reciente. Se considera hospitalización frecuente cuando un paciente ha sido admitido dos o más veces en los últimos 12 meses. Se considera hospitalización reciente si el paciente ha sido dado de alta de un hospital en los últimos 3 meses.
- G. Adherencia irregular a ART. Se considera adherencia irregular al ART cuando un paciente presenta omisión de dosis, retraso frecuente o interrupciones en tratamiento antirretroviral que pueda afectar la carga viral o el estado inmunológico, según los documentos en el historial clínico o reportes del paciente.
- H. Condiciones cognitivas o psiquiátricas. Se consideran condiciones cognitivas o psiquiátricas cualquier alteración del funcionamiento mental, cognitivo o emocional que afecte la capacidad del paciente para autogestionar su salud y adherirse al tratamiento antirretroviral, incluyendo, pero no limitado a:
 - Trastornos cognitivos: deterioro cognitivo leve, demencia temprana, problemas de memoria, dificultades en la planificación o juicio clínico.
 - Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno bipolar u otras condiciones que interfieran con la capacidad de cuidado propio.
- I. Comorbilidades crónicas. Se consideran comorbilidades crónicas aquellas enfermedades de larga duración que requieren manejo médico continuo y que pueden complicar la atención de personas mayores con VIH. Entre las más frecuentes se incluyen, pero no se limita:
 - Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria).
 - Diabetes mellitus y alteraciones metabólicas.
 - Enfermedad renal crónica o insuficiencia renal.
 - Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma).
 - Osteoporosis o fragilidad ósea.

- Enfermedades neurológicas crónicas (ictus, Parkinson, epilepsia).
- J. Poca movilidad o encamados. Se considera poca movilidad a aquellos pacientes que presentan dificultad significativa para trasladarse de manera independiente, incluyendo:
 - Uso de ayudas para la movilidad (bastón, andadera, silla de ruedas).
 - Dependencia parcial o total para caminar o realizar actividades de la vida diaria.
 - Pacientes encamados o confinados a la cama por enfermedad, debilidad o discapacidad.
- K. Determinación de inclusión por parte del equipo clínico. Se incluirán aquellas personas cuya situación clínica, social o funcional, a juicio del equipo de salud interdisciplinario requiera o se beneficie de la atención en el hogar.

Criterios de exclusión

- A. Paciente no elegible al Programa Ryan White Parte B/ADAP.
- B. Pacientes que declinen participar en las visitas al hogar mediante la negativa a otorgar el consentimiento informado.
- C. Pacientes institucionalizados o hospitalizados de manera permanente. Se consideran pacientes institucionalizados o hospitalizados de manera permanente aquellos que residen de forma continua en:
 - Hospitalizados de larga estancia o cuidados crónicos.
 - Institucionalizados en centros de salud mental.
 - Unidades de cuidado intensivo prolongado o internaciones permanentes.
 Nota: Pacientes que requieren monitoreo intensivo no pueden ser manejados únicamente mediante visitas al hogar
- D. Determinación de exclusión por parte del equipo clínico.

6. FRECUENCIA DE LAS VISITAS AL HOGAR

La frecuencia de las visitas al hogar estará determinada por el estado clínico, funcional y social del paciente, así como por la identificación de necesidades específicas en la evaluación inicial. El objetivo es garantizar un seguimiento continuo, oportuno y adaptado a la realidad de cada persona adulta mayor con VIH.

•Pre-Visita (Previo a la Visita Inicial)

La previsita constituye la primera fase del proceso de atención y tiene como propósito garantizar que cada persona referida al programa llegue a la visita inicial con la información clínica, social y administrativa necesaria. Esta etapa se coordina entre las clínicas de referencia (CPTET) y el equipo del Programa, y establece las bases para una atención organizada, oportuna y centrada en el paciente.

Componentes de la pre-visita:

- Referido formal del paciente: Emisión del referido por parte de las clínicas CPTET, incluyendo diagnóstico confirmado de VIH, historial médico resumido, última visita a la clínica, últimos laboratorios y régimen de ART.
- Discusión de caso interdisciplinaria: Revisión del referido por el equipo del Programa, identificación preliminar de riesgos clínicos y sociales, determinación de elegibilidad según criterios establecidos y asignación del médico responsable junto al manejador de caso.
- Preparación logística: Contacto inicial con el paciente o cuidador para explicar el programa y confirmar interés, obtención de consentimiento verbal preliminar (seguido por consentimiento escrito en la visita inicial), verificación de dirección y accesibilidad al hogar, datos de contacto de emergencia y programación de la visita inicial.
- Revisión administrativa: Confirmación de elegibilidad al Programa Ryan White Parte B/ADAP, verificación de documentación socioeconómica (ingresos, seguro, residencia) y registro del caso en la base de datos del Programa para monitoreo.

Visita inicial

Introducción y orientación al Programa:

En este primer encuentro se explicará al paciente (y a su cuidador si aplica) los objetivos, beneficios y alcances del programa de visitas al hogar. Se detallará la frecuencia de las evaluaciones, los derechos del paciente, el rol de cada miembro del equipo y las vías de comunicación disponibles. Se responderán preguntas para fomentar la confianza y participación activa del paciente en su propio cuidado.

Recogido de necesidades y expectativas:

Se realizará una entrevista dirigida a identificar preocupaciones prioritarias del paciente (salud física, adherencia a tratamientos, barreras sociales o económicas, apoyo familiar, estado emocional). Esta información servirá como punto de partida para el diseño de un plan de cuidado realista y adaptado a sus circunstancias.

Consentimiento informado:

Antes de proceder con las evaluaciones clínicas y sociales, se explicarán los alcances, confidencialidad y limitaciones del Programa. El consentimiento se documentará de acuerdo con la normativa del Programa Ryan White Parte B/ADAP y la reglamentación aplicable en Puerto Rico.

Visita inicial Clínica:

- Se realizará una evaluación integral médico-social, que incluirá la revisión clínica, valoración funcional, estado nutricional, adherencia al tratamiento antirretroviral, comorbilidades, salud mental, apoyo social y condiciones del entorno del hogar.
- En esta primera visita se aplicarán los cernimientos clínicos recomendados (multimorbilidad, movilidad, fragilidad, salud ósea, estado nutricional, salud mental y cognitiva, depresión, ansiedad, aislamiento social, entre otros). Esto permitirá establecer una línea de base completa del estado físico, funcional y psicosocial del paciente.
- A partir de esta visita, el equipo de salud establecerá el plan individualizado de cuidado y seguimiento.

Visitas de seguimiento:

- Cada 3–4 meses: Adecuadas para pacientes clínicamente estables, con buena adherencia al tratamiento, comorbilidades controladas y adecuada red de apoyo.
- Anuales: En una de las visitas del año se repetirá la aplicación integral de los cernimientos clínicos, con el fin de identificar cambios en la condición del paciente y reajustar el plan de cuidado.
- Adicionales: En pacientes clínicamente inestables, con pobre adherencia al tratamiento, múltiples comorbilidades, complicaciones agudas recientes o necesidades sociales significativas.

Flexibilidad y revisión periódica:

La frecuencia de las visitas podrá ser ajustada según la evolución clínica, social y funcional del paciente.

El equipo clínico revisará periódicamente la pertinencia del plan de visitas, documentando los cambios en el expediente médico.

Complemento con telemedicina:

El Programa fomentará el uso de herramientas digitales (teleconsulta, monitoreo remoto, y aplicaciones seguras) como complemento a las visitas presenciales.

- Permiten dar seguimiento oportuno cuando el desplazamiento físico no es posible.
- Facilitan la comunicación directa entre el equipo clínico y el paciente/cuidadores.
- Favorecen la continuidad de cuidado y reducen demoras en la atención.
- Todo uso de telemedicina deberá cumplir con normas de confidencialidad y protección de datos vigentes en Puerto Rico y bajo el marco del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

7. COMPONENTES DE LA VISITA AL HOGAR

Cada visita al hogar deberá contemplar un abordaje integral, dividido en tres ejes fundamentales: evaluación clínica, evaluación del entorno del hogar e intervención con plan de acción.

