



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH

Proyecto National Policy



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH

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

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

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

ISBN: 978-84-09-73758-1

CÓDIGO DOCUMENTO: NP-ES-HVU-MONO-250001(v1) 06/2025

Citación sugerida:

"Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-73758-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#five>"



ISBN 978-8-40973-758-1



9 788409 737581

Índice

Equipo de trabajo multidisciplinar	4
1. Contextualización en el proyecto National Policy	5
2. Metodología de trabajo	7
3. Prestaciones desarrolladas por la EECPIH en el cuidado de personas con VIH	8
4. Conclusiones y próximos pasos	118
Anexo 1: valor presente y futuro de los cuidados enfermeros	119
Anexo 2: glosario	122
Anexo 3: lenguaje que cuida	126



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

Equipo de trabajo multidisciplinar

Agustín Marcos Blanco: enfermero de práctica avanzada en VIH del Hospital del Mar de Barcelona.

Carlos Iniesta Mármol: director ejecutivo de la Fundación SEISIDA.

Emma Fernández González: enfermera de práctica avanzada de la Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona.

Jordi Puig Pla: enfermero y coordinador de ensayos clínicos de la Fundació Lluita Contra les Infeccions, del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona). Profesor asociado. Departamento de enfermería en la Universitat Autònoma de Barcelona.

Juan Manuel Leyva Moral: profesor agregado. Departamento de enfermería. Grup de Recerca Infermera en Vulnerabilitat i Salut (GRIVIS) en la Universitat Autònoma de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) en el Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Juan Miguel Castro Álvarez: enfermero de atención primaria en el centro de salud Peñaprieta, Madrid. Coordinador de ensayos clínicos del Hospital Universitario La Paz/Carlos III de Madrid.

Julio Morais Martín: enfermero, Unidad de Atención Especializada ITS/VIH del Hospital Universitario de La Palma.

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

Mireia SantaCreu Guerrero: enfermera de práctica avanzada del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid.

Rosa María Badía Royes: enfermera de práctica avanzada del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.

Roser Font Canals: enfermera experta en VIH. Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital Universitario Mútua Terrassa, Barcelona.

1. Contextualización en el proyecto *National Policy*

La atención y los cuidados enfermeros que se prestan a las personas con VIH (PVIH) han experimentado una profunda transformación a lo largo de las últimas décadas.

Desde los primeros días de la epidemia, cuando el desconocimiento y el estigma dominaban las narrativas, hasta la actualidad, donde los avances científicos y las estrategias de cuidado personalizado han mejorado notablemente la calidad de vida de las PVIH, los cuidados enfermeros han sido cruciales.

Este documento es el resultado del esfuerzo colectivo de un grupo de enfermeros/as expertos/as, que han dedicado sus carreras a perfeccionar la gestión de cuidados para PVIH, aprendiendo de los desafíos y las oportunidades que han enfrentado en su práctica diaria.

El cuidado integral de las PVIH requiere un enfoque multidisciplinar que abarque todas las dimensiones de la persona: las necesidades clínicas; las físicas, psicológicas y emocionales; las culturales y sociales; la intimidad y las necesidades sexuales; la espiritualidad y las necesidades educativas y de empoderamiento, entre otras.

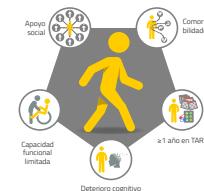
El trabajo que se describe en este documento, desarrollado por el equipo de trabajo comentado con anterioridad, se enmarca en el proyecto National Policy (NP). Un proyecto multidisciplinar de ambición nacional que surge de la necesidad de cambiar el modelo de atención a las PVIH en España; y que tiene la vocación de apoyar este cambio¹.

Desde el 2018, año en el que el NP definió el Modelo Óptimo de Atención al paciente con infección por VIH, ha seguido trabajando para apoyar la implementación de éste mediante: el desarrollo de nuevas herramientas e instrumentos técnicos² despertando más liderazgos; acompañando a equipos locales en la gestión del cambio y promoviendo espacios para la colaboración y el trabajo en equipo.

Así, el NP, en el documento "Sistemas de estratificación de pacientes con VIH". definió, en base a una serie de variables, **los siete perfiles de pacientes** que se ilustran, a continuación, en la **figura 1**.

Figura 1: los siete perfiles de pacientes con VIH definidos en el NP

PACIENTE AMARILLO: paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente



PACIENTE VERDE: paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social



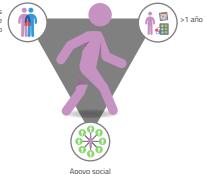
PACIENTE NARANJA: paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico



PACIENTE MORADO: paciente con infección por VIH, consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia, física y/o psíquica



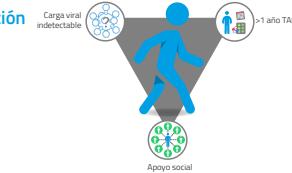
PACIENTE LILA: paciente con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo



PACIENTE FUCSIA: paciente con infección por VIH y embarazada



PACIENTE AZUL: paciente con infección por VIH, controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar



Fuente: elaboración propia en base a (2).

¹ Véase Proyecto National Policy en <https://vivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#>

² Herramientas de segmentación por perfil de pacientes; herramienta de estratificación por nivel de complejidad. Disponible en: <https://vivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#third>

Para cada uno de estos perfiles de pacientes y, siguiendo con la mirada multidisciplinar que lo caracteriza, el NP, en el año 2023, publicó el documento "Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH"¹, en donde se definían, para cada uno de los siete perfiles, el estándar de prestación recomendado por el equipo multidisciplinar del NP, además de proponer los resultados finales a monitorizar, determinar las alertas clave para la monitorización de cada perfil durante su proceso de atención, junto con otras recomendaciones o aportaciones específicas de perfil y apuntes sobre los mecanismos de coordinación necesarios entre los y las profesionales o los mecanismos de comunicación y conexión con las PVIH.

El presente documento desarrollado por el equipo de trabajo experto en cuidados enfermeros en PVIH pone el foco ampliando, desarrollando y aterrizando cada una de estas prestaciones.

Constituye una guía práctica diseñada para proporcionar un marco estructurado de intervenciones, por perfil de paciente del NP, basadas en evidencia y experiencias prácticas.

Cada prestación ha sido descrita considerando:

- La importancia de una **atención personalizada** que contemple las diferencias en la evolución clínica y las circunstancias personales de cada paciente.
- La necesidad de **fomentar la colaboración interprofesional** para optimizar los recursos y mejorar los resultados en salud.
- Basadas en la **evidencia** y el **consenso**, las prestaciones incluyan enfoques **innovadores** como el uso de tecnologías digitales y la colaboración.

- Dirigido especialmente al colectivo de enfermeras/os, esta guía resulta también una referencia clave para otros profesionales de la salud como profesionales especialistas en VIH, profesionales de atención primaria (AP), farmacia hospitalaria, psicología, trabajo social, entidades comunitarias y en definitiva todos los colectivos implicados en el cuidado de las PVIH.

El objetivo principal es facilitar herramientas prácticas que ayuden y empoderen al colectivo de enfermeras/os que cuidan a PVIH a gestionar adecuadamente la complejidad de estos cuidados.

Este documento refleja el esfuerzo del colectivo enfermero comprometido con mejorar la calidad de vida de estas personas. Su elaboración no solo responde a la necesidad de estandarizar los cuidados, al mismo tiempo que a adaptarlos a las necesidades de cada perfil, sino también de inspirar a las nuevas generaciones de enfermeras/os y profesionales de la salud a liderar iniciativas que transformen la atención sanitaria.

¹ Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/recomendaciones-de-atencion-para-un-paciente-con-infeccion-por-vih-unificado.pdf

2. Metodología de trabajo

En este capítulo se describe la metodología seguida por el equipo de trabajo para la revisión y explicitación de cada una de las prestaciones que constituyen el apartado siguiente. La figura dos recoge visualmente el proceso de trabajo seguido.

Mediante distintos ciclos iterativos y estructurados de trabajo individual y grupal, se ha ido consolidando la versión final de equipo.

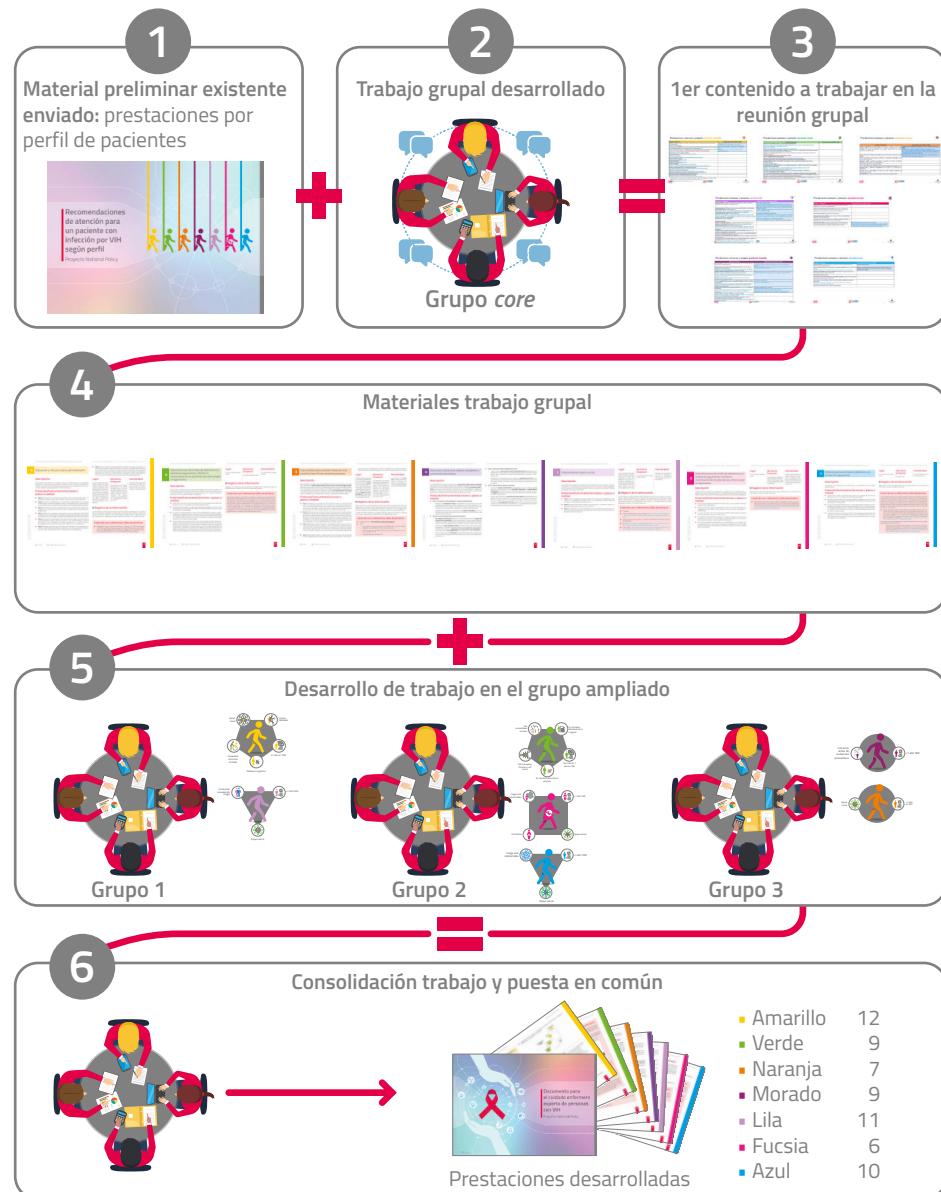
Teniendo como base las prestaciones definidas en el documento de "Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH" el grupo core, de trabajo analizó, completó y detalló el listado definitivo de intervenciones, para cada uno de los 7 perfiles de pacientes del NP, que la EECPVIH realiza.

Cada miembro del equipo de trabajo fue responsable de revisar y analizar el inventario de prestaciones resultante lo que permitió un acercamiento estructurado al contenido y facilitó una discusión más efectiva en las distintas reuniones grupales.

El grupo completo se dividió en tres grupos más pequeños, responsable de dos o tres perfiles de PVIH, con el fin de elaborar una plantilla estructurada por cada una de las prestaciones usando un alcance de contenidos previamente acordado y validado por el grupo de trabajo completo. De este modo, se determinó:

- **Descripción de la intervención:** explicación detallada de en qué consiste la prestación y sus objetivos.
- **Protocolo/instrumento/acciones a realizar:** enumeración de los pasos y en su caso las herramientas necesarias para ejecutar la prestación con calidad.
- **Lugar de realización:** ubicación física o virtual donde se lleva a cabo la intervención.
- **Momento temporal:** situaciones clínicas o etapas de la atención en las que debe realizarse la prestación.
- **Periodicidad:** frecuencia con la que se debe repetir la prestación.
- **Registro de información:** documentación a registrar en el expediente de la PVIH.
- **Casos de uso o referencias útiles de pioneros:** ejemplos y buenas prácticas que puedan servir de inspiración.

Figura 2: metodología de trabajo



Fuente: elaboración propia ©Instituto de Salud y Estrategia (Si-Health), 2024.

3. Prestaciones desarrolladas por la EECPIH en el cuidado de personas con VIH

Paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente

- Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.
- Educación para la salud en comorbilidades y factores de riesgo.
- Educación y refuerzo sobre polimedication.
- Evaluación CVRS.
- Evaluación de dependencia.
- Evaluación de deterioro cognitivo.
- Evaluación fragilidad.
- Evaluación psicológica.
- Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre equipos.
- Identificar personas significativas o referentes para la persona con VIH. En grandes dependientes identificar sobrecarga del/la cuidador/a y recursos para el/la cuidador/a.
- Valoración de dolor crónico de manera independiente. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas.
- Valoración de la estabilidad de cada una de las otras patologías, además del VIH. Monitorización de indicadores de comorbilidades (tensión arterial, frecuencia cardiaca, peso, glucemia, etc.).

10
11
12
15
16
18
19
20
23
24
25
26
27

Paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social

- Conocer la red de apoyo y personas significativas para la persona con VIH. 29
- Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa. 31
- Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento. 33
- Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno comunitario. 34
- Evaluación CVRS. 35
- Evaluar deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma y barreras socioculturales. 37
- Potenciar el vínculo terapéutico y dar respuesta a las demandas imprevistas de cuidados. 38
- Potenciar habilidades de interacción social y participación en la comunidad en personas con VIH. 39
- Valoración de necesidades de cuidados para la coordinación con recursos sociales en personas con VIH. 41

Paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico

- Control de la adherencia y tolerancia al TAR. 44
- Disponibilidad para atender dudas de el/la paciente fuera de las consultas pactadas. 46
- Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado. 47
- Evaluación CVRS. 49
- Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH. 51
- Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles. 53
- Realizar asesoramiento en primera visita y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su estado serológico. 55



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

Paciente con infección por VIH consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica	59	Paciente con infección por VIH y embarazada	95
• Capacitar en las competencias de autocuidado.	60	• Controles protocolizados según evolución de la gestación y posparto inmediato (puerperio).	96
• Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.	62	• Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de las personas que interrumpen el seguimiento.	98
• Detección precoz y gestión de pacientes con consumo activo de sustancias psicoactivas.	64	• Educación para la salud en relación a la infección por VIH: deseo gestacional, transmisión vertical, lactancia materna, interrupción voluntaria del embarazo, cuidados del bebe, parto y puerperio.	99
• Educación sanitaria en hábitos saludables y prevención secundaria.	67	• Evaluación CVRS.	101
• Educación sanitaria en reducción de daños.	69	• Potenciar la relación terapéutica interdisciplinaria (ginecología/obstetricia - unidad de VIH - pediatría y farmacia) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados.	103
• Evaluación CVRS.	71	• Recomendaciones específicas: hábitos saludables (alimentación, ejercicio y hábitos no saludables) y gestión del TAR durante el embarazo.	104
• Intervención en situación de emergencia relacionada con la salud mental o el consumo de sustancias.	73		
• Potenciar habilidades de interacción social y participación en la comunidad en PVIH consumidoras de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica.	75		
• Potenciar vínculo terapéutico.	77		
Paciente con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo	79	Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar	106
• Asesoramiento legal y social.	80	• Cribados de cáncer no definitorio de sida.	107
• Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación.	81	• Cribado de factores de riesgo y comorbilidades más prevalentes.	108
• Educación para la salud sobre la infección por VIH y otras ITS y hábitos saludables que permita el autocuidado.	83	• Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.	109
• Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles.	85	• Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permitan el autocuidado.	110
• Estudio de contactos.	86	• Evaluación CVRS.	111
• Evaluación CVRS.	87	• Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles.	113
• Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada.	89	• Potenciar el vínculo terapéutico.	114
• Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz.	90	• Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente.	115
• Pruebas diagnósticas de ITS y gestión de tratamientos prescritos en caso necesario.	92	• Valoración de tolerancia al TAR e interacciones.	116
• Valoración del riesgo de ITS.	93	• Valoración del calendario vacunal.	117
• Valoración de vacunas actualizada.	94		

*Nótese que prestaciones como Cribado de cáncer no definitorio de sida (ver página 107) y Valoración del calendario vacunal (ver página 117) aplican a todos los/las pacientes.

Paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas.

Descripción

Esta prestación se centra en la detección precoz de la falta de adherencia basándose en los criterios PIMDINAC, que incluyen: el uso de medicamentos potencialmente inadecuados (PIM), las interacciones medicamentosas que pueden afectar la efectividad del tratamiento (DI), y la falta de adherencia a las pautas de medicación concomitante (NAC). Existen múltiples razones por las que es necesario revisar el tratamiento de estos/as pacientes en cada contacto con el sistema sanitario. En primer lugar, se trata de una población en proceso de envejecimiento, el desarrollo de nuevas comorbilidades suele ir asociado a la participación de varios/as prescriptores/as en el tratamiento global de la PVIH, facilitando así duplicidades, interacciones, prescripciones inadecuadas, cascadas de prescripción y errores en cascada.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1:** realización de una evaluación inicial de la adherencia. El cuestionario ARMS es considerado el más adecuado para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. Explorar factores que influyen en la falta de adherencia (la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios, la falta de comprensión del régimen, y factores psicológicos y sociales). En personas mayores con VIH, es crucial tener en cuenta que es importante medir tanto el número de medicamentos como su complejidad (unidades por dosis, restricciones dietéticas, instrucciones adicionales).
- Paso 2:** revisar la medicación periódicamente. Discutir y acordar los cambios junto con la PVIH. Informar a los/las pacientes de los objetivos con respecto a su tratamiento farmacológico.
- Paso 3:** valoración con el equipo multidisciplinar. Hay que tener en cuenta: suspender medicamentos no indicados; prescribir medicamentos sólo si hay una indicación clara; evitar medicamentos potencialmente peligrosos en pacientes más ancianos; revisar y ajustar las dosis recomendadas según la función hepática y renal. Simplificar el régimen farmacológico y reducir la complejidad de la terapia farmacológica.

- Paso 4:** identificar, prevenir y gestionar reacciones adversas.
- Paso 5:** los estudios sobre polifarmacia en PVIH muestran que las familias de medicamentos más comunes prescritas concomitantemente con tratamiento antirretroviral (TAR) son agentes hipolipemiantes, antiulcerosos, antihipertensivos (incluidos diuréticos), analgésicos y psicofármacos, por lo tanto, un porcentaje considerable de pacientes podrían ser candidatos/as a la desprescripción.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También puede realizarse de forma remota a través de telemedicina, especialmente para pacientes que tengan barreras para acceder físicamente a los servicios.

Momento temporal

Se recomienda realizar en la primera consulta tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando la persona se sienta preparada. Es fundamental reevaluar puesto que las necesidades de la persona pueden cambiar con el tiempo.

Periodicidad

La evaluación debe repetirse cada 6 meses, dependiendo de la estabilidad de la persona y de su estado de salud general. Si el/la paciente experimenta un cambio importante en su estado de salud física o emocional, es recomendable hacer la evaluación con mayor frecuencia.

Registro de la información

En la historia clínica electrónica (HCE) de la PVIH.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- González-Bueno J, Calvo-Cidoncha E, Sevilla-Sánchez D, Espaulella-Panicot J, Codina-Jané C, Santos-Ramos B. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. Atención Primaria, Volume 49, Issue 8, 2017, Pages 459-464.

Educación para la salud en comorbilidades y factores de riesgo.

Descripción

En este apartado se especifica cómo trabajar la educación para la salud a lo largo de todo el proceso asistencial de las PVIH: en la prevención, en el tratamiento y en la rehabilitación.

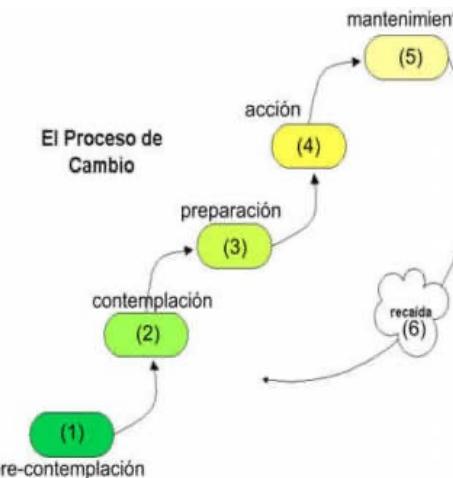
Las acciones van dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de estas personas, así como acciones dirigidas a modificar otros aspectos sociales y ambientales que tiene impacto en los determinantes de salud.

La educación para la salud comprende la creación de oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar el conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a las PVIH en la defensa de la mejora de su salud.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1:** detectar factores de riesgo como: falta de adherencia al TAR (detectar qué factores influyen); escasa actividad física; dietas desaconsejadas (que contengan azúcar refinado, o alimentos procesados); pruebas de detección (monitoreo de la presión arterial (PA) y de los lípidos en sangre, pruebas de detección de cáncer (pruebas de cáncer de colon y de próstata para los varones, y de mama y cuello uterino para las mujeres); depresión, ansiedad y cuidado de la salud mental; detección de hábitos no saludables (consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas...).
- Paso 2:** identificar las capacidades, conocimientos y actitudes de las personas para gestionar su autocuidado y modificar hábitos de vida.

- **Paso 3:** identificar según el modelo de Prochaska y DiClemente los estadios de cambio y el grado de motivación.



Etapa del paciente Tareas del terapeuta

Precontemplación	Aumento de la duda: aumento de la percepción del paciente de los riesgos y los problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza: evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Preparación	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.
Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Fuente:

Jonatan Molina Torres. Las fases del cambio: El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. [Online]; 10 diciembre de 2015. Available from: <https://tejedordehistorias.wordpress.com/2015/12/10/las-fases-del-cambio-el-modelo-transteorico-de-prochaska-y-diclemente/>.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992 Sep; 47(9): p. 1102-14

- **Paso 4:** capacitar a la persona mediante estrategias e iniciativas que contribuyan a la información, formación y empoderamiento para su autocuidado y gestión de su enfermedad como, por ejemplo, los programas de paciente experto incluidos en las escuelas de pacientes de las diferentes comunidades autónomas.

- **Paso 5:** consensuar un plan de acción para la modificación de hábitos de vida:

- **Higiene del sueño:**

- Establecer un horario regular para ir a dormir y despertarse.
- Si hay siestas no deberían exceder de 45 minutos de sueño diurno.
- Evitar la ingestión excesiva de alcohol 4 horas antes de acostarse, y no fumar.
- Evitar la cafeína 6 horas antes de acostarse. Esto incluye café, té y muchos refrescos, así como chocolate.
- Evitar los alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes de acostarse. Un refrigerio ligero antes de acostarse es aceptable.
- Hacer ejercicio regularmente, pero no justo antes de acostarse.
- Usar ropa de cama cómoda y acogedora.
- Encontrar una configuración de temperatura de sueño cómoda y mantener la habitación bien ventilada.
- Bloquear todo el ruido que distrae y eliminar la mayor cantidad de luz posible.
- Reservar su cama para dormir y el sexo, evitando su uso para el trabajo o la recreación general.

- **Estrategias de reducción del estrés:**

- Aprender a establecer prioridades. Decidir qué cosas se deben hacer y qué cosas pueden esperar y aprender a decir no a tareas nuevas.
- Mantenerse en contacto con personas que pueden proporcionar apoyo emocional y de otra índole. Pedir ayuda a los/las amigos/as, la familia y la comunidad.
- Hacer actividades relajantes como leer, hacer yoga, pasear o jardinería, entre otras.
- Evitar pensar obsesivamente en los problemas.
- Hacer ejercicio con regularidad. Una caminata moderada de solo 30 minutos por día puede ayudar a levantarle el ánimo y reducir el estrés.
- Acudir a un profesional de la salud emocional.

- **Ejercicio físico:** realizar ejercicios de fuerza, resistencia, equilibrio o flexibilidad. Utilizar aplicaciones si es necesario como por ejemplo App Moving.

- **Alimentación saludable:** adaptar unos hábitos de alimentación saludable teniendo en cuenta aspectos como:

- Factores cognitivos, emocionales y sociales (lo que gusta y lo que no, el conocimiento y las actitudes relacionados con la dieta, comer por ansiedad).
- El contexto social o los hábitos (comer en el bar).
- Las circunstancias vitales (como el hecho de estar casado o convivir con alguien, turnos rotativos...).
- Habilidades (por ejemplo, saber cocinar, hacer la compra...).
- Creencias (en asuntos como los productos orgánicos y los modificados genéticamente, alimentos prohibidos).
- Percepciones (cómo sentirse incapaz de llevar una dieta saludable).
- Tener en cuenta los factores económicos, culturales y religiosos. La educación, el grupo étnico y la disponibilidad, la visibilidad o los precios de los productos desempeñan un papel relevante a la hora de realizar una dieta saludable.

- **Hábitos no saludables:** realizar una entrevista sobre el consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.

- **Paso 6:** prescripción de material complementario: documentación y herramientas para aumentar los conocimientos.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y el/la profesional pueda tener una conversación privada con el/la paciente. En consulta de enfermería de AP.

Momento temporal

En el momento de la visita médica.

Periodicidad

En cada visita insistir en los hábitos de vida saludables y en las estrategias planteadas.

Registro de la información

Debe registrarse en HCE, si disponemos. Si no disponemos es muy importante establecer comunicación fluida bidireccional intersectorial.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Colaboración estrecha con diferentes especialistas donde puedan aportar y/o tratar dicha comorbilidad cuando la persona no es capaz de llevar a cabo las intervenciones de educación en hábitos saludables que se le recomiendan.
- Aplicaciones para el cuidado de la salud y el fitness:
 - Documentos de consenso (SidaStudi): <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion>
 - Derivación a asociaciones de pacientes, AP o grupos de apoyo: mapa de recurso locales.
- Red de escuelas de salud:
 - Aprender a cuidarse entre iguales: <https://www.redescuelassalud.es/actividades/aprenderACuidarse.htm>
 - Programa "paciente 360º" de la escuela madrileña de salud: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/programa_paciente_360_para_web_2.pdf

3

Educación y refuerzo sobre polimedication.

Descripción

Esta intervención tiene como objetivo revisar la polifarmacia, la complejidad terapéutica y adherencia en PVIH mayores de 65 años y evaluar la presencia de prescripciones potencialmente inapropiadas (PIP) aplicando criterios de desprescripción si fuese necesario.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** evaluación inicial de los tratamientos concomitantes pautados y su adherencia. Utilizar preguntas directas o herramientas estandarizadas.
- **Paso 2:** revisar los diagnósticos y tratamientos establecidos por otros/as profesionales, valorar el beneficio, riesgo o necesidad de su continuación, cómo repercuten nuevos fármacos en la prescripción global del/la paciente.
- **Paso 3:** trabajar de manera multidisciplinar con los/las profesionales prescriptores/as y el servicio de farmacia por si pudiera existir la posibilidad de desprescribir.
- **Paso 4:** utilizar si es necesario herramientas como los llamados STOPP-START (*Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate, indicated Treatment*) si es necesario.
- **Paso 5:** conocer las dificultades de la persona para seguir los tratamientos concomitantes (olvidos, falta de acceso a los medicamentos, efectos secundarios, etc.). Investigar los efectos secundarios y si existen barreras psicológicas o económicas que puedan interferir con la adherencia.
- **Paso 6:** realizar educación para la salud que implique una corresponsabilidad compartida entre profesional y PVIH, que permita alcanzar un adecuado cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.

- **Paso 7:** buscar sistemas personalizados de dosificación para pacientes con problemas cognitivos, edad avanzada, sin familiar o cuidador/a de referencia o que realizan tomas irregulares. Entregar hojas de medicación personalizadas que incluyan todos los fármacos prescritos, así como la posología y características específicas en cuanto a su administración. También el uso de aplicaciones en el móvil como recordatorio de los medicamentos (*Medisafe app, etc.*).

Lugar

En la consulta enfermera, donde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial o en servicio de farmacia. Para pacientes que no pueden asistir presencialmente también es posible ofrecer esta información mediante plataformas de telemedicina o por teléfono.

Momento temporal

Esta intervención debe realizarse en las visitas de seguimiento. A medida que la persona incrementa su tratamiento se debe actualizar la información. Del mismo modo, si hay cambios en las necesidades del/la paciente.

Periodicidad

Se recomienda que esta prestación se realice en las consultas de seguimiento cada vez que se incluya un fármaco más.

Registro de la información

La información proporcionada al/la paciente deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier referencia hecha a servicios externos, como psicología, trabajo social u organizaciones comunitarias, y un seguimiento de si la persona accedió o no a estos recursos.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008 Feb;46(2):72-83. doi: 10.5414/cpp46072. PMID: 18218287.

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta intervención se enfoca en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) en PVIH, centrándose en cinco dimensiones clave: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo es obtener una visión integral de cómo el/la paciente está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, y ajustar el plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: realización de una evaluación inicial.** Utilizar una herramienta validada para medir la CVRS (como el EQ-5D*, un cuestionario sencillo que evalúa las 5 dimensiones clave mencionadas).
 - **Movilidad:** preguntar si la PVIH tiene dificultades para moverse o realizar desplazamientos.
 - **Autocuidado:** evaluar si el/la paciente es capaz de llevar a cabo actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse o alimentarse sin ayuda.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** determinar si el/la paciente puede realizar tareas diarias como el trabajo, estudios, actividades sociales o cuidar de la familia.
 - **Dolor/malestar:** evaluar si el/la paciente experimenta dolor físico o malestar de manera persistente.
 - **Ansiedad/depresión:** valorar el estado emocional del/la paciente, preguntando sobre niveles de estrés, preocupación, tristeza o síntomas de depresión. En caso de ser necesaria la evaluación de la depresión se valora el uso de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)* o la Escala de Mini-Mental State Examination (MMSE)* como herramienta de detección del deterioro cognitivo.
- **Paso 2:** en este perfil se recomienda realizar una evaluación de la dependencia mediante herramientas validadas como el Índice de Barthel*.

- **Paso 3: análisis de resultados y clasificación.** Clasificar las respuestas según la gravedad de los problemas reportados (por ejemplo, sin problemas, problemas moderados, problemas graves). Identificar las áreas que requieren intervención más urgente, como el manejo del dolor o apoyo psicológico para la ansiedad y la depresión.
- **Paso 4: intervenciones basadas en los resultados.**
 - **Movilidad y autocuidado:** si la PVIH tiene problemas con la movilidad o el autocuidado, referirlo a fisioterapia o a un servicio de rehabilitación.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** si existen limitaciones en las actividades cotidianas, derivar a servicios de apoyo social, ocupacional o terapias complementarias que mejoren la capacidad funcional.
 - **Dolor/malestar:** proporcionar estrategias para el manejo del dolor, desde la medicación adecuada hasta terapias alternativas (fisioterapia, terapia ocupacional). (Ver prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26).
 - **Ansiedad/depresión:** ofrecer apoyo emocional, referir a psicología o psiquiatría cuando sea necesario, y facilitar el acceso a grupos de apoyo o terapias.
- **Paso 5: seguimiento y reevaluación.** Establecer un calendario para evaluar de manera periódica el progreso de la PVIH en estas áreas, ajustando las intervenciones según los cambios en la CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También puede realizarse de forma remota, especialmente para pacientes que tengan barreras para acceder físicamente a los servicios.

Momento temporal

Se recomienda realizar la evaluación de la CVRS en la primera consulta tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando la PVIH se sienta preparada. Es fundamental reevaluar la CVRS de forma regular durante el tratamiento del VIH, ya que las necesidades del/la paciente pueden cambiar con el tiempo, especialmente en las dimensiones de salud mental.

Periodicidad

La evaluación debe repetirse cada 6 meses, dependiendo de la estabilidad del/la paciente y de su estado de salud general. Si la PVIH experimenta un cambio importante en su estado de salud física o emocional, es recomendable hacer la evaluación con mayor frecuencia.

Registro de la información

Se debe registrar el resultado de la valoración de la CVRS de la PVIH en su HCE.

Comunicación estrecha con AP donde se desarrollan y se evalúan escalas de las diferentes dimensiones.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Escala de depresión geriátrica (GDS): <https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/291720240211135929.pdf>
- Escala Mini Mental State Examination (MMSE):
 - Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.
 - Lobo A, Ezquerra J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El minie-xamen, cognoscitivo (un "test" sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos) [Cognitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979 May-Jun;7(3):189-202. Spanish. PMID: 474231.
 - Escala: <https://nutricionemocional.es/sites/default/files/minimental.pdf>
- "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: TheInstitute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

5

Evaluación de dependencia.

Descripción

Este apartado se refiere a la intervención inicial en la evaluación de la dependencia.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** realizar una entrevista en evaluación de la dependencia.
- **Paso 2:** realizar diferentes escalas disponibles como Barthel*.
- **Paso 3:** realizar entrevista para valoración de domicilio, dificultades en barreras arquitectónicas, etc.
- **Paso 4:** derivación a trabajo social para tramitar ayudas de dependencia y discapacidad si procede.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. Comunicación estrecha con AP dónde nos pueden dar información del estado del domicilio.

Momento temporal

La intervención debe realizarse en la primera vista o en cualquiera de ellas con el fin de tener la información precisa en el momento actual.

Periodicidad

Aunque el enfoque principal es en la primera visita, el seguimiento debe realizarse periódicamente según la cronicidad a la que se haga referencia, con un mínimo de seis meses.

Se pueden entre visita y visita programar consulta telemática.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes trasladadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación y/o información estrecha con AP.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Colaboración estrecha con personal de AP dónde pueden complementar la información referida por la PVIH.

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

6

Evaluación de deterioro cognitivo.

Descripción

Este apartado se refiere a la intervención inicial en la evaluación del deterioro cognitivo.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** realizar una entrevista en evaluación de deterioro cognitivo.
- **Paso 2:** realizar diferentes escalas disponibles.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. Comunicación estrecha con AP dónde nos pueden dar información adicional del/la paciente.

Momento temporal

La intervención debe realizarse en la primera visita o en cualquiera de ellas con el fin de tener la información precisa en el momento actual.

Periodicidad

Aunque el enfoque principal es en la primera visita, el seguimiento debe realizarse periódicamente según la cronidad a la que se haga referencia, con un mínimo de seis meses.

Se pueden entre visita y visita programar consulta telemática.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes trasladadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación y/o información estrecha con AP.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Colaboración estrecha con personal de AP dónde pueden complementar la información referida por la PVIH.
- Establecer acceso a especialistas para complementar la información recabada en la consulta y/o seguimiento por parte del mismo.
- Escalas deterioro cognitivo:
 - Escala Mini Mental State Examination (MMSE):
 - Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.
 - Lobo A, Ezquerra J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El minie-xamen, cognoscitivo (un "test" sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos) [Cognitive mini-test (a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients)]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979 May-Jun;7(3):189-202. Spanish. PMID: 474231
 - Escala: <https://nutricionemocional.es/sites/default/files/minimental.pdf>
- The Montreal Cognitive Assessment (MoCA):
 - "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: TheInstitute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Evaluación fragilidad.

Descripción

Esta intervención tiene como objetivo evaluar la fragilidad, entendiendo la fragilidad como un estado clínico, asociado a la edad, con una disminución de la reserva fisiológica y de la función en múltiples órganos y sistemas, lo que confiere una disminución en la capacidad para hacer frente a factores estresantes crónicos o agudos, y una mayor vulnerabilidad ante los mismos. El objetivo es proporcionar escalas de evaluación y estrategias para frenar o revertir la fragilidad.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1: realización de una evaluación inicial.** Utilizar una herramienta validada para medir la fragilidad. Algunas de las pruebas que se usan preferentemente son:

Modelo físico de Fragilidad. Fenotipo de Fried

Pérdida de peso no intencionado	>4,5 Kg o 5% del total del último año.	1 pto.
Debilidad (fuerza de presión)	<p>Varones</p> <ul style="list-style-type: none"> IMC <24 fuerza ≤ 29KG IMC 24, 1-28: fuerza ≤ 30KG IMC >28 fuerza ≤ 32KG <p>Mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> IMC ≤23 fuerza ≤ 17KG IMC 23, 1-26; fuerza 17,3KG IMC 26, 1-29 fuerza ≤ 18KG 	1 pto.
Fatigabilidad	¿Cuántos días ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo? Ocasionalmente (3-4 días) o la mayor parte del tiempo (5-7 días) ¿Cuántas veces no ha tenido ganas de hacer nada? Ocasionalmente (3-4 días) o la mayor parte del tiempo (5-7 días)	1 pto.
Lentitud (velocidad de la marcha)	El paciente tarda igual o más de lo indicado en caminar 4,6 metros 1. Varones Altura <173cm: ≥7 segundos Altura >173cm: ≥6 segundos 2. Mujeres Altura <159cm: ≥7 segundos Altura >159cm: ≥6 segundos	1 pto.
Baja actividad física	Consumo de Kcal por semana menor del 20%: Hombres: < 383 Kcal/semana. Mujeres < 270 Kcal/semana.	1 pto.
Resultado	0 ptos. = Robusto 1 o 2 ptos. = Prefragilidad 3 o más ptos. = fragilidad	

Fuente: Chen S, Chen T, Kishimoto H, Susaki Y, Kumagai S. Development of a Fried Frailty Phenotype Questionnaire for Use in Screening Community-Dwelling Older Adults. J Am Med Dir Assoc. 2020 Feb;21(2):272-276.e1

Escala FRAIL

FATIGABILIDAD: ¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado/a?

- 1 = Todo el tiempo.
- 2 = La mayoría de las veces.
- 3 = Parte del tiempo.
- 4 = Un poco del tiempo.
- 5 = En ningún momento.

Las respuestas de «1» o «2» se califican con 1 punto y todas las demás con 0 puntos.

RESISTENCIA: ¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?

Sí = 1 punto

No = 0 puntos

DEAMBULACIÓN: Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?

Sí = 1 punto

No = 0 puntos

COMORBILIDAD: Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)?

Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.

De 5 a 11 enfermedades = 1 punto

De 0 a 4 enfermedades = 0 puntos

PÉRDIDA DE PESO:

- ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual]
- Y hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso hace 1 año]

El porcentaje de cambio de peso se calcula así:

$$\frac{\text{Peso hace 1 año} - \text{Peso actual}}{\text{Peso hace 1 año}} \times 100$$

Si el resultado es >5, indica una pérdida de peso >5% = 1 punto

Si el resultado es <5 = 0 puntos

Fuente: Sociedad Española de endocrinología y Nutrición. Escala FRAIL de fragilidad. [Online]. Available from: <https://www.seen.es/calculadoras/calculadora-fragilidad>.

La Batería Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB).

La SPPB se compone de 3 partes que se realizan en el siguiente orden, para evitar la fatiga de la persona:

Test de equilibrio



Pies juntos paralelos durante 10s



Semitándem. El talón de un pie contra el lado del dedo grueso del otro pie durante 10s



Posición tándem. Pies alienados, el talón con el dedo grueso 10s

Si mantiene el equilibrio durante 10 segundos obtiene 1 punto.

Si mantiene el equilibrio menos de 10 segundos obtiene 0 puntos y pasa directamente al test de velocidad de la marcha, ya que se sobreentiende que no podrá mantener las demás posiciones al ser más exigentes.

Si mantiene el equilibrio durante 10 segundos: 1 punto.

Si mantiene el equilibrio menos de 10 segundos: 0 puntos y pasa directamente al test de velocidad de la marcha.

Si mantiene el equilibrio durante 10 segundos: 2 puntos.

Si mantiene el equilibrio entre 3 y 9,99 segundos: 1 punto.

Si mantiene el equilibrio menos de 3 segundos: 0 puntos.

Test de velocidad de la marcha en 4 metros

Si tarda menos de 4,82 segundos: 4 puntos.

Entre 4,82 y 6,20 segundos: 3 puntos.

Entre 6,21 y 8,70 segundos: 2 puntos.

Más de 8,70 segundos: 1 punto.

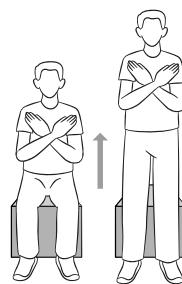
Incapaz: 0 puntos.

Activa el cronómetro cuando inicie la marcha.

Camina a su lado, un poco por detrás, por si se desestabiliza.

Si le resulta imposible o inseguro caminar 4 metros, se detiene el test y pasamos al test de levantarse de la silla 5 veces.

Prueba de levantarse de la silla



Consiste en levantarse 5 veces de una silla todo lo rápido que pueda sin ayudarse de los brazos. Mediremos el tiempo que tarda en hacerlo. Antes haremos un pre-test para ver si es capaz de levantarse de la silla UNA vez. Si el tiempo que tarda es menor o igual a 11,19 segundos: 4 puntos. Entre 11,20 y 13,69 segundos: 3 puntos. Entre 13,70 y 16,69 segundos: 2 puntos. Entre 16,70 segundos y 59 segundos: 1 punto. Más de 60 segundos o incapaz: 0 puntos.

Activa el cronómetro cuando le des la orden, no esperes a que inicie el movimiento.

Sítuate cerca de la persona, en frente o a su lado.

Si le resulta imposible o inseguro, se detiene el test y la prueba habrá finalizado.

Fuente: Modelo-2.5-Short-Physical-Performance-Battery-SPPB. <https://www.covinformacion.es/wp-content/uploads/2023/03/Modelo-2.5-Short-Physical-Performance-Battery-SPPB.pdf>

- **Paso 2:** análisis de resultados y clasificación. El reconocimiento temprano de la fragilidad o un estado prefrágil y la introducción temprana de intervenciones pueden proporcionar un mayor beneficio.
- **Paso 3:** proporcionar intervenciones propuestas y/o probadas para prevenir o tratar la fragilidad:
 - Actividad física y ejercicios no estructurados (entrenamiento de resistencia, entrenamiento de fuerza, entrenamiento de mayor intensidad o en intervalos de alta intensidad), aconsejar el uso de aplicaciones como <https://movihng.com/> o <https://vivifrail.com/es/documentacion/>.
 - Intervenciones nutricionales (suplementos, proteína, manejo de la obesidad).
 - Polifarmacia (desescalada, intervenciones no farmacológicas cuando sea posible).
 - Reducir el riesgo de caídas (ejercicios de equilibrio, fisioterapia).
 - Evaluar los trastornos del estado de ánimo y el deterioro cognitivo.

- **Paso 4:** atención a los determinantes sociales de la salud que subyacen al riesgo de fragilidad: aspectos económicos, educativos, sociales, raciales, barrios o entornos, acceso a la salud, etc.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.

Momento temporal

La intervención debe realizarse en adultos >55 años, en pacientes con CD4 <400 células/mm³, y en pacientes con un diagnóstico definitivo de sida.

Periodicidad

El seguimiento debe realizarse periódicamente según las necesidades emocionales del/la paciente. Esto puede incluir revisiones a los 6 meses o 12 meses en momentos en que el/la paciente exprese deterioro progresivo.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes trasladadas y cualquier recomendación de seguimiento.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
- Erlandson KM, Piggott DA. Frailty and HIV: Moving from Characterization to Intervention. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021 Jun;18(3):157-175. doi: 10.1007/s11904-021-00554-1. Epub 2021 Apr 5. PMID: 33817767; PMCID: PMC8193917.
- Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013; 14(6): p. 392-7.
- Rosas-Carrasco O, Cruz-Arenas E, Parra-Rodríguez L, García-González AI, Contreras-González LH, Szlejf C. Cross-cultural adaptation and validation of the FRAIL scale to assess frailty in Mexican adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17(12): p. 1094-8
- Julio Cabrero-García, Carmen Luz Muñoz-Mendoza, María José Cabañero-Martínez, Lorena González-Llopis, Juan Diego Ramos-Pichardo, Abilio Reig-Ferrer. Valores de referencia de la Short Physical Performance Battery para pacientes de 70 y más años en atención primaria de salud. *Atención Primaria.* 2012 Septiembre; 44(9): p. 540-548.

8

Evaluación psicológica.

Descripción

Este apartado se refiere a la intervención inicial de evaluación del bienestar emocional y la salud mental.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** realizar una entrevista para detectar déficit psicológico.
- **Paso 2:** realizar diferentes escalas disponibles.
- **Paso 3:** derivar al especialista para reforzar dicha evaluación.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.

Momento temporal

La intervención debe realizarse en la primera vista o en cualquiera de ellas con el fin de tener la información precisa en el momento actual y favorecer rápida derivación al especialista necesario.

Periodicidad

Aunque el enfoque principal es en la primera visita, el seguimiento debe realizarse periódicamente según la cronicidad a la que se haga referencia, con un mínimo de seis meses y siempre cuando no haya un deterioro importante el seguimiento será por parte del/la profesional de psicología.

Se puede entre visita y visita programar consulta telemática.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes trasladadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación y/o información estrecha con AP.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Colaboración estrecha con los profesionales que pueden complementar la información referida por la PVIH, en concreto, psicología puede facilitar información del estado del/la paciente y seguimiento posterior en caso de déficit psicológico.
- Establecer acceso a especialistas para complementar la información recabada en la consulta y/o seguimiento por parte del mismo.
- Escala de depresión abreviada Yesavage:
 - "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

9

Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre equipos.

Descripción

Esta prestación describe la importancia de la colaboración entre los diversos equipos asistenciales para proporcionar la mejor atención posible. En este contexto, la enfermería desempeña un papel crucial, ya que es pieza clave en la coordinación y ejecución de cuidados integrales y efectivos.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** fomentar una comunicación eficaz entre los equipos de profesionales basados en la colaboración interpersonal.
- **Paso 2:** tener habilidad en la gestión de recursos humanos y materiales.
- **Paso 3:** actuar de forma coordinada con otros servicios de salud (AP, atención especializada y sociosanitaria). Utilizar los protocolos de derivación establecidos en cada centro.
- **Paso 4:** establecer planes de cuidados consensuados entre los diferentes miembros del equipo.
- **Paso 5:** organizar sesiones de intercambio de información semanales y discusión de casos.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.	De forma continuada.	Sesiones mensuales.

Registro de la información

Registrar en la HCE de la PVIH las actas y los acuerdos tomados entre ambas partes.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- "Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH según perfil". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47438-7 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Identificar personas significativas o referentes para la persona con VIH. En grandes dependientes identificar sobrecarga del/la cuidador/a y recursos para el/la cuidador/a.

Descripción

Este apartado explica la necesidad de identificar y asesorar a los/las cuidadores/as principales. El cuidado familiar desempeña un papel importante en el bienestar general de las PVIH. La enfermería debe detectar las necesidades psicopatológicas y proporcionar información para ayudar al familiar a gestionar su propia calidad de vida y la carga de cuidado para prevenir el riesgo de claudicación, de tal forma que puedan mantener su condición de cuidadores durante el mayor tiempo posible y con el menor impacto en su calidad de vida.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** animar a los/las pacientes que vengan a las consultas acompañados de las personas más relevantes.
- **Paso 2:** evaluación inicial del/la cuidador/a mediante escalas validadas como la Escala de carga del cuidador de Zarit* (*Caregiver Burden Interview*).
- **Paso 3:** evaluar la calidad de vida del/la cuidador/a a través del cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D*). Valorar también el estado de ánimo y problemas de sueño.
- **Paso 4:** referir a el/la cuidador/a a organizaciones o redes comunitarias de apoyo, incluyendo asociaciones de PVIH.
- **Paso 5:** dar información sobre el acceso a prestaciones del Sistema Nacional de Salud para las PVIH, sobre la Ley de la Dependencia u otros recursos sociosanitarios.

- **Paso 6:** dar estrategias al/la cuidador/a para el autocuidado: ser capaces de pedir ayuda (a otros familiares o amigos), mantener unos hábitos saludables (dormir las horas necesarias, tener momentos de relajación, mantener las amistades, ejercicio físico, etc.), organizar su tiempo, escuchar las señales de alarma de su cuerpo para tomar medidas.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial o consulta médica/enfermera de AP.

Momento temporal

La información debe ofrecerse a lo largo de las visitas de seguimiento. Se recomienda realizar la intervención tan pronto como se detecte una disminución de las capacidades del/la paciente.

Periodicidad

La valoración del/la cuidador/a debe realizarse en las visitas de seguimiento, e ir valorando el grado de dependencia del/la paciente.

Registro de la información

El nombre del/la cuidador/a principal debe estar registrado en la HCE del/la paciente. La información ofrecida y el estado del/la cuidador/a también debe constar así como el grado de dependencia del/la paciente. Además, se debe registrar cualquier cambio en el seguimiento tanto de la PVIH como del/la cuidador/a principal.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- La Clínica Legal de la Universidad de Alcalá Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/>

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1. Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Valoración de dolor crónico de manera independiente. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Descripción

Esta intervención se centra en valorar el dolor mediante la percepción del/la paciente y la información de los datos objetivos. El dolor es un experiencia individual y subjetiva modulada por factores fisiológicos, psicológicos y ambientales (experiencias anteriores, estrategias de afrontamiento, miedo, ansiedad, pronóstico...). La valoración debe realizarse desde una perspectiva multidimensional, que abarque tanto los aspectos físicos, como los factores de comportamiento y biopsicosociales que contribuyen a la experiencia dolorosa, así como el grado de alteración en la actividad física.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** preguntar al/la paciente si tiene dolor y, si es así, pasar un cuestionario de dolor. Hay que preguntar sobre el tratamiento actual, las características del dolor, la localización, intensidad (mediante escala analógica visual 0-10), duración, qué alivia o aumenta el dolor y alteraciones del sueño. Preguntar sobre las circunstancias que dieron comienzo al dolor, si el dolor interfiere en su vida diaria, relaciones de pareja, en su sexualidad, etc.
- **Paso 2:** utilizar métodos verbales unidimensionales: EVA* (Escala Visual Analógica), Escala Numérica o Escala del Dolor Facial. O escalas multidimensionales: cuestionario de McGill, o el cuestionario índice de Lattinen.
- **Paso 3:** descartar patología orgánica que ponga en riesgo la vida o la integridad del/la paciente (tumor, infección, fractura).
- **Paso 4:** identificar el origen del dolor y descartar patología que pueda ser tratada con eficacia por el/la especialista correspondiente.
- **Paso 5:** detectar y comprender los aspectos biopsicosociales que condicionan su enfermedad dolorosa.
- **Paso 6:** diseñar un plan de cuidados con unos objetivos razonables en cuanto al alivio del dolor y del sufrimiento. Derivación al área de dolor si procede, ejercicios moderados, revisar pautas de analgesia, mejorar el reposo y el sueño.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial o consulta médica/enfermera de AP.	El dolor es una constante más. Hay que medirla habitualmente.	En cada consulta realizada. Y si hay una intervención, hay que valorar sus resultados.

Registro de la información

Debe registrarse en HCE compartida, si disponemos. Si no disponemos es muy importante buscar vías de comunicación, bidireccional y fluida, con el equipo de AP.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Cuestionario de McGill: <https://sem dor.es/wp-content/uploads/2021/01/Cuestionario-de-dolor-de-McGill.pdf>
 - Escala de valoración del dolor en pacientes con demencia (PAINAD): <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20PAINAD.pdf>
- * "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1. Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

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

Descripción

Este apartado se refiere a la intervención inicial que realiza la enfermería donde se monitoriza a la persona en sus posibles comorbilidades además del VIH.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** valoración de las constantes vitales y control del dolor.
- **Paso 2:** valorar última analítica para detectar cualquier valor alterado que nos de una pista de posible comorbilidad.
- **Paso 3:** verbalización de dudas y miedos. Fomentar que el paciente haga preguntas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de cualquier posible cronicidad.
- **Paso 4:** aclarar mitos o conceptos erróneos de la posible comorbilidad.

Lugar

En la consulta enfermera, donde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.

Momento temporal

La intervención debe realizarse en cualquier visita donde se monitorizarán las constantes vitales.

Periodicidad

Aunque el enfoque principal es en la primera visita, el seguimiento debe realizarse periódicamente según la cronicidad a la que se haga referencia.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes trasladadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación y/o información estrecha con AP.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Colaboración estrecha con AP y diferentes especialistas donde puedan apoyar y/o tratar dicha comorbilidad.
- Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre atención primaria y hospitalaria: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>

Paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

1

Conocer la red de apoyo y personas significativas para la persona con VIH.

Descripción

El objetivo es evaluar y conocer la red de apoyo de la PVIH, identificando a las personas significativas en su vida y cómo estas relaciones pueden influir en su bienestar general. La identificación y fortalecimiento de esta red es fundamental para proporcionar una atención integral.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● Paso 1: evaluación inicial de la red de apoyo.

- **Entrevista inicial:** realizar preguntas abiertas para identificar a las personas significativas en la vida del/la paciente, tales como: "¿Quiénes son las personas que te apoyan y en quién confías?" "¿Cómo describirías la calidad de tus relaciones con amigos/as y familiares?"
- **Identificación de barreras:** evaluar posibles barreras que dificultan la interacción social, como el estigma o el miedo al rechazo.
- **Valoración de la calidad del apoyo social:** preguntar al/la paciente sobre su satisfacción con el apoyo que recibe. (Valorar la escala de apoyo social*).
- **Identificar aislamiento:** determinar si el/la paciente se siente en soledad y qué efecto tiene esto en su bienestar.

● Paso 2: fomento de la comunicación y el apoyo.

- **Promover la comunicación abierta:** fomentar que el/la paciente hable con su red de apoyo sobre sus necesidades y preocupaciones.
- **Recomendaciones de participación:** sugerir la participación en actividades comunitarias que promuevan la interacción social.
- **Acciones grupales:** organizar talleres o sesiones educativas que ayuden a los pacientes a mejorar sus habilidades de comunicación y crear vínculos.

● Paso 3: establecimiento de vínculos con recursos comunitarios.

- **Facilitar acceso a recursos:** proporcionar información sobre organizaciones y servicios comunitarios que pueden ofrecer apoyo adicional.
- **Colaboración con trabajo social:** trabajar en conjunto con el departamento de trabajo social para ayudar al/la paciente a establecer conexiones con servicios comunitarios.
- **Colaboración con entidades comunitarias:** derivar a pacientes para que puedan tener acceso a grupos de apoyo, mentores, etc.

● Paso 4: elaboración del informe de valoración de la red de apoyo.

- Incluir en el informe cualquier intervención o recurso adicional que se pueda recomendar para fortalecer la red de apoyo del/la paciente.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial en colaboración con trabajo social y otros recursos comunitarios.

Momento temporal

Durante la primera visita y en cada consulta de seguimiento, evaluando el progreso en la red de apoyo y la interacción social del/la paciente.

Periodicidad

Evaluación continua y periódica de la red de apoyo y la calidad del soporte recibido.

Registro de la información

Registrar en la HCE la red de apoyo identificada, la calidad del vínculo y cualquier intervención recomendada para fortalecer el apoyo social.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

Conocer la red de apoyo y las personas significativas es crucial para abordar el bienestar emocional y social de las PVIH, facilitando su acceso a recursos y apoyo comunitario.

- **Apoyo Positivo.** (2021). Repasamos lo que ha sido este 2021 con Generarde. <https://apoyopositivo.org/blog/resumen2021/>
- **ImaginaMÁS.** (2021). Estudio Chemsex 2021. Recuperado de: <https://imaginamas.org/wp-content/uploads/2023/06/DOSSIER-APROXIMACION-CHEMSEX-2021.pdf>
- **CESIDA.** (2023). Experiencia de estigma de las PVIH en España. <https://cesida.org/blog/noticias/experiencia-de-estigma-de-las-personas-con-el-vih-en-espana/>
- **Pacto Social VIH.** (2023). Documental 'Aprender a vivir', una iniciativa de ViiV Healthcare para visibilizar el estigma. <https://pactosocialvih.es/documental-aprender-a-vivir-una-iniciativa-de-viiv-healthcare-para-visibilizar-el-estigma/>
- **Dean, H. D., & Fenton, K. A.** (2010). Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974), 125 Suppl 4(4_suppl), 1–5. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2882967/>
- **M.J. Fuster-Ruiz de Apodaca, F. Molero, F.P. Holgado, S. Mayordomo.** (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: The role of group identity. *Quality of Life Research*, 23, 1967–1975. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24585185/>
- **ONUSIDA.** (2017). Hacer frente a la discriminación – Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Suiza: Autor. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf
- Cuestionario de apoyo social funcional de Duke: <https://studylib.es/doc/5690414/cuestionario-duke-unc>

*"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.

Descripción

Evaluar las necesidades sociales y la situación administrativa de las PVIH durante la consulta enfermera, asegurando su acceso a servicios de salud y recursos comunitarios, especialmente en el caso de migrantes y personas en situación de vulnerabilidad.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● Paso 1: evaluación inicial de las necesidades sociales.

- **Entrevista inicial:** durante la consulta, realizar preguntas abiertas para identificar necesidades sociales, como vivienda, empleo, acceso a servicios de salud y apoyo emocional.
 - Vivienda: "¿Te sientes seguro/a en tu hogar actual?"
 - Empleo: "¿Tienes acceso a empleo o algún apoyo económico?"
 - Acceso a servicios: "¿Has tenido problemas para acceder a servicios sociales?"
 - Apoyo emocional: "¿Tienes alguien con quien hablar sobre tus preocupaciones?"
 - Evaluación de la situación administrativa: preguntar sobre el estatus migratorio y cómo esto afecta el acceso a recursos.
 - Red de apoyo: indagar sobre relaciones significativas: "¿Quiénes son las personas que te apoyan en tu vida diaria?"
 - Aislamiento: identificar cualquier situación de aislamiento o falta de apoyo.

● Paso 2: identificación de recursos comunitarios.

- **Mapa de recursos:** crear y actualizar un mapa de recursos comunitarios que incluya entidades comunitarias, servicios sociales, clínicas legales y apoyo psicológico.
- **Colaboración con trabajo social:** coordinar con el departamento de trabajo social del hospital para establecer un circuito de derivación eficaz.

- Proporcionar información sobre cómo acceder a estos recursos.

● Paso 3: derivación a servicios legales y sociales.

- **Identificación de necesidades de asesoría:** reconocer cuando un/una paciente requiera asesoría legal o social y derivarlo a las instituciones adecuadas (como entidades comunitarias o clínicas legales, por ejemplo, la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá).
- **Información sobre derechos:** proporcionar información clara a los/las pacientes sobre sus derechos y las opciones disponibles para ellos.

● Paso 4: fomento de la participación en grupos de apoyo.

- Sugerir al/la paciente la participación en grupos de apoyo locales para PVIH.
- Facilitar la conexión con otros pacientes que pueden compartir experiencias y ofrecer apoyo emocional.
- Realizar un informe enfermero dirigido a trabajo social y/u otros servicios comunitarios.

● Paso 5: educación sobre la importancia del apoyo social.

- Realizar sesiones educativas sobre cómo el apoyo social puede influir positivamente en su calidad de vida.
- Proporcionar recursos sobre la construcción de redes de apoyo y la gestión del estigma.
- Proporcionar información sobre los derechos de los pacientes y cómo pueden protegerse contra la discriminación.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial en colaboración con trabajo social y otros recursos comunitarios.

Momento temporal

Durante la primera visita y en cada consulta de seguimiento cuando se identifiquen nuevas necesidades sociales o administrativas.

Periodicidad

Evaluación continua y periódica de las necesidades sociales y administrativas del/la paciente.

Registro de la información

Registrar en la HCE las necesidades sociales y administrativas identificadas, así como las derivaciones realizadas y la información proporcionada al/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

La detección y atención a las necesidades sociales en el contexto del VIH son cruciales para abordar el estigma y mejorar la calidad de vida de los/las pacientes. Según el Pacto Social contra la Discriminación de PVIH en España, es fundamental garantizar el acceso equitativo a servicios sanitarios y proteger sus derechos.

- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Gil de Montes, L., et al. (2014). Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 26(sup1), S41-S45.
- Fuster-Ruiz de Apodaca, María J., Molero, Fernando, & Ubillos, Silvia. (2016). Assessment of an intervention to reduce the impact of stigma on people with HIV, enabling them to cope with it. *Anales de Psicología*, 32(1), 39-48.
- Pacto social VIH: <https://pactosocialvih.es/>
- Clínica legal Universidad de Alcalá de Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>
- La Clínica Legal en el ámbito del VIH y sida: <https://cesida.org/clinica-legal/>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.

Descripción

Consiste en el desarrollo de una serie de estrategias que permitan realizar una evaluación del riesgo de falta de adherencia al TAR y a las visitas programadas, y la reorientación y revinculación de estas personas con nuestra unidad en particular y con el sistema sanitario en general.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** antes de la consulta con el/la paciente revisar las recogidas de medicación de farmacia y si ha acudido a las visitas programadas.
- **Paso 2:** durante la visita pasar el cuestionario SMAQ* de adherencia al TAR. Si hay dosis perdidas, y/o recogidas de medicación tardías, explorar causas aunque mantenga carga viral (CV) indetectable.
- **Paso 3:** en caso de visitas perdidas, incluso a otros especialistas (cribados, comorbilidades, etc.), explorar causas e intentar volver a citar las consultas perdidas. Si recoge la medicación pero no acude a las revisiones, alertar de la situación en la HCE e intentar contactar con el/la paciente para reconducir las visitas lo antes posible.
- **Paso 4:** cuando el/la paciente inicia el TAR y en caso de detectar baja adherencia, explorar con él sus creencias acerca de la medicación, así como sus estrategias de afrontamiento y sus recursos personales/familiares y sociales para la adherencia. Identificar a las personas con mayor riesgo de pérdida de seguimiento y establecer criterios para detectar y prevenir situaciones de riesgo de abandono de seguimiento: lazos familiares, situación laboral estable, vivienda estable, etc., y establecer vínculo con trabajo social si precisa.
- **Paso 5:** facilitar horarios flexibles para las visitas de seguimiento. Utilizar la visita telefónica si la persona tiene dificultades para desplazarse.

- **Paso 6:** trabajar en red con servicios sociales y comunitarios para recuperar pacientes con dificultades. Enfoque multidisciplinario (enfermería, trabajo social, psicología, etc.).

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.	En visitas de seguimiento.	En cada visita de seguimiento.

Registro de la información

Registrar en la HCE resultado del cuestionario SMAQ, las intervenciones a realizar y la próxima evaluación de SMAQ.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Persona en situación de calle y/o vivienda no estable: en la unidad de VIH del Hospital del Mar registramos la vinculación con los diferentes dispositivos de servicios sociales y de la comunidad con los que la persona tiene establecido un vínculo, como intermediarios en el contacto con la persona para prevenir faltas de seguimiento y de adherencia al TAR. Cuando la situación lo permite y/o lo requiere, se establecen protocolos de "tratamiento supervisado" que consisten en que dichos centros supervisan la correcta administración y toma de su tratamiento. En ocasiones también se establecen con los centros programas de acompañamiento a las visitas programadas con gestión del calendario de visitas.
- Izquierdo R, Rava M, Moreno-García E, Blanco JR, Asensi V, Cervero M, Curran A, Rubio R, Iribarren JA, Jarrín I; Cohort of the Spanish HIV/AIDS Research Network (CoRIS). HIV medical care interruption among people living with HIV in Spain, 2004-2020. AIDS. 2023 Jul;37(8):1277-1284. doi: 10.1097/QAD.0000000000003552. Epub 2023 Mar 21. PMID: 36939068.

* "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://vihhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y demanda de cuidados en el entorno comunitario.

Descripción

Potenciar el autocuidado y ayudar a la persona a detectar las diferentes necesidades no cubiertas que pueden afectar a su salud y poner a su disposición la red de recursos comunitarios a la que dirigirse para solicitar ayuda en cada caso.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** realizar una valoración de la problemática social: vivienda estable, situación laboral, situación familiar y apoyo de la red social, situación legal, situación económica.
- **Paso 2:** informar a la persona sobre sus derechos en lo que respecta a la atención sanitaria y sobre los recursos comunitarios disponibles en función de las necesidades a cubrir y actuar de enlace entre ambos si precisa.
- **Paso 3:** si precisa derivar a trabajo social de la unidad (si existe) o de AP en su defecto. Actuar de enlace mediante derivación.
- **Paso 4:** personalización de la educación en autocuidado. Identificar las barreras específicas (baja alfabetización, problemas cognitivos, barreras idiomáticas, precariedad social). Utilizar materiales visuales y sencillos (vídeos, pictogramas, guías con dibujos).
- **Paso 5:** adaptar la educación al entorno real de la persona (higiene en situación de pobreza, conservación de medicación sin refrigeración).
- **Paso 6:** trabajar la confianza y la comunicación. Establecer una relación de confianza que facilite la demanda de atención. Crear un circuito simplificado para facilitar el acceso para las personas con riesgo de exclusión.
- **Paso 7:** acompañamiento inicial por parte de los agentes comunitarios o voluntarios.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta de enfermería.	En visita de acogida y, según necesidades, en visitas de seguimiento.	La misma que las consultas, según necesidad.

⌚ Registro de la información

Registrar en la HCE del/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Barcelona ON - Sant'Egidio: <https://www.santegidio.org/downloads/Guia%20ON%20Barcelona%202024.pdf>
- Clinica legal - Alfabetización legal: <https://cesida.org/clinicalegal/alfabetizacion-legal/>

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta intervención se enfoca en evaluar la CVRS en personas PVIH, centrándose en cinco dimensiones clave: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo es obtener una visión integral de cómo el/la paciente está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, y ajustar el plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: realización de una evaluación inicial.** Utilizar una herramienta validada para medir la calidad de vida relacionada con la salud (como el EQ-5D*, un cuestionario sencillo que evalúa las 5 dimensiones clave mencionadas).
 - **Movilidad:** preguntar si la PVIH tiene dificultades para moverse o realizar desplazamientos.
 - **Autocuidado:** evaluar si el/la paciente es capaz de llevar a cabo actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse o alimentarse sin ayuda.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** determinar si el/la paciente puede realizar tareas diarias como el trabajo, estudios, actividades sociales o cuidar de la familia.
 - **Dolor/malestar:** evaluar si el/la paciente experimenta dolor físico o malestar de manera persistente.
 - **Ansiedad/depresión:** valorar el estado emocional del/la paciente, preguntando sobre niveles de estrés, preocupación, tristeza o síntomas de depresión.

- **Paso 2: análisis de resultados y clasificación.** Clasificar las respuestas según la gravedad de los problemas reportados (por ejemplo, sin problemas, problemas moderados, problemas graves). Identificar las áreas que requieren intervención más urgente, como el manejo del dolor o apoyo psicológico para la ansiedad y la depresión.
- **Paso 3: intervenciones basadas en los resultados.**
 - **Movilidad y autocuidado:** si la PVIH tiene problemas con la movilidad o el autocuidado, referirlo a fisioterapia o a un servicio de rehabilitación.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** si existen limitaciones en las actividades cotidianas, derivar a servicios de apoyo social, ocupacional o terapias complementarias que mejoren la capacidad funcional.
 - **Dolor/malestar:** proporcionar estrategias para el manejo del dolor, desde la medicación adecuada hasta terapias alternativas (fisioterapia, terapia ocupacional). (Ver prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26).
 - **Ansiedad/depresión:** ofrecer apoyo emocional, referir a psicología o psiquiatría cuando sea necesario, y facilitar el acceso a grupos de apoyo o terapias.
- **Paso 4: seguimiento y reevaluación.** Establecer un calendario para evaluar de manera periódica el progreso de la PVIH en estas áreas, ajustando las intervenciones según los cambios en la CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También puede realizarse de forma remota, especialmente para pacientes que tengan barreras para acceder físicamente a los servicios.

Momento temporal

Se recomienda realizar la evaluación de CVRS en la primera consulta tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando la PVIH se sienta preparada. Es fundamental reevaluar la CVRS de forma regular durante el tratamiento del VIH, ya que las necesidades del/la paciente pueden cambiar con el tiempo, especialmente en las dimensiones de salud mental.

Periodicidad

La evaluación debe repetirse cada 6 meses, dependiendo de la estabilidad del/la paciente y de su estado de salud general. Si la PVIH experimenta un cambio importante en su estado de salud física o emocional, es recomendable hacer la evaluación con mayor frecuencia.

Registro de la información

Se debe registrar el resultado de la valoración de la CVRS de la PVIH en su HCE. Comunicación estrecha con AP donde se desarrollan y se evalúan escalas de las diferentes dimensiones.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

*"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://vihhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

6

Evaluar deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma y barreras socioculturales.

Descripción

Determinar el grado de conocimientos de la persona sobre cómo funciona el sistema sanitario de la comunidad autónoma en cuestión, partiendo de nuestro funcionamiento como unidad de VIH, estructura de AP y atención especializada, así como otros recursos sociales de centros comunitarios. Evaluar el grado de comprensión según idioma y barreras socioculturales derivadas de la inmigración y/o pertenecer a grupos que representan minorías.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** explicar funcionamiento como unidad VIH: visita acogida, inicio de TAR, periodicidad de citas/pruebas en primer año de seguimiento y periodicidad después, como modo de contacto con la unidad.
- **Paso 2:** explorar conocimientos de la persona sobre el sistema sanitario: conocimientos sobre acceso al sistema sanitario, funcionamiento de AP y derivación a atención especializada y otros servicios de la comunidad.
- **Paso 3:** si existe barrera idiomática, proveer de un servicio de traducción para las visitas programadas.
- **Paso 4:** explorar barreras culturales, como creencias religiosas y/o de grupo sobre los diferentes aspectos en torno al VIH y al TAR e identificar situaciones que puedan interferir en un correcto manejo inmunovirológico.
- **Paso 5:** identificar asociaciones de grupos minoritarios con las que poder vincular a las personas que se puedan beneficiar de sus servicios.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.	En visita de acogida y, según necesidades, en visitas de seguimiento.	La misma que las consultas, según necesidad.

Registro de la información

Registrar en la HCE las barreras idiomáticas y culturales, aspectos en los cuales hemos de reforzar información sobre el sistema sanitario, acciones realizadas para dar información así como enlaces establecidos con los diferentes servicios/entidades de mediación, traducción, etc.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- En la mayoría de los hospitales existen servicios de mediación cultural de diferentes etnias. Consultar según centro.
 - En "Salud entre culturas" se puede solicitar mediación cultural e intérpretes: <https://www.saludentreculturas.es/>
- Servicio de traducción telefónica en directo a través del 112.
- Asociaciones como Acathi, Karibu, Red XESAJE, ACESOP, ayudan a diferentes comunidades de inmigrantes a establecerse en España.
- Pacto social VIH: <https://pactosocialvih.es/>
- Clínica legal Universidad de Alcalá de Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>

7

Potenciar el vínculo terapéutico y dar respuesta a las demandas imprevistas de cuidados.

Descripción

El establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la empatía da lugar a mejores resultados en salud, permitiendo un espacio abierto al diálogo y una detección precoz de necesidades y/o complicaciones potenciales.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** desde la visita de acogida y mantenido en todas las visitas sucesivas, crear un espacio seguro, sin prejuicios, empático y de escucha activa.
- **Paso 2:** utilizar técnicas como el asesoramiento y la entrevista motivacional a la hora de ofrecer información.
- **Paso 3:** facilitar comunicación fluida. Se trata de proveer a la persona de un medio para contactar con nosotros que mejor se adapte a sus capacidades, ya sea por correo electrónico, teléfono, o telemedicina; así como facilitar consultas presenciales espontáneas para dar respuesta a las posibles demandas imprevistas de cuidados.
- **Paso 4:** dejar un espacio de tiempo en cada visita para que la persona pueda expresar sus dudas, inquietudes u otras percepciones.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

Mantenida en el tiempo desde visita de acogida.

Periodicidad

No se trata de una intervención intermitente sino continuada o constante.

Registro de la información

Registrar en la HCE del/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- En la Unidad VIH del Hospital del Mar de Barcelona, toda aquella persona con problemática social que no acude a recoger su medicación o que falta a una visita programada, es derivado a la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) VIH mediante circuito de derivación interno, quien gestiona el caso agotando todos los recursos que dispongamos para contacto con la persona (teléfono, correo electrónico, realizando enlace con centros en los que se haya visitado recientemente y/o albergues, etc.) hasta que conseguimos que la persona acuda a una visita presencial con EPA y en la que se valoran las posibles dificultades por las que el/la paciente no pudo acudir a su cita programada para poder consensuar una solución, y revincular al/la paciente con la unidad.

Potenciar habilidades de interacción social y participación en la comunidad en personas con VIH.

Descripción

Esta guía tiene como objetivo fortalecer las habilidades de interacción social de las PVIH, facilitando su participación en la comunidad y mejorando su bienestar general a través del acceso a recursos socioculturales y comunitarios.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● **Paso 1: evaluación inicial de habilidades sociales.**

- Entrevista inicial: realizar preguntas abiertas para evaluar las habilidades de interacción social del/la paciente.
- Identificación de barreras: evaluar posibles barreras que dificultan la interacción social.
- Reflexionar sobre experiencias pasadas de interacción social e identificar situaciones en las que se ha sentido cómodo/a o incómodo/a.
- Hacer una lista de personas o grupos con los que le gustaría interactuar.

● **Paso 2: elaboración de un mapa de recursos comunitarios.**

- Identificación de recursos: crear un directorio de recursos comunitarios que incluya entidades comunitarias y servicios para grupos vulnerables.
- Investigar sobre grupos comunitarios o actividades locales en las que pueda participar.
- Ajustar los recursos disponibles que más se ajusten al/la paciente.

● **Paso 3: establecimiento de vínculos y circuitos de derivación.**

- Establecer conexiones con organizaciones locales.
- Animar a participar en eventos o reuniones de grupos comunitarios para conocer a otros y hacer nuevos contactos.
- Colaborar con las entidades para facilitar la introducción a estos grupos.

● **Paso 4: fomento de la participación en actividades comunitarias.**

- Sugerencias de participación: recomendar actividades en las que el/la paciente pueda participar.
- Asumir la iniciativa de unirse a actividades comunitarias, como talleres o grupos de apoyo.
- Invitar a un/una amigo/a o familiar a participar en actividades para sentirse más cómodo/a.

● **Paso 5: educación y capacitación en habilidades sociales.**

- Sesiones educativas: realizar talleres sobre habilidades de comunicación y manejo del estigma.
- Practicar habilidades de comunicación con amigos/as o familiares.
- Animar a aplicar lo aprendido en talleres en situaciones de la vida real.

● **Paso 6: desarrollo de un plan personalizado.**

- Planificación de cuidados: crear un plan individualizado que contemple las necesidades identificadas.
- Establecer metas personales sobre la participación en la comunidad y la interacción social.
- Revisar y ajustar regularmente sus metas y progresos con ayuda de las enfermeras.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial en colaboración con trabajo social y otros recursos comunitarios.

Momento temporal

Durante la primera visita y en cada consulta de seguimiento, evaluando el progreso en habilidades sociales y participación comunitaria si se estimara oportuno.

Periodicidad

Evaluación continua y periódica del desarrollo de habilidades sociales y participación en la comunidad.

Registro de la información

Registrar en la HCE las habilidades sociales identificadas, las actividades comunitarias en las que participa el/la paciente y cualquier derivación a recursos socio-culturales.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

Potenciar las habilidades de interacción social y la participación comunitaria es fundamental para mejorar la calidad de vida de las PVIH, permitiéndoles acceder a redes de apoyo y recursos que contribuyan a su bienestar general.

- M.J. Fuster-Ruiz de Apodaca, F. Molero, F.P. Holgado, S. Mayordomo. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: The role of group identity. *Quality of Life Research*, 23, 1967-1975. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24585185/>
- ONUSIDA. (2017). Hacer frente a la discriminación – Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Suiza: Autor. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf

Valoración de necesidades de cuidados para la coordinación con recursos sociales en personas con VIH.

Descripción

Evaluar de manera integral las necesidades de las PVIH, abarcando aspectos de salud física, emocional, social y educativa, para facilitar su coordinación con recursos sociales y mejorar su calidad de vida.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● **Paso 1: evaluación de la salud física.**

- Revisar el historial médico del/la paciente, incluyendo tratamientos previos y actuales.
- Preguntar sobre la adherencia al TAR y cualquier efecto secundario.
- Comorbilidades: identificar y evaluar la presencia de otras enfermedades que requieran atención.

● **Paso 2: evaluación de la salud mental y emocional.**

- Entrevista inicial: realizar preguntas abiertas sobre el estado emocional del/la paciente, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad. Realizar escucha activa y brindar apoyo emocional.
- Calidad de relaciones interpersonales: preguntar sobre el nivel de apoyo emocional que recibe de familiares y amigos/as.
- Identificación de aislamiento: evaluar cualquier situación de aislamiento social y su impacto en el bienestar del/la paciente.

● **Paso 3: evaluación de necesidades educacionales.**

- Evaluación del conocimiento: determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH, su tratamiento y prevención.
- Capacitar a la persona proporcionando educación sobre la gestión de la salud y los derechos del/la paciente.

● **Paso 4: Intervenciones preventivas.**

- Revisión de vacunas: Identificar la necesidad de vacunaciones y pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Prevención y promoción de la salud sobre ITS: Ofrecer información sobre prácticas sexuales seguras y prevención de la transmisión.

- Prevención sobre hábitos no saludables y/o prácticas *chemsex/slam*: ofrecer información sobre el uso y la reducción de daños de sustancias psicoactivas.

● **Paso 5: Soporte familiar y social.**

- Evaluar el soporte familiar y social disponible para el/la paciente.
- Facilitación de redes de apoyo: promover la participación en grupos de apoyo y actividades comunitarias.

● **Paso 6: Planificación de cuidados personalizados.**

- Desarrollo de un plan de cuidados individualizado que contemple las necesidades identificadas y establezca metas a corto y largo plazo.
- Definir un esquema de seguimiento para evaluar el progreso y ajustar el plan según sea necesario.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial, y en colaboración con trabajo social y otros recursos comunitarios.

Momento temporal

Durante la primera visita y en cada consulta de seguimiento cuando se identifiquen nuevas necesidades o cambios en el estado del/la paciente.

Periodicidad

Evaluación continua y periódica de las necesidades de los/las pacientes.

Registro de la información

Registrar en la HCE las necesidades identificadas, las intervenciones realizadas, y cualquier derivación a servicios sociales o de salud.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

La valoración integral de las necesidades de cuidados en el contexto del VIH es esencial para tratar el estigma y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

- **Dean, H. D., & Fenton, K. A.** (2010). Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis. *Public Health Reports* (Washington, D.C.: 1974), 125 Suppl 4(4_suppl), 1-5. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S401>
- **G.R. Gupta.** (2002). How men's power over women fuels the HIV epidemic. *BMJ*, 324, 183-184. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7331.183>
- **M.J. Fuster-Ruiz de Apodaca, F. Molero, F.P. Holgado, S. Mayordomo.** (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: The role of group identity. *Quality of Life Research*, 23, 1967-1975. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0653-4>
- **ONUSIDA.** (2017). Hacer frente a la discriminación – Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá. Suiza: Autor. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf
- **FIPSE.** (2005). Discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o sida. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd1162.pdf>

Paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

1 Control de la adherencia y tolerancia al TAR.

Descripción

Esta prestación se centra en el seguimiento y evaluación de la adherencia del/la paciente al TAR y su tolerancia a los medicamentos prescritos. El objetivo es asegurar que tome el tratamiento de manera segura, correcta y continua, ya que la adherencia es clave para el éxito del tratamiento y alcanzar la indetectabilidad. También se busca identificar y tratar los posibles efectos secundarios o problemas de tolerancia que puedan afectar la continuidad del tratamiento.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1: Evaluación inicial de la adherencia:** antes de evaluar la adherencia sería necesario explorar las creencias hacia la medicación. Realizar una evaluación de la adherencia desde la primera consulta. Utilizar preguntas directas o herramientas estandarizadas (como el cuestionario CEAT-VIH o SMAQ*) para determinar si el/la paciente está tomando el TAR según las indicaciones. Preguntar a el/la paciente sobre las dificultades que enfrenta para seguir el tratamiento (olvidos, falta de acceso a los medicamentos, efectos secundarios, etc.). Investigar si existen barreras psicológicas, socioculturales o económicas que puedan interferir con la adherencia (como estigma, falta de apoyo familiar, problemas de transporte o costos del tratamiento).
- Paso 2: Monitoreo de la tolerancia:** revisar con el/la paciente si ha experimentado efectos secundarios asociados al TAR, como náuseas, diarrea, fatiga o erupciones cutáneas. Preguntar de forma sistemática en cada consulta sobre los posibles efectos adversos. Si presenta problemas de tolerancia, analizar las opciones de ajustar la medicación, reducir dosis (si es clínicamente adecuado) o cambiar a otro régimen de TAR en consulta con el equipo médico.

- Paso 3: Estrategias para mejorar la adherencia:** proporcionar educación sobre la importancia de la adherencia para mantener la supresión viral y prevenir la resistencia al tratamiento. Explicar la posibilidad de utilizar recordatorios electrónicos y/o herramientas digitales que ayuden a el/la paciente a seguir su tratamiento, como aplicaciones móviles, alarmas, o envases que faciliten la organización de las dosis diarias. En caso de que existan barreras logísticas (acceso a los medicamentos), coordinar con servicios sociales para garantizar el suministro regular del TAR.
- Paso 4: Apoyo psicológico y emocional:** ofrecer un espacio para que el/la paciente verbalice sus dudas y temores sobre el tratamiento. Algunas personas pueden tener miedo de los efectos secundarios o el impacto a largo plazo del TAR. En caso de problemas emocionales o de salud mental, referir a servicios de psicología o trabajo social que puedan ayudarle a gestionar el estrés, la depresión o la ansiedad relacionada con el tratamiento.
- Paso 5: Seguimiento continuo:** mantener un control regular de la adherencia y la tolerancia a lo largo del tratamiento. Reforzar los logros del/la paciente si la adherencia ha sido buena y ofrecer soluciones si la adherencia o tolerancia han sido problemáticas. En caso de problemas crónicos de adherencia, considerar opciones como el uso de terapias de larga duración que requieran menos dosis o citas más espaciadas.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También puede llevarse a cabo a través de telemedicina para aquellos/as pacientes que tienen dificultades de acceso físico a los centros de salud.

Momento temporal

El control de adherencia y tolerancia debe iniciarse inmediatamente **después del inicio del TAR** y continuar de manera regular a lo largo del tratamiento. La primera revisión detallada debe realizarse en la **primera o segunda consulta** tras el inicio del tratamiento, y luego a intervalos establecidos.

Periodicidad

Se recomienda que el control de la adherencia se realice en cada consulta de seguimiento. Inicialmente, estas consultas pueden ser más frecuentes (mensuales o trimestrales), pero pueden espaciarse (cada 6 meses) si el/la paciente demuestra buena adherencia y tolerancia al tratamiento. En caso de aparición de efectos secundarios graves o adherencia deficiente, se deben programar consultas más frecuentes hasta que se estabilice la situación.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

● PROs:

- Adherencia: SMAQ; MMAS-8; CEAT-VIH.
- Conveniencia: ESTAR; HIVTSQ; TSQM.
- Efectos secundarios autorreportados: pregunta *ad-hoc*.

Referencia PROs: "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-Disponible en <https://vihhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

- El uso de regímenes antirretrovirales de larga duración, que permiten una dosificación menos frecuente (por ejemplo, una inyección mensual), está siendo explorado como una herramienta útil para mejorar la adherencia en pacientes que tienen dificultades con la toma diaria de pastillas.

📋 Registro de la información

La adherencia y los problemas de tolerancia deben registrarse detalladamente en la HCE del/la paciente. Esto incluye anotar los puntajes de adherencia (si se utilizan cuestionarios), los efectos secundarios reportados, y las acciones correctivas tomadas (como cambios en el tratamiento o intervención psicológica). También se debe registrar cualquier intervención adicional para mejorar la adherencia, como el uso de recordatorios, referencias a servicios de apoyo, o cambios en el régimen terapéutico.

Disponibilidad para atender dudas de el/la paciente fuera de las consultas pactadas.

Descripción

Esta prestación se refiere a la disponibilidad de enfermería o el equipo de salud para atender las **dudas del/la paciente fuera de las consultas programadas**, proporcionando apoyo continuo y accesible para resolver inquietudes relacionadas con el tratamiento del VIH, la adherencia, los efectos secundarios, o cualquier otro tema que afecte a su bienestar. El objetivo es ofrecer **acompañamiento constante** y facilitar respuestas rápidas y efectivas a las dudas que puedan surgir entre visitas, mejorando así la calidad del cuidado y la adherencia al tratamiento.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1: Establecer los canales de comunicación:** informar a el/la paciente sobre las vías disponibles para comunicarse con el equipo de salud fuera de las consultas programadas. Esto puede incluir: línea telefónica directa o servicio de mensajería, correo electrónico, aplicaciones móviles seguras que permiten la comunicación directa con el equipo de salud, etc.
- Paso 2: Definir el alcance y límites de la atención fuera de las consultas:** explicar claramente qué tipo de consultas pueden atenderse fuera de las citas programadas y a qué profesional dirigirse (por ejemplo, dudas sobre el tratamiento, efectos secundarios, síntomas menores). Aclarar que, para cuestiones más complejas o que requieran evaluación presencial, se deberá programar una cita. Definir los horarios de disponibilidad del equipo (por ejemplo, durante el horario laboral) y cómo se gestionarán las consultas urgentes.
- Paso 3: Respuesta rápida y efectiva:** cuando el/la paciente realice una consulta, responder de manera rápida y clara, brindando información precisa y orientaciones sencillas para resolver su inquietud. Si el problema requiere intervención adicional (como cambios en la medicación, dudas de carácter social o mental), coordinar una consulta o derivar al respectivo especialista.
- Paso 4: Seguimiento:** realizar un seguimiento de las consultas hechas fuera de las citas, asegurándose de que las dudas hayan sido resueltas y que el/la paciente siga con su tratamiento o plan de cuidados. Si las dudas

persisten o requieren atención adicional, programar una visita de seguimiento en la consulta.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico. Estos canales deben ser **seguros y confidenciales** para garantizar la privacidad de la información del/la paciente.

Momento temporal

La atención de dudas debe estar disponible en los intervalos entre consultas programadas. El tiempo de respuesta debe ser lo más rápido posible, generalmente dentro de las 24-48 horas laborables en función de la disponibilidad de cada centro.

Periodicidad

La prestación es **continua**, es decir, está disponible en cualquier momento en el que el/la paciente lo necesite fuera de las consultas habituales.

Registro de la información

Cada consulta o duda atendida fuera de las visitas programadas debe ser registrada en la HCE del/la paciente. Esto incluye la descripción de la consulta, la respuesta brindada, y cualquier acción de seguimiento (como cambios en el tratamiento o la programación de una cita adicional).

También se deben registrar los canales utilizados para las consultas y cualquier información relevante que pueda influir en el seguimiento clínico.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Guía Enfermeras expertas en el VIH ¡Podemos ayudarte! Atención y cuidados enfermeros a las personas con el VIH: https://gtt-vih.org/files/active/1/gtt_podemos_ayudarte_2019_web.pdf

Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permita el autocuidado.

Descripción

La **educación para la salud** en PVIH se centra en proporcionar información clara y práctica sobre la **infección por VIH** y cómo adoptar **hábitos saludables** para fomentar el **autocuidado**. El objetivo es empoderar a las y los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su salud y estilo de vida, ayudándolos a mantener su bienestar físico y emocional, reducir el riesgo de transmisión y gestionar mejor los efectos del VIH.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: identificar áreas de salud prioritarias** y aspectos clave para mejorar la salud y el bienestar de las PVIH a largo plazo.
- **Paso 2: ofrecer información y recomendaciones sobre cuidados para la salud** específicos en cada área y proporcionar conocimientos y habilidades que permitan a los/las pacientes prevenir e identificar de forma precoz potenciales problemas de salud.
- **Paso 3: evaluación de los conocimientos del/la paciente:** comenzar con una conversación para conocer su nivel de conocimiento sobre el VIH, su transmisión y tratamiento. Preguntar sobre mitos o creencias erróneas que puedan tener, y adaptar la educación a su nivel de comprensión.
- **Paso 4: explicar la infección por VIH y su gestión:** ofrecer una explicación detallada pero accesible sobre el funcionamiento del VIH, cómo afecta el sistema inmunológico y la importancia del TAR para mantener el control de la enfermedad. Aclarar cualquier duda sobre cómo funciona el TAR, su papel en la prevención de complicaciones, y la importancia de la adherencia para prevenir la resistencia viral.

● **Paso 5: hábitos saludables relacionados con el autocuidado.**

- Nutrición: explicar la importancia de una dieta equilibrada para fortalecer el sistema inmunológico y mejorar la respuesta al tratamiento. Ofrecer recomendaciones específicas según el estado de salud del/la paciente.
- Ejercicio físico: fomentar la actividad física regular para mejorar la salud cardiovascular, controlar el peso, y reducir el estrés. Adaptar las recomendaciones a las capacidades físicas del/la paciente.
- Sueño y descanso: subrayar la importancia del descanso adecuado para la recuperación del cuerpo y el bienestar emocional.
- Salud mental: hablar sobre la importancia de cuidar la salud mental. Proporcionar información sobre cómo gestionar el estrés, la ansiedad o la depresión que pueden estar asociados al diagnóstico del VIH, y ofrecer apoyo psicológico si es necesario.

● **Paso 6: prevención y reducción de riesgos.**

- Educación sexo-afectiva: intervención sobre prácticas sexuales más seguras, incluir siempre el mensaje del TAR como prevención (concepto de indetectable = intransmisible (I=I)).
- Reducción de riesgos: intervenir en la reducción del tabaco/alcohol/otras sustancias psicoactivas además de proporcionar información sobre cómo evitar otras ITS, tuberculosis u otras coinfecciones comunes en PVIH.

● **Paso 7: fomentar el autocuidado y la responsabilidad personal:** ayudar a el/la paciente a desarrollar habilidades para el autocuidado, como la autogestión de su medicación, la programación de sus citas médicas y el monitoreo de su salud (síntomas, efectos secundarios). Desarrollar un plan de acción que lo motive a seguir hábitos saludables y a responsabilizarse de su bienestar diario.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También pueden realizarse en grupos de apoyo o talleres educativos organizados por entidades comunitarias o asociaciones de pacientes.

Momento temporal

Esta intervención debe realizarse en la visita enfermera de acogida de una persona recién diagnosticada, y reforzarse en cada consulta de seguimiento, especialmente cuando hay cambios en el tratamiento o el/la paciente enfrenta situaciones difíciles (como cambios de estado de salud o problemas emocionales).

Periodicidad

La educación para la salud debe ofrecerse de manera continua, pero con mayor énfasis en las primeras consultas tras el diagnóstico. Es recomendable realizar sesiones educativas cada 6 meses o cuando el/la paciente enfrente cambios en su tratamiento o en su vida que afecten su gestión del VIH.

También puede realizarse en eventos específicos o campañas de salud organizadas para la comunidad de PVIH.

Registro de la información

Se debe documentar en la HCE las sesiones educativas impartidas, incluyendo los temas tratados, las preocupaciones expresadas por el/la paciente, y el nivel de comprensión alcanzado.

Además, registrar las recomendaciones específicas sobre autocuidado que se le han proporcionado, el plan pactado con el/la paciente y cualquier material educativo entregado (folletos, enlaces a recursos en línea, aplicaciones móviles).

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

● Información y recursos para personas con VIH:

- gTt-VIH: <https://www.gtt-vih.org/>
- Seisida: <https://www.seisida.net/>
- Cesida: <https://cesida.org/>
- Escuela madrileña de Salud. ¿Cómo vivir con infección por VIH?: <https://escueladesalud.comunidad.madrid/course/info.php?id=968>
- Apoyo positivo: <https://apoyopositivo.org/nosotros/>
- Cruz Roja VIH: <https://www2.cruzroja.es/infoprevencion>
- Aids map: <https://www.aidsmap.com/>
- CDC HIV: <https://www.cdc.gov/hiv/index.html>

● Información y recursos para profesionales:

- Gesida: <https://gesida-seimc.org/>
- Plan Nacional sobre el sida: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>
- Sida Studi: <https://www.sidastudi.org/>
- WHO Facts Sheets y WHO HIV-aids: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ClinicalInfo.HIV.GOV: <https://clinicalinfo.hiv.gov/es>
- IAPAC: <https://www.iapac.org/>

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta intervención se enfoca en evaluar la CVRS en PVIH, centrándose en cinco dimensiones clave: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo es obtener una visión integral de cómo el/la paciente está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, y ajustar el plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Realización de una evaluación inicial:** utilizar una herramienta validada para medir la CVRS (como el EQ-5D*, un cuestionario sencillo que evalúa las 5 dimensiones clave mencionadas).
 - **Movilidad:** preguntar si el/la paciente tiene dificultades para moverse o realizar desplazamientos.
 - **Autocuidado:** evaluar si el/la paciente es capaz de llevar a cabo actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse o alimentarse sin ayuda.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** determinar si el/la paciente puede realizar tareas diarias como el trabajo, estudios, actividades sociales o cuidar de la familia.
 - **Dolor/malestar:** evaluar si el/la paciente experimenta dolor físico o malestar en alguna de sus funciones vitales de manera persistente.
 - **Ansiedad/depresión:** valorar el estado emocional/espiritual del/la paciente, preguntando sobre niveles de estrés, preocupación, tristeza o síntomas de depresión.

- **Paso 2: Análisis de resultados y clasificación:** clasificar las respuestas según la gravedad de los problemas reportados (por ejemplo, sin problemas, problemas moderados, problemas graves). Identificar las áreas que requieren intervención más urgente, como el manejo del dolor o apoyo psicológico para la ansiedad y la depresión.
- **Paso 3: Intervenciones basadas en los resultados.**
 - **Movilidad y autocuidado:** si el/la paciente tiene problemas con la movilidad o el autocuidado, referirlo a fisioterapia o a un servicio de rehabilitación.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** si existen limitaciones en las actividades cotidianas, derivar a servicios de apoyo social, ocupacional o terapias complementarias que mejoren la capacidad funcional.
 - **Dolor/malestar:** proporcionar estrategias para el manejo del dolor, desde la medicación adecuada hasta terapias complementarias (fisioterapia, terapia ocupacional). (Ver prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26).
 - **Ansiedad/depresión:** ofrecer apoyo emocional, referido a psicología o psiquiatría cuando sea necesario, y facilitar el acceso a grupos de apoyo.
- **Paso 4: Seguimiento y reevaluación:** establecer un calendario para evaluar de manera periódica el progreso del/la paciente en estas áreas, ajustando las intervenciones según los cambios en la CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. También puede realizarse de forma remota a través de telemedicina, especialmente para pacientes que tengan barreras para acceder físicamente a los servicios.

Momento temporal

Se recomienda realizar la evaluación de CVRS en la **primera consulta** tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando el/la paciente se sienta preparado. Es fundamental reevaluar la CVRS de forma **regular** durante el tratamiento del VIH, ya que las necesidades pueden cambiar con el tiempo, especialmente en las dimensiones de salud mental.

Periodicidad

La evaluación debe repetirse **cada 6 meses**, dependiendo de la estabilidad del/la paciente y de su estado de salud general. Si experimenta un cambio importante en su estado de salud física o emocional, es recomendable hacer una nueva evaluación y plantearse repetirla con mayor frecuencia.

Registro de la información

Registrar en la HCE del/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Estudios sobre CVRS.

*"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en: https://vivhealthcare.com/content/dam/cf-viv/vivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Ofrecer información actualizada que facilite la gestión del impacto emocional y social del VIH.

Descripción

Este apartado abarca la intervención en la que el colectivo enfermero proporciona información clara, comprensible y actualizada para ayudar a las y los pacientes a gestionar el impacto emocional y social del diagnóstico del VIH. El objetivo es educar a el/la paciente sobre los aspectos psicosociales del VIH, incluyendo cómo gestionar el estigma, mantener relaciones socioafectivas saludables, y acceder a recursos de apoyo social y psicológico.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Evaluación inicial del impacto emocional y social:** evaluar cómo el/la paciente está enfrentando el diagnóstico, su estado emocional, y las posibles repercusiones en su vida social. Identificar preocupaciones relacionadas con el estigma, las relaciones familiares, laborales y de pareja.
- **Paso 2: Proveer información actualizada sobre el VIH:** explicar la naturaleza del VIH en la actualidad, aclarando conceptos erróneos sobre la enfermedad. Hablar sobre la efectividad de los tratamientos actuales y la posibilidad de mantener una vida normalizada y activa con el VIH. Ofrecer información sobre la "indetectabilidad" y cómo las PVIH con CV indetectable no transmiten el virus ($I=I$).
- **Paso 3: Facilitar recursos emocionales y de apoyo social:** proporcionar información sobre recursos psicológicos o de salud mental (grupos de apoyo, servicios de psicología). Referir a el/la paciente a organizaciones o redes comunitarias de apoyo, incluyendo asociaciones de PVIH con programas de pares.

- **Paso 4: Estrategias para gestionar el estigma y la discriminación:** hablar sobre técnicas para gestionar el estigma y la posible discriminación en el entorno laboral, social y familiar. Proveer estrategias de comunicación assertiva para enfrentar comentarios o actitudes negativas. Fomentar la participación en campañas de sensibilización para reducir el estigma asociado al VIH, si el/la paciente se siente preparado/a. Estigma internalizado: cuestionar las creencias negativas y reemplazarlas por pensamientos más realistas y saludables. Trabajar la aceptación.
- **Paso 5: Educación sobre derechos legales y laborales:** informar sobre los derechos laborales y la confidencialidad médica, explicando qué tipo de información tienen obligación de compartir y con quién. Proveer recursos legales para denunciar cualquier caso de discriminación o violación de sus derechos.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial.

Momento temporal

La información debe ofrecerse de manera progresiva, comenzando desde el momento en que el/la paciente recibe el diagnóstico y **a lo largo de las visitas de seguimiento**. Se recomienda realizar la intervención tan pronto como el/la paciente esté listo emocionalmente, típicamente en los primeros meses tras el diagnóstico.

Periodicidad

Esta prestación debe realizarse inicialmente en las primeras visitas, pero es importante ofrecer **información actualizada de manera regular**, especialmente en los primeros **3 a 6 meses** tras el diagnóstico, cuando los/las pacientes son más vulnerables emocionalmente.

Registro de la información

La información ofrecida, cualquier material educativo entregado y los pactos acordados deben ser registrados en la HCE del/la paciente. Además, se debe registrar cualquier seguimiento emocional o social que se haya derivado a otros profesionales, como psicología o trabajo social.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Referencias útiles incluyen guías y recomendaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ONUSIDA, gTt, así como investigaciones actualizadas sobre la gestión del VIH desde una perspectiva social y emocional.
- **Casos de uso:** programas comunitarios en los que se ha reducido el estigma y la discriminación hacia PVIH, como las campañas de I=I.
- **Programa de pares:**
 - Apoyo positivo: <https://apoyopositivo.org/que-hacemos/area-de-promocion-de-la-salud/programa-de-intervencion-de-pares-en-hospitales/>
 - Cesida: <https://cesida.org/pares/>
 - Adhara: <https://adharasevilla.org/programa-de-pares/>
- **Orientación sobre derechos:**
 - Pacto social VIH: <https://pactosocialvih.es/>
 - Clínica legal Universidad de Alcalá de Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>
 - Trabajando en positivo: <https://trabajandoenpositivo.org/>

6

Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles.

Descripción

Esta intervención se centra en proporcionar a el/la paciente información sobre los recursos sanitarios y comunitarios que están a su disposición. Esto incluye recursos de atención médica, asesoramiento psicológico, apoyo social, y organizaciones comunitarias que pueden ayudar a mejorar su calidad de vida y facilitar su integración social tras el diagnóstico de VIH.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- Paso 1: Evaluación de las necesidades del/la paciente:** realizar una evaluación inicial para identificar las necesidades específicas del/la paciente en términos de atención médica, apoyo psicológico y social. Preguntar si el/la paciente ya está conectado con alguna red de apoyo o si necesita ayuda para acceder a ciertos servicios.
- Paso 2: Proveer información sobre recursos sanitarios:** explicar los servicios de atención sanitaria disponibles, como clínicas especializadas en VIH, centros de AP y hospitalares. Informar sobre la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales y el acceso a consultas médicas periódicas. Brindar información sobre la disponibilidad de profesionales expertos/as en la gestión del VIH (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.).
- Paso 3: Recursos comunitarios y de apoyo social:** proveer información sobre grupos de apoyo para PVIH, tanto presenciales como virtuales. Detallar las organizaciones comunitarias que ofrecen asistencia, como asesoramiento legal, apoyo económico, y asistencia para vivienda o empleo. Ofrecer contactos de entidades comunitarias, asociaciones de VIH/sida, y centros de salud mental con experiencia en atención a PVIH.
- Paso 4: Educación sobre los derechos del/la paciente:** informar a sobre sus derechos legales y de confidencialidad en relación con su diagnóstico, empleo y acceso a servicios. Proveer recursos para denunciar discriminación o violaciones a sus derechos si es necesario.

- **Paso 5: Facilitación de acceso a recursos:** ayudar a el/la paciente a navegar los sistemas de salud y apoyo comunitario, incluyendo la orientación sobre cómo solicitar ciertos servicios. Si es necesario, acompañar o referir a los recursos adecuados, ya sea para atención médica, apoyo psicológico o servicios comunitarios.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial y en entidades comunitarias. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico. Estos canales deben ser seguros y confidenciales para garantizar la privacidad de la información del/la paciente.

Momento temporal

Esta intervención debe realizarse tan pronto como el/la paciente reciba el diagnóstico, idealmente durante las primeras visitas. A medida que el/la paciente progrese en su tratamiento, se debe actualizar la información si hay cambios en los recursos disponibles o en sus necesidades.

Periodicidad

Se recomienda que esta prestación se realice **en la primera consulta** o en una de las primeras visitas. Sin embargo, debe revisarse y actualizarse cuando haya cambios importantes en los servicios de salud o comunitarios disponibles, como la apertura de nuevas clínicas o cambios en los programas de apoyo.

📋 Registro de la información

La información proporcionada a al/la paciente, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier **referencia** hecha a servicios externos, como a psicología, trabajo social u organizaciones comunitarias, y un seguimiento de si el/la paciente accedió o no a estos recursos.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- gTt-VIH: <https://www.gtt-vih.org/>
- Seisida: <https://www.seisida.net/>
- Cesida: <https://cesida.org/>
- Apoyo positivo: <https://apoyopositivo.org/nosotros/>
- Fundación 26 de diciembre para personas mayores LGTBIQ+: <https://www.fundacion26d.org/>
- Cruz Roja VIH: <https://www2.cruzroja.es/infoprevencion>
- Salud entre culturas: <https://www.saludentreculturas.es/>
- Pacto social VIH: <https://pactosocialvih.es/>
- Clínica legal Universidad de Alcalá de Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>
- Trabajando en positivo: <https://trabajandoenpositivo.org/>
- Aids map: <https://www.aidsmap.com/>
- CDC HIV: <https://www.cdc.gov/hiv/index.html>

Realizar asesoramiento en primera visita y ofrecer posibilidad de realizar asesoramiento con contactos sexuales a los que quiera comunicar su estado serológico.

Descripción

Este apartado se refiere a la intervención inicial que realiza el colectivo enfermero para ofrecer apoyo a el/la paciente en la visita enfermera de acogida tras el diagnóstico de VIH. El objetivo es proporcionar orientación, alivio emocional y espacio para que el/la paciente exprese sus dudas y temores respecto a su condición. También incluye la posibilidad de ayudar a pacientes en la comunicación de su diagnóstico a contactos sexuales si así lo desea.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Preparación del entorno:** crear un ambiente de seguridad, confianza y confidencialidad. Verificar que el/la paciente comprende que la consulta es un espacio seguro para expresar sus emociones y dudas.
- **Paso 2: Asesoramiento:** comenzar con una exploración abierta de las emociones del paciente respecto al diagnóstico. Facilitar que el/la paciente hable de sus miedos o preocupaciones. Explicar el impacto del VIH en su salud y en su vida diaria, utilizando un lenguaje adaptado a su realidad.
- **Paso 3: Afrontamiento saludable:** introducir técnicas de gestión del estrés como *mindfulness*, ejercicio físico, y grupos de apoyo. Hablar sobre la importancia del autocuidado, incluyendo la adherencia al tratamiento. Proporcionar información sobre recursos psicológicos o grupos comunitarios.
- **Paso 4: Verbalización de dudas y miedos:** fomentar que el/la paciente haga preguntas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Aclarar mitos o conceptos erróneos sobre el VIH, apoyándose en evidencia actualizada.
- **Paso 5: Asesoramiento sobre la comunicación con contactos sexuales:** discutir la importancia de informar a sus parejas sexuales sobre el diagnóstico. Proporcionar guías sobre cómo tener esta conversación, ya sea verbalmente o a través de recursos escritos.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada, integral y confidencial. Dado el impacto emocional de esta visita se contraindica realizarla por teléfono o de forma virtual.

Momento temporal

Esta intervención debe realizarse en la visita enfermera de acogida tras recibir el diagnóstico de VIH, idealmente dentro de los primeros días o semanas posteriores al diagnóstico para minimizar el impacto emocional.

Periodicidad

Aunque la intervención principal es en la primera visita, el seguimiento debe realizarse periódicamente según las necesidades emocionales del/la paciente. Esto puede incluir revisiones cada 3 a 6 meses o en momentos en que el/la paciente tenga que comunicar su diagnóstico a una nueva pareja sexual.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE del/la paciente, haciendo especial énfasis en las manifestaciones de dependencia/independencia, las intervenciones realizadas y cómo/cuándo/quién las evaluará. También se debe dejar constancia de cualquier derivación a otros profesionales de salud o entidades comunitarias.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Casos de uso que incluyen iniciativas como programas de *peer support* (apoyo entre iguales), donde pacientes con más experiencia ayudan a aquellos/as que han recibido el diagnóstico recientemente a gestionar el impacto emocional y la divulgación del diagnóstico a contactos sexuales.
- Pioneros en el área del VIH, como ONUSIDA y la OMS, gTt, ofrecen protocolos basados en evidencia para la gestión del VIH. Guías como la "Guía de atención a el/la paciente con VIH" de ONUSIDA o el "Protocolo para la atención integral en VIH" de la OMS pueden ser referencias útiles.
- PROs:
 - Ansiedad: HADS; GAD.
 - Depresión: PHQ-9; PHQ-4; HADS.
 - Estigma: HSS; BERGER.
 - Red de apoyo (familiar, amistades, pertenencia a asociaciones...): HIV PROM; WHOQOL-HIV BREF; Escala de Gijón.

Plantilla estructurada de asesoramiento.

- Preguntas clave en el *counselling*:
 - ¿Cómo te sientes? ¿Qué significa para ti este diagnóstico?
 - ¿Qué es lo que más te preocupa?
 - ¿Qué es lo que más podría ayudarte en este momento?
 - ¿Hay algo más que podamos hacer para ayudarte?
 - ¿Hay algo más de lo que te gustaría que hablemos?
 - ¿Cómo te has sentido?
 - ¿Te gustaría que habláramos de ello otro momento?
 - ¿Qué significa "**Yo no soy como esos**"? ¿A qué te refieres con eso cuando dices "tal cosa"?
 - ¿Podrías explicarme mejor eso que dices "..."?
 - Algunas personas en tu situación dicen que les ayuda "...". ¿Crees que a ti te ayudaría?
- Acompañamiento a lo largo del continuum de cuidados:
 - Acompañar significa:
 - Honrar el espíritu, no sólo centrarse en el intelecto.
 - Facilitar el proceso de adaptación.
 - Promover el cambio.
 - Estar presente ante el dolor del otro, no robarle su dolor.
 - Caminar a su lado, no dirigir sus pasos.

D. Wolfelt

- No es *counselling* - no facilita relación de ayuda.
 - Preguntar el por qué de las conductas y de las emociones.
 - Aconsejar- recomendar.
 - Culpabilizar- minimizar- justificar-criticar.
 - Ordenar- reñir- avisar.
 - Bromear- ridiculizar.
 - Validar conductas serofóbicas, por la razón que sea. Son muy contraproducentes porque se potencia el estigma interiorizado y los mensajes de "te toca aguantar esas".
 - Si no hacemos una intervención biopsicosocial, la persona asume que los problemas de la esfera emocional y psicosocial relacionados con el VIH son exclusivamente suyos y no fruto de una construcción social.
 - Muchas veces la no adherencia, la ansiedad y la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, y aumento de prácticas de riesgo tienen como base un desajuste en estas esferas. Como enfermería podemos y debemos ayudar a identificar esos temas y acompañar en la búsqueda de ayuda terapéutica.
- Ideas clave a la hora de realizar *counselling*:
 - Garantizar servicios de salud inclusivos, accesibles y libres de discriminación.
 - Ayudamos a las personas, no al VIH, es un proceso (acompañamiento).
 - Trabajar las barreras idiomáticas. Buscar recursos para ello.
 - Potenciar cuidados culturalmente sensibles - humildad cultural.
 - Evaluar de forma sensible y brindar cuidados adaptados a cada persona.
 - No somos trabajadoras/es sociales, ni psicólogas/os, ni curas, ni superhéroes.
 - No siempre es fácil y tenemos que ponerle creatividad, motivación y formación continuada transdisciplinar y transcultural.
 - No quedarnos en la punta del iceberg, sino ahondar en las preocupaciones y motivaciones de la persona para "ayudarles a que se ayuden".
- Definición *counselling*: ayudar a ayudarse.
 - Acompañar y participar en la toma de decisiones compartida, para lograr que la decisión tomada sea acorde al sistema de valores de la persona (autonomía; beneficencia no-paternalista), fomentando la conciencia de las consecuencias de tal decisión (responsabilidad), minimizando el impacto emocional para el/la *counsellor* en la ayuda (autocuidado y prevención consciente).

Counselling:**Modelos teóricos**

- Modelo de sufrimiento
- Modelo de potenciación

Principios éticos

- No maleficencia
- Justicia
- Beneficencia
- Autonomía

Actitudes y requisitos

- Respeto: actitud y consideración
- Aceptación: toda persona es digna de ser valorada
- Congruencia-autenticidad
- Honestidad-humildad
- Autoconciencia/ autoaceptación

Habilidades

- Autorregulación
- Canalizar las emociones.
- Respeto hacia si mismo.
- Comunicación y deliberación
- Mostrar empatía
- Escucha abiertamente
- Apoyo emocional
- Deja que expresen las emociones
- Ayuda al definir sus necesidades
- Ayuda en la toma de decisiones

Relación de ayuda**Como mejoramos la escucha activa:**

- Parafraseo/ensueño.
- Preguntas abiertas (ampliar información).
- Respetar las opiniones.
- Concretar la información.
- No concluir precipitadamente.
- Mirar a la cara/estar a la misma altura/no escribir mientras se habla.
- No interrumpir.
- Asentir/mostrar interés.
- Mostrar aceptación y respeto.

Como mostramos nuestro apoyo:**1. Apoyo emocional.**

- Validar las emociones (miedo, rabia, culpa).
- Entender el momento de la emoción (aguda VS pasada).
- Contención en las emociones del profesional.

Tips:

- No minimizar.
- No preguntar ni cambiar de tema.
- No dejar sola a la persona ni meter prisa.
- Acompañar (ofrecer un pañuelo, estar a su lado, compartir silencios).

2. Definir necesidades y toma de decisiones.

- Manejo de la incertidumbre.
- Enfrentarse a nuevos retos.
- Necesidades dependientes de la etapa vital.
- Necesidades propias de la situación económica.
- Priorización de las mismas.
- Ayuda en la búsqueda de opciones para cada necesidad.
- Ayuda para escoger la opción más realista para la persona.

Tips:

- La persona es responsable de la toma de decisiones (no paternalismo).
- Fijar objetivos pequeños de cambio.

- Entrevista motivacional – fase I
 - Planificación y objetivos:
 - **Anamnesis y exploración física y detección de comorbilidades.**
 - **Motivación.** Detectar conductas o actitudes que contribuyan a incrementar la diferencia existente entre lo planificado y lo conseguido (creencias y actitudes del/la paciente tanto sobre su patología como sobre su tratamiento para la infección por VIH, el entorno social y la calidad de vida percibida por el/la paciente).
 - **Corresponsabilidad y compromiso de la PVIH.** Hacer ver al/la paciente el estado de salud en el que se encuentra y aquel al que aspiramos llegar.
 - ¿Y cómo lo conseguimos?

1. Estableciendo la relación equipo de salud-PVIH.

- Comunicación.
- Planificación.
- Empatía.
- Escucha activa.

2. Obteniendo información sobre el/la paciente.

- Necesidades de tratamiento y emocionales.

3. Priorizando los próximos pasos y futuras visitas.

- Planificación.
- Establecer objetivos comunes.

- Entrevista motivacional – fase II

- Información.
 - Educación para la salud, modificación de conductas negativas y promoción de las positivas.
 - Negociación.
 - Ayudar a la PVIH a conseguir los cambios propuestos para la mejora de su salud.
 - Objetivo: llegar a un acuerdo entre ambas partes.
 - Lograr mantener los cambios: motivar a la PVIH a mantener los cambios consensuados.

Paciente con infección por VIH consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

Capacitar en las competencias de autocuidado.

Descripción

Esta prestación se centra en **capacitar a la PVIH** para que adquiera las competencias necesarias para el **autocuidado** en la gestión del VIH. El objetivo es que el/la paciente desarrolle habilidades y conocimientos que le permitan cuidar su salud de manera autónoma, gestionar su tratamiento, adoptar hábitos saludables, y responder adecuadamente a los desafíos físicos, emocionales y sociales que conlleva vivir con VIH. Capacitar en autocuidados mejora la **adherencia al tratamiento**, la **calidad de vida** y fomenta la **responsabilidad personal** en la gestión de la enfermedad.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● Paso 1: Evaluación de las competencias actuales del/la paciente:

- Comenzar con una evaluación inicial para identificar el nivel de conocimiento de la persona sobre su enfermedad, su tratamiento y los cuidados necesarios. Preguntar sobre sus hábitos actuales de autocuidado, como la toma de medicamentos, la alimentación, el ejercicio y la gestión del estrés.
- Detectar posibles barreras al autocuidado, como la falta de conocimiento y/o la falta de motivación, problemas de acceso a los recursos de salud o el apoyo social insuficiente.

● Paso 2: Proporcionar educación sobre el tratamiento del VIH:

- Explicar en detalle cómo funciona el TAR, la importancia de la adherencia y cómo gestionar los posibles efectos secundarios.
- Enseñar a el/la paciente a monitorizar su estado de salud, cómo reconocer signos de alerta relacionados con el VIH y cuándo debe consultar con el personal sanitario.

● Paso 3: Promover hábitos de autocuidado:

- Nutrición: proporcionar información sobre una dieta equilibrada que apoye la salud inmunológica del/la paciente, incluyendo consejos sobre alimentos que beneficien la respuesta al TAR.
- Ejercicio físico: capacitar a el/la paciente para mantener una actividad física regular, adaptada a su estado de salud y capacidades, para mejorar su bienestar general y prevenir complicaciones.
- Higiene y prevención de infecciones: educar sobre la importancia de una buena higiene personal y la prevención de infecciones oportunistas, incluyendo vacunas, medidas preventivas para evitar la exposición a otras infecciones, y visitas médicas regulares.

● Paso 4: Manejo del estrés y salud mental:

- Capacitar en estrategias de gestión del estrés, como técnicas de relajación, meditación o ejercicios de respiración. Ofrecer recursos para gestionar la ansiedad y la depresión, que pueden ser comunes en PVIH.
- Facilitar información sobre grupos de apoyo o servicios de salud mental donde pueda recibir ayuda emocional y social.

● Paso 5: Capacitar en la toma de decisiones informadas:

- Enseñar a tomar decisiones informadas sobre su salud. Esto incluye interpretar los resultados de las pruebas de laboratorio (como la CV o el recuento de CD4), comprender las opciones de tratamiento, y saber cuándo y cómo ajustar su plan de cuidados si es necesario.
- Promover la comunicación efectiva con el equipo de salud, para que la persona se sienta empoderada para hacer preguntas, expresar preocupaciones y colaborar en la toma de decisiones médicas.

● Paso 6: Uso de recursos sanitarios y comunitarios:

- Educar a el/la paciente sobre cómo acceder a recursos sanitarios y comunitarios, incluyendo servicios de apoyo social, asistencia económica, o programas de educación sanitaria. Capacitarle en el uso de servicios de telemedicina o plataformas digitales para gestionar citas y acceder a información sobre su salud.

● Paso 7: Supervisión y seguimiento:

- Proporcionar un seguimiento regular para reforzar las competencias de autocuidados. Esto incluye consultas periódicas para revisar el progreso, ajustar el plan de cuidados según sea necesario, y asegurar que el/la paciente mantenga sus hábitos de autocuidado a largo plazo.

Lugar

La capacitación en competencias de autocuidado puede realizarse en las consultas **especializadas en VIH, centros comunitarios de salud** o mediante **plataformas de telemedicina**. También es eficaz en **talleres grupales** o programas de educación en salud, donde los/las pacientes pueden aprender en un entorno de apoyo.

Momento temporal

La capacitación en autocuidados debe comenzar **en las primeras consultas** tras el diagnóstico de VIH y continuar a lo largo de todo el tratamiento. Es fundamental reforzar las habilidades de autocuidado cada vez que se introduzcan cambios en el tratamiento o cuando el/la paciente experimente cambios en su estado de salud.

Periodicidad

La capacitación debe realizarse de manera **continua** y ajustarse a las necesidades del/la paciente. En **las primeras consultas**, es necesario hacer una evaluación completa y proporcionar la información básica. En cada consulta de seguimiento, se debe evaluar el progreso del/la paciente y reforzar los aspectos que requieran más apoyo. Además, se debe hacer una revisión exhaustiva de las competencias de autocuidados **cada 6 meses**, o cuando haya cambios significativos en el tratamiento o en la vida del/la paciente.

Registro de la información

Toda la información sobre las competencias de autocuidado adquiridas por el/la paciente deben ser documentadas en la HCE. Esto incluye las evaluaciones iniciales, los temas de capacitación tratados, los materiales educativos proporcionados y cualquier dificultad o barrera identificada para el autocuidado. También se debe registrar el seguimiento realizado y las mejoras observadas.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- **Programas de autocuidado "Positive Self-Management"**, que enseña a los/las pacientes a gestionar su enfermedad, tomar decisiones informadas y mejorar su calidad de vida. Referencia: Martin S, Chinnock P, Perales J, Lee HY, Lee CY, Wu YT, Mavrodaris A. Self-management interventions for people living with HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 25;2017(8):CD008731. doi: 10.1002/14651858.CD008731.pub3. PMID: PMC6483703. Accessible en : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6483703/>
- Guía Enfermeras expertas en el VIH ¡Podemos ayudarte! Atención y cuidados enfermeros a las personas con el VIH: https://www.gtt-vih.org/files/active/1/gtt_podemos_ayudarte_2019_web.pdf
- Programa Me cuido (Seisida): <https://www.seisida.net/mecuido/>
- Escuela madrileña de Salud. ¿Cómo vivir con infección por VIH?: <https://escueladesalud.comunidad.madrid/course/info.php?id=968>

Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.

Descripción

Esta prestación se enfoca en la detección temprana de falta de adherencia al TAR y de la pérdida de seguimiento médico, con el objetivo de intervenir rápidamente y evitar que el/la paciente se vea afectado por una progresión del VIH o por complicaciones relacionadas. La adherencia es crucial para mantener una CV indetectable y prevenir el desarrollo de resistencias al tratamiento, mientras que la falta de seguimiento puede conllevar abandono del tratamiento y aumento del riesgo de complicaciones de salud.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● Paso 1: Evaluación inicial de adherencia:

- Realizar una evaluación inicial de la adherencia al **inicio del TAR**. Utilizar herramientas estandarizadas como el SMAQ* (cuestionario simplificado de adherencia a la medicación) o entrevistas clínicas para identificar posibles **dificultades** en la adherencia desde el principio.
- Explorar factores que puedan influir en la adherencia, como el consumo de sustancias, problemas de salud mental, falta de apoyo social, o dificultades económicas para acceder a los medicamentos.

● Paso 2: Monitoreo continuo de la adherencia:

- Durante cada consulta de seguimiento, preguntar activamente sobre la **adherencia al tratamiento** y evaluar posibles **señales de alerta**, como olvidos frecuentes, efectos secundarios no gestionados o falta de acceso a los medicamentos.
- Usar **aplicaciones móviles** o **recordatorios electrónicos** para monitorizar la toma de medicación si el/la paciente tiene acceso a la tecnología. En caso de sospecha de falta de adherencia, realizar un seguimiento más cercano y estructurado.
- Realizar pruebas de **CV** de manera regular para verificar si el tratamiento está siendo eficaz o si existen señales de falta de adherencia.

● Paso 3: Identificación de pérdida de seguimiento:

- Establecer un **sistema de alerta temprana** que detecte cuando los/las pacientes faltan a las consultas programadas o no solicitan la renovación de su tratamiento. Esto puede incluir el uso de **sistemas de recordatorio de citas** o **monitoreo de la dispensación de medicamentos** en la farmacia.
- Si un/una paciente falta a una consulta, realizar un **contacto proactivo** por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para reprogramar la cita y evaluar posibles barreras que impidan su asistencia.

● Paso 4: Identificación de barreras para la adherencia y el seguimiento:

- Si se detecta una falta de adherencia o pérdida de seguimiento, realizar una **evaluación integral** para identificar las barreras subyacentes que afectan el seguimiento o la adherencia. Estas pueden incluir:
 - **Problemas con los efectos secundarios** de los medicamentos (náuseas, fatiga, diarrea).
 - **Dificultades económicas** para acceder a la medicación o servicios de salud.
 - **Estigmatización** o rechazo social, que pueden llevar al abandono del tratamiento.
 - **Salud mental** afectada, como depresión o ansiedad.
 - **Consumo de sustancias psicoactivas**.
 - **Creencias y actitudes hacia los tratamientos**, olvidos así como el cansancio a los tratamientos tan largos.
- Derivar a los pacientes a los recursos adecuados según las barreras identificadas (psicología, asistencia social, programas de reducción de daños).
- Coordinación con trabajo social para ayudar con el acceso a los medicamentos si hay barreras económicas o logísticas y con el servicio de farmacia.

● **Paso 5: Intervención para mejorar la adherencia:**

- Desarrollar un **plan de intervención individualizado** basado en las necesidades del/la paciente. Esto puede incluir:
 - Educación sanitaria** sobre la importancia de la adherencia para mantener la CV indetectable y prevenir la resistencia viral.
 - Soporte psicológico** para tratar problemas emocionales o de salud mental que afecten la adherencia.
 - Proporcionar **estrategias de organización**, como la configuración de recordatorios en el teléfono móvil o el uso de dispensadores de medicamentos semanales.
 - Coordinación con **trabajo social** para ayudar con el acceso a los medicamentos si hay barreras económicas o logísticas.
- En casos de consumo de sustancias, intervenir con estrategias de **reducción de daños** para minimizar el impacto en la adherencia y el seguimiento.

● **Paso 6: Seguimiento intensificado en pacientes con alta vulnerabilidad:**

- Para aquellos/as pacientes que muestran una falta de adherencia reiterada o están en riesgo de **pérdida de seguimiento**, establecer un **seguimiento más frecuente**, con consultas regulares cada 1 o 2 meses, y contacto proactivo entre visitas.
- Asegurarse de que el/la paciente tenga un **punto de contacto accesible** (línea telefónica, mensajería instantánea, telemedicina) para resolver dudas entre consultas y apoyar su adherencia al tratamiento.

Lugar

En la consulta enfermera, en centros comunitarios de salud o mediante plataformas de telemedicina que faciliten el contacto continuo. También se puede coordinar con farmacias que dispensen TAR, para realizar un seguimiento de la renovación de los medicamentos.

Momento temporal

La detección debe realizarse **desde la primera consulta** cuando se inicia el TAR y continuar de forma regular en cada consulta de seguimiento. Especial atención debe prestarse en los primeros **3-6 meses**, ya que es el período en el que los pacientes suelen tener más dificultades para adherirse al tratamiento.

Periodicidad

La adherencia debe ser monitoreada **en cada consulta**, con revisiones más intensas durante los primeros meses de tratamiento y posteriormente cada **3 a 6 meses**, dependiendo de la estabilidad del/la paciente. Si se detecta pérdida de seguimiento o falta de adherencia, el seguimiento debe ser **mensual** hasta que la adherencia sea adecuada.

Registro de la información

Toda la información sobre la adherencia del/la paciente y la asistencia a las consultas debe documentarse en la HCE. Se debe registrar cualquier **intervención realizada** para mejorar la adherencia o gestionar las barreras. También se debe documentar cualquier **contacto proactivo** hecho para recuperar pacientes que han perdido seguimiento.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

* "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

Detección precoz y gestión de pacientes con consumo activo de sustancias psicoactivas.

Descripción

- Esta prestación se refiere a la detección precoz y sistemática del consumo activo de sustancias psicoactivas en PVIH. El objetivo es identificar de manera temprana el consumo de sustancias psicoactivas, ya que esto puede afectar negativamente tanto la adherencia al TAR como la calidad de vida del/la paciente, además de valorar el uso problemático o no problemático del consumo en concreto para poder definir estrategias de apoyo.
- Existen dos áreas principales de preocupación en relación con el uso recreativo de sustancias psicoactivas: la primera es su efecto sobre el riesgo que corre la persona, por ejemplo, compartiendo el equipo de inyección. La segunda preocupación es la interacción entre la terapia antirretroviral y las sustancias psicoactivas, y su efecto sobre la adherencia.
- Al detectar el consumo de sustancias de forma temprana, se pueden implementar intervenciones oportunas para minimizar riesgos y proporcionar apoyo adecuado, mejorando el pronóstico del/la paciente.
- Los objetivos de la entrevista terapéutica con la persona que consume sustancias psicoactivas serán los de la historia clínica general:
 - Recepción de la demanda de la persona.
 - Recogida y estructuración de la información clínica.
 - Valoración de la gravedad y establecimiento de diagnóstico.
 - Formulación de hipótesis clínica y valoración de atención y tratamiento.
 - Construcción de una alianza terapéutica.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

Evaluación

Es importante tener una conversación honesta con la PVIH y hacer una evaluación sobre el consumo de sustancias para valorar los conocimientos que tiene sobre los problemas potenciales.

- **Paso 1: Evaluación inicial del historial de consumo:** en la primera consulta y durante las revisiones periódicas, realizar una evaluación completa del historial de consumo de sustancias del/la paciente. Preguntar abiertamente sobre el consumo de sustancias y sobre el patrón de uso (frecuencia, lugar, cantidad, tipo de sustancia). Existen algunas preguntas que pueden ayudar a realizar esta valoración inicial:
 - “¿Cuál es tu sustancia psicoactiva preferida?”
 - “¿Cuánto tiempo permaneces despierto/a?”
 - “¿A veces te arrepientes de las decisiones que tomas cuando estás consumiendo?”
 - “¿Tuviste alguna mala experiencia en el segundo o tercer día despierto/a?” (p. ej., paranoia)
 - “¿Te gustaría hablar con un/una profesional de la salud que pueda ayudarte sobre la gestión del consumo de sustancias psicoactivas?”
- **Paso 2: Identificar las causas del consumo:** las personas consumen sustancias psicoactivas recreativas por diversas razones que pueden resumirse en los cinco puntos siguientes:
 - Consumo experimental.
 - Consumo social/recreativo.
 - Consumo circunstancial/situacional.
 - Consumo intensivo.
 - Consumo compulsivo/dependiente.

- **Paso 3:** Usar instrumentos validados como el ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) de la OMS o el DAST (*Drug Abuse Screening Test*), que ayudan a detectar el consumo de sustancias de manera estructurada y confiable (ver apartado Casos de uso o referencias útiles de pioneros.)

Implementar la entrevista motivacional

- **Paso 1:** El punto de partida serán las necesidades percibidas por la persona, tomando en consideración cuáles son sus prioridades y motivaciones, así como la aceptabilidad de las diferentes propuestas terapéuticas. Es importante valorar en qué fase de cambio está el/la paciente (Prochaska y Diclemente).
- **Paso 2:** Cuando un/a paciente da su consentimiento para una discusión sobre su comportamiento de consumo de sustancias recreativas, enfermería puede encontrar una actitud defensiva, negación, ambivalencia o miedo a hacer cambios. En este momento es importante tratar algunos aspectos que nos ayudarán a idear un plan para el consumo de sustancias:
 - Un buen punto de partida es establecer metas pequeñas y realistas. Proponerse dejar de consumir sustancias psicoactivas de manera definitiva puede ser un objetivo ambicioso y, en muchos casos, poco realista al principio. Aunque este puede ser el objetivo final, es importante dividirlo en pasos más manejables. Por ejemplo, en lugar de pensar en la meta a largo plazo, podrían comenzar con logros más cercanos, como pasar un fin de semana, una semana o incluso un mes sin consumir sustancias. Estos objetivos intermedios son fundamentales para avanzar gradualmente hacia el objetivo final, celebrando cada logro en el camino.
 - Consejos para controlar los desencadenantes de este consumo: no tomar decisiones impulsivas; cambiar el estado emocional saliendo de casa o llamando a un amigo que te apoye; distraerte de la necesidad de consumo buscando otros medios o pasatiempos; y tener una agenda completa de cosas para hacer, preferiblemente con amigos.
- **Paso 3:** Es probable que entre los factores que pueden influir en que el/la paciente no comunique el consumo se encuentren la ausencia de percepción de que su uso sea problemático, la idea de desconexión entre consumo y seguimiento de su/s infección/es y la falta de confianza con el personal de salud que lo atiende.

- **Paso 4: Monitorización continuo del consumo:** en cada consulta de seguimiento, realizar una breve evaluación del consumo activo de sustancias, preguntando directamente sobre su uso reciente y cualquier cambio en los hábitos de consumo. Preguntar sobre el impacto que el consumo tiene en su salud, relaciones y capacidad para seguir el TAR.

- **Paso 5: Detección de señales de alerta:** observar signos clínicos y conductuales de consumo activo, como cambios de humor repentinos, deterioro físico, signos de abstinencia, descuido del autocuidado, o alteraciones en la adherencia al TAR. Preguntar al/la paciente sobre situaciones que puedan desencadenar el uso de sustancias, como estrés, ansiedad, depresión, o falta de apoyo social.

- **Paso 6: Intervención temprana:** si se detecta un consumo activo de sustancias, intervenir inmediatamente (en función de la fase de preparación en la que se encuentre el/la paciente) para evitar que este afecte negativamente la salud del/la paciente. Dependiendo de la severidad, se puede:

- Ofrecer consejos breves para el cese o reducción del consumo.
- Derivar a programas especializados en tratamiento de adicciones (deshabituación, terapia cognitivo-conductual, reducción de daños).
- En casos de consumo problemático, coordinar con servicios de salud mental para proporcionar apoyo integral.

- **Paso 7: Seguimiento continuo:** hacer un seguimiento frecuente de los pacientes con consumo activo, ajustando el plan de tratamiento según las necesidades. Esto incluye reforzar la adherencia al TAR y afrontar cualquier obstáculo relacionado con el consumo de sustancias.

Lugar

En la consulta enfermera, clínicas de atención a consumos problemáticos, o centros de salud comunitarios. Si la persona tiene dificultades para asistir presencialmente, se pueden implementar consultas de telemedicina para realizar el cribado y seguimiento.

Momento temporal

El cribado de consumo de sustancias debe realizarse en la **primera consulta** tras el diagnóstico de VIH y repetirse en cada consulta de seguimiento. Además, se debe realizar en cualquier momento en que haya indicios de consumo activo, como cambios en la adherencia al tratamiento, síntomas de abstinencia o señales clínicas que sugieran abuso de sustancias.

Periodicidad

El **cribado inicial** debe realizarse en la primera consulta y repetirse de forma rutinaria al menos **cada 6 meses**. Si se detecta consumo activo, la evaluación debe realizarse en **cada consulta** para monitorear la evolución y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Registro de la información

Los resultados del cribado y las intervenciones realizadas deben documentarse en la HCE del/la paciente. Esto incluye detalles sobre el tipo y frecuencia de consumo, el plan de intervención y cualquier referencia a servicios especializados en consumos problemáticos. Además, se debe registrar cualquier seguimiento y los resultados de las intervenciones (mejora, recaídas, cambios en el patrón de consumo).

También tener en cuenta la posibilidad de añadir observaciones subjetivas sólo visibles para personal sanitario.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Watson, Shaun. "HIV and recreational drug use: what nurses need to know." *HIV Nursing* 19.3 (2019): 65 Watson, Shaun. "HIV and recreational drug use: what nurses need to know." *HIV Nursing* 19.3 (2019): 65-72.
- Programas de intervención temprana en clínicas comunitarias, donde se utilizan herramientas de cribado como el ASSIST* en pacientes de alto riesgo, lo que permite afrontar el consumo antes de que interfiera significativamente con el tratamiento del VIH.
- Programa de *Insite* en Vancouver, que combina la gestión de VIH con la reducción de riesgos en personas que usan sustancias inyectables.
- El efecto que algunas sustancias psicoactivas pueden tener sobre el TAR está actualizado y bien documentado; véase <https://www.hiv-druginteractions.org/checker>
- Escala de medida de consumo de alcohol AUDIT-C*.

* "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Educación sanitaria en hábitos saludables y prevención secundaria.

Descripción

Esta prestación se enfoca en proporcionar **educación sanitaria personalizada** para personas con el objetivo de promover hábitos saludables, reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, y realizar **prevención secundaria** para evitar complicaciones tanto físicas como psicológicas. El objetivo es reducir los riesgos de, sobredosis, deterioro de la salud mental y problemas asociados a la adherencia al TAR.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Evaluación inicial de hábitos y riesgos del/la paciente:**
 - Realizar una **evaluación inicial** para identificar la frecuencia de uso de sustancias psicoactivas, los tipos utilizados (como GHB, mefedrona, metanfetaminas), y los riesgos involucrados. Evaluar el nivel de consumo de sustancias y el impacto en la salud física y mental del/la paciente.
 - Identificar barreras para la adopción de **hábitos saludables**, como la falta de información, el entorno social o la relación con el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Paso 2: Promover prácticas de reducción de daños:**
 - **Uso seguro de sustancias:** educar al paciente sobre los **riesgos del consumo de sustancias** y cómo minimizar los daños. Instruir sobre la dosificación segura, los efectos de las sustancias y la importancia de evitar mezclar sustancias peligrosas (por ejemplo, combinar GHB con alcohol).
 - Fomentar el **uso de material estéril** para evitar infecciones al compartir jeringuillas o utensilios para el consumo de sustancias psicoactivas. Proporcionar acceso a **programas de intercambio de jeringuillas** y educación sobre **uso supervisado** de sustancias si están disponibles.
 - Educar sobre el uso de **naloxona** para prevenir sobredosis, en particular si se consumen opioides. Ofrecer capacitación en el uso de naloxona y acceso a **kit**.

● Paso 3: Educación sobre la adherencia al TAR:

- Tratar cómo el **consumo de sustancias psicoactivas** puede afectar la adherencia al TAR. Explicar la importancia de tomar el TAR de manera regular, para mantener la CV indetectable y prevenir la resistencia viral.
- Proporcionar herramientas para mejorar la **adherencia al TAR**, como recordatorios por aplicaciones móviles, establecer rutinas para la toma de medicamentos, o derivar a servicios de apoyo si la adherencia es un problema.

● Paso 4: Salud mental y apoyo emocional:

- Evaluar el **impacto emocional** y psicológico que el consumo puede tener en el/la paciente, como **ansiedad, depresión, o dependencia emocional** del consumo para mantener relaciones sexuales. Abordar el **estigma** asociado y los sentimientos de aislamiento que el/la paciente pueda experimentar.
- Derivar al/la paciente a **servicios de salud mental** especializados en la gestión del uso de sustancias y la salud sexual si es necesario. Incluir en el plan de cuidados opciones de terapia psicológica o de grupos de apoyo.
- Fomentar el **autocuidado emocional**, sugiriendo técnicas de reducción del estrés como el *mindfulness*, la meditación, o la actividad física para reducir la necesidad de recurrir a sustancias psicoactivas.

● **Paso 5: Prevención secundaria:**

- Explicar la importancia de la **prevención secundaria** para evitar complicaciones relacionadas con el VIH, como el **daño hepático**, problemas neurológicos o cardiovasculares. Recomendar la realización de **pruebas regulares** para monitorizar la salud general (función hepática, renal, etc.).
- En pacientes con **uso prolongado de sustancias** o que presentan síntomas relacionados con el consumo (como deterioro cognitivo o físico), coordinar con especialistas en consumos problemáticos para evaluar la necesidad de programas de deshabituación o rehabilitación.

● **Paso 6: Fomentar el abandono progresivo de sustancias psicoactivas:**

- Si el/la paciente lo desea, ofrecer **soporte para la reducción progresiva del consumo** o su abandono, proporcionando alternativas saludables para gestionarlo.
- Facilitar la participación en programas de **reducción de daños** o apoyo en consumos problemáticos, como **terapia cognitivo-conductual** o grupos específicos para personas que consumen.

Lugar

En la consulta enfermera, en clínicas de reducción de daños, o mediante consultas de telemedicina.

Momento temporal

La educación en hábitos saludables y prevención secundaria debe iniciarse **desde la primera consulta** tras identificar que el/la paciente consume sustancias psicoactivas y reforzarse en cada consulta de seguimiento, adaptándose a la evolución de sus hábitos y necesidades.

Periodicidad

Se recomienda revisar los hábitos saludables y las medidas de prevención secundaria **en cada consulta de seguimiento**, al menos cada **3 meses**.

 **Registro de la información**

Registrar en la historia clínica electrónica la información sobre los hábitos del/la paciente relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, las recomendaciones proporcionadas y los materiales educativos entregados. También debe documentarse el seguimiento de la adherencia al TAR y cualquier intervención relacionada con la salud mental o la gestión de sustancias.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

● **Información sobre reducción de daños:**

- Buscador de centros de atención a las adicciones del Plan Nacional sobre Drogas: Portal Plan Nacional sobre Drogas: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/ayudaCerca/home.htm>

Educación sanitaria en reducción de daños.

Descripción

La **educación sanitaria en reducción de daños** se refiere a la implementación de estrategias educativas que buscan minimizar los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas en PVIH, sin necesariamente exigir la abstinencia. El objetivo es proporcionar información práctica que permita a las/los pacientes **reducir los riesgos de infecciones, sobredosis, y complicaciones de salud**, mientras se promueve un uso más seguro de las sustancias y el **autocuidado**.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Evaluación inicial del consumo:** realizar una evaluación completa del tipo de sustancias que el/la paciente consume, la frecuencia y los métodos de consumo. Identificar los principales riesgos asociados al tipo de consumo (por ejemplo, inyección de sustancias psicoactivas, uso de sustancias inhaladas, orales o fumadas).
- **Paso 2: Proporcionar información sobre prácticas de reducción de daños:** información detallada sobre TAR, potenciadores, así como interacciones con determinadas sustancias.
 - Proporcionar información sobre sustancias y autocuidados: brindar información detallada sobre las sustancias, sus incompatibilidades, prevención, autocuidado y cuidados hacia otras personas.
 - Dosificación de las sustancias y sus efectos.
 - Actuación ante situaciones de emergencia. Sobre dosis, espacios seguros, consentimiento, abusos sexuales, etc.
 - Uso de material estéril: si el/la paciente consume sustancias inyectables, proporcionar educación sobre el uso de jeringuillas y agujas estériles, e informar sobre los programas de intercambio de jeringuillas.
 - Evitar el compartir material: recalcar la importancia de no compartir jeringuillas, pipas u otros utensilios que puedan estar contaminados, para prevenir infecciones como VIH, virus de la hepatitis B y C (VHB, VHC).
 - Información sobre el consumo seguro: si el/la paciente usa sustancias inhaladas o fumadas, educar sobre la reducción de riesgos para los

pulmones y vías respiratorias. Promover el uso de boquillas individuales y evitar la mezcla de sustancias peligrosas.

- **Paso 3: Educación sobre la prevención de sobredosis:** proporcionar información para preservar su salud y reducir riesgos. Los efectos de algunas de las sustancias pueden hacerles bajar la guardia y asumir determinadas conductas que implican un mayor riesgo de infección por el VIH. Además, los efectos de las sustancias psicoactivas y la falta de sueño pueden provocar también episodios de ansiedad, alucinaciones, paranoia o psicosis.
- **Paso 4: Consejos para mejorar la salud general:**
 - Fomentar hábitos saludables para reducir el impacto del consumo de sustancias en la salud general: promover una buena nutrición, mantener un horario de sueño regular, y garantizar la hidratación.
 - Informar a el/la paciente sobre la importancia de cuidar su salud mental y ofrecer recursos para la gestión del estrés, la ansiedad y la depresión, que a menudo están asociados con el uso de sustancias.
- **Paso 5: Acceso a servicios de salud:**
 - Facilitar la vinculación del/la paciente con servicios de salud especializados en la gestión de VIH y consumo de sustancias, asegurando que tenga acceso al TAR y revisiones periódicas.
 - Proporcionar información sobre centros de tratamiento de consumos problemáticos o servicios de reducción de daños, y promover que el/la paciente mantenga contacto regular con estos recursos.
- **Paso 6: Apoyo continuo y seguimiento:**
 - Mantener una relación de apoyo, ofreciendo orientación periódica y adaptada a la situación del/la paciente. Establecer canales de comunicación para que pueda resolver dudas y recibir información actualizada sobre prácticas seguras de consumo.

Lugar

En la consulta enfermera, clínicas de atención a personas con consumos problemáticos, centros de reducción de daños o centros de salud comunitarios. Si la persona tiene dificultades para asistir presencialmente, se pueden implementar consultas de telemedicina para realizar el cribado y seguimiento.

Momento temporal

La educación en reducción de daños debe iniciarse **lo antes posible** desde la **primera consulta** tras el diagnóstico de VIH y repetirse en cada consulta de seguimiento. Además, se debe realizar en cualquier momento en que haya indicios de consumo activo, como cambios en la adherencia al tratamiento, síntomas de abstinencia o señales clínicas que sugieran abuso de sustancias.

Periodicidad

El **cribado inicial** debe realizarse en la primera consulta y repetirse de forma rutinaria al menos **cada 6 meses**. Si se detecta consumo activo, la evaluación debe realizarse en **cada consulta** para monitorear la evolución y ajustar las intervenciones según sea necesario.

Registro de la información

Los resultados del cribado y las intervenciones realizadas deben documentarse en la HCE del/la paciente. Esto incluye detalles sobre el tipo y frecuencia de consumo, el plan de intervención y cualquier referencia a servicios especializados en consumos problemáticos. Además, se debe registrar cualquier seguimiento y los resultados de las intervenciones (mejora, recaídas, cambios en el patrón de consumo).

También tener en cuenta la posibilidad de añadir observaciones subjetivas sólo visibles para personal sanitario.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- **Información sobre reducción de daños:**

- Buscador de centros de atención a las adicciones del Plan Nacional sobre Drogas: Portal Plan Nacional sobre Drogas: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/ayudaCerca/home.htm>

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta prestación consiste en la **evaluación integral de la calidad de vida** en PVIH que además presentan dependencia física o psíquica a sustancias psicoactivas. El objetivo es evaluar el impacto del consumo de sustancias y del VIH en las siguientes dimensiones: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión, con el fin de diseñar un plan de atención que promueva tanto el manejo de la infección como el tratamiento de la dependencia.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: Evaluación inicial con herramientas validadas:** utilizar una herramienta validada para la evaluación de la calidad de vida, como el EQ-5D*, que evalúa las cinco dimensiones clave. Adaptar las preguntas para tener en cuenta tanto los efectos del VIH como del consumo de sustancias en cada área.
- **Paso 2: Evaluación de la capacidad funcional:** preguntar sobre la capacidad del/la paciente para moverse sin ayuda. El consumo crónico de sustancias puede afectar la coordinación y el estado físico general. Evaluar si presenta alguna limitación motora o dolores articulares/musculares asociados.
- **Paso 3: Evaluación del autocuidado:** determinar la capacidad del/la paciente para realizar actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse, y alimentarse.
- **Paso 4: Evaluación de la capacidad para realizar actividades habituales:** preguntar si tiene dificultades para llevar a cabo sus actividades cotidianas, como trabajar, estudiar o realizar tareas del hogar. El impacto conjunto del VIH y la dependencia de sustancias puede interferir con su funcionamiento social, laboral y familiar.
- **Paso 5: Evaluación del dolor o malestar:** explorar si experimenta dolor crónico o malestar físico. Esto puede estar relacionado tanto con el VIH (dolores musculares, neuropatías) como con el consumo de sustancias (dolores por abstinencia, problemas gastrointestinales o musculoesqueléticos). (Ver prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26).

- **Paso 6: Evaluación de la ansiedad y la depresión:** valorar el estado emocional del/la paciente, explorando la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, o trastornos del estado de ánimo. La comorbilidad entre VIH, dependencia a sustancias y problemas de salud mental es común, por lo que se debe indagar si necesita apoyo psicológico o psiquiátrico.
- **Paso 7: Plan de intervención basado en los resultados:** dependiendo de las áreas afectadas, diseñar un plan que aborde tanto el control del VIH como el tratamiento para la dependencia. Esto puede incluir derivación a servicios de rehabilitación, programas de deshabituación o apoyo psicológico, además de garantizar que se sigan los TAR de manera adecuada.

Lugar

En la consulta enfermera o en centros de atención a consumos problemáticos que brinden atención integral. También puede realizarse a través de telemedicina, especialmente si la persona tiene dificultades para asistir físicamente a la consulta.

Momento temporal

La evaluación debe realizarse **en la primera visita** del/la paciente tras el diagnóstico o al ingreso en el programa de tratamiento para la dependencia de sustancias. Posteriormente, debe reevaluarse **durante las citas de seguimiento**, especialmente si hay cambios en su estado de salud o en el consumo de sustancias.

Periodicidad

Se recomienda realizar la evaluación de la CVRS **cada 6 meses** para monitorear el impacto del tratamiento tanto del VIH como del consumo problemático en la calidad de vida del/la paciente. Si hay cambios importantes en su estado físico o emocional, como una recaída en el consumo de sustancias o un cambio en el régimen antirretroviral, la evaluación debe repetirse con mayor frecuencia.

Registro de la información

Los resultados de la evaluación deben registrarse en la HCE del/la paciente. Esto incluye anotar el nivel de afectación en cada una de las cinco áreas (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión) y las intervenciones planificadas y cómo evaluaremos el resultado. También es importante registrar cualquier derivación a otros profesionales o programas como deshabituación o rehabilitación, grupos de soporte y seguimiento de entidades comunitarias.

Valorar si hay alguna observación subjetiva que deba añadirse en un apartado sólo visible para profesionales.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Davoudi M, Heydari A, Manzari ZS. Psychosocial Interventions by Nurses for Patients with HIV/ AIDS: A Systematic Review. *J Caring Sci.* 2023 Apr;26(2):94-102. doi: 10.34172/jcs.2023.30726. PMID: 37469749; PMCID: PMC10352634.
- Standards for psychological support for adults living with HIV British Psychological Society (BPS), British HIV Association (BHIVA) and Medical Foundation for AIDS & Sexual Health (MedFASH) Published: 17 November 2011
- Watson, Shaun. "HIV and recreational drug use: what nurses need to know." *HIV Nursing* 19.3 (2019): 65 Watson, Shaun. "HIV and recreational drug use: what nurses need to know." *HIV Nursing* 19.3 (2019): 65-72.
- Calvo González, S. & Negro Abascal, J. (2022). Acercamiento exploratorio al bienestar emocional y la salud del colectivo LGTBIQ+ en España. UNAD.
- Bennett, Juliet. "HIV and mental health." *HIV Nursing* 17.2 (2017): 36-47.
- Escalas para la valoración de ansiedad, depresión y sueño*:
 - La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).
 - Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GAD).
 - Escala de Índice de Gravedad del Insomnio (ISI).
 - Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño (PSQI).

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

Intervención en situación de emergencia relacionada con la salud mental o el consumo de sustancias.

Descripción

Esta prestación se enfoca en la atención ante una situación de emergencia por consumo de sustancias psicoactivas en un/una paciente que presenta ansiedad severa, psicosis, paranoia o ideación/conducta suicida. Es fundamental actuar de manera rápida, segura y efectiva. A continuación, se detalla el procedimiento de intervención en la consulta.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● Paso 1: Evaluación inicial de la situación.

- **Mantener la calma y transmitir seguridad** al/la paciente.
- **Valorar el estado general:** signos vitales (frecuencia cardíaca, PA, temperatura, frecuencia respiratoria).
- **Identificar la sustancia consumida**, cantidad, vía de administración y tiempo transcurrido.
- **Evaluar el nivel de conciencia** (orientación en tiempo, espacio y persona).
- **Determinar la presencia de síntomas graves**, como:
 - Crisis de ansiedad intensa o ataques de pánico.
 - Alucinaciones, delirios o comportamiento desorganizado.
 - Paranoia extrema (sensación de persecución o peligro inminente).
 - Ideación suicida y riesgo de autolesión.
 - Agitación psicomotora o agresividad.

● Paso 2: intervención según el cuadro clínico.

- **Crisis de ansiedad intensa:**
 - Trasladar al/la paciente a un lugar tranquilo y con poca estimulación.
 - Usar técnicas de respiración guiada y relajación progresiva.

- Mantener un tono de voz calmado y pausado.
- Evitar confrontaciones y proporcionar seguridad verbal.
- **Síntomas psicóticos o paranoia:**
 - Evitar discutir sobre sus delirios o alucinaciones.
 - Minimizar estímulos ambientales (ruidos, luces intensas, personas alrededor).
 - No realizar movimientos bruscos ni invadir su espacio personal.
 - Derivar a un servicio de urgencias psiquiátricas si es necesario.
- **Ideación o conducta suicida:**
 - **No dejar solo al/la paciente** en ningún momento.
 - Preguntar directamente por sus pensamientos suicidas para valorar el nivel de riesgo.
 - Si hay un plan estructurado o riesgo inminente, activar protocolos de emergencia y derivación inmediata.
- Agitación psicomotora o agresividad:
 - Garantizar la **seguridad del/la paciente y del equipo de salud**.
 - Intentar **desescalar la crisis** con técnicas de contención verbal.
 - Si el/la paciente es un peligro para sí mismo o para otros, **llamar a los servicios de emergencias** para su traslado a un centro hospitalario.
- **Paso 3: derivación y seguimiento.**
 - **Si el/la paciente requiere atención urgente:** derivar a un servicio de urgencias psiquiátricas u hospitalización.
 - **Si no es una emergencia vital:** indicar seguimiento psiquiátrico y psicológico, además de evaluación toxicológica si es necesario.
 - **Brindar educación al/la paciente y/o acompañantes** sobre efectos del consumo y gestión de crisis futuras.

Importante: en todos los casos, es crucial priorizar la seguridad, tanto del/la paciente como del personal de salud, y actuar con empatía y profesionalismo.

Lugar

En la consulta enfermera, centros de reducción de daños, centros de AP o entidades comunitarias.

Momento temporal

La detección debe realizarse **desde la primera consulta** cuando se inicia el TAR y continuar de forma regular en cada consulta de seguimiento.

Periodicidad

En cada consulta.

Registro de la información

Toda la información debe documentarse en la HCE. Se debe registrar cualquier **intervención realizada**.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Documento de consenso sobre la gestión clínica de la comorbilidad neuropsiquiátrica y cognitiva asociada a la infección por VIH. Panel de expertos del grupo de estudio de sida (GeSIDA). https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/02/Guia_GESIDA_ManejoClinicoComorbilidad.pdf
- Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027. Comisionado de Salud Mental Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevencion_del_suicidio_2025_2027.pdf
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad 2022. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdfponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Potenciar habilidades de interacción social y participación en la comunidad en PVIH consumidoras de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica.

Descripción

Evaluar las necesidades sociales de las PVIH durante la consulta enfermera, asegurando su acceso a servicios de salud y recursos comunitarios, especialmente en el caso de usuarios de sustancias psicoactivas, facilitando su participación en la comunidad y mejorando su bienestar general a través del acceso a recursos socioculturales y comunitarios.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● **Paso 1: evaluación inicial de habilidades y necesidades sociales.**

- Entrevista inicial: realizar preguntas abiertas para evaluar las habilidades de interacción social del/la paciente.
- Identificación de barreras: evaluar posibles barreras que dificultan la interacción social.
 - Vivienda: "¿Te sientes seguro/a en tu hogar actual?"
 - Empleo: "¿Tienes acceso a empleo o algún apoyo económico?"
 - Acceso a servicios: "¿Has tenido problemas para acceder a servicios sociales?"
 - Apoyo emocional: "¿Tienes alguien con quien hablar sobre tus preocupaciones?"
 - Red de apoyo: indagar sobre relaciones significativas: "¿Quiénes son las personas que te apoyan en tu vida diaria?"
 - Aislamiento: identificar cualquier situación de aislamiento o falta de apoyo.
- Reflexionar sobre experiencias pasadas de interacción social e identificar situaciones en las que se ha sentido cómodo/a o incómodo/a.
- Hacer una lista de personas o grupos con los que le gustaría interactuar.

● **Paso 2: elaboración de un mapa de redes de apoyo y recursos comunitarios.**

- Identificación de recursos: crear un directorio de recursos comunitarios que incluya entidades comunitarias, clínicas legales y apoyo psicológico. Establecer conexiones con organizaciones locales.
- Colaboración con trabajo social: coordinar con el departamento de trabajo social del hospital para establecer un circuito de derivación eficaz.
- Investigar sobre grupos comunitarios o actividades locales en las que pueda participar, proporcionando información sobre cómo acceder a estos recursos.
- Ajustar los recursos disponibles que más se ajusten al/la paciente.
- Ofrecer soporte a través de redes de apoyo y recursos comunitarios, enfatizando el trabajo en grupos, la terapia de pareja y la creación de redes de apoyo con personas que fomenten vínculos seguros, libres de presión hacia el consumo.

● **Paso 3: derivación a servicios legales y sociales.**

- Identificación de necesidades de asesoría: reconocer cuando un/una paciente requiera asesoría legal o social y derivarlo a las instituciones adecuadas (como entidades comunitarias o clínicas legales, por ejemplo, la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá).
- Información sobre derechos: proporcionar información clara a los/las pacientes sobre sus derechos y las opciones disponibles para ellos.

● **Paso 4: desarrollo de un plan personalizado de cuidados.**

- Crear un plan individualizado que contemple las necesidades identificadas.
- Acompañar el proceso de transición hacia una vida sobria, identificando desencadenantes, desarrollando nuevas habilidades de afrontamiento y creando un plan para redefinirse desde el bienestar.
- Establecer metas personales sobre la participación en la comunidad y la interacción social.
- Incluir estrategias de reducción de daños en el consumo de sustancias, mejorando los recursos disponibles para la persona en caso de abandonar la atención terapéutica o enfrentar nuevos episodios de riesgo.
- Colaborar con otros profesionales de la salud para ofrecer un enfoque integral que aborde la salud mental y el bienestar general de la persona.
- Revisar y ajustar regularmente sus metas y progresos con la ayuda de la enfermera y otros profesionales.

Lugar

En la consulta enfermera, en colaboración con el departamento de trabajo social y otros servicios comunitarios.

Momento temporal

Durante la primera visita y en cada consulta de seguimiento cuando se identifiquen nuevas necesidades sociales o administrativas.

Periodicidad

Evaluación continua y periódica de las necesidades sociales y administrativas del/la paciente.

Registro de la información

Registrar en la HCE las necesidades identificadas, así como las derivaciones realizadas y la información proporcionada al/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- La Clínica Legal de la Universidad de Alcalá Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>
- CESIDA – Clínica Legal: <https://cesida.org/clinicalegal/>
- CESIDA – Alfabetización legal: <https://cesida.org/clinicalegal/alfabetizacion-legal/>
- Mapa de recursos locales y virtuales: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/mapaCentrosComunitarios.htm>
- gTt – Derechos de las personas: <https://www.gtt-vih.org/implicate/derechos-de-las-personas-con-vih/>
- gTt – Clínica legal: <https://www.gtt-vih.org/implicate/clinica-legal>

Potenciar vínculo terapéutico.

Descripción

Potenciar el vínculo terapéutico significa fortalecer la relación de confianza y comunicación entre la PVIH y el equipo de salud, lo cual es esencial para mejorar la adherencia al tratamiento, la efectividad de las intervenciones y el bienestar general del/la paciente. En estas personas, especialmente aquellos con comorbilidades como el consumo de sustancias psicoactivas, un vínculo terapéutico sólido es clave para un cuidado integral y continuo, y para que el/la paciente se sienta apoyado en su proceso de tratamiento y recuperación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● **Paso 1: Crear un ambiente de confianza:**

- Iniciar cada consulta o encuentro creando un espacio seguro, confidencial y libre de juicios. Permitir que exprese sus preocupaciones, dudas o temores sin interrupciones.
- Demostrar empatía y una actitud no confrontativa, especialmente en temas delicados como el uso de sustancias, adherencia al tratamiento o comportamientos de riesgo.

● **Paso 2: Comunicación clara y efectiva:**

- Utilizar un lenguaje claro y sencillo, adaptado al nivel de comprensión del/la paciente. Asegurarse de que entienda las recomendaciones educativas, los efectos secundarios del tratamiento y las implicaciones del VIH.
- Proveer retroalimentación positiva cuando el/la paciente sigue el tratamiento o hace mejoras en sus hábitos de autocuidado.

● **Paso 3: Escucha activa:**

- Practicar la escucha activa, prestando atención a las emociones, preocupaciones y necesidades expresadas. Hacer preguntas abiertas que permitan verbalizar sus sentimientos y experiencias.

● **Paso 4: Cocreación del plan de tratamiento:**

- Involucrar a la persona en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento. Explicar las opciones terapéuticas y permitir que participe en la elección de los métodos que se adapten mejor a su estilo de vida.
- Fomentar la autonomía, brindando la información necesaria para que la persona se sienta capacitada para tomar decisiones informadas sobre su salud.

● **Paso 5: Apoyo emocional:**

- Facilitar un apoyo emocional constante, especialmente en momentos críticos del tratamiento, como un diagnóstico reciente, una recaída en el consumo de sustancias o problemas con la adherencia al TAR.
- En caso de que la persona muestre signos de ansiedad, depresión o estrés, ofrecer derivación a servicios de psicología o psiquiatría cuando sea necesario.

● **Paso 6: Seguimiento proactivo:**

- Realizar un seguimiento activo con contacto regular entre consultas. Esto puede incluir llamadas telefónicas, mensajes o recordatorios para verificar cómo se siente el/la paciente y si tiene alguna inquietud respecto al tratamiento.
- Proveer un canal de comunicación accesible para que la persona pueda contactar al equipo de salud si necesita orientación o apoyo entre consultas programadas.

● **Paso 7: Respeto por la individualidad:**

- Reconocer y respetar las particularidades de la persona, como sus creencias culturales, sociales y religiosas. Adaptar las intervenciones a sus valores y contexto personal, fomentando una relación basada en el respeto mutuo.

Lugar

En la consulta enfermera o en centros de atención a consumos problemáticos que brinden atención integral. También puede realizarse a través de telemedicina, especialmente si la persona tiene dificultades para asistir físicamente a la consulta. Además, en contextos de atención comunitaria o programas de salud mental, es fundamental mantener una presencia continua para reforzar el vínculo a través de diversas plataformas de comunicación.

Momento temporal

El vínculo terapéutico debe construirse desde la **primera consulta** y fortalecerse a lo largo de todo el proceso de atención. Cada encuentro es una oportunidad para profundizar la confianza y mantener la comunicación abierta, por lo que debe potenciarse continuamente.

Periodicidad

El fortalecimiento del vínculo debe ser **continuo** en cada interacción. Esto incluye el seguimiento entre consultas programadas, mediante llamadas, mensajes, o visitas periódicas, para asegurar que el/la paciente sienta un **acompañamiento constante** y se mantenga comprometido con su cuidado.

Registro de la información

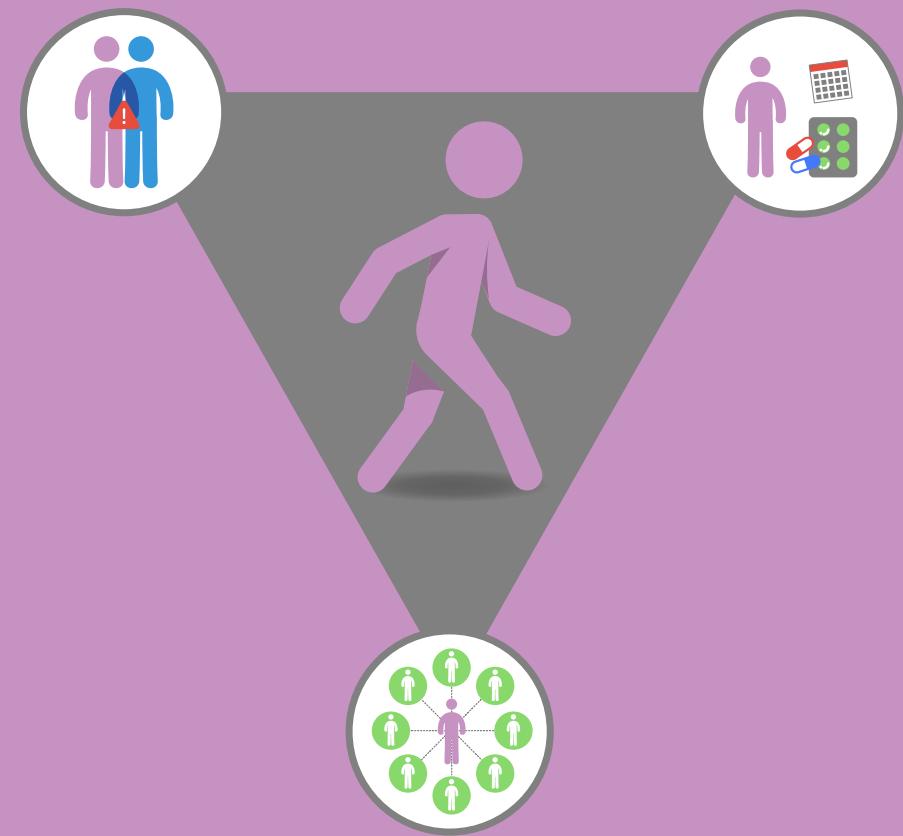
Se debe documentar en la HCE cualquier intervención destinada a fortalecer el vínculo terapéutico, incluyendo observaciones sobre la relación entre el/la paciente y el equipo de salud. Además, se deben registrar cualquier **cambio en la adherencia**, comentarios del/la paciente sobre el apoyo recibido, y las estrategias utilizadas para mejorar la comunicación y la confianza.

También tener en cuenta la posibilidad de añadir observaciones subjetivas sólo visibles para personal sanitario.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Davoudi M, Heydari A, Manzari ZS. Psychosocial Interventions by Nurses for Patients with HIV/ AIDS: A Systematic Review. *J Caring Sci.* 2023 Apr 26;12(2):94-102. doi: 10.34172/jcs.2023.30726. PMID: 37469749; PMCID: PMC10352634

Paciente con infección por VIH y prácticas sexuales de riesgo



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

1

Asesoramiento legal y social.

Descripción

Esta prestación tiene como objetivo proporcionar recursos locales y virtuales sobre los derechos de las PVIH y otras ITS. El objetivo es facilitar su alfabetización en derechos, promover la activación y el empoderamiento para mejorar la estrategia de autocuidado. A través de este asesoramiento, se fomenta la incorporación de medidas de prevención que contribuyan a la reducción de las ITS, garantizando así una mejor calidad de vida y equidad en el acceso a los servicios de salud.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** valorar el grado de conocimiento de los derechos y obligaciones en relación a la posible transmisión de ITS y la importancia, ética y legal, de cumplir con los períodos de abstinencia para evitar contagios.
- **Paso 2:** aportar información sobre recursos locales y virtuales en relación a derechos de las PVIH y otras ITS.
- **Paso 3:** establecer vínculo terapéutico y de confianza que permita a la enfermería ser profesionales de referencia para las personas que están en período de ITS recurrentes.
- **Paso 4:** incorporar un enfoque en derechos sexuales: incluir el respeto al consentimiento, la libre expresión de la sexualidad y el derecho a la información y educación sexual.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda aportar información que capacite y active a la PVIH en incorporar medidas preventivas que le permitan un disfrute de su sexualidad plena con una mejor gestión del riesgo.

Momento temporal

En el momento de diagnóstico de ITS.

Periodicidad

Siempre que la PVIH lo necesite o cuando la enfermería crea necesaria esta intervención.

Registro de la información

La información proporcionada al/la paciente, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier referencia hecha a servicios externos, como psicología, trabajo social, entidades comunitarias, y un seguimiento de si el/la paciente accedió o no a dichos recursos.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Atención y apoyo al VIH (ONUSIDA): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
- CESIDA Alfabetización legal y clínica legal: <https://cesida.org/clinicalegal/la-clinica-legal-cesida/> • <https://cesida.org/clinicalegal/alfabetizacion-legal/>
- Mapa de recursos locales y virtuales: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/mapaCentros-Comunitarios.htm>
- gTt Derechos de las personas: <https://www.gtt-vih.org/implicate/derechos-de-las-personas-con-vih/> • <https://www.gtt-vih.org/implicate/clinica-legal/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación.

Descripción

Esta prestación se enfoca en la detección temprana de falta de adherencia al TAR y de la pérdida de seguimiento médico, con el objetivo de intervenir rápidamente y evitar que la PVIH se vea afectada por una progresión del VIH, de otra ITS, o por complicaciones relacionadas. La adherencia es crucial para mantener una CV indetectable, mientras que la falta de seguimiento puede conllevar abandono del tratamiento, más trasmisibilidad de VIH/ITS y aumento del riesgo de complicaciones de salud.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

● **Paso 1: evaluación inicial de adherencia:**

- Explorar factores que puedan influir en la adherencia como: el consumo de sustancias psicoactivas; problemas de salud mental; falta de apoyo social o dificultades económicas para acceder a los tratamientos.

● **Paso 2: monitoreo continuo de la adherencia:**

- Durante cada consulta de seguimiento, preguntar activamente sobre la adherencia al tratamiento y evaluar posibles señales de alerta, como olvidos frecuentes, efectos secundarios no manejados o falta de acceso al tratamiento.
- Utilizar herramientas estandarizadas como el SMAQ* (Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral) o entrevistas clínicas para identificar posibles dificultades en la adherencia.
- Usar aplicaciones móviles o recordatorios electrónicos para monitorizar la toma de medicación si el/la paciente tiene acceso a la tecnología. En caso de sospecha de falta de adherencia, realizar un seguimiento más cercano y estructurado.

● **Paso 3: identificación de pérdida de seguimiento:**

- Si una PVIH falta a una consulta, realizar un contacto proactivo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para reprogramar la cita y evaluar posibles barreras que impidan su asistencia.

● **Paso 4: identificación de barreras para la adherencia y el seguimiento:**

- Si se detecta una falta de adherencia o pérdida de seguimiento, realizar una evaluación integral para identificar las barreras subyacentes que afectan al seguimiento o la adherencia y su relación con más prácticas de riesgo y como consecuencia aumento de ITS.
- Estas pueden incluir:
 - Estigmatización o rechazo social que pueden llevar al abandono del tratamiento.
 - Salud mental afectada como depresión o ansiedad y su relación con mas prácticas de riesgo y por lo tanto aumento de ITS.
 - Consumo de sustancias psicoactivas especialmente en personas que practican *chemsex*.
- Derivar a los/las pacientes a los recursos adecuados según las barreras identificadas (psicología, asistencia social, programas de reducción de daños).

● **Paso 5: intervención para mejorar la adherencia:**

- Desarrollar un plan de intervención individualizado basado en las necesidades del/la paciente. Esto puede incluir:
 - Educación sanitaria sobre la importancia de la adherencia para mantener la CV indetectable y prevenir la resistencia viral.
 - Soporte psicológico para trabajar problemas emocionales o de salud mental que afecten la adherencia.
 - Proporcionar estrategias de organización, como la configuración de recordatorios en el teléfono móvil o el uso de dispensadores de medicamentos semanales.
 - Coordinar con trabajo social para ayudar con el acceso a los medicamentos si hay barreras económicas o logísticas.
- En casos de consumo de sustancias o situaciones de *chemsex*, intervenir con estrategias de reducción de daños para minimizar el impacto en la adherencia y el seguimiento.

● **Paso 6: seguimiento intensificado en pacientes con alta vulnerabilidad:**

- Para aquellos pacientes que muestran una falta de adherencia reiterada o están en riesgo de pérdida de seguimiento, establecer un seguimiento más frecuente, con consultas regulares cada 1 o 2 meses, y contacto proactivo entre visitas.

- Asegurarse de que la PVIH identifique la consulta enfermera como recurso de contacto accesible.

Lugar

En la consulta enfermera, en centros comunitarios de salud o mediante plataformas de telemedicina que faciliten el contacto continuo.

Los circuitos de derivación rápida entre los diferentes sectores de salud agilizan esta continuidad de cuidados y la revinculación si fuera necesaria.

Momento temporal

La detección debe realizarse desde la primera consulta cuando se inicia el TAR y continuar de forma regular en cada consulta de seguimiento y siempre que el equipo interdisciplinar valore la necesidad de intervención por riesgo de desvinculación.

Periodicidad

La adherencia debe ser monitoreada en cada consulta, con revisiones más intensas durante los primeros meses de tratamiento y posteriormente cada 3 a 6 meses, dependiendo de la estabilidad del/la paciente.

Registro de la información

Toda la información sobre la adherencia del/la paciente y la asistencia a las consultas debe documentarse en la HCE. Se debe registrar cualquier intervención realizada para mejorar la adherencia o superar barreras. También se debe documentar cualquier contacto proactivo hecho para recuperar pacientes que han perdido seguimiento.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>
- Izquierdo R, Rava M, Moreno-García E, Blanco JR, Asensi V, Cervero M, Curran A, Rubio R, Iribarren JA, Jarrín I; Cohort of the Spanish HIV/AIDS Research Network (CoRIS). HIV medical care interruption among people living with HIV in Spain, 2004–2020. AIDS. 2023 Jul 1;37(8):1277-1284. doi: 10.1097/QAD.0000000000003552. Epub 2023 Mar 21. PMID: 36939068 Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36939068>

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

Educación para la salud sobre la infección por VIH y otras ITS y hábitos saludables que permita el autocuidado.

Descripción

Son todas aquellas recomendaciones que debemos hacer sobre prevención combinada, prevención de riesgos y de reducción de daños. En definitiva, intervenciones preventivas positivas adaptadas a las necesidades de cada persona, sus prácticas sexuales y sus compensaciones del riesgo.

El objetivo es empoderar a la PVIH para que tome decisiones informadas sobre su salud y estilo de vida, ayudando a mantener su bienestar físico y emocional, reducir el riesgo de transmisión y gestionar mejor los efectos del VIH.

Esta prestación se centra en capacitar a las PVIH para que adquieran las competencias necesarias para el autocuidado en la gestión del VIH y otras ITS. El objetivo es que el/la paciente desarrolle habilidades y conocimientos que le permitan cuidar su salud de manera autónoma. Capacitar en autocuidados mejora la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y fomenta la responsabilidad personal en el manejo de las ITS.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: evaluación de los conocimientos del /la paciente.** Comenzar con una conversación para conocer el nivel de conocimiento sobre el VIH y otras ITS, su transmisión y tratamiento.
- **Paso 2: explicar la infección por VIH y otras ITS.** Ofrecer una explicación detallada pero accesible sobre las ITS y cómo afecta a la salud. Aclarar cualquier duda sobre cómo se transmiten y estrategias de prevención de riesgos y de reducción de daños. Enseñar al/la paciente a monitorizar su estado de salud, cómo reconocer signos de alerta y cuándo debe consultar con el personal sanitario.
- **Paso 3: hábitos saludables relacionados con el autocuidado, la salud mental y emocional.** Proporcionar información sobre cómo gestionar el estrés, la ansiedad o la depresión que pueden estar asociados a prácticas sexuales de más riesgo y al diagnóstico del ITS (uso y abuso de aplicaciones para sexo, consumo compulsivo de sexo) y ofrecer apoyo psicológico si fuera necesario. Facilitar información sobre grupos de apoyo o servicios de salud mental donde el/la paciente pueda recibir ayuda emocional y social.

● Paso 4: prevención y reducción de riesgos:

- Sexualidad más segura: educar sobre prácticas sexuales más seguras, incluyendo el uso consistente de preservativos y lubricantes en todas las relaciones sexuales independientemente del estado serológico del/la paciente o sus parejas. Proveer preservativos y lubricantes cuando sea necesario. Explicar cómo mantener CV indetectable con la adherencia al TAR puede reducir el riesgo de transmisión del VIH ($I=I$), pero recalcar que no previene de otras ITS.
- Prevención de la transmisión de ITS y VIH: fomentar la prevención de la transmisión del VIH, el VHC y otras ITS, proporcionando estrategias claras y efectivas.
- Reducción de daños y encuentros seguros: promover la reducción de daños y fomentar encuentros sexuales respetuosos y seguros, priorizando la salud y el bienestar.
- Percepción de riesgos en el chemsex: trabajar la percepción de los riesgos para la salud asociados con las prácticas de chemsex, enfocándose en la reducción de riesgos tanto en relación con las ITS como con el consumo de sustancias.
- Estrategias de reducción de daños: desarrollar y promover estrategias de reducción de daños, como el uso de métodos preventivos, la planificación de encuentros sexuales y la gestión de la salud mental.
- Trabajo sobre el consentimiento sexual: ofrecer espacios específicos para trabajar el consentimiento sexual entre personas que practican chemsex, promoviendo el desarrollo de habilidades comunicativas con las parejas sexuales y fomentando la conciencia sobre prácticas y encuentros no consentidos.
- Exploración de situaciones de violencia sexual: explorar y abordar situaciones de violencia sexual, proporcionando apoyo para su prevención y resolución.

● Paso 5: fomentar el autocuidado y la responsabilidad personal:

- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el autocuidado: incorporar medidas de prevención, alertar ante cualquier síntoma sugerente de ITS.
- Desarrollar junto con la PVIH un plan de acción que lo motive a seguir hábitos saludables y a responsabilizarse de su bienestar diario.

Lugar

En la consulta enfermera, centros de salud comunitarios, centro de AP y/o mediante plataformas de telemedicina que faciliten el contacto continuo.

Momento temporal

Esta educación debe proporcionarse desde la primera visita de la persona tras el diagnóstico de VIH, y reforzarse en cada consulta médica de seguimiento. Especialmente cuando hay cambios en el tratamiento o la persona se enfrenta situaciones difíciles (como cambios de estado de salud o problemas emocionales).

Periodicidad

La educación para la salud debe ofrecerse de manera continua pero con mayor énfasis en la PVIH siempre que sea diagnosticado de una ITS. Se recomienda revisar los hábitos saludables y las medidas de prevención secundaria en cada consulta de seguimiento, al menos cada 3 meses si el/la paciente practica chemsex de forma regular. Esto permitirá un monitoreo constante de su salud y la prevención de ITS o problemas de salud mental.

Registro de la información

Se deben documentar en la HCE las sesiones educativas impartidas, incluyendo los temas tratados, las preocupaciones expresadas por la PVIH y el nivel de comprensión alcanzado. Dejar siempre registrado en el curso clínico del/la paciente con lenguaje adecuado y preciso.

Además, registrar las recomendaciones específicas sobre autocuidado que se le han proporcionado y cualquier material educativo entregado (trípticos, enlaces a recursos en línea, aplicaciones móviles).

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Atención y apoyo al VIH (ONUSIDA): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2741_HIV-care-and-support_es.pdf
- Guía metodológica de educación sexual para la prevención del VIH y otras ITS (CESIDA): <https://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/GuiaMetodologiaEducacionSexual.pdf>
- gTt:
 - Drogas/chemsex: <https://www.gtt-vih.org/publicaciones-categoría/drogas-chemsex/>
 - Slammer: Guía para la reducción de daños asociados al uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo (edición 2024): https://www.gtt-vih.org/sdm_downloads/slammer-guia-para-la-reducción-de-danos-asociados-al-uso-de-drogas-inyectables-en-las-sesiones-de-sexo-edicion-2024/
 - Chequeos de salud sexual: <https://www.gtt-vih.org/cuidate/bien-estar-sexual/chequeos-de-salud-sexual/>
 - ITS: <https://www.gtt-vih.org/?s=salud+sexual+ITS>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>
- Reducción de riesgos en chemsex (sanidad.gob.es): <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/Anexo.pdf>
- Reducción de riesgos y daños y autocuidado en chemsex (Apoyo Positivo): https://apoyopositivo.org/wp-content/uploads/2024/10/Guia_Chemsex_Parte01.pdf
- El papel de los y las profesionales de la Sexología en la respuesta al fenómeno del chemsex. DOCUMENTO TÉCNICO. Grupo de trabajo: sexología y chemsex. Enero de 2025.
- ComitéVLC: <https://comiteantisidavalencia.org/chemsex/>
- Chemsex info: <https://chemsex.info/>
- Chemsafe: <https://www.chem-safe.org/>

Entrenar las habilidades de identificación y uso de recursos comunitarios disponibles.

Descripción

Implicar a las PVIH en su autocuidado mejora sus resultados en salud. Para potenciar su autocuidado es necesario realizar intervenciones centradas en alfabetización, información y capacitación sobre los recursos sanitarios y comunitarios de los que disponemos.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** a raíz del auge de las ITS, la realización de pruebas diagnósticas de ITS ha aumentado. La consulta enfermera, por su accesibilidad, es un recurso muy utilizado por los/las pacientes, junto con centros de referencia de ITS, centros de AP y el entorno comunitario.
- **Paso 2:** evaluación de las necesidades del/la paciente. Realizar una evaluación inicial para identificar las necesidades específicas en relación a salud sexual y la gestión de ITS. Preguntar si la PVIH ya está conectada con alguna red de apoyo o si necesita ayuda para acceder a ciertos servicios.
- **Paso 3:** proveer información sobre recursos sanitarios. Informar sobre la disponibilidad de tratamiento de las ITS y el acceso a consultas periódicas. Proveer información sobre grupos de apoyo, tanto presenciales como virtuales, para PVIH y son diagnosticadas de ITS. Conocer la cartera de servicios de cada organización comunitaria para adecuar el recurso que cada persona necesita.
- **Paso 4:** educación sobre los derechos de la PVIH. Informar al/la paciente sobre sus derechos legales y de confidencialidad en relación con su diagnóstico. Facilitar información para denunciar discriminación o violaciones a sus derechos si es necesario.
- **Paso 5:** facilitar acceso a recursos. Ayudar al/la paciente a navegar por el sistema de salud y el comunitario, incluyendo la orientación sobre cómo solicitar ciertos servicios. Si es necesario, acompañar o referir al/la paciente a los recursos adecuados.

Lugar

En la consulta enfermera donde se pueda aportar información que capacite y active a la PVIH a incorporar medidas preventivas que le permitan una mejor gestión del riesgo.

Momento temporal

Esta intervención debe realizarse siempre que la PVIH lo solicite y/o cuando tenga un diagnóstico de ITS. Se debe actualizar la información si hay cambios en los recursos disponibles o en las necesidades del/la paciente.

Periodicidad

Se recomienda que esta prestación se realice en la primera consulta de enfermería o en una de las primeras visitas. Sin embargo, debe revisarse y actualizarse cuando haya cambios importantes en los servicios de salud o comunitarios disponibles, como la apertura de nuevas clínicas o cambios en los programas de apoyo.

Registro de la información

La información proporcionada a la PVIH, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier referencia de derivación: medicina preventiva, psicología, trabajo social, entidades comunitarias, atención primaria, etc.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- CESIDA: <https://cesida.org/>
- gTt:
 - <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/drogas-chemsex/slammimguia-para-la-reduccion-de-danos-asociados-al-uso-de-drogas-inyectables-en-las-sesiones-de-sexo-edicion-2024/>
 - https://www.gtt-vih.org/files/active/1/Guia_slamming_Segunda_Edition_gTt_2021.pdf
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>
- ANEXO Reducción de riesgos en chemsex. DOCUMENTO TÉCNICO ABORDAJE DEL FENÓMENO DEL CHEMSEX. Ministerio de Sanidad.
 - <https://chemsex.info/>
 - <https://www.chem-safe.org/>
 - <https://stopsida.org/videos/>
 - <https://apoyopositivo.org/blog/proyectos/practicas-chemsex/>
 - <https://comiteantisidavalencia.org/chemsex/>
- El proyecto "Chemsex Care" en Londres ha sido exitoso al integrar servicios de salud mental, reducción de daños y tratamiento del VIH.

5

Estudio de contactos.

Descripción

El estudio de contactos es un proceso confidencial mediante el cual se informa a los contactos sexuales de que han estado en contacto con una ITS ofreciéndoles atención y tratamiento. Este estudio beneficia clínicos y de salud pública:

- Evita reinfeciones del caso índice.
- Diagnóstica y trata a personas que puedan estar infectadas y que, además, pudieran estar asintomáticas.
- Rompe la cadena de transmisión de la infección a nivel de salud pública.

Para ello es relevante realizar asesoramiento sobre importancia de comunicarlo, formas de hacerlo y circuitos a seguir para los contactos sexuales.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** tratar el tema de la importancia de avisar a sus parejas sexuales.
- **Paso 2:** para la intervención sobre los contactos sexuales, recomendaciones de abstinencia sexual (el tiempo varía en función del agente, según el síndrome o el microorganismo).
- **Paso 3:** proporcionar los recursos donde pueden acudir los contactos: consulta de enfermería, centros de ITS, centros de AP o entidades comunitarias.
- **Paso 4:** en algunas ITS es recomendable realizar pruebas de curación.

Lugar

En la consulta enfermera, centros de ITS, centros de AP o entidades comunitarias.

Momento temporal

Cada vez que la PVIH acuda con sintomatología, se le diagnostique y/o trate una ITS.

Periodicidad

Siempre que una PVIH sea diagnosticada de ITS.

Registro de la información

La información proporcionada a la PVIH, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de la intervención de búsqueda de contactos.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- CESIDA: <https://cesida.org/>
- gTt: <https://www.gtt-vih.org/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Evaluación CVRS.

Descripción

El objetivo es obtener una visión integral de cómo la persona está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, el diagnóstico de otras ITS y su gestión para ajustar un plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** dado que el riesgo de adquirir una ITS afecta a cualquier persona sexualmente activa, pero existe un mayor riesgo asociado con algunas prácticas conductuales relacionadas con la vida sexual: el número de parejas sexuales, el tipo de pareja sexual (estable o casual, nueva pareja reciente, pareja con ITS, parejas anónimas, etc.), el uso inconsistente de medidas de protección, el uso sexualizado de sustancias psicoactivas, el antecedente reciente de otra ITS o la práctica de sexo transaccional, entre otros.
- **Paso 2:** realizar una completa anamnesis basada en preguntas claras, respetuosas y sin prejuicios en un entorno de confianza como clave para estimar el riesgo de exposición a ITS y poder realizar una aproximación correcta. La completa anamnesis debe basarse en 5 aspectos concretos, tales como: historia clínica actual, historia previa de ITS, prácticas y comportamientos sexuales, procedimientos de protección frente ITS/VIH y ofrecer la posibilidad de realizar preguntas sobre salud sexual o ITS.
- **Paso 3:** seguimiento y reevaluación. Establecer un calendario posintervención para evaluar de manera periódica estas áreas, ajustando las intervenciones a una gestión de autocuidado que mejore su salud sexual y por lo tanto su CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera donde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada de las prácticas del riesgo de adquisición de una ITS de cada persona, que nos permita reducir las "oportunidades perdidas" en la detección de nuevas infecciones y pactar intervenciones de reducción de riesgos y daños.

Momento temporal

Se recomienda realizar la evaluación de CVRS, en su esfera de salud sexual, en la primera consulta tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando la PVIH se sienta preparada.

Es fundamental volver a evaluar de forma regular durante el seguimiento del proceso crónico de infección por VIH, ya que las dinámicas y prácticas de la persona pueden cambiar con el tiempo y el diagnóstico de otras ITS puede ser un hito significativo en la vida de una PVIH que nos hablará de cómo está viviendo su sexualidad.

Periodicidad

La evaluación de un/una paciente con ITS debe realizarse según protocolo. Se recomienda cada 3 meses, si ITS recurrentes y revalorar periodicidad a 6 meses o 1 año dependiendo del/la paciente y el grado de incorporación e interiorización de medidas de prevención de ITS.

Registro de la información

La información proporcionada al/la paciente, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier referencia de derivación: medicina preventiva, psicología, trabajo social, organizaciones comunitarias o atención primaria, etc.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Guía de consenso SEIMC: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. [Online]; Noviembre 2024. Available from: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>
- "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

7

Facilitar el acceso a las herramientas de prevención combinada.

Descripción

Ofrecer a la PVIH todos los recursos de prevención combinada de los que disponemos. Previamente debemos de tener bien mapeada la cartera de servicio y cuáles son las recomendadas más adecuadas para cada PVIH.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** previamente debemos de conocer todas las estrategias de prevención que tenemos a nuestro alcance (recomendación de uso de preservativos y lubricantes, vacunación, doxi-pep, estrategias de reducción de riesgos, realizar cribado regular de ITS, y si hay diagnóstico de ITS realizar tratamiento de forma precoz) y cuáles son las recomendadas/adecuadas para cada paciente.
- **Paso 2:** facilitar el acceso a aquellas más recomendadas/adecuadas para cada paciente.
- **Paso 3:** realizar seguimiento de la adherencia a las estrategias de prevención y refuerzo siempre que sea necesario.

Lugar

En la consulta enfermera, centros de ITS o entidades comunitarias.

Momento temporal

Ante un diagnóstico de ITS, realizar refuerzo de estrategias de prevención combinada.

Periodicidad

Siempre y cuando la PVIH lo solicite o si la enfermería lo considera necesario.

Registro de la información

La información proporcionada a la PVIH, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- Mapa de recursos locales: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/mapaCentrosComunitarios.htm>
- gTt prevención combinada: <https://www.gtt-vih.org/aprende/prevencion/que-es-la-prevencion-sexual-combinada/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Potenciar vínculo terapéutico que permita la detección de ITS de forma precoz.

Descripción

A través de la entrevista motivacional intentar establecer vínculo y relación terapéutica libre de juicios de valor, discriminación, y de "echar la bronca/o dar sermón", con el fin de ayudar en la identificación de las posibles causas de las prácticas sexuales de riesgo. Este vínculo debe estar basado en confianza y en potenciar la responsabilidad y el autocuidado en reducción de riesgos y daños.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** realizar una anamnesis detallada sobre ITS, hábitos sexuales y medidas preventivas, garantizando confidencialidad y empatía.
- **Paso 2:** desde una amplitud de miras y una sexualidad positiva y respetuosa hacer intervenciones pactadas y adecuadas a cómo cada persona quiere disfrutar su sexualidad. En el caso de consumo de sustancias para mantener relaciones sexuales (*chemsex*), existen algunas preguntas que pueden ayudar a realizar esta valoración inicial:
 - "¿Usas sustancias psicoactivas de fiesta para tener sexo?"
 - "¿Cuál es tu sustancia psicoactiva preferida?"
 - "¿Cuándo fue la última vez que tuviste sexo sobrio/a?"
 - "¿Cuánto tiempo permaneces despierto/a?"
 - "¿A veces te arrepientes de las decisiones que tomas cuando estás consumiendo?"
 - "¿Tuviste alguna mala experiencia en el segundo o tercer día despierto/a?" (p. ej., paranoia)
 - "¿Te gustaría hablar con un/una profesional de la salud que pueda ayudarte sobre la gestión del consumo de sustancias psicoactivas?"

- Aspectos específicos de la valoración del usuario con prácticas de *chemsex*:
 - Consumo de sustancias psicoactivas.
 - Aspectos sexuales.
 - Uso de aplicaciones de contactos.
 - Comportamiento sexual compulsivo.
 - Aspectos sociales.
 - Complicaciones somáticas y pruebas complementarias.

Es importante apuntar algunos aspectos que nos ayudarán a idear un plan para el *chemsex*: identificar circunstancias/situaciones que probablemente provoquen la necesidad de consumo o un lapso en el comportamiento: esto puede incluir el uso compulsivo de aplicaciones o sitios de redes sexuales, estar aburrido o desocupado, invitaciones de amigos sexuales, intentos de tener sexo sobrio, beber alcohol, ir a club a determinados momentos del día o de la semana.

- **Paso 3:** gestión de dificultades sexuales.
 - Gestionar dificultades como la anorgasmia, la disfunción eréctil, el uso de fármacos para la disfunción eréctil y los límites en otras prácticas sexuales es esencial para hacer atractiva y placentera la transición hacia una sexualidad libre de sustancias.
 - Exploración del sexo sobrio y la gestión del placer: identificar y experimentar con aquellos factores que faciliten disfrutar del sexo sobrio, explorando la gestión del placer para volver a erotizar el sexo sobrio y facilitar su acceso y disfrute.
 - Exploración de la sexualidad y ampliación de experiencias placenteras: explorar dimensiones relacionadas con la sexualidad, como la intimidad, vulnerabilidad, consentimiento y placer, ampliando el repertorio de prácticas sexuales y experiencias placenteras mediante un trabajo que involucre tanto el diálogo como la conexión corporal.
 - Recuperación de la sexualidad sobria: la recuperación del sexo sobrio requiere guiar un proceso que permita desescalar las experiencias vinculadas al consumo de sustancias y construir una vivencia satisfactoria en todos los ámbitos (psicológico, social, emocional). Es crucial que el/la profesional de la sexología cuente con la formación adecuada y competencias culturales para abordar las realidades individuales del colectivo.
 - Redescubrimiento de la erótica sin sustancias: acompañar en el redescubrimiento de la erótica fuera del consumo de sustancias, separando los encuentros sexuales de la adicción. Promover la creación de un nuevo imaginario erótico libre de sustancias, ofreciendo prevención y

cuidados en prácticas sexuales no convencionales dentro del contexto de sexo sobrio.

● **Paso 4:** educación sobre deseo sexual y relaciones.

- Educar e intervenir en el deseo sexual, el erotismo y las relaciones, proporcionando herramientas para una vivencia más plena y saludable de la sexualidad.
- Sesiones educativas: realizar talleres sobre habilidades de comunicación y manejo del estigma.
- Practicar habilidades de comunicación con amigos/as o familiares.
- Animar a aplicar lo aprendido en talleres en situaciones de la vida real.

● **Paso 5:** esta relación terapéutica debe fortalecerse en cada contacto con la PVIH (presencial, telefónico y/o vía correo electrónico).

Lugar

En la consulta enfermera, centros de ITS o entidades comunitarias.

Momento temporal

Esta relación terapéutica debe fortalecerse desde la primera visita de la persona tras el diagnóstico de VIH y reforzarse en cada consulta de seguimiento. Especialmente cuando hay cambios significativos en la experiencia vital de la persona.

Periodicidad

El vínculo terapéutico se debe reforzar, de manera continuada, en cada contacto con la PVIH. También puede realizarse en eventos específicos o campañas de salud organizadas para la comunidad de PVIH.

⌚ Registro de la información

Se deben documentar en la HCE las sesiones educativas impartidas, incluyendo los temas tratados, las preocupaciones expresadas por la PVIH y el nivel de comprensión alcanzado. Dejar siempre registrado en el curso clínico del/la paciente con lenguaje adecuado y preciso.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- CESIDA: <https://cesida.org/>
- gTt: <https://www.gtt-vih.org/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>
- Curto J, Dolengovich H, Soriano R, Belza M.J. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de *chemsex*. Madrid: MSD; 2020. Abordaje del fenómeno del *chemsex*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
- Davoudi M, Heydari A, Manzari ZS. Psychosocial Interventions by Nurses for Patients with HIV/ AIDS: A Systematic Review. J Caring Sci. 2023 Apr 26;12(2):94-102. doi: 10.34172/jcs.2023.30726. PMID: 37469749; PMCID: PMC10352634.
- Abordaje del fenómeno del *chemsex*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad. 2020.
- El papel de los y las profesionales de la Sexología en la respuesta al fenómeno del *chemsex* DOCUMENTO TÉCNICO. Grupo de trabajo: sexología y *chemsex*. Enero de 2025.
- Sánchez-Ocaña A, Ciria Barreiro E. Sexualidad en el *chemsex*: un estudio exploratorio sobre el efecto de las drogas en la satisfacción sexual. III Jornadas Nacionales de Sexología; 2022; Sevilla, España. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD99697.pdf>
- Ministerio de Sanidad. Abordaje del fenómeno del *chemsex*. 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/DocumentoDEF.pdf>
- WAS. Declaración de los Derechos Sexuales. 2014.
- Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1-15.

9

Pruebas diagnósticas de ITS y gestión de tratamientos prescritos en caso necesario.

Descripción

Facilitar circuitos de cribado y realizar las pruebas en función de la anamnesis y sintomatología. Administrar tratamiento según pauta médica. Realizar seguimiento y test de curación si preciso.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** el cribado de ITS debe incluir siempre serología de VIH, sífilis y hepatitis en función de antecedentes (VHA y VHB/VHD) y criterios de riesgo (VHC), así como la realización de técnicas moleculares para la detección de gonococo y clamidias en las localizaciones determinadas por las prácticas sexuales (faringe, vagina, recto y orina).
- **Paso 2:** para facilitar el cribado de ITS se debería promover la realización de autotomas en entornos sanitarios de muestras faríngeas, vaginales, primera fracción de orina (varones) y rectales (según evidencia de riesgo).
- **Paso 3:** valorar resultados de pruebas y comentar resultados positivos con equipo médico. Aquellos que requieran tratamiento parenteral, administrar y realizar seguimiento con test de curación.

Lugar

En la consulta enfermera donde se asegure el confort de la persona para la recogida de muestras o se le pueda explicar, de forma clara, cómo hacer la auto toma de muestras.

Momento temporal

Siempre que el/la paciente demande visita por sintomatología, por ser contacto de persona diagnosticada de ITS o por control rutinario del seguimiento de VIH.

Periodicidad

Esta prestación debe realizarse a demanda, siempre que la persona lo requiera, o bien en este perfil de paciente, cada 6 meses coincidiendo con los controles de VIH. Se recomienda la realización de las pruebas de ITS al menos una vez al año en hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). En personas de alto riesgo se recomienda el cribado de VIH, sífilis, n. gonorrhoeae y c. trachomatis cada 3-6 meses y cada 12 meses en el caso de VHC. Desde una perspectiva de reducción de daños, la profilaxis preexpresión (PrEP) es una herramienta a valorar para quienes practican chemsex.

Registro de la información

La información proporcionada a la PVIH, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE.

Además, se debe dejar constancia del agente causal de la ITS así mismo el tratamiento que va a tomar (vía de administración, dosis y duración).

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Guía de consenso SEIMC: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. [Online]; Noviembre 2024. Available from: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gehep.pdf>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Valoración del riesgo de ITS.

Descripción

Para poder realizar un cuidado correcto de las ITS es necesario que, de forma rutinaria, los/las profesionales de la salud incluyan como parte de la historia clínica, la valoración de los hábitos y conductas sexuales que pueden exponer a las personas a la adquisición o transmisión de ITS. Para ello es de vital importancia la realización de preguntas claras, respetuosas y sin prejuicios, que incluya las prácticas sexuales que efectúa, así como la valoración social y del entorno. Todo ello encaminado a obtener una historia sexual completa, (sin olvidar la historia ginecológica en las mujeres). Es importante conocer en la anamnesis sexual, su identidad de género, qué genitalidad/anatomía tiene la persona y qué prácticas sexuales efectúa. Hay que recordar siempre que debe iniciarse la entrevista preguntando cuál es el motivo de la consulta.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** el cribado de ITS está indicado tanto en personas que lo solicitan como en personas que presentan prácticas sexuales que se identifican con situaciones de riesgo de adquirirlas. El mayor o menor riesgo de adquirir una ITS condiciona la periodicidad del cribado.
- **Paso 2:** realizar historia actual detallada. Signos y síntomas que pueden orientar el posterior diagnóstico y tratamiento.
- **Paso 3:** historia previa de ITS.
- **Paso 4:** historia sobre prácticas y comportamientos sexuales. Signos y síntomas anogenitales.
- **Paso 5:** conocer las medidas de prevención frente a las ITS.
- **Paso 6:** para terminar, es importante completar la anamnesis con preguntas tipo ¿hay algo relacionado con tu salud sexual que quieras comentar o sobre lo que tengas preguntas?

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica sobre la valoración individualizada del riesgo de adquisición de una ITS de cada persona, que nos permita reducir las "oportunidades perdidas" en la detección de nuevas infecciones.

Momento temporal

Siempre que el/la paciente demande visita por sintomatología, por ser contacto de persona diagnosticada de ITS o por control rutinario del seguimiento de VIH.

Periodicidad

La evaluación de un/una paciente con ITS debe realizarse según protocolo.

Se recomienda cada 3 meses si ITS recurrentes y valorar prioridad a 6 meses / 1 año dependiendo del/la paciente y el grado de incorporación e interiorización de medidas de prevención de ITS.

Registro de la información

La información proporcionada a la PVIH, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Guía de consenso SEIMC: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. [Online]; Noviembre 2024. Available from: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/seimc-dc-2024-Documento-ITS-geits-gesida-gehep.pdf>
- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- CESIDA: <https://cesida.org/>
- gTt Chequeos de Salud: <https://www.gtt-vih.org/cuidate/bienestar-sexual/chequeos-de-salud-sexual/>
- gTt Salud Sexual (ITS): <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/infovital/salud-sexual/its/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Valoración de vacunas actualizada.

Descripción

La vacunación es uno de los métodos más eficaces para la prevención de enfermedades infecciosas. Para las ITS, en la actualidad, están aprobadas las vacunas frente al VHA, VHB, virus del papiloma humano (VPH) y viruela sísmica (Mpoxy).

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** actualizar calendario vacunal.
- **Paso 2:** realizar pruebas oportunas para valorar el estado de inmunidad de la PVIH en aquellas serologías que son posibles.
- **Paso 3:** en PVIH tributarias a vacunación frente a VHA y VHB está recomendada la realización de marcadores serológicos para confirmar la ausencia de inmunidad frente a estos virus, previo inicio de la pauta vacuna.
- **Paso 4:** realizar vacunación, o derivar a medicina preventiva, según protocolo. La vacunación, priorizando a grupos vulnerables, es una herramienta eficaz contra ITS como el VHA, VHB, VPH y la Mpoxy. La vacunación pre y posexposición es clave para reducir la transmisión.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica sobre la valoración individualizada del riesgo de adquisición de una ITS de cada persona, que nos permita reducir las "oportunidades perdidas" de actualizar el calendario de vacunas y por tanto el grado de protección.

Momento temporal

Importante realizar en primera visita, o visita de acogida, y realizar actualización de aquellas vacunas que necesitan refuerzo o presentan variabilidad territorial (edad, población recomendada, etc.).

Periodicidad

Inicialmente en visita de acogida de enfermería y anualmente.

Es importante realizar este prestación siempre que haya movilidad territorial de la PVIH.

Registro de la información

La información proporcionada al/la paciente, así como los recursos recomendados, deben registrarse en su HCE. Además, se debe dejar constancia de cualquier referencia de derivación: medicina preventiva, AP y/o organizaciones comunitarias.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- ONUSIDA: <https://www.unaids.org/es>
- CESIDA: <https://cesida.org/>
- gTt: <https://www.gtt-vih.org/publicaciones/infovih/t/salud-sexual/its/>
- SIDA STUDI: <https://www.sidastudi.org/es/monograficos/tematica/monografico/231129-Recopilacion/monografico-galerias>

Paciente con infección por VIH y embarazada



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

Controles protocolizados según evolución de la gestación y posparto inmediato (puerperio).

Descripción

El seguimiento de la gestante con infección por VIH consiste en una gestión multidisciplinar integrada por ginecología y obstetricia, especialistas en atención hospitalaria, pediatría y farmacia, basándose en el control de los parámetros analíticos relativos a la propia infección, la vigilancia de los efectos secundarios del TAR, en pruebas rutinarias como la PA, peso y análisis de sangre y orina, así como la monitorización del feto. Asimismo, se debe asesorar a la paciente en conductas que disminuyan la transmisión vertical (TV) del VIH y **conseguir CV indetectable de manera rápida y mantenida durante toda la gestación y el parto.**

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

Primera visita tras confirmación de embarazo:

- **Paso 1:** anamnesis sobre determinantes de salud conductuales y psicosociales para valorar la necesidad de derivaciones a otros profesionales (psicología, trabajo social).
- **Paso 2:** registro fecha de la última regla, historia obstétrica TPAL 0000, estado serológico, vacunal y valorar descartar otras enfermedades de transmisión sexual.
- **Paso 3:** monitorizar peso y la tensión arterial (TA) en cada visita según criterio clínico y en función de comorbilidades presentes.
- **Paso 4:** registro de TAR, anterior y actual. Comprobar si hay cambios en la prescripción del TAR habitual por una de las pautas preferentes/recomendadas por las guías durante la gestación. Si los hay, cerciorarse que comprende la indicación, dosis, posibles interacciones, efectos adversos y cómo gestionarlos. Derivar a farmacia.
- **Paso 5:** derivaciones/programación: ginecología y obstetricia.

Visitas sucesivas:

- **Paso 1:** revisión primer trimestre (semanas 01 a 12 de gestación):
 - Conciliar en la medida de lo posible visita enfermería con la 1ª visita de ginecología y obstetricia.
 - Registro y monitorización de parámetros habituales 1ª visita.
 - Ofrecer recomendaciones (dietas hiperémisis gravídicas, sueño y descanso, actividad y ejercicio físico).
 - Registro de determinantes conductuales/hábitos (tabaco, alcohol, otras sustancias psicoactivas).
- **Paso 2:** revisión segundo trimestre (semanas 13 a 26 de gestación):
 - Registro y monitorización de parámetros habituales.
 - Valorar la necesidad de remitir o derivar a otros profesionales: psicología, trabajo social.
- **Paso 3:** revisión tercer trimestre (semanas 27 de gestación a momento del parto):
 - Registro y monitorización de parámetros habituales.
 - Recomendaciones sobre la lactancia materna y artificial.
 - Derivación a servicio de pediatría. Información sobre profilaxis para VIH en el momento del parto y en los primeros meses de vida del bebe.
 - Derivación a matrona.
- **Paso 4:** revisión preparto vaginal o por cesárea electiva: realización de la determinación de la CV alrededor de 4 semanas antes de la fecha prevista de parto (entre las semanas 34-36 de gestación):
 - El TAR debe continuarse durante el trabajo de parto o la cesárea para mantener en todo momento la supresión viral y disminuir el riesgo de adquisición de resistencias.

● **Paso 5:** revisión puerperio:

- Se seguirán los mismos protocolos que en población general.
- Lactancia materna: se informará de la **no** recomendación en nuestro medio, basándose en las evidencias científicas actuales. Si la paciente opta por la opción de lactancia materna, acompañaremos en su decisión e informaremos de necesidades y medidas de seguridad para el bebé. Elaboraremos calendario de seguimientos.
- Evaluación inmunológica y virológica tras el parto.
- Seguimiento de la atención interdisciplinaria entre ginecología y obstetricia, especialistas de atención hospitalaria, pediatría, servicios sociales y recomendar continuidad de cuidados en AP de la madre y el bebe.
- Fomentar el apoyo de la pareja a la madre.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada e integral. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

La intervención debe realizarse desde la confirmación de embarazo hasta 40 días después del parto (puerperio).

Periodicidad

Visitas presenciales en cada trimestre de gestación, telefónicas según necesidades de la mujer o sin paciente para revisión/monitorización de circuito.

⌚ Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE de la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes abordadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación a otros profesionales de salud.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- GESIDA . Documento de Consenso para el seguimiento de embarazadas con VIH <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2024/01/Documento-de-consenso-para-el-seguimiento-de-la-infección-por-vih-en-relación-con-reproducción-embarazo-parto.pdf>
- Clinicalinfo.HIV.gov website. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant women with HIV infection and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new-guidelines. Updated January 31, 2023. Accessed February 28, 2023.
- “Lactancia Materna en el recién nacido expuesto al VIH: recomendaciones y seguimiento madre-hijo” elaborado por SEIP-AEP, SEGO, SEIMC-GESIDA. Enero 2025. Disponible en: <https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=23>

Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento. Facilitar la revinculación de las personas que interrumpen el seguimiento.

Descripción

Valoración de la adherencia al tratamiento y cumplimiento de la calendarización y programación de las visitas para prevenir la TV preservando la salud de la madre y el/la hijo/a y evitando la aparición de resistencias que limiten futuras opciones terapéuticas.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** revisar las recogidas de medicación de farmacia y si ha acudido a las visitas programadas agendadas.
- **Paso 2:** pasar cuestionario SMAQ* de adherencia al TAR. Si hay dosis perdidas, y/o recogidas de medicación tardías, explorar causas, aunque mantenga CV indetectable.
- **Paso 3:** en caso de visitas del circuito gestante perdidas (ginecología, pediatría, farmacia) explorar causas y volver a citar.
- **Paso 4:** si se detecta baja adherencia; explorar con ella sus creencias acerca de la medicación, así como sus estrategias de afrontamiento y sus recursos personales/familiares y sociales para la adherencia.
- **Paso 5:** en caso de pérdida de seguimiento a la programación y no localizar a la mujer gestante informar al resto del equipo multidisciplinar de la posible pérdida de seguridad de la gestante y el/la bebe. Notificar a servicios sociales para su búsqueda.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera o a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.	La intervención debe realizarse desde la confirmación de embarazo hasta 40 días después del parto (puerperio).	Visitas presenciales en cada trimestre de gestación, telefónicas según necesidades de la mujer o sin paciente para revisión/monitorización de circuito.

Registro de la información

Registrar en la HCE la falta de adherencia a la medicación y a las visitas, causas y posibles soluciones.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia en tratamiento antirretroviral (Actualización febrero de 2020). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

*"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

Educación para la salud en relación a la infección por VIH: deseo gestacional, transmisión vertical, lactancia materna, interrupción voluntaria del embarazo, cuidados del bebe, parto y puerperio.

Descripción

Proporcionar información y asesoramiento en todas las etapas: antes, durante y después del embarazo ofreciendo a la mujer embarazada recomendaciones que le permitan adquirir conocimientos para su propia salud y la del bebé.

Hay que garantizar un embarazo saludable y la NO transmisión del VIH al bebé, confirmando que la mujer recibe todo el apoyo que necesita, incluyendo la asimilación de su diagnóstico, información sobre el uso del TAR en el embarazo, las opciones de parto y la lactancia, ayudando a la mujer embarazada a tomar decisiones informadas.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

En función de cada situación de la mujer se proporcionará información adecuada a cada circunstancia y reforzar toda la información proporcionada con documentación escrita.

- **Paso 1: recibir el diagnóstico del VIH durante el embarazo.**
 - Momento muy duro y que produce mucha confusión.
 - Llevar a cabo derivaciones a psicología o recurso comunitario si es necesario.
- **Paso 2: TV del VIH de madre a hijo.**
 - Informar que la mayoría de las TV se producen cerca (o durante) el proceso de parto y alumbramiento del bebe, también puede producirse durante la lactancia y que el principal factor de riesgo de la TV es tener CV detectable.
- **Paso 3: deseo gestacional en mujer con VIH conocedora de su diagnóstico.**

- Atención centrada en la salud y las decisiones de la propia mujer en edad fértil informando sobre la seguridad tanto materna como del bebé durante la gestación, el uso de TAR durante el embarazo, cómo evitar la transmisión del VIH al bebé y estrategias para la concepción segura en el caso de las parejas serodiscordantes y vivir la maternidad satisfactoriamente.
- Ofrecer información relacionada con la ovulación y el periodo más fértil del ciclo menstrual.
- Si existen problemas de concepción, informar/derivar a los centros de reproducción asistida y fertilidad con experiencia en el tratamiento de las mujeres que viven con VIH.
- **Paso 4: embarazo y TAR.**
 - El principal objetivo del TAR es reducir la CV a niveles indetectables. Informar de que el TAR no solo tiene beneficios para su propia salud, sino que al tratar el VIH se reducirá casi por completo el riesgo de transmisión del VIH a su bebe. Las directrices españolas recomiendan que se siga tomando la misma pauta, excepto en algunos casos en los que es posible que tengan que cambiar o modificar la combinación.
- **Paso 5: vacunación durante el embarazo.**
 - Las mujeres embarazadas corren un mayor riesgo de contraer la gripe y deberían vacunarse con independencia de si tienen el VIH o no.
 - Durante la gestación, pueden emplearse las vacunas al VHA y VHB y el neumococo. Las vacunas vivas, como las del sarampión, paperas y rubeola no deberían emplearse durante el embarazo.
- **Paso 6: ¿parto vaginal o cesárea?**
 - El periodo de mayor riesgo de TV del VIH es el momento del parto. Las directrices españolas recomiendan que la forma del parto debe ser consensuada por la madre y el equipo multidisciplinar que la atiende (obstetricia, neonatología y unidad de VIH), tras la determinación de una prueba de CV en la semana 36, cuyos resultados permitan orientar en la elección de una u otra modalidad y tras informar a la paciente sobre los riesgos y ventajas de cada una de ellas. En España se recomienda el parto vaginal a las mujeres con el VIH que han estado tomando TAR y que han llegado a la semana 36 con la CV indetectable y no sufren otras complicaciones médicas.

● **Paso 7: cuidados del bebe tras el nacimiento.**

- Todos los bebés nacidos de mujeres con el VIH en España reciben un seguimiento estrecho durante los primeros meses de vida.
- Informar que los bebés al principio siempre darán positivo en las pruebas de detección de anticuerpos. Esto es normal y se debe a que han heredado parte del sistema inmunitario de la madre y comparten sus anticuerpos, informar de que irán desapareciendo de forma gradual. En ocasiones, pueden ser necesarios hasta 18 meses.
- Explicar que se realizará al bebe la prueba en las primeras 48 horas de vida y, posteriormente, a las 6 semanas y, de nuevo, a los tres o cuatro meses. Si todas estas pruebas dan negativo y la madre no está dando el pecho al bebé, entonces puede afirmarse que no tiene el VIH.
- Informar que al bebe se le administrará profilaxis posexposición con un ciclo corto de TAR durante sus primeras dos o cuatro semanas de vida. El régimen de TAR que tiene que tomar el bebé viene determinado por el riesgo de TV del VIH que exista, dependiendo de si la madre ha tomado tratamiento o no durante la gestación y de la CV de esta en el parto.

● **Paso 8: lactancia materna.**

- El VIH puede transmitirse a través de la leche materna. La transmisión está relacionada con el nivel de CV de la madre. Por este motivo, en España y otros países, se recomienda a las madres con el VIH la lactancia artificial con leche de fórmula, con independencia de si la mujer está saludable, tiene una CV indetectable o recibe tratamiento.
- No obstante, si una mujer decide dar el pecho debe ser apoyada en su decisión si tiene una CV indetectable y mantiene un buen nivel de adherencia. En estos casos, tanto ella como su bebé deberían recibir una revisión mensual en su hospital para medir la CV durante la lactancia, y hasta dos meses después de finalizarla.

● **Paso 9: puerperio.**

- La adherencia al TAR tras el nacimiento del bebé es un aspecto crucial. Muchas mujeres mantienen una adherencia excelente durante el embarazo; sin embargo, tras el nacimiento del bebé, con el cambio de sus rutinas es fácil que se olviden de su propia salud. En el caso que se hayan producido cambios de pauta de TAR durante el embarazo, es en la primera vista posparto cuando se vuelve al TAR habitual.

● **Paso 10: interrupción Voluntaria del Embarazo.**

- La legislación española (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Artículo 417 bis del Código Penal) permite interrumpir el embarazo tanto en el caso que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada como cuando se presume que el feto nacerá con graves problemas físicos o psíquicos.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada e integral. También se puede de realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

La intervención debe realizarse desde la confirmación de embarazo hasta 40 días después del parto (puerperio).

Periodicidad

Visitas presenciales en cada trimestre de gestación, telefónicas según necesidades de la mujer o sin la paciente para revisión/monitorización de circuito.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE de la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes abordadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación a otros/as profesionales de salud.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Información para pacientes sobre embarazo y VIH: GTT. Abril 2020. Embarazo, Salud Materna y VIH. Disponible en: https://www.gtt-vih.org/files/active/1/Guia_embarazo_y_VIH_2020_web.pdf
- Información para pacientes sobre embarazo: Asociación Española de Matronas. Guía Los Consejos de tu matrona. Parte I. Capítulo 7. Hábitos saludables durante la gestación. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2021/01/LOS-CONSEJOS-DE-TU-MATRONA-MAYO-2020-def-1.pdf>
- Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia en tratamiento antirretroviral (Actualización febrero de 2020). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
- GESIDA. Documento de Consenso para el seguimiento de embarazadas con VIH <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2024/10/Documento-de-consenso-para-el-seguimiento-de-la-infección-por-vih-en-relación-con-reproducