



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de mejora para pacientes mayores con infección
por el virus de la inmunodeficiencia humana

Improvement plan for elderly patients with human
immunodeficiency virus infection

Autora

Alina Cristina Rodila

Director

Miguel Ariño Lapuente

Facultad de Ciencias de la Salud, Zaragoza

2019

ÍNDICE

1.	Resumen	4
2.	Introducción.....	6
3.	Objetivos del plan de mejora.....	9
3.1	Objetivo general del plan de mejora.....	9
3.2	Objetivos específicos del plan de mejora	9
4.	Metodología.....	10
4.1	Tipo de trabajo	10
4.2	Planificación del trabajo	10
4.3	Objetivo general del trabajo	11
4.4	Bases de datos	11
4.5	Diagnósticos de enfermería	12
4.6	Diseño del trabajo	12
4.7	Ámbito.....	13
4.8	Población diana.....	15
4.9	Herramientas necesarias	16
4.10	Análisis DAFO	18
5.	Desarrollo	19
5.1	Planificar.....	19
5.2	Hacer	20
5.3	Evaluar.....	23
6.	Análisis económico del plan de mejora	27
7.	Discusión.....	28
8.	Conclusiones.....	30
9.	Bibliografía	31
10.	Anexos	36
Anexo 1	36	
Anexo 2	37	
Anexo 3	39	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Bases de datos	11
Tabla 2: Diagnósticos de enfermería	12
Tabla 3: Criterios inclusión/exclusión población diana.....	15
Tabla 4: Criterios inclusión/exclusión personal responsable	16
Tabla 5: Beneficios esperados	19
Tabla 6: Temas a desarrollar.....	22
Tabla 7: Indicador de estructura.....	23
Tabla 8: Indicador de proceso I	24
Tabla 9: Indicador de proceso II.....	25
Tabla 10: Indicador de resultado	26
Tabla 11: Análisis económico del plan de mejora	27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Diagrama de Gantt.....	10
Gráfico 2: Ciclo de Deming	13
Gráfico 3: Análisis DAFO.....	18

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: Zona Básica de Salud correspondiente al Centro de Salud San Pablo, Zaragoza.....	14
--	----

1. Resumen

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y la cronicidad de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana han llevado a un progresivo envejecimiento de la población que vive con este diagnóstico. En este contexto han surgido nuevos retos en el cuidado de las personas infectadas como las comorbilidades asociadas, el envejecimiento precoz, la fragilidad y los síndromes geriátricos entre otros. Para poder afrontar las nuevas demandas, cubrir las necesidades futuras y mejorar la calidad de vida de esta población se requiere un abordaje específico, global y multidisciplinario.

Objetivo: Aportar criterios de autocuidado a través de una plataforma online a los pacientes mayores de 49 años con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana como mejora asistencial desde atención primaria.

Metodología: A partir de una búsqueda bibliográfica sobre las nuevas demandas de las personas mayores con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha elaborado una estrategia de mejora en la atención a la cronicidad, siguiendo el ciclo de Deming.

Conclusiones: El plan de mejora ha sido elaborado con la finalidad de contribuir en una mejor comprensión de los distintos aspectos implicados en la experiencia de envejecer con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Las actividades propuestas representan un instrumento para realizar la educación para la salud en el momento adecuado teniendo en cuenta las características de la enfermedad, promover el autocuidado y la toma de decisiones en la gestión de la salud.

Palabras claves: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cronicidad, edad avanzada, comorbilidades, fragilidad, envejecimiento precoz.

Abstract

Introduction: The increase in life expectancy and the chronicity of the infection caused by the human immunodeficiency virus have resulted in a progressive aging of the population with this diagnose. In this context, new challenges have emerged in the care of infected people such as associated comorbidities, premature aging, frailty and geriatric syndromes among others. A specific, global, and multidisciplinary approach is required in order to face the new demands, meet future needs, and improve the quality of life of this segment of the population.

Objective: To provide patients with human immunodeficiency virus infection over forty-nine years of age with self-care guidelines through an online platform, as an improvement in the assistance offered by primary care.

Methodology: Based on a bibliographic search on the new demands of people over 49 living with human immunodeficiency virus infection, a new strategy has been designed to improve the attention to chronicity following Deming's cycle.

Conclusion: This improvement plan has been formulated with the objective of contributing to a better understanding of the complexities of different aspects implied in aging with human immunodeficiency virus infection. The proposed activities represent a tool to promote timely and effective health education, taking into consideration the disease's characteristics, insist on the importance of self-care and help in the decision-making processes implied in health management.

Key words: human immunodeficiency virus (HIV), chronicity, elderly, comorbidities, frailty, premature aging.

*"Ahora preocupa menos estar infectado
del VIH que sufrir diabetes"*

Knobel H

2. Introducción

La mayor comorbilidad vinculada al envejecimiento de la población con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) exige un cambio en la atención a estos pacientes porque, según afirma Knobel H, coordinador de la atención del VIH/sida en el Hospital del Mar de Barcelona, "estamos muy acostumbrados a tratar y hay que intentar prevenir" (1). Los ambiciosos objetivos marcados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) "90% diagnosticados – 90% en tratamiento – 90% con supresión viral" resultan insuficientes. Autores como Lazarus JV et al recalcan la necesidad de "un cuarto 90" que asegure una buena calidad de vida relacionada con la salud (2,3).

La OMS define el VIH como un retrovirus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función hasta que deja progresivamente de luchar contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se refiere a los estadios más avanzados de la infección (4).

La terapia antirretroviral de gran actividad ha tenido un profundo impacto en la evolución de la enfermedad cambiando radicalmente el escenario, de una enfermedad mortal a una crónica. Lo que ha llevado a un envejecimiento de la población con infección por VIH, principalmente por el aumento de la supervivencia pero también por el cada vez más elevado número de nuevos diagnósticos en personas mayores de 49 años (5).

El resultado de esta cronificación se puede ver en los datos epidemiológicos de los últimos años. Según ONUSIDA, en el año 2012 en los

países desarrollados, el porcentaje de personas con infección por VIH con más de 49 años era del 33% (6). A nivel europeo, el estudio holandés liderado por Smit M, considera que en el año 2030, la población con infección por VIH tendrá una edad media de 56 años y el grupo de mayores de 49 años representará el 73% (7).

En cuanto a los nuevos diagnósticos, en España se mantiene una incidencia constante en la última década. En el año 2017 había entre 130.000 y 160.000 personas con infección por el VIH y ese mismo año se diagnosticaron 3.381 nuevos casos. De estos, el 14,4% se registraron en personas mayores de 49 años, siendo también el grupo etario con mayor porcentaje de diagnóstico tardío, el 67% (8).

A pesar de la esperanza de vida cercana a la de la población general los factores etiológicos vinculados a la inflamación crónica y la inmunosenescencia acelerada generan importantes problemas asistenciales que llegan a ser incluso superiores en la vida real al manejo de la propia infección VIH (5,9). El reto, según el artículo publicado por Llibre JM et al "no es el de la atención al paciente con infección por VIH, como enfermedad crónica aislada, sino el del paciente en situación de cronicidad, como concepto más amplio" (10). Por lo tanto el abordaje tiene que evolucionar más allá del control de la infección y el manejo del tratamiento e incluir aspectos más actuales como el manejo de la infección a largo plazo, las comorbilidades asociadas y problemas asociados a la edad como la fragilidad y los síndromes geriátricos (11).

Las comorbilidades asociadas tienen una gran relevancia clínica no solo por el incremento de la carga de morbilidad sino también por disminuir la calidad de vida de forma considerable y de ser la causa principal de muerte en los países desarrollados. Los pacientes diagnosticados con VIH mayores de 49 años tienen cuatro veces más riesgo que la población general de sufrir un infarto agudo de miocardio y otros eventos cardiovasculares. También presentan mayor riesgo de osteopenia y osteoporosis, fracturas patológicas, trastornos neurocognitivos, hiperlipidemia, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias no-definitorias de sida (12, 13).

Además, la población con infección por VIH, envejece de forma acelerada, no como la población general, lo que hace que estas comorbilidades y otros problemas de salud propios de la vejez se desarrollen de forma prematura (14, 15). Estudios como el publicado por Guaraldi et al (16) y el de Maciel et al (17) coinciden que el número de comorbilidades en la población con infección por VIH es similar al de la población general 10 años más mayor (ANEXO 1).

Según Álvarez Cabo et al, el actual modelo sanitario impide dar una respuesta óptima a las necesidades de las personas diagnosticadas de VIH ya que "se caracteriza por la resolución de episodios agudos pero tiene poca capacidad de anticiparse a las complicaciones, que en su mayoría derivan de procesos crónicos" (18). Estudios publicados acerca del impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad resaltan que las actuaciones enfermeras mejoran la efectividad clínica y consiguen un mayor número de medidas de control, un mejor registro de los parámetros clínicos, disminuyen las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios y también existe una mejora en la satisfacción percibida en los pacientes (19).

Dentro de los diferentes marcos teóricos que definen la profesión de enfermería, Virginia Henderson hace referencia a la labor de enfermería que debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia y de asistir a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria (20). Buscar el empoderamiento de las personas diagnosticadas de VIH resulta imprescindible si se tiene en cuenta que existe una estrecha correlación entre la protección de los derechos y el empoderamiento y las posibilidades de prevenir la infección en el beneficio de la salud pública (11, 21).

3. Objetivos del plan de mejora

3.1 Objetivo general del plan de mejora

Aportar criterios de autocuidado a través de una plataforma online a los pacientes mayores de 49 años diagnosticados de VIH de la Zona Básica de Salud San Pablo.

3.2 Objetivos específicos del plan de mejora

- Crear un espacio en internet con publicaciones sobre autocuidados y hábitos saludables.
- Crear un apartado para consultas y sugerencias que guarde el anonimato.
- Proporcionar herramientas que promuevan cambios de conducta para reducir los factores de riesgo modificables.

4. Metodología

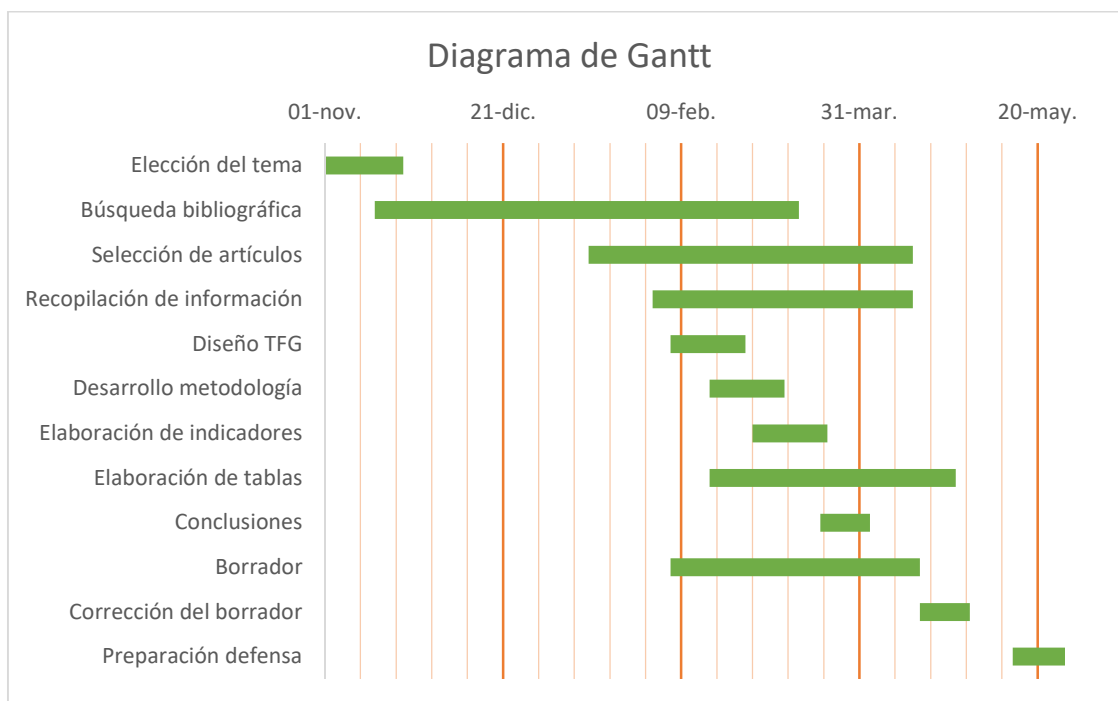
4.1 Tipo de trabajo

Se trata de una revisión bibliográfica sobre los nuevos retos y demandas de cuidados en el caso de las personas con infección por el VIH mayores de 49 años del centro de salud (CS) San Pablo con la finalidad de proporcionar información y actividades sobre autocuidado.

4.2 Planificación del trabajo

Se ha elaborado un diagrama de Gantt con las diferentes tareas y el periodo de tiempo optimo previsto para la preparación del plan de mejora.

Gráfico 1: Diagrama de Gantt



Fuente: Elaboración propia

4.3 Objetivo general del trabajo

Realizar un plan de mejora en la atención a la cronicidad en pacientes mayores de 49 años con infección por el VIH.

4.4 Bases de datos

Para la actualización del tema se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos y también se han utilizado recursos de páginas oficiales y de organizaciones relevantes para el tema a desarrollar. Se han empleado los operadores booleanos "and", "or" y "not", además de los parámetros detallados a continuación:

Tabla 1: Bases de datos

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	"HIV AIDS"		164	12
SCIENCE DIRECT	"Antiretroviral therapy"	publicados en los últimos 8 años	67	11
CUIDEN	"frailty syndrome"		16	1
SCIELO	"aging"	español o inglés	37	4
DIALNET	"VIH"		11	2
OTRAS (páginas oficiales, web, OMS)	"envejecimiento precoz" "síndrome de la fragilidad" "cuidados" "comorbilidades"	texto completo	Según página	11
Total				41

Fuente: elaboración propia

4.5 Diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos de enfermería seleccionados para la elaboración del plan de mejora quedan reflejados en la siguiente tabla (22).

Tabla 2: Diagnósticos de enfermería

Diagnóstico NANDA	NOC	NIC
Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)	[3102] Autocontrol: enfermedad crónica [1608] Control de síntomas	[6610] Identificación de riesgos [5250] Apoyo en la toma de decisiones
Disposición para mejorar la nutrición (00163)	[1621] Conducta de adhesión: dieta saludable [1841] Conocimiento: manejo del peso	[5246] Asesoramiento nutricional [1100] Manejo de la nutrición
Disposición para mejorar el autocuidado (00182)	[1602] Conducta de fomento de la salud [1614] Autonomía personal	[5395] Mejora de la autoconfianza [4480] Facilitar la autorresponsabilidad

Fuente: Elaboración propia a través de: Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 15 mayo 2019]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

4.6 Diseño del trabajo

El diseño se realizó utilizando las cuatro etapas del Ciclo de mejora continua o Ciclo de Deming para mejorar la calidad de la atención al paciente con VIH mayor de 49 años de una de manera sistemática y estructurada.

El ciclo se inicia al detectar una oportunidad de mejora en los criterios de autocuidado de la población diana. En la primera fase se estudia y analiza el contexto para que en la segunda fase, se ponga en marcha la publicación de artículos y se inicie un canal de comunicación anónima con los usuarios. Una vez implantado el plan de mejora se estudiará el impacto y se evaluará

a través de indicadores para, posteriormente, realizar las modificaciones pertinentes (23).

Gráfico 2: Ciclo de Deming



Fuente: Elaboración propia

4.7 Ámbito

El plan de mejora se implementará en la Zona Básica de Salud correspondiente al CS San Pablo. El barrio San Pablo, también conocido como "El Gancho", es parte del Casco Histórico de Zaragoza y tiene una población de 20.420 habitantes, según datos de 2018. El 42,5% de esta población es mayor de 49 años y el porcentaje de población inmigrante, 19,54%, es uno de los más altos de Zaragoza (24, 25). Aspecto relevante si se tiene en cuenta que el 50,9% de los nuevos diagnósticos se registraron en población inmigrante (26).

4.8 Población diana

La población de estudio incluye los pacientes con VIH, mayores de 49 años y pertenecientes al CS San Pablo. Esta edad se estableció como "edad avanzada" entre las personas con VIH a través de varios estudios, como el del grupo español liderado por Blanco JR y que la define como "una variable determinante en la respuesta inmunológica al tratamiento y en la supervivencia" (10,28). Otro criterio determinante para la inclusión es llevar más de cinco años desde diagnóstico, considerándose este periodo importante para la aceptación y el inicio del tratamiento. Aunque el acceso a los artículos publicados y al apartado de preguntas no puede ser controlado, sí que la información publicada va a ser dirigida a este grupo de pacientes.

Tabla 3: Criterios inclusión/exclusión población diana

Criterios de inclusión población diana	Criterios de exclusión población diana
Más de 49 años	49 años o menos
Personas VIH+	Personas VIH-
Más de 5 años desde diagnóstico	Personas VIH+ con menos de 5 años desde diagnóstico
Pertenecientes al CS San Pablo	No pertenecientes al CS San Pablo

Fuente: Elaboración propia

Respecto al personal de enfermería, podrá participar en el plan de mejora cualquier profesional Diplomado o Graduado en Enfermería con más de tres años de experiencia laboral en AP y que esté trabajando en el CS San Pablo.

Tabla 4: Criterios inclusión/exclusión personal responsable

Criterios de inclusión personal responsable	Criterios de exclusión personal responsable
<ul style="list-style-type: none">Personal Diplomado o Graduado de Enfermería trabajando en el CS San Pablo	<ul style="list-style-type: none">Personal Diplomado o Graduado de Enfermería trabajando en otro CS
<ul style="list-style-type: none">Más de 3 años trabajados en AP	<ul style="list-style-type: none">Menos de 3 años trabajados en AP

Fuente: Elaboración propia

4.9 Herramientas necesarias

La puesta en marcha del plan de mejora requiere de dos herramientas: una página web o blog y un mapa de activos para la salud. Este último resulta necesario dado que actualmente, desde el equipo de enfermería de AP no se han llevado a cabo actividades dirigidas a este grupo. Por lo que introducir este nuevo abordaje requiere, en una primera fase del plan de mejora, contar con los activos de salud del barrio para dar a conocer la nueva actividad. Se dispone desde el CS San Pablo de un mapa de activos que incluye entre otros: la Asociación OMSIDA, el Centro Alba, el Centro de acogida Fogaral o el Centro de Solidaridad de Zaragoza.

En cuanto a la página web, la plataforma virtual www.saludinforma.es, es un portal oficial bajo la supervisión del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón que ofrece a los usuarios del sistema de salud de Aragón información y representa un instrumento de gestión. Según los datos publicados por Salud Informa, casi 2.100.000 usuarios han utilizado la web en el año 2018 y más de 350.000 usuarios distintos que utilizan la plataforma, se registraron (29).

Uno de los proyectos desarrollados por Salud Informa es la "Escuela de Salud" que nace de la necesidad de "impulsar estrategias de formación, empoderamiento y capacitación de pacientes" (30). Según el Boletín Oficial de Aragón número 218, artículo 3, párrafo a) uno de los objetivos de este proyecto es "mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en

cuidados y autocuidados” principalmente en “el abordaje de la cronicidad” (30). Por lo que este objetivo y las características de la “Escuela de Salud” engloban lo que el plan de mejora quiere alcanzar para la población diagnosticados de VIH.

Además el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH considera que el estigma y la discriminación hacia las personas con infección por el VIH permanecen como barreras para acceder a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, empeorando la calidad de vida y la salud de las personas afectadas (31). Por lo que la utilización de una página oficial pretende dar visibilidad e integrar la infección con VIH entre otras enfermedades crónicas.

El primer paso para llevar a cabo el plan de mejora es conseguir la aprobación de la Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón a través del Comité Permanente y el Comité Asesor, para la incorporación de un nuevo apartado en la página www.saludinforma.es. Además participar en la “Escuela de Salud” exige la supervisión del Equipo Técnico por lo que supondrá una actividad añadida para ellos (30).

Otra opción para la implementación del plan de mejora, en caso de denegación, es utilizar el blog del CS San Pablo, saludenelgancho.blogspot.com, que permite mantener el formato y los objetivos del plan de mejora.

4.10 Análisis DAFO

Gráfico 3: Análisis DAFO



Fuente: Elaboración propia

5. Desarrollo

5.1 Planificar

¿Cuál es el problema?

Los factores de riesgo asociados a las comorbilidades que pueden desarrollar las personas con VIH mayores de 49 años y la nueva demanda de cuidados específicos de este grupo.

¿Cuáles son los beneficios que se esperan conseguir con este proyecto según los implicados?

Tabla 5: Beneficios esperados

PACIENTES	Proporcionar información acerca de las comorbilidades asociadas a la enfermedad y tratamiento
	Fomentar hábitos saludables para retrasar las comorbilidades asociadas
	Proporcionar información y herramientas para una mejora en el autocuidado
	Tener un espacio online para poder expresar libremente preguntas de forma anónima
	Crear vínculos con el equipo de AP del CS San Pablo
	Poder pedir información sin necesidad de acudir al CS
ENFERMERÍA	Realizar la educación para la salud específica para pacientes con infección por el VIH en el momento adecuado
	Fomentar una relación de confianza con los pacientes diagnosticados de VIH de la Zona Básica de Salud
	Promover hábitos saludables y autocuidados a los pacientes con VIH
UNIDADES ESPECIALIZADAS	Reducir el número de visitas al servicio de urgencia y de ingresos evitables en las plantas especializadas

Fuente: Elaboración propia

¿Qué vamos a hacer?

Contribuir a través de la educación para la salud en disminuir las tasas de la comorbilidades asociadas dado el envejecimiento precoz característico y mejorar el autocuidado para una menor dependencia de los servicios especializados (19).

¿Por qué lo vamos a hacer?

La nueva demanda de cuidados a pacientes con infección por VIH mayores de 49 años representa un problema emergente y un reto para el sistema sanitario. Se requiere una actuación coherente entre los diferentes niveles del sistema sanitario con la finalidad de asegurar unos cuidados menos fragmentados, más coordinados, más eficientes y de mayor calidad (8).

¿Cómo lo queremos lograr?

Se hace necesario dar autonomía a las personas diagnosticadas de VIH para gestionar sus cuidados de manera correcta y trabajar los factores de riesgo modificables: suprimir el consumo de alcohol, tabaco o drogas; adoptar hábitos saludables en alimentación y actividad física; evitar el aumento de peso entre otros. Concretamente se pretende realizar prevención, cribados y seguimiento del tratamiento desde AP como en el caso de la población general, teniendo en cuenta en todo momento las características de este grupo. También se busca un acercamiento entre estos pacientes y la consulta de enfermería de AP para poder trabajar conjuntamente en conseguir las mejoras en la gestión de su salud y en el día a día de la enfermedad.

5.2 Hacer

El plan de mejora se desarrolla a través de un nuevo apartado en la "Escuela de Salud" dentro de la categoría "Temas de Salud" – "Enfermedades Crónicas". Las actividades planificadas incluyen artículos publicados que van a ser bimensuales, en los días 1 y 15 de cada mes salvo días festivos, en cuyo caso será el siguiente día laboral. También se incluirá un espacio diseñado para preguntas y sugerencias de forma anónima que ayude a crear vínculos

entre las personas con infección por el VIH y la enfermera responsable del plan de mejora. En la gestión de estas consultas se colaborará con la Enfermera Supervisora de la Unidad de Infecciosos del HUMS para garantizar tanto el apoyo a la enfermera responsable como una mejor e integral atención al paciente.

En el primer artículo publicado se explicará el contexto actual del VIH y los nuevos retos y demandas en cuanto al grupo en aumento de personas con infección por el VIH mayores de 49 años. Se explicará la necesidad de una mejor gestión de la salud por parte de este grupo dado el alto número de comorbilidades asociadas y su repercusión en la calidad de vida. Una vez realizada la primera publicación se entregarán los folletos a las asociaciones e instituciones ya mencionadas y se informará también a través del blog del CS.

En los siguientes artículos se busca facilitar la comprensión de conceptos básicos para un conocimiento y acercamiento adecuado a la gestión de la salud dado el reto que implica envejecer con VIH. Entre los temas que se planifican para su ulterior desarrollo están las comorbilidades más frecuentes, dado que su abordaje permite anticiparse e implica trabajar con los factores de riesgo modificables. Cada artículo será enfocado en describir la enfermedad, nombrar los factores de riesgo modificables y detallar consejos prácticos para una mejor calidad de vida y un envejecimiento más saludable como en el ejemplo realizado (ANEXO 2).

Envejecer diagnosticado de VIH es un campo nuevo y dinámico, por lo que se considera necesario incluir también cuidados y hábitos saludables, temas de actualidad sobre prácticas sexuales y nuevos avances, como por ejemplo el Chemsex y la Prep. Según la bibliografía estudiada (12, 32-36) en la planificación de los artículos publicados se incluyen:

Tabla 6: Temas a desarrollar

Enfermedades asociadas	<ul style="list-style-type: none">- Enfermedades cardiovasculares (ictus, hipertensión, infarto agudo de miocardio)- Enfermedades hepáticas- Enfermedades renales- Diabetes- Osteoporosis- EPOC- Cánceres no defintorios de SIDA- Fragilidad- Depresión
Hábitos saludables	<ul style="list-style-type: none">- Nutrición- Seguridad alimentaria- Higiene de la piel y de las mucosas- Consumo de alcohol, drogas o tabaco- Ejercicio físico- Aspectos psicológicos
Temas de actualidad	<ul style="list-style-type: none">- Vacunas- Chemsex- Prep

Fuente: Elaboración propia

Cada dos meses se organizarán reuniones con el personal de AP del CS inscrito para comentar la información publicada, aspectos de interés de las sugerencias recibidas o cualquier dificultad.

Las actividades de la Escuela de Salud se concretan en un Plan Anual elaborado por el Equipo Técnico de la Escuela en el último trimestre del año, por lo que la duración del plan de mejora será de 12 meses.

5.3 Evaluar

A continuación se exponen las herramientas de medida que se utilizarán en el Plan de Mejora y que se clasifican en indicadores: de estructura, de proceso y de resultado.

Tabla 7: Indicador de estructura

INDICADOR DE ESTRUCTURA	
Parámetros	
Indicador	Disponibilidad de una consulta de enfermería con ordenador y conexión a internet en el CS.
Dimensión	Disponibilidad
Descripción	<u>Numerador:</u> Número de consultas de enfermería del CS disponibles con ordenador y conexión a internet. <u>Denominador:</u> Número total de consultas de enfermería del CS <u>Periodo de tiempo:</u> En la puesta en marcha del plan de mejora
Aclaración términos	1. Se preguntará en el CS cuantas consultas de enfermería con ordenador y conexión a internet están disponibles. 2. Se anotaran las consultas disponibles, los días y el horario en el que se pueden utilizar.
Justificación	Es necesario saber la disponibilidad de consultas con ordenador y conexión a internet para poder llevar a cabo el plan de mejora. El trabajo no exige seguir un horario exacto en cuanto a la preparación del material por lo que conocer la disponibilidad permite una cómoda organización y planificación de las tareas.
Responsable de recogida	Enfermera responsable del plan de mejora.
Frecuencia de recogida	Se realizará en el inicio de la preparación del plan de mejora.
Tipo de indicador	Indicador de estructura
Fuente	La persona responsable del plan de mejora realizará y actualizará una lista con las consultas disponibles y las horas para una mejor organización posterior.
Estándar	El 40% de las consultas con ordenador y conexión a internet deberían estar disponibles.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Indicador de proceso I

Parámetros		INDICADOR DE PROCESO I
Indicador	Enfermeras que aceptan colaborar en el Plan de Mejora del CS San Pablo.	
Dimensión	Participación	
Descripción	<p><u>Numerador</u>: Número de enfermeras inscritas en el plan de mejora</p> <p><u>Denominador</u>: Número de enfermeras trabajando en el CS San Pablo</p> <p><u>Periodo de tiempo</u>: En el inicio, una vez explicado el plan de mejora en el CS.</p>	
Aclaración términos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es importante explicar a las enfermeras del CS la necesidad del plan de mejora y en que consiste. 2. Es necesario que al menos una enfermera del CS acceda a la realización del plan de mejora. 3. Representará una mejora en la calidad del trabajo realizado que la enfermera responsable del plan de mejora tenga experiencia en una unidad de infecciosos. 	
Justificación	Es importante que las enfermeras muestren disponibilidad e interés para participar en el Plan de Mejora ya que les ofrece herramientas para poder abordar estos temas en consulta, si necesario.	
Responsable de recogida	Enfermera responsable del plan de mejora.	
Frecuencia de recogida	Se realizará en el inicio del plan de mejora.	
Tipo de indicador	Indicador de proceso	
Fuente	La persona responsable de la organización y coordinación se encargará de informar a los profesionales y se pedirá la participación.	
Estándar	Se espera participación por parte de las enfermeras del CS de manera activa o en el seguimiento del Plan de Mejora.	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9: Indicador de proceso II

INDICADOR DE PROCESO II	
Parámetros	
Indicador	Número de visitas de los artículos publicados a los 6 meses
Dimensión	Actividades
Descripción	<u>Numerador:</u> Número de visitas en el sexto mes de publicaciones. <u>Denominador:</u> Número de visitas en total desde la puesta en marcha. <u>Periodo de tiempo:</u> Al finalizar los primeros 6 meses de actividad.
Aclaración términos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se pedirán los datos estadísticos al servicio adjudicatario que se encarga de la gestión de la plataforma virtual. 2. Se compararán los datos obtenidos en el sexto mes con el total de visitas desde el inicio. 3. El porcentaje resultado nos indicará si el número de visitas ha aumentado en el sexto mes.
Justificación	Saber el porcentaje que representan las visitas en el sexto mes de actividad comparado con el total de las visitas permite aproximar si ha habido un aumento progresivo o no. Un aumento progresivo se puede interpretar como un dato positivo pero un porcentaje bajo daría pistas sobre la necesidad de una mejora en la elección y preparación de los artículos publicados.
Responsable de recogida	Enfermera responsable del Plan de Mejora
Frecuencia de recogida	Se realizará a los 6 meses después del inicio del Plan de Mejora
Tipo de indicador	Indicador de proceso
Fuente	La persona responsable del Plan de Mejora realizará la comparación utilizando los datos recibidos. También comentará los resultados con el equipo de enfermería del CS y se tomarán decisiones para mejorar la información publicada.
Estándar	Se espera que el porcentaje de visitas sea, en el sexto mes del plan de mejora, superior al 25% del total de visitas.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10: Indicador de resultado

INDICADOR DE RESULTADO	
Indicador	Grado de satisfacción de los pacientes con VIH mayores de 49 años.
Dimensión	Satisfacción
Descripción	<p><u>Numerador:</u> Número de pacientes con VIH mayores de 49 años que están satisfechos con el plan de mejora.</p> <p><u>Denominador:</u> Número de pacientes que han cumplimentado la encuesta de satisfacción y que tienen más de 49 años.</p> <p><u>Periodo de tiempo:</u> una vez finalizado un año desde el inicio del Plan de Mejora</p>
Aclaración términos	<ul style="list-style-type: none"> - La satisfacción se definirá como el nivel de conformidad de los usuarios con el contenido publicado y los temas planteados. - Se utilizará una encuesta tipo Likert unipolar con 5 niveles (37). - Para la evaluación se pedirá a los usuarios rellenar una encuesta anónima en la que se especificará la edad pero no como criterio de exclusión, sino como característica independiente. - Posteriormente se separaran las encuestas por grupos de edad y se trabajará con el grupo de mayores de 49 años. - Las encuestas cumplimentadas por paciente con VIH de otras edades se utilizaran en la proyección de actividades para dichos grupos de edad en futuras actividades.
Justificación	La satisfacción será el indicador clave de la calidad y necesidad de la información propuesta. Si se consigue un índice alto de satisfacción, facilitará la continuación del programa con las mejoras que se puedan hacer y con el consiguiente paso a otros barrios de Zaragoza.
Responsable de recogida	Enfermera responsable de la organización y coordinación del plan de mejora.
Frecuencia de recogida	Al finalizar el plazo de 12 meses del plan de mejora.
Tipo de indicador	Indicador de resultado
Fuente	La enfermera responsable de la organización y coordinación del Plan de Mejora publicará en el apartado de saludinforma.es una encuesta de satisfacción para que los usuarios la puedan rellenar.
Estándar	Se espera un alto grado de satisfacción de los usuarios junto con sugerencias e ideas.

Fuente: Elaboración propia

6. Análisis económico del plan de mejora

La realización del plan de mejora implica unos gastos que se van a detallar a continuación. Como se ha comentado en los apartados anteriores, la puesta en marcha de este plan de mejora depende de la decisión de la Dirección General de Derechos y Garantías, por lo tanto también la parte económica. Si se aprueba introducir este apartado en la "Escuela de Salud", los gastos referentes a la gestión de la página web estarán incluidos en el contrato público entre el Departamento de Sanidad y las empresas adjudicatarias. En caso de denegación, al utilizarse el blog del CS San Pablo, estos gastos deberán ser incluidos en el presupuesto del plan de mejora.

Los demás gastos son iguales independientemente del lugar de publicación e incluyen las horas de trabajo de la enfermera responsable y el material preparado para dar a conocer a la población diana las nuevas actividades proyectadas. Se han considerado necesarias 15h mensuales para la gestión de la actividad y de las consultas recibidas (ANEXO 3). Según el Portal de Transparencia del Gobierno de Aragón, en el caso de un Diplomado o Graduado en Enfermería, una hora de trabajo tiene una retribución económica de 22,54E. En cuanto al número de folletos, se ha considerado adecuado preparar 1.000 unidades, dada la realización del plan de mejora en una fase inicial solo en una zona básica de salud.

Tabla 11: Análisis económico del plan de mejora

Concepto	Cantidad	Precio/ unidad	Duración	Total
Horas trabajo	15h/mes	22,54E/h	12	4.057,20E
Folletos	1000	0.1		100E
Total "Escuela de Salud"				4.157,20E
Gestión web	1	300E	-	300E
Total blog				4.457,20E

Fuente: Elaboración propia

7. Discusión

En el artículo publicado en 2016 por Althoff KN et al sobre el VIH y el envejecimiento, se destaca la necesidad de nuevas estrategias para coordinar “la creciente complejidad del cuidado de los pacientes que envejecen con VIH” (35). A esto se añade, según la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH en contacto con el Sistema Nacional de Salud, que la media de edad de los pacientes encuestados es de 47,5 años y que el 46,5% son mayores de 50 años (38). Aunque el control clínico de estos pacientes se realiza desde los servicios especializados, varios autores recalcan que AP puede cumplir un rol importante para garantizar una atención integral e integrada. Incluso consideran que desde AP se puede trabajar contra la estigmatización y las vulnerabilidades asociadas (39).

Los autores Llibre JM et al y Rojo A et al describen varios recursos accesibles e infrautilizados en el abordaje de las personas diagnosticadas de VIH como las nuevas tecnologías, la teleasistencia e incluso “el potencial de las competencias del rol enfermero” (8,19). Este último se corrobora a través de otros estudios, como el realizado por Marijn de Bruin et al, publicado en el año 2017, que concluye que una estrategia de autocuidado realizada por el personal de enfermería tiene viabilidad y rentabilidad (40).

El apoyo online y las nuevas tecnologías han confirmado ser un escenario adecuado en programas como “paciente experto 2.0” o “telemedicina”, especialmente entre las personas con infección por el VIH dadas las diferentes barreras de acceso a los servicios sanitarios (41, 42). Estos estudios que también se basan en el empoderamiento del paciente han dado numerosos beneficios como la autoeficacia, la mejor calidad de vida, el aumento de la actividad física e incluso una mejor relación y comunicación con los profesionales sanitarios (41)

Por tanto, parece razonable utilizar todas estas herramientas conjuntamente para conseguir una mejora en la calidad de vida de los pacientes de edad avanzada diagnosticados de VIH. Resulta importante contar con un equipo multidisciplinario con profesionales de distintas especialidades, incluido enfermería, que trabaje de manera coordinada durante todo el proceso de la enfermedad y asegure la mejor atención posible tanto en la comunidad como en el hospital (8).

8. Conclusiones

1. El envejecimiento de la población diagnosticada de VIH se asocia con un mayor número de comorbilidades y una inmunosenescencia precoz.
2. Los criterios de autocuidado aportarán un mayor conocimiento sobre la enfermedad en pacientes mayores de 49 años con infección por el VIH.
3. El uso de un espacio en internet permite llegar a los pacientes diagnosticados preservando su anonimato.
4. La información sobre hábitos saludables fomentará una implicación activa del paciente con infección por el VIH hacia una mejora en la gestión de su salud.
5. A través del plan de mejora se pretende conseguir una reducción de los factores de riesgo asociados a las comorbilidades más frecuentes en la población diana.
6. Los artículos publicados por medio de este plan de mejora representan un instrumento que puede ser utilizado por cualquier usuario del Servicio Aragonés de Salud.

9. Bibliografía

1. Mouzo Quintáns J. El manejo de la fragilidad en pacientes con VIH es el nuevo desafío [Internet]. El País (Madrid). 1 de diciembre de 2018 [citado 16 abr 2019]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/11/30/ciencia/1512064284_058319.html
2. Gol-Montserrat J, Llano JE, del Amo J, Campbell C, Navarro G, Segura F et al. VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad más allá del control virológico. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92:e1-e9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201809062.pdf>
3. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, del Amo Valero J. Beyond viral supresión of HIV – the new quality of life frontier. BMC Medicine. 2016;14:94
4. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [actualizado noviembre 2017; citado 25 marzo 2019]. 10 Datos sobre el VIH/sida. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
5. Jiménez Z, Sánchez-Conde M, Brañas F. La infección por VIH como causa de envejecimiento acelerado y fragilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol.2018; 53 (2): 105-110
6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). HIV and aging. A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Ginebra: UNAIDS; 2013
7. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, van Sighem A et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. Lancet Infect Dis. 2015; 15: 810 – 818
8. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Madrid: D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII; 2018

9. Brañas F, Azcoaga A, García Ontiveros M, Antela A. Cronicidad, envejecimiento y multimorbilidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018; 36(1): 15-18
10. Llibre JM, Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Rivero A, Fernández E. Cuidados clínicos del paciente con VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018; 36 (1):40-44
11. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). La calidad de la atención sanitaria en pacientes VIH y SIDA. Propuesta de indicadores de atención farmacéutica al paciente VIH y SIDA. Oviedo: SECA; 2012
12. Lozano de León-Naranjo F. Envejecimiento prematuro y comorbilidades relacionadas con la edad en los pacientes con infección por el VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida. SEISIDA.* 2014; 1 (3):18-32
13. Joven J, Menendez JA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana como modelo de envejecimiento prematuro: perspectivas e implicaciones. *Med Clin.* 2012; 139(6): 249-251
14. Zabalzo Samper A, Peñaranda-Cólera MC. El paciente experto 2.0 VIH: molecularización, regímenes de vitalidad y nuevos ciudadanos crónicos. *Univ Psychol.* 2015; 14(5): 1763-1778
15. Wing EJ. HIV and aging. *Int J Infect Dis.* 2016; 53:61-68
16. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis.* 2011; 53 (11):1120-1126
17. Maciel RA, Moreira Kluck H, Durand M, Sprinz E. Comorbidity is more common and occurs earlier in persons living with HIV than in HIV-uninfected matched controls, aged 50 years and older: A cross-sectional study. *Int J Infect Dis.* 2018; 70:30-35
18. Álvarez Cabo D, Alemany A, Martínez Sesmero JM, Moreno Guillén S. Atención sanitaria e impacto económico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018; 36 (1): 19-25
19. Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de

- las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2018; 92: e1-e15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e201806032.pdf>
20. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2011
21. Rojo A, Arratibel P, Bengoa R. El VIH en España, una asignatura pendiente. Bilbao: Si-Health; 2017: 1-92
22. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 23 abril 2019]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
23. García Pérez MM, Rivera Sanz F (dir.). Plan de gestión de la calidad en una zona básica de salud [trabajo final de grado en Internet]. [Logroño]: Universidad de la Rioja; 2016 [citado 3 de abril de 2019]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002069.pdf
24. Aragon.es [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [actualizado 28 Nov 2018; citado 17 Abr 2019]. Disponible en: http://www.aragon.es/Temas/Salud/AreasTematicas/4_Estad%C3%ADsticas-e-indicadores/ci.09_Piramides_poblacion_zonas_salud.detalleConsejo
25. Observatorio Urbano de Zaragoza y su Entorno, Ebrópolis. Zaragoza en datos. Informe global sobre la ciudad y sus distritos. Zaragoza: Ebrópolis; 2018
26. Sección de Vigilancia Epidemiológica; Sección de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Aragón, año 2017. Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH en Aragón. Registro de casos de SIDA en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2018
27. Centro de Salud San Pablo; SaludInforma. Estrategia Atención Comunitaria – Agenda Comunitaria. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2018

28. Blanco J-R, Jarrin I, Vallejo M, Berenguer J, Solera C, Rubio R et al. Definition of Advanced Age in HIV-Infection: Looking for an Age Cut-Off. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2012; 28(9):1000–1006
29. Saludinforma.es [Internet]. Zaragoza: Saludinforma; 2016 [citado 29 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/escuela-de-salud/derechos-y-deberes>
30. Orden sanidad 1744/2017 del 25 de octubre por la que se crea la Escuela de Salud de Aragón. BOA 14-11-2017, núm. 218, pág. 31509
31. Aparicio P, Carrió A, del Amo J, Espacio R, Fagúndez G, Fuster MJ et al. Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH. D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación. 2018
32. Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH. Hacerse mayor viviendo con el VIH. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH; 2016
33. Wagner Cardoso S, Silva Torres T, Santini-Oliveira M, Monteiro Spindola L, Goncalves Veloso V et al. Aging with HIV: a practical review. *Braz J Infect Dis*. 2013; 17(4):464-479
34. Raposeiras-Roubín S, Triant V. Cardiopatía isquémica en el VIH: profundización en el conocimiento del riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(12):1204-1213
35. Althoff KN, Smit M, Reiss P, Justice AC. HIV and Ageing: Improving Quantity and Quality of Life. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016; 11(5):527-536
36. Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH; Hospital Clínic de Barcelona, Consulta enfermera del Servicio de Enfermedades Infecciosas; Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Enfermería. ¡Podemos ayudarte! Atención y cuidados enfermeros a las personas que viven con VIH. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH; 2019
37. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. *Redie*. 2018; 20(1): 38-47
38. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- Sección General de Promoción de la

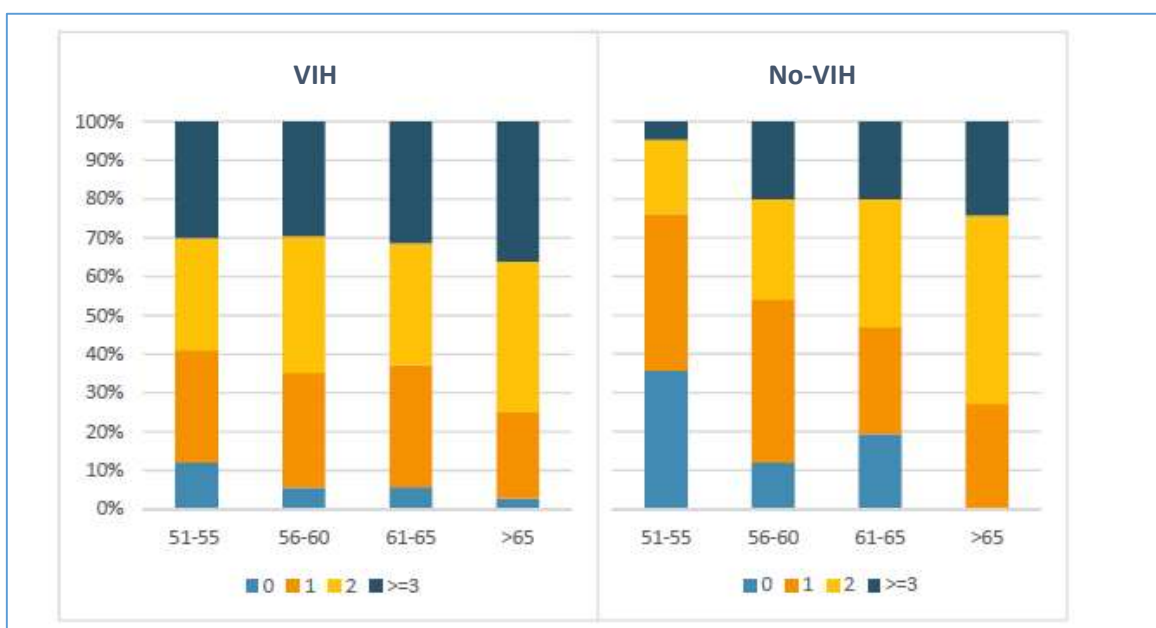
salud y Vigilancia en Salud Pública. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2017. Madrid: Dirección General de Salud Pública; 2018

39. Mascort J, Aguado C, Alastrue I, Carrillo R, Fransi L, Zarco J. VIH y atención primaria. Volver a pensar en el sida. *Aten Primaria*. 2017; 49(2): 65-66
40. de Bruin M, Oberjé EJM, Viechtbauer W, Nobel HE, Hiligsmann M, van Nieuwkoop C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: A pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17: 595-604
41. Morrillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés MA. Desarrollo de un programa de paciente experto 2.0 para pacientes VIH+. *Monográfico*. 2015;1(6): 40-52
42. Morán Arribas M, Rivero A, Fernández E, Poveda T, Caylá JA. Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2018; 36(1):3-9

10. Anexos

Anexo 1

Distribución del número de comorbilidades por grupos de edad: comparación entre pacientes con infección por VIH y pacientes no infectados.



Fuente: Maciel RA, Moreira Kluck H, Durand M, Sprinz E. Comorbidity is more common and occurs earlier in persons living with HIV than in HIV-uninfected matched controls, aged 50 years and older: A cross-sectional study. 2018

Ejemplo de artículo para publicar en la "Escuela de Salud"

Aprender a vivir con la infección por el VIH



La infección por el VIH y la osteoporosis

Una de las comorbilidades asociadas al VIH y que preocupa a las personas mayores que viven con la infección es la osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad que debilita los huesos y causa fracturas con facilidad, como ocurre tras un mínimo traumatismo o tras una caída desde la propia altura. Las fracturas más frecuentes en el paciente con VIH son las vertebrales, de cadera y muñeca.

- dolor en espalda y cadera
- caídas frecuentes con fracturas en huesos debilitados
- pérdida de estatura

Síntomas

Factores de riesgo modificables:

- sedentarismo
- tabaquismo
- alimentación deficiente
- consumo de alcohol y tóxicos
- déficit de calcio y de vitamina D
- uso de corticoides

Entre las personas con infección por el VIH:

- 40-65%** densidad ósea baja
- 15%** osteoporosis

¿Qué puedo hacer?

Llevar una alimentación saludable, rica en calcio y vitamina D

Los alimentos ricos en calcio incluyen productos lácteos, con poco contenido de grasa, como la leche, el yogur y el queso. Entre otros alimentos ricos en calcio están las hortalizas de hoja verde oscura (como las hojas de berza, la col china, la espinaca y la col rizada), el brócoli, las sardinas, el tofu y las almendras.

Mantener un peso saludable

Mantenerse activo

Las actividades como el levantamiento de peso, el senderismo, la natación, correr y otros tipos de ejercicios pueden mejorar la densidad mineral ósea y reducir el riesgo de desarrollar problemas.

No fumar

Reducir el consumo de bebidas alcohólicas

Tomar en exceso puede causar pérdida ósea e incrementar el riesgo de fracturas debido ya sea a la pérdida ósea o a una caída.

Pasar al sol 30 minutos al día, en horario no perjudicial.

Para cualquier duda o sugerencia podéis escribir al correo electrónico:



Bibliografía:

1. Gullón Ojesto A, García Vadillo JA. Osteoporosis en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Semin Fund Esp Reumatol. 2013; 14 (1): 18-23
2. Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH. Hacerse mayor viviendo con el VIH. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH; 2016

Fuente: Elaboración propia

[Anexo 3](#)

Reparto orientativo de las 15 horas mensuales proyectadas para la ejecución del plan de mejora:

Enero 2020

L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

	ACTIVIDAD	TIEMPO/DÍA
	Publicar el artículo en la "Escuela de Salud"	2h/día
	Gestión de correos electrónicos y sugerencias Comunicación con las asociaciones y reparto de folletos Reunión con el personal de enfermería del CS que colabora en el plan de mejora	1h30' /día
	Preparación del siguiente artículo	2h30' /día

Fuente: Elaboración propia