A. Evaluación clínica

Incluye la valoración del estado de salud físico y funcional del paciente:

- Toma y registro de signos vitales.
- Revisión de síntomas generales y específicos relacionados al VIH.
- Evaluación funcional (movilidad, actividades de la vida diaria) y del estado cognitivo en caso necesario.
- Revisión detallada de la farmacoterapia (antirretrovirales y otros medicamentos).
- Valoración de la adherencia al tratamiento y detección de posibles barreras.
- Realización de pruebas rápidas o de monitoreo básico (ej. presión arterial, saturación de oxígeno), según indicación clínica.

Aplicación de cernimientos clínicos recomendados:

Durante la visita inicial, y posteriormente de manera anual, se incluirán los siguientes instrumentos de cernimiento, cuyo propósito es la detección temprana de riesgos y la planificación de intervenciones:

- Multimorbilidad: NAFC Bladder Health Question, evaluación de comorbilidades y estado urinario.
- Obesidad y lipohipertrofia: Índice de masa corporal (BMI).
- Movilidad: KATZ ADL, Time Up and Go Test (TUG), y Fall Risk Checklist (STEADI).
- Fragilidad: CGA Toolkit.
- Salud ósea: Evaluación de riesgo de osteoporosis y fracturas.
- Salud mental y cognitiva: PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), DAS-10 (Drug Abuse Screening Test), Fagerström Test for Nicotine Dependence, Richmond Test (Escala de Motivación de Richmond) y Escalas de adherencia al tratamiento.
- Salud preventiva: Higiene bucal y dental, y evaluación nutricional.

B. Evaluación del entorno del hogar

Busca identificar factores de riesgo y recursos disponibles en el espacio de vida del paciente:

- Condiciones de seguridad e higiene del hogar.
- Identificación de riesgos de caídas u otros peligros ambientales.
- Presencia y disponibilidad de cuidadores formales o informales.
- Evaluación del acceso a alimentos adecuados y balanceados.
- Observación de las condiciones que favorezcan o dificulten la adherencia al tratamiento y cuidado general.

C. Intervención y plan de acción

Se centra en la toma de decisiones clínicas y sociales derivadas de la visita:

- Reajuste de medicamentos (en coordinación con médico tratante) si es necesario.
- Emisión de referidos a otros servicios especializados: trabajo social, salud mental, nutrición, infectología, salud oral, etc.
- Solicitud de laboratorios, imágenes o pruebas diagnósticas, de acuerdo con hallazgos clínicos.
- Educación y consejería sobre:
 - adherencia al tratamiento antirretroviral (ART),
 - manejo de enfermedades crónicas,
 - hábitos de autocuidado y prevención.
- Coordinación de referido a especialistas cuando esté indicado.
- Registro detallado de hallazgos y plan en el expediente clínico.
- Educación y apoyo al cuidador/familia:
 - Brindar consejería práctica sobre el manejo de la adherencia, control de medicamentos y hábitos de autocuidado.
 - Capacitar en prevención de complicaciones frecuentes (caídas, deshidratación, úlceras por presión).
 - Promover el manejo de la carga del cuidador, incluyendo técnicas de autocuidado y acceso a redes de apoyo.
 - Facilitar información sobre recursos comunitarios y programas de ayuda disponibles en Puerto Rico.

D. Lineamientos de laboratorios clínicos

Como parte del seguimiento integral de las personas adultas mayores con VIH, la realización sistemática de estudios de laboratorio es fundamental para evaluar la evolución clínica, monitorear la seguridad y eficacia del tratamiento antirretroviral, y detectar tempranamente complicaciones asociadas o condiciones concomitantes.

Laboratorios cada 3 meses:

- Hemograma completo con diferencial y plaquetas (CBC with diff & plt).
- Panel metabólico completo (CMP).
- Perfil lipídico con LDL.
- Análisis de orina (UA).
- Amilasa sérica.
- Conteo de CD4.
- Carga viral de VIH.

Laboratorios Anuales:

- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual: clamidia, gonorrea, VDRL.
- Tamizaje de tuberculosis latente: Quantiferon–TB Gold.
- Hormona estimulante de la tiroides (TSH).
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c).
- Panel de hepatitis (A, B y C).
- Vitamina D 25–OH.

Consideraciones:

- La responsabilidad de emitir las órdenes de laboratorio recae exclusivamente en el médico tratante.
- El manejador de caso debe garantizar la programación, logística y notificación de resultados al paciente.
- Todo resultado deberá documentarse en el expediente clínico y discutirse con el paciente durante la visita de seguimiento.

8. CONTROL DE INFECCIONES DURANTE LAS VISITAS AL HOGAR

El control de infecciones constituye un componente esencial en la prestación de servicios clínicos al hogar, especialmente en poblaciones adultas mayores con diagnóstico positivo de VIH, quienes pueden presentar fragilidad, comorbilidades múltiples y mayor susceptibilidad a infecciones. Los lineamientos aquí establecidos tienen el propósito de reducir el riesgo de transmisión de agentes infecciosos, proteger la salud del paciente, del equipo clínico y de los cuidadores, y garantizar que todas las intervenciones se realicen bajo estándares de seguridad consistentes con las prácticas de salud pública vigentes.

A. Principios generales

El personal deberá adherirse a los siguientes principios de control de infecciones:

- a. Higiene de manos obligatoria antes y después de cada contacto con el paciente, su entorno, dispositivos clínicos o materiales utilizados durante la visita.
- b. Uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), según el nivel de riesgo identificado.
- c. Prevención sistemática de contaminación cruzada mediante limpieza del equipo reutilizable, descarte apropiado del material desechable y transporte seguro de suministros clínicos.
- d. Respeto a la privacidad, dignidad y preferencias del paciente, evitando prácticas que puedan resultar estigmatizantes o invasivas.

B. Higiene de manos

La higiene de manos constituye la medida más efectiva para reducir transmisión de patógenos. El personal realizará:

- a. Lavado con agua y jabón por al menos 20 segundos cuando las manos estén visiblemente sucias o tras contacto con fluidos.
- b. Higienización con alcohol 60–70% antes y después de:
 - Tocar al paciente.
 - Manipular equipo clínico.
 - Toma de signos vitales.
 - Realizar procedimientos.
 - Ponerse o remover guantes.
- c. El personal deberá portar solución desinfectante personal durante todas las visitas.

C. Equipo de Protección Personal (EPP)

El uso de EPP será determinado según la evaluación clínica, la naturaleza del procedimiento y el entorno:

- a. Guantes desechables: obligatorios cuando exista contacto con fluidos corporales, piel no intacta, curaciones o procedimientos. No sustituyen la higiene de manos.
- b. Mascarilla quirúrgica: recomendada en caso de síntomas respiratorios del paciente, ambiente con poca ventilación, brotes comunitarios o preferencia del paciente.
- c. Protección adicional (bata, gafas): solo cuando exista riesgo de salpicaduras o procedimientos específicos que lo ameriten.
- d. El EPP deberá desecharse inmediatamente después de finalizar la intervención, siguiendo normas de manejo seguro de residuos.

D. Limpieza y desinfección de equipo clínico

El equipo reutilizable (p. ej., estetoscopio, oxímetro, tensiómetro portátil) deberá limpiarse antes y después de cada visita con desinfectantes aprobados de uso clínico. Pasos básicos:

- a. Retirar residuos visibles.
- b. Aplicar desinfectante sobre superficies externas.
- c. Dejar secar según tiempo recomendado.
- d. Guardar el equipo en un estuche limpio y cerrado.
- e. No se permitirá transportar equipo clínico sucio entre hogares.

E. Manejo de materiales desechables

Todo material descartable utilizado en la visita deberá ser:

- a. Eliminado en bolsas rojas o recipientes de riesgo biológico, cuando corresponda.
- b. Transportado de forma segura.
- c. Depositado en un contenedor autorizado según normativa aplicable.

- d. No se permitirá desechar material clínico en los zafacones del hogar del paciente.

F. Control ambiental en el hogar

Durante la visita se observarán factores del entorno que puedan favorecer infecciones:

- a. Ventilación adecuada del espacio donde se realiza la evaluación.
- b. Ausencia de acumulación de basura o exposición a agentes contaminantes.
- c. Identificación de riesgos sanitarios (humedad, moho, infestaciones).
- d. Cuando se identifiquen riesgos relevantes, el personal deberá documentarlos e incluir recomendaciones o referidos apropiados (trabajo social, agencias comunitarias, etc.).

G. Prevención de transmisión de infecciones respiratorias

Las medidas incluyen:

- a. Mantener distancia física cuando el paciente presente síntomas respiratorios.
- b. Utilizar mascarilla quirúrgica cuando haya tos, fiebre u otros signos compatibles con infección respiratoria.
- c. Fomentar higiene respiratoria del paciente (lavado de manos, ventilación del área).

H. Política de visitas cuando el personal presenta síntomas

El personal no deberá realizar visitas al hogar del paciente si el personal presenta:

- a. Fiebre.
- b. Tos persistente.
- c. Síntomas gastrointestinales.
- d. Conjuntivitis.
- e. Cualquier condición que pueda representar riesgo para pacientes vulnerables.
- f. Se deberá notificar al supervisor y reprogramar la visita o coordinar teleconsulta según necesidad clínica.

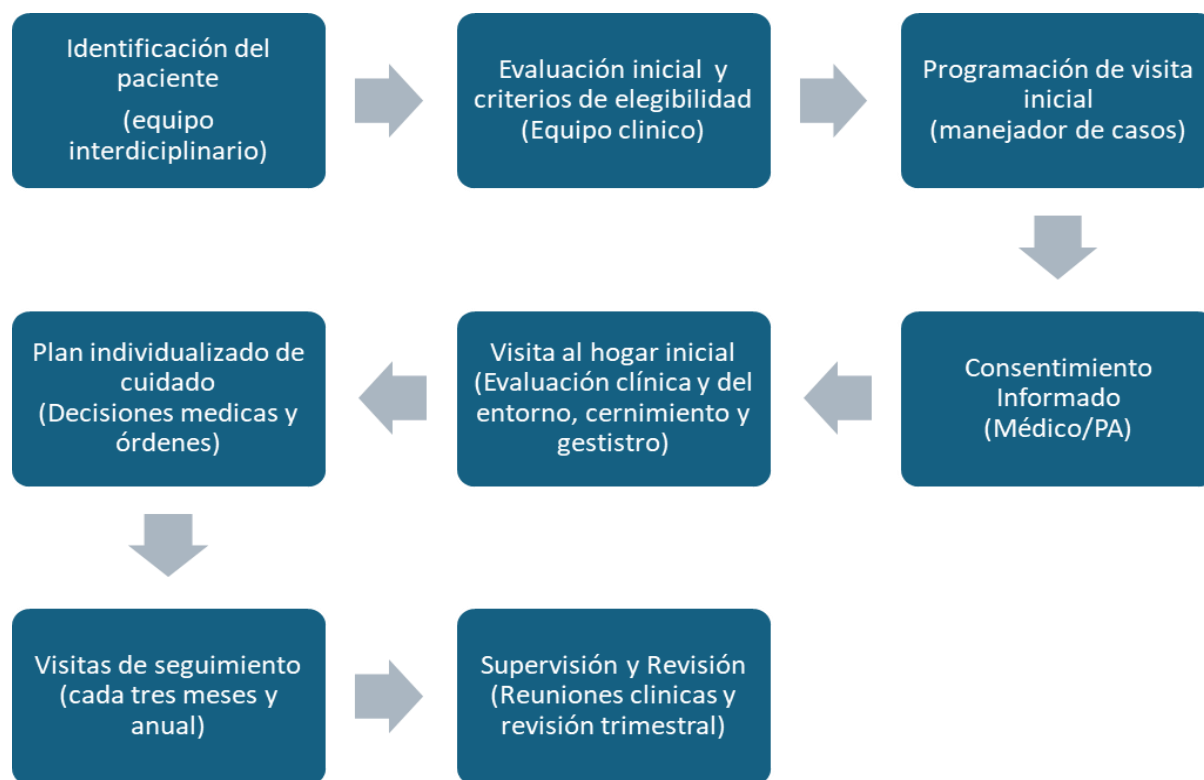
I. Educación al paciente y cuidador

El equipo clínico brindará recomendaciones sencillas sobre:

- a. Cuidado y limpieza del área donde se almacenan medicamentos.
- b. Medidas básicas de higiene del hogar.
- c. Correcto uso y manejo de dispositivos de salud (sondas, insumos, vendajes).
- d. Prevención de infecciones respiratorias y cutáneas.

9. FLUJO DE TRABAJO DE LAS VISITAS AL HOGAR

El siguiente esquema representa el proceso estandarizado que se implementará en el marco del programa de visitas al hogar. Este flujo define de manera clara y secuencial las etapas clave, desde la identificación del paciente hasta el seguimiento y la supervisión, garantizando organización, precisión en las responsabilidades del equipo y continuidad integral en la atención clínica y psicosocial.



10. PROTOCOLO DE EMERGENCIAS DURANTE LA VISITA

Manejo de emergencias durante la visita

Durante las visitas al hogar, el equipo de salud debe estar preparado para identificar y responder a situaciones clínicas urgentes que pongan en riesgo inmediato la vida o estabilidad del paciente.

Identificación rápida de emergencia: signos de descompensación respiratoria, dolor torácico agudo, síntomas neurológicos súbitos, caídas con trauma significativo, sangrado activo.

- Acciones inmediatas:
 - Activar los servicios de emergencia (911) sin demora.
 - Brindar soporte básico de vida según entrenamiento.
 - Mantener comunicación con el médico responsable y documentar el evento.
- Derivación posterior: todo paciente atendido por emergencia debe tener una visita de seguimiento en ≤ 72 horas para evaluación clínica y ajuste del plan de cuidado.

11. DOCUMENTACIÓN

La documentación constituye un elemento esencial para garantizar la continuidad de cuidado, la calidad de los servicios y el cumplimiento con las normas legales y administrativas aplicables al Programa Ryan White Parte B/ADAP. Todo expediente clínico deberá estar completo, actualizado y debidamente firmado por el personal responsable de cada intervención.

La documentación deberá incluir, como mínimo:

- Consentimiento informado del paciente o cuidador autorizado.
- Registro de servicios prestados, siguiendo un formato estandarizado.
- Notas de evaluación de enfermería, detallando observaciones clínicas, signos vitales, adherencia y educación brindada.
- Notas de evaluación del médico asistente (PA), con recomendaciones y hallazgos relevantes bajo la supervisión del médico.
- Notas médicas del médico tratante, con diagnósticos, órdenes clínicas y decisiones finales de manejo.
- Notas psicológicas, cuando se identifiquen intervenciones o evaluaciones de salud mental.
- Notas del manejador(a) de caso, incluyendo la planificación de visitas, referidos, coordinación de servicios y seguimiento administrativo.

12. PERSONAL INVOLUCRADO

La atención en el hogar para personas adultas mayores con VIH requiere un equipo multidisciplinario que integre componentes médicos, psicosociales y de coordinación. Cada miembro del equipo cumple una función específica y complementaria para garantizar un abordaje integral:

- Médico(a) : Responsable de la valoración clínica integral, diagnóstico y manejo de las condiciones médicas y comorbilidades. Es quien toma las decisiones clínicas finales, emite las órdenes médicas y de laboratorio, y define los ajustes terapéuticos. En el caso de los geriatras, aportan una visión especializada en envejecimiento, fragilidad, polifarmacia y prevención de deterioro funcional.
- PA (Asistente médico/Physician Assistant): Brinda apoyo directo en la evaluación clínica, seguimiento de planes de tratamiento y coordinación de la atención. Puede realizar visitas de monitoreo, ajustes básicos en el manejo clínico bajo supervisión médica y facilitar la comunicación entre paciente y médico.
- Enfermero (a): Encargada de realizar visitas de seguimiento para evaluar signos vitales, adherencia a la medicación y evolución de condiciones crónicas. También

cumple un rol clave en la educación al paciente y su familia, además de reforzar estrategias de autocuidado y detección temprana de complicaciones.

- **Manejador (a) de caso:** Interviene en la identificación y manejo de barreras psicosociales como el estigma, aislamiento social, dificultades económicas, falta de apoyo familiar o sobrecarga de cuidadores. También facilita la conexión con recursos comunitarios y programas de apoyo disponibles en la jurisdicción.
- **Psicólogo(a):** Ofrece apoyo en la detección temprana de síntomas de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y otros problemas de salud mental. Proporciona intervenciones breves, terapia individual o grupal según necesidad, y colabora en estrategias de afrontamiento frente al estigma y la adherencia al tratamiento.

13. UNIFORMES DEL PERSONAL DURANTE LAS VISITAS AL HOGAR

La presentación e identificación del equipo de salud en el entorno del hogar constituye un componente operativo que impacta directamente la confianza del paciente, la percepción de profesionalismo y la seguridad durante la prestación del servicio. El uso de un uniforme clínico estandarizado tiene como finalidad facilitar la distinción del personal autorizado, promover prácticas de higiene en campo, y asegurar que el abordaje resulte digno, no invasivo ni estigmatizante, protegiendo en todo momento la confidencialidad de la información en salud.

Lineamientos generales del uniforme

Los uniformes utilizados durante las visitas al hogar deberán cumplir con las siguientes especificaciones operativas mínimas:

- A. Camisa tipo polo clínico o scrub top de color sólido, preferiblemente en tonalidades asociadas al sector salud, sin logos excesivos ni elementos que puedan percibirse como intimidantes o que identifique el diagnóstico del paciente.
- B. Pantalón tipo scrub o cargo médico, también de color sólido, diseñado para permitir movilidad, comodidad y funcionalidad.
- C. Calzado cerrado con suela antideslizante, fácil de limpiar, resistente a distintos entornos y seguro para evitar riesgos de caídas del personal.
- D. Identificación oficial visible del Departamento de Salud o Agencia coordinadora contratada por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

- E. Mascarilla quirúrgica o protección facial adicional según evaluación de riesgo infectocontagioso, preferencia del paciente, o hallazgos iniciales durante la visita.
- F. El personal deberá portar guantes desechables cuando realice una evaluación clínica que requiera contacto directo con el paciente o manipulación de fluidos.

Normas de higiene del uniforme

Para garantizar el cumplimiento de prácticas higiénicas y de control de infección, se establecen las siguientes consideraciones:

El uniforme deberá estar limpio en cada visita programada, ya sea inicial o de seguimiento, evitando el uso extendido del mismo atuendo en contextos ajenos a la prestación del servicio.

El calzado clínico deberá ser desinfectado antes de entrar y al salir de cada hogar visitado mediante el uso de productos aprobados (spray desinfectante clínico o wipes superficiales), minimizando así el riesgo de contaminación cruzada entre entornos.

En caso de exposición accidental a fluidos corporales, secreciones o derrames, el personal deberá realizar un cambio inmediato del uniforme o protección correspondiente, seguido por el lavado adecuado previo a su reutilización.

Se promoverá el lavado de las prendas utilizando detergente regular, con agua caliente cuando se encuentre accesible, reforzando la eliminación de agentes potencialmente infectocontagiosos.

Identificación diferenciada por rol en campo

Con el propósito de facilitar la distinción operativa del equipo interdisciplinario, se consideran los siguientes parámetros de presentación según el rol profesional:

Médico(a) tratante: Scrub top o polo clínico acompañado por bata liviana opcional y tarjeta de identificación institucional.

Asistente Médico/PA: Scrub top o polo clínico de identificación visible sin uso obligatorio de bata si el paciente así lo prefiere.

Enfermero(a): Scrub top o polo clínico acompañado por mascarilla quirúrgica si el protocolo de evaluación clínica lo requiere.

Manejador(a) de Caso y Psicólogo(a): Polo clínico o chaqueta liviana con tarjeta de identificación visible, priorizando un atuendo menos clínico si ello contribuye a generar mayor comodidad durante la interacción con el paciente y sus cuidadores.

Consideraciones finales

El uniforme clínico deberá proyectar seguridad, profesionalismo, accesibilidad y trato digno, sin nunca incluir elementos que revelen la condición médica o diagnóstico de VIH del paciente. La vestimenta no sustituye los principios de trato humano, pero sí los acompaña como una herramienta que legitima la presencia del equipo, reduce barreras de comunicación y fortalece la continuidad operativa del modelo de visitas al hogar.

14. CUMPLIMIENTO Y SUPERVISIÓN

El cumplimiento y la supervisión son componentes esenciales para garantizar la calidad, efectividad y transparencia del programa de visitas al hogar para adultos mayores con VIH en el marco de Ryan White Parte B/ADAP. El monitoreo sistemático permite no solo evaluar la adherencia a la guía, sino también identificar áreas de mejora y fortalecer la atención integral.

En primer lugar, se asegura la supervisión médica directa de los casos, mediante la participación de profesionales de la salud responsables de validar y autorizar las intervenciones realizadas durante las visitas al hogar. Todo plan de cuidado individualizado deberá contar con la aprobación clínica correspondiente, asegurando que las decisiones médicas estén basadas en evidencia, se adapten a las necesidades particulares del paciente y se documenten de manera adecuada en el expediente clínico.

Además, se establecerán reuniones clínicas mensuales del equipo interdisciplinario, donde se discutirán los casos activos, se revisarán las condiciones clínicas y sociales de los pacientes, y se definirán estrategias de intervención conjunta. Estos espacios de trabajo colaborativo facilitarán la toma de decisiones integradas, fomentando la comunicación entre medicina, enfermería, trabajo social, salud mental, nutrición y otros profesionales vinculados al Programa.

De manera complementaria, se llevarán a cabo auditorías trimestrales con el fin de revisar la calidad de la documentación, el cumplimiento de las guías clínicas y administrativos. Dichas auditorías permitirán identificar desviaciones, inconsistencias o brechas en la prestación del servicio, generando recomendaciones correctivas y planes de acción que fortalezcan la práctica del equipo de salud.

Finalmente, se fomentará una cultura de mejora continua, como una estrategia para fortalecer las competencias del personal, optimizar la coordinación interdisciplinaria y garantizar que la atención brindada a los adultos mayores con VIH sea siempre ética, segura, efectiva y centrada en la persona.

15. ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

El programa de visitas al hogar se fundamenta en el respeto absoluto a la dignidad, autonomía y derechos de las personas adultas mayores con diagnóstico positivo de VIH. Todas las intervenciones estarán guiadas por los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a la persona, asegurando que cada decisión clínica y social busque el mayor beneficio posible para el paciente sin exponerlo a riesgos innecesarios.

Un eje fundamental es la confidencialidad de la información en salud. Se garantizará la protección estricta de toda información relacionada con la condición de salud del paciente, tanto durante las visitas como en la documentación posterior. El equipo de salud deberá cumplir con los lineamientos de la Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) y con las regulaciones locales aplicables en Puerto Rico, evitando la divulgación de información sensible a personas no autorizadas. El acceso a datos clínicos se limitará únicamente al personal autorizado, y toda comunicación electrónica deberá realizarse mediante plataformas seguras y compatibles con HIPAA.

Asimismo, se reconoce la importancia del manejo del estigma y la discriminación asociados al VIH. Por ello, el personal participante en el programa recibirá capacitación en aspectos éticos, comunicación asertiva y prácticas libres de prejuicio, garantizando que el abordaje sea siempre respetuoso y centrado en la persona. Se fomentará una relación de confianza entre el paciente y el equipo clínico, en la cual la escucha activa y el trato digno sean pilares fundamentales.

De igual manera, toda acción clínica o social realizada en el marco del programa requerirá el consentimiento informado del paciente, respetando su derecho a aceptar o rechazar intervenciones y a participar activamente en las decisiones relacionadas con su cuidado.

16. RESULTADOS ESPERADOS

La implementación de las visitas al hogar en adultos mayores con VIH busca alcanzar una serie de resultados clínicos, sociales y de calidad de vida que reflejen el impacto positivo del Programa.

En primer lugar, se espera lograr una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral (ART) mediante la supervisión cercana, la educación continua y el acompañamiento personalizado. El contacto directo en el hogar permite identificar y resolver barreras específicas para la toma de medicamentos, como dificultades cognitivas, efectos adversos, falta de comprensión del régimen terapéutico o limitaciones de acceso.

De igual forma, se proyecta una disminución en las hospitalizaciones y en las visitas a salas de emergencia, gracias a la detección temprana de complicaciones clínicas, la intervención preventiva y el seguimiento continuo de las condiciones crónicas. La atención proactiva en el hogar reduce la progresión de problemas de salud que, de otra manera, podrían requerir atención aguda.

Un objetivo fundamental es el mejor control de las comorbilidades asociadas, tales como hipertensión, diabetes, enfermedad renal, trastornos cognitivos y problemas de salud mental. La integración de cuidados multidisciplinarios y la coordinación con otros servicios permiten optimizar el manejo de estas condiciones, reduciendo riesgos y mejorando la estabilidad clínica.

Asimismo, se busca una mejora en la calidad de vida de las personas mayores con VIH, entendida como un aumento en su autonomía, funcionalidad, seguridad en el hogar y bienestar psicosocial. El enfoque integral de las visitas facilita intervenciones no solo médicas, sino también sociales y educativas, que promueven un estilo de vida más saludable y una mayor percepción de bienestar.

Finalmente, se espera alcanzar una mayor satisfacción tanto del paciente como de su red de apoyo, ya que la atención al hogar representa un modelo de cuidado más humano, accesible y adaptado a sus necesidades reales. Esto contribuye a fortalecer el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su familia, fomentando la confianza y la continuidad del cuidado.

17. REFERENCIAS

1. Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent

living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), 725–735.

2. Boulton, C., Green, A. F., Boulton, L. B., Pacala, J. T., Snyder, C., & Leff, B. (2009). Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the American Geriatrics Society Panel on Models of Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2328–2337.
3. Nsambya Home Care. (2021). Programs for home-based HIV care. Kampala, Uganda.
4. Smith, J., et al. (2021). Home-based nursing and community health worker program improves ART adherence in vulnerable populations. San Francisco, CA.
5. Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022–1028.
6. Departamento de Salud de Puerto Rico. (2024). Informe de Casos de VIH/SIDA en Puerto Rico – Abril 2024. San Juan, PR. Recuperado de <https://www.salud.pr.gov>
7. AIDS United. (2020). Looking at the work to #StopHIVTogether in Puerto Rico this National Latinx HIV/AIDS Awareness Day. Recuperado de <https://aidsunited.org>
8. Smith, J., et al. (2021). Home-based nursing and community health worker program improves ART adherence in vulnerable populations. [Estudio en noreste de EE. UU.]
9. Health Resources & Services Administration (HRSA). (2023). Ryan White HIV/AIDS Program – Service Categories. Washington, DC.
10. Orange County Health Care Agency. (2022). Ryan White Program Standards of Care: Home Health and HCBS. Orange County, CA.
11. New York State Department of Health. (2021). HIV and Aging: Clinical Guidelines. Albany, NY.
12. Jones, A., et al. (2020). Association of timely home health visits with rehospitalization and emergency department use. *JAMA Network Open*, 3(8), e2015470.
13. Castellanos, D., Guzmán, R., Escamilla, E., Morales, G., & Chacón, G. (2025). Addressing HIV and aging among U.S. Hispanics: A systems approach. Latino Commission on AIDS, Hispanic Health Network. Houston, Texas. Retrieved from <https://www.ilhe.org>
14. CDC. NCHHSTP AtlasPlus. Julio 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nchhstp/about/atlasplus.html>.
15. Castellanos, D., Guzmán, R., Escamilla, E., Morales, G., & Chacón, G. Addressing HIV and aging among U.S. Hispanics: A systems approach. Latino Commission on AIDS, Hispanic Health Network. Houston, Texas. Septiembre 2025

18. GLOSARIO DE TERMINOS

- *Polifarmacia*: uso simultáneo de cinco o más medicamentos, aumentando el riesgo de interacciones y efectos adversos.
- *Fragilidad*: síndrome clínico caracterizado por disminución de la reserva fisiológica, que incrementa la vulnerabilidad ante eventos adversos.

- *Multimorbilidad*: presencia de dos o más enfermedades crónicas coexistentes en un mismo individuo.
- *Cernimiento*: proceso de evaluación mediante pruebas estandarizadas para detectar riesgos o condiciones de salud de forma temprana.
- *Adherencia*: grado en que el paciente sigue correctamente las indicaciones y tratamientos prescritos.

19. **ANEJOS**



BLADDER HEALTH QUESTIONNAIRE

We want you to get the most out of your visit with your doctor. By answering a few questions below before your appointment, you and your doctor can work together to discuss your symptoms and find the appropriate treatment option.

Name: _____

Date Of Birth: _____

Today's Date: _____

SYMPTOMS

1. Do you have any bladder health incontinence symptoms (frequent urination, involuntary loss of urine, etc)? Yes/No

If so, list them here: _____

2. How often do you urinate during the day? _____

3. How often do you get up at night to empty your bladder? _____

4. Do you leak urine when you laugh, cough, sneeze, lift something heavy, jump or work out? Yes/No

5. Do you find it necessary to use some type of leak protection? Yes/No

6. Do you usually have a strong sense of urgency to urinate? Yes/No

7. Do you ever leak urine before making it to the bathroom? Yes/No

8. Does the sight, sound or feel of running water cause you to lose urine? Yes/No

9. When urinating, can you usually stop your stream? Yes/No

10. Do you ever wear pads/diapers due to leaking? Yes/No

11. Do you feel like you are able to completely empty your bladder when you urinate? Yes/No

12. Do you feel pressure or physical discomfort in your pelvic region? Yes/No

13. On a scale from 1 – 10, with 1 being least bothersome and 10 being most bothersome, how would you characterize your symptoms?

Circle one: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Do your bladder leaks or frequent urination episodes make you feel any of the following

(Check all that apply)

- ☐ Annoyed
☐ Frustrated
☐ Ashamed
☐ Embarrassed
☐ Fearful of accidents

Continued on next page

Promoting Quality Continence Care Through Education,
Collaboration and Advocacy

BLADDER HEALTH QUESTIONNAIRE

Continued from previous page

PRESCRIBED TREATMENT

15. Have you ever been prescribed a treatment for your bladder leaks? Yes/No
(If no, skip the remaining questions)

16. Which of the following treatments have you tried (check all that apply)?

- ☐ Changes in diet or exercise
- ☐ Physical therapy
- ☐ Sacral Nerve Modulation (including InterStim therapy)
- ☐ NURO
- ☐ Surgery
- ☐ Catheters
- ☐ Medications (indicate below)

Medication name	How effective was it?	Side effects experienced
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- ☐ Other (indicate below)

17. Are you on any prescribed treatment now? Yes / No

18. If you are using a prescribed treatment now, what is it?

19. Are you happy with the prescribed treatment you are on? Yes/No _____

20. If you are not happy with your current treatment, or if you stopped a treatment previously prescribed, why?

- ☐ Did not help
- ☐ Too expensive
- ☐ Unwanted side effects (explain below)

- ☐ Other (explain below)

*Promoting Quality Continence Care Through Education,
Collaboration and Advocacy*

Anejo II

Índice Katz de Independencia en Actividades de la Rutina Diaria

ACTIVIDADES PUNTOS (1 o 0)	INDEPENDENCIA: (1 PUNTO) <i>Sin supervision, dirección o asistencia personal</i>	DEPENDENCIA: (0 PUNTO) <i>Con supervision, dirección, asistencia personal o cuidado total</i>
BAÑO PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Bañarse uno mismo completamente o necesitando ayuda para el lavado de una parte del cuerpo (espalda, genitales o extremidad discapacitada).	(0 PUNTO) Necesita ayuda para la higiene de más de una parte del cuerpo, dentro o fuera de la bañera o la ducha. Requiere de baño total.
VESTIMENTA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Obtiene la ropa de armarios y cajones y es capaz de vestirse. Puede tener ayuda para probar los zapatos.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para vestirse.
HIGIENE PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Capaz de ir al baño, enciende y apaga la luz, arregla la ropa, limpia su área genital sin ayuda.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para ser llevado al baño, limpiarse a sí mismo o para usar el inodoro.
TRANSFERENCIA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Se moviliza dentro y fuera de la cama o silla sin ayuda. "Ayudantes" para transferencia mecánica son aceptables.	(0 PUNTO) Necesita ayuda para moverse desde la cama a la silla o requiere transferencia completa.
CONTINENCIA PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Ejercer el completo control sobre la micción y defecación	(0 PUNTO) Incontinencia parcial o total para materias y orina.
ALIMENTACIÓN PUNTOS: _____	(1 PUNTO) Obtiene el alimento del plato sin ayuda. La preparación del alimento puede hacerlo otra persona.	(0 PUNTO) Necesita ayuda parcial o total con la alimentación ó requiere alimentación parenteral
PUNTAJE TOTAL= _____ 6= Alto (<i>paciente independiente</i>) 0= Bajo (<i>paciente muy dependiente</i>)		

CHECKLIST

Fall Risk Factors

Patient _____

Date _____

Time _____ ☐ AM ☐ PM

Fall Risk Factor Identified	Present?		Notes
FALLS HISTORY			
Any falls in past year?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Worries about falling or feels unsteady when standing or walking?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
MEDICAL CONDITIONS			
Problems with heart rate and/or arrhythmia	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Cognitive impairment	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Incontinence	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Depression	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Foot problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Other medical problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
MEDICATIONS (PRESCRIPTIONS, OTCs, SUPPLEMENTS)			
Psychoactive medications	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Opioids	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Medications that can cause sedation or confusion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Medications that can cause hypotension	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
GAIT, STRENGTH & BALANCE			
Timed Up and Go (TUG) Test ≥ 12 seconds	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
30-Second Chair Stand Test: Below average score based on age and sex	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
4-Stage Balance Test: Full tandem stance < 10 seconds	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
VISION			
Acuity $< 20/40$ OR no eye exam in > 1 year	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
POSTURAL HYPOTENSION			
A decrease in systolic BP ≥ 20 mm Hg, or a diastolic BP of ≥ 10 mm Hg, or lightheadedness, or dizziness from lying to standing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
OTHER RISK FACTORS (SPECIFY BELOW)			
	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

ASSESSMENT

Timed Up & Go (TUG)

Purpose: To assess mobility

Equipment: A stopwatch

Directions: Patients wear their regular footwear and can use a walking aid, if needed. Begin by having the patient sit back in a standard arm chair and identify a line 3 meters, or 10 feet away, on the floor.

① **Instruct the patient:**

When I say “Go,” I want you to:

1. Stand up from the chair.
2. Walk to the line on the floor at your normal pace.
3. Turn.
4. Walk back to the chair at your normal pace.
5. Sit down again.

NOTE:

Always stay by the patient for safety.

② **On the word “Go,” begin timing.**

③ **Stop timing after patient sits back down.**

④ **Record time.**

Time in Seconds: _____

An older adult who takes ≥ 12 seconds to complete the TUG is at risk for falling.

Patient _____

Date _____

Time _____ ☐ AM ☐ PM

OBSERVATIONS

Observe the patient's postural stability, gait, stride length, and sway.

Check all that apply:

- ☐ Slow tentative pace
- ☐ Loss of balance
- ☐ Short strides
- ☐ Little or no arm swing
- ☐ Steadying self on walls
- ☐ Shuffling
- ☐ En bloc turning
- ☐ Not using assistive device properly

These changes may signify neurological problems that require further evaluation.

**Anejo V****Escala de Depresión Geriátrica (Forma Corta)****Short Geriatric Depression Scale (Spanish version for BRITE)**

Piense en como se ha sentido usted durante la <u>ultima semana</u> y responda si o no alas siguientes preguntas:	
1. ¿En general, se siente usted satisfecho/a con su vida?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha abandonado usted actividades o cosas de interés personal?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Se siente usted con frecuencia aburrido/a?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Se siente usted de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene usted temor de que algo malo le vaya a pasar?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Se siente usted a menudo desamparado/a?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Prefiere usted estar en casa, en vez de salir y hacer nuevas cosas?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Siente usted que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar con vida?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. ¿Se siente usted que no vale nada en la condición en que está viviendo?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14. ¿Se siente usted en una condición sin remedio?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. ¿Siente usted que la mayoría de las personas están mejor que usted?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Evaluación: Acredite 1 punto por cada respuesta en mayúscula acentuada en negro

0-4 puntos - Sugiere ninguna o leve depresión

5-9 puntos - Sugiere depresión moderada; requiere más investigación

10 -15 – Alta indicación de depresión. Requiere ser referido para más evaluación y tratamiento

PREGUNTAS GUÍAS PARA REFERIR A VISITAS AL HOGAR

Fecha: _____ Clínica: _____

Quien Refiere: _____

Nombre del Paciente: _____ Récord: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Médico: _____ MCC: _____ CD4: _____ Carga Viral: _____

Última Visita a la Clínica: _____ ARV: _____

TENEMOS UN NUEVO PROGRAMA DE VISITA AL HOGAR. ¿TE INTERESA PARTICIPAR? SI _____ NO _____. ES NECESARIO REALIZARLE ALGUNAS PREGUNTAS PARA DETERMINAR SI ES ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA.

Preguntas:

- ¿Tiene usted alguna dificultad para llegar a la clínica? Sí _____ No _____
- ¿Qué tipo de dificultad? (física, emocional)
- ¿Necesita asistencia para sus funciones diarias de alguna persona o equipo médico como andador o silla de ruedas?
- ¿Ha tenido alguna caída? Sí _____ No _____. ¿Con qué frecuencia?
- ¿Vive usted solo(a) o con algún familiar? Sí _____ No _____
- ¿Las personas que viven con usted conocen su condición de VIH?
- ¿Siente temor a salir de su hogar? Sí _____ No _____
- ¿Es usted cuidador(a) de algún familiar? ¿Este es el motivo por el cual no puede ir a sus citas?
- ¿Le gustaría recibir atención médica y de enfermería en su hogar? Sí _____ No _____
- ¿Desea que programe una cita inicial en su hogar y que luego de esta, usted pueda evaluar si desea continuar con el servicio? ¿Qué día le es más conveniente?
- ¿Me podría brindar números de contactos y dirección física?

EVALUACIÓN INICIAL – ENFERMERÍA

Fecha de Visita: _____

Hora: _____

Información Sociodemográfica: #Exp. Físico: _____
Nombre de Participante: _____ #Exp. Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____
Dirección: _____ Pueblo: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
Familiar Presente en Visita: ☐ No ☐ Sí **Nombre:** _____
Farmacia de Preferencia: _____
Laboratorio de Preferencia: _____

Vitales: B/P: _____ Temp: _____ SAT: _____ P: _____
R: _____ Peso: _____

Condiciones de Salud Crónica:

Alergias:

Medicamentos: _____ Comidas: _____

Movilidad del Participante:

☐ Ambula ☐ Encamado ☐ Silla de ruedas ☐ Andador ☐ Otro: _____

Foley: ☐ Sí ☐ No **Pañales:** ☐ Sí ☐ No **Dolor:** ☐ Sí ☐ No: _____

Tipo de Cama: ☐ Posiciones ☐ Regular ☐ Otro: _____

Tiene Hospicio: ☐ Si ☐ No | **Tiene Home Care:** ☐ Sí ☐ No

Úlceras: ☐ Sí ☐ No: _____

Necesidades Actuales

☐ Necesidad de asistencia para medicación ☐ Apoyo familiar limitado ☐ **Síntomas** de depresión o ansiedad ☐ Uso de Sustancias ☐ Acceso limitado a laboratorios
☐ Otro: _____

EVALUACIÓN INICIAL – ENFERMERÍA

Medicamentos Actuales

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

Evaluación Funcional

Actividad	Independiente	Necesita asistencia
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se entrega: Orden de Laboratorios: ☐ Sí ☐ No | Receta: ☐ Sí ☐ No

Observaciones Generales

Última visita médica primaria: _____

Última visita al dentista: ¿Cuándo?: _____

Próxima visita de seguimiento en el hogar _____

Nombre de Enfermero en Visita: _____

Firma: _____ Fecha: _____

#LIC. _____ Hora: _____

Anejo VIII

CENTRO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

ADULT MEDICAL PROGRESS NOTE			
DATE:(M/D/Y)	HOUR: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	RECORD NUM:	
NAME:	AGE:	Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Other	

Allergies: __None __Penicillin __Aspirin __Codeine __Sulfa __Cephalosporin __Shellfish __Other:_____

Current Medications: (prescription, alternative/herbal and OTC)

Toxic Habits: Alcohol: Yes__No__ Tabacco: Yes__No__ Illicit Drugs: Yes__No__

Risk Behavior:	Sex With: __male__female __both	Condom use: __Yes __No	Sexual partners: __Yes __No	Qty: ____/year	IV drug uses: __Yes __No
----------------	------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	----------------	-----------------------------

Adherence:	Good	Fair (Missed Doses)	Poor Describe:
------------	------	---------------------	----------------

S	
---	--

O	Vital s	HT: _____	WT: _____	BMI: _____	BP:	HR: _____	RR: _____	TEMP: _____	RN or MD Initials
General: N/E; well developed and nourished; oriented (place, lime, person); disoriented; acutely III; chronically; cachectic; other: _____ Skin: N/E; No eruptions or lesions; pale; cyanotic; jaundice; ecchymoses; petechiae; rash; other: _____ HEENT: N/E; Normocephalic; atraumatic; PERRLA; EOMI; myotic pupils; dilated pupils; scleral icterus; conjunctivitis; strabismus; abnormal fundi; otitis; deafness; tympanic membranes (intact; perforated); nasal discharge; hypertrophic turbinates; sinus lendemess; hyperthrophic tonsils; granular pharynx; hyperemic tonsils / pharynx; other: _____ Neck: N/E; Supple; rigidity; JVD; enlarged thyroid; bruit; adenopathy; other: _____ Thorax: N/E; Symmetric; asymmetric; retractions; deformities; depressions; other: _____ Breast: N/E; symmetric; adequate for age; mass; tenderness; nipple retraction; nipple discharge; axillary nodes; other: _____ Heart: N/E; regular heart rate and rhythm; murmur, gallops; rubs; arrhythmias; other: _____ Lungs: N/E; clear; rales; wheezes; rhonchi; crackles; decreased breath sounds; other: _____ Abdomen: N/E; soft; depressible; no tender; masses; tympanic; tenderness; rebound; guarding; peristalsis (present; increased; decreased); distended; hepatomegaly; splenomegaly; scars; other: _____ Genital: MEN: N/E; Adequate for age; no lesions; penis discharge; phimosis; balanitis; wars; ulcers; testicular lendemess; testicular mass; other: _____ WOMEN: N/E; Adequate for age; no lesions; vulvar lesions; warts; ulcers; cystocele; vaginal discharge; uterine enlargement; pelvic or adnexal mass; other: _____ Anus/Rectum: N/E; No lesions normal ana tone, fissures; hemorrhoids, prolapse, masses, tenderness, warts; other: _____ Back: N/E; Straight; masses, deformities, deviations; other: _____ Extremities: N/E; Symmetric, cyanosis, edema; varicosities, ulcers; deformities, decreased pulses; other: _____ Neurologic: N/E; No gross deficits, ataxia, tremors; areflexia; other: _____ Lymphatic: N/E; No adenophthies; enlarged nodes; tender nodes; lymphedema; other: _____									

Psychiatric: N/E; adequate mood and verbal content; depressed; anxious; hyperalkaline; odd verbal content, unusual behavior, hostility; compulsiveness; other:

MEDICAL PROGRESS NOTE (CONT. 2)

DATE:	NAME:	AGE:	SEX:	RECORD NUM:
-------	-------	------	------	-------------

Recent Laboratories/Studies:

CD4 _____ CD4% _____ Viral Load _____ WBC _____ HgB _____ PLT _____ BUN _____ CREAT _____
 AST _____ ALT _____ CHOL _____ HDL _____ TRIG _____ Amylase _____ Lipase _____
 CLAMYDIA _____ GONORREA _____ RPR _____ Others: _____

A 1. HIV Positive A1; A2; A3; B1; B2; B3; C1; C2; C3 AIDS defined (please circle one)

P

1. Labs: __CBC __CMP __Lipid Profile __U/A __VDRD/RPR __Chlamydia __Gonorrhea __Amylase
 __Lipase __TORCH __HIV RNA Quant __Hepatitis Profile __Hga1C __PSA __FOBT __TSH __Free T4
 __HLAB-5701 __Genotype __Phenotype __Tropism __PPD __Other: _____
2. Studies: __CXR __EKG __Vaginal PAP __Anal Cytology __Other: _____
3. Referrals: __Dental __Nutrition __Psychology/Mental Health __Case Manager __Infectologist
 __Pneumologist __Ophthalmologist __OB/GYM __Other: _____
4. Immunizations: _____
5. Treatment: _____
6. Opportunistic Infection Prophylaxis:
☐ PCP Prophylaxis (CD4 < 200): _____ ☐ Toxo Prophylaxis (CD4 < 100): _____
☐ MAC Prophylaxis (CD4 < 50): _____ ☐ Fungal Infections: _____
7. Education: __Adherence __Nutrition __Exercise __Smoking Cessation __Alcohol Cessation __Illicit Drug
 Cessation __HIV Prevention __STD Prevention __Safe Sexual Practices __Condom Use __Family Planning
 __Risk Assessment __Other: _____
8. Next Appointment: _____

Physician Signature: _____, MD License #: _____ Time: _____ Date: _____

CENTRO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

VISITAS AL HOGAR

NOMBRE: _____

#EXP FISICO _____
EHR ____ Y/O AMBOS ____

FECHA/HORA: _____

ALERGIAS A: _____

MEDICAMENTOS, ESPECIFIQUE: _____

ALIMENTOS, ESPECIFIQUE: _____

COMO SE ENCUENTRA EL PACIENTE () CAMA REGULAR () CAMA POCISION () SILLA RUEDAS () BASTON () AMBULA

() ACOMPAÑADO POR: _____

QUEJA PRINCIPAL: _____

APARIENCIA GENERAL: () ALERTA () ACTIVO () ORIENTADO () COOPERADOR
() ANSIOSO () SOÑOLIENTO () AGRESIVO () DEPRESIVO
() NUTRIDO () CAQUETICO () CIANOTICO () ICTERICIA
() DIFICULTAD RESPIRATORIA () OTRO: ESPECIFIQUE _____

PACIENTE EN TERAPIA ARV U OTROS MEDICAMENTOS: () SI () NO () TOLERA MEDICAMENTOS () NO TOLERA
MEDICAMENTOS
ESPECIFIQUE: _____

PACIENTE FUE ORIENTADO: () ADHERENCIA/TOLERANCIA () LABS. DE RUTINA () ETS/VIH () FACTORES DE RIESGO
() SERVICIOS DE CLINICA () CITA

PACIENTE FUE ORIENTADO A: () EPIDEMIOLOGIA () MANEJO DE CASO () MEDICO () PSICOLOGIA
() CITA MEDICA/ LABORATORIO () OTRO ESPECIFIQUE: _____

TIENE ULCERAS? () SI O NO () Tx _____ DONDE?

Dolor () SI O NO () DONDE? _____
Foley () SI O NO ()

AREA DE SIGNOS VITALES

B/P= _____ PULSO= _____ SAT= _____
R= _____ TEM= _____ PESO= _____

NOTAS ADICIONALES

CAMBIO DE ARV SI ____ / NO ____ CUAL? _____ FECHA DE COMIENZO _____

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

#LIC. _____

Plan de Cuidado para Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Nombre: _____
Apellidos

Nombre

Fecha: _____
Inicial

Home Visit () Clínica ()

Clínica: _____

Agencia Coordinadora: _____

SERVICIO(S) SOLICITADO(S): En la tabla a continuación especifique el/los subservicio/s solicitado/s para las categorías de: Equipo Médico Durable, Equipo Médico Desechable, Médico, Enfermería, Psicología de Cuidado Primario, Manejo de Caso Clínico, Manejo de Caso de Apoyo, Asistente de Salud en el Hogar y Servicios Integrados.¹

✓	EQUIPO MÉDICO DURABLE	FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES (tipo, tamaño, etc.)
	Andador		
	Bastón		
	Camas de posición		
	Catéteres urinarios		
	Monitor de presión arterial		
	Glucómetro		
	Mattress		
	Medias de compresión		
	Muletas		
	Nebulizador		
	Silla de baño		
	Silla de ruedas		
	Tanque de oxígeno		
	Oxímetro		
	Otro, especifique:		
	EQUIPO MÉDICO DESECHABLE	FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
	Condom Foley		
	Esparatrapo		
	Gazas		
	Guantes		
	Lancetas		
	Pañales desechables		
	Tirillas		
	Underpads		
	Wipes		
	Otro, especifique:		
	MÉDICO / ASISTENTE MÉDICO	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de médico		
	ENFERMERÍA	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de enfermera/o		
	PSICOLOGÍA DE CUIDADO PRIMARIO	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de psicóloga		

¹ Los servicios de psicología de cuidado primario, manejo de caso clínico y manejo de caso de apoyo responden al proyecto de visitas al hogar de los adultos mayores que reciben servicios en los CPTETs. Favor indicar la frecuencia de las visitas que requiere el participante y detalles de relevancia para atender las necesidades del caso.

MANEJO DE CASO CLÍNICO	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
Visita de manejo de caso clínico		
MANEJO DE CASO NO CLÍNICO	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
Visita de manejo de caso no clínico		
ASISTENTE DE SALUD EN EL HOGAR	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
Asistente de Salud en el Hogar		
SERVICIOS INTEGRADOS	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
Servicios integrados de salud en el hogar		

Inicial del profesional clínico que completa la tabla: _____

Nombre	Licencia:
Justificación para proveer servicio/equipo:	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Vigencia del servicio (fecha de inicio y fecha de terminación):	Fecha de próxima evaluación para establecer necesidad de continuar el servicio:
Tipo de Médico que certifica este servicio: <input type="checkbox"/> Tratante de VIH <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Otro, indique: _____	
Certifico que el diagnóstico de este participante justifica la necesidad del equipo/servicio solicitado.	
Firma:	Fecha:

ENFERMERÍA

Nombre de Enfermero/a: _____

Fecha: _____

Comentarios: _____

¿La orden médica del participante especifica las cantidades correspondientes y la vigencia del servicio (según aplique)?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
MANEJO DE CASO			

Nombre	Manejo de Caso	Firma	Fecha	Comentarios
	MCC			
	MCNC			

Instrucciones para completar el Plan de Cuidado

El propósito de este Plan de Cuidado es proveer un documento uniforme para cumplir cabalmente con lo solicitado por HRSA para brindar los servicios contenidos en la categoría de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad. Según descrito en el PCN 16-02, para ofrecer esta categoría se debe tener un plan escrito por un equipo clínico que esté liderado por un médico. Este equipo clínico como mínimo debe estar constituido por: 1) médico y 2) manejo de caso clínico o enfermería. Ello no implica que el equipo se tenga que limitar a solo dos de los tres posibles representantes si cuenta con los mismos, más bien, lo que se establece es el mínimo de profesionales clínicos que deben participar del Plan. Es decir, adicional a la sección de manejo de caso no clínico, las secciones del médico y de otro componente del equipo clínico sea este el personal de enfermería o de manejo de caso clínico deben estar completas para que la agencia coordinadora pueda coordinar el servicio. Si algún miembro del equipo no puede completar su parte se deberá especificar la razón. Se espera que el personal de manejo de caso clínico además de su respectiva observación pueda incorporar los esfuerzos coordinados con otros profesionales de la salud para los que explícitamente no hay una sección en este documento. Un ejemplo de esto último serán las coordinaciones con los servicios primarios de psicología de la salud.

Este Plan debe también contemplar los escenarios en que el participante solicita un servicio de esta categoría sin que necesariamente dicho participante esté en tratamiento. En estos casos en que la persona llega a la agencia sin ser referida por un centro clínico para su tratamiento de VIH, el personal de manejo de caso no clínico deberá contactar al personal de manejo de caso clínico del último centro clínico que la persona informó haber asistido. Es decir, aunque la persona no esté en tratamiento de VIH, el Programa fomenta una comunicación directa entre manejo de caso no clínico y clínico para que el equipo clínico de dicho centro esté al tanto de los servicios solicitados por la persona en la agencia coordinadora. Esta gestión de comunicación deberá documentarse en el expediente del participante. Asimismo, será responsabilidad de la agencia coordinadora orientar al equipo médico de centros clínicos externos que no sean CPTET sobre este documento, para que se cumpla con este requisito. Los servicios de esta categoría NO se pueden ofrecer si el Plan de Cuidado no está debidamente completado. A continuación se describe brevemente cada sección del documento. Las secciones correspondientes deberán completarse en **letra legible o en molde**.

Sección	Descripción
Información del Participante	En esta sección se debe completar el nombre del participante y la fecha en que se comienza a completar el Plan. Además, en la tabla se debe especificar el subservicio de la categoría que se amerita, el equipo específico solicitado, la frecuencia, el tipo, la cantidad, etc., según aplique a cada subservicio. Esta parte puede ser completada por cualquiera de los profesionales clínicos de las próximas secciones. El profesional que completa esta parte deberá firmar en el espacio provisto.
Certificación Médica	Esta sección debe ser completada por el médico. En la misma deberá escribir su nombre completo y su número de licencia. Deberá proveer las razones o justificación detallada, por la cual, la persona amerita el servicio. Asimismo, se requiere que estipule claramente la vigencia en la que el servicio será provisto y la fecha de la próxima evaluación en la que se determinará la necesidad de continuar con el servicio. Por último, el médico debe marcar la opción que le corresponda de su tipo de especialidad.
Firma de médico como líder de equipo clínico	En esta sección se espera que el médico firme la certificación y escriba la fecha. El Plan de Cuidado NO será válido si faltara esta firma.
Enfermería*	Esta sección le corresponde completarla al personal de enfermería. Deberá escribir su nombre completo y la fecha en la que completa su sección. Las observaciones deben documentar la necesidad del servicio requerido por el participante según su peritaje clínico.
Manejo de caso clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.
Manejo de caso no clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.

*Si alguien de este personal no estará disponible al momento de la firma del documento, se podrá hacer una nota en comentarios en la sección correspondiente indicando las razones de por qué el personal no está disponible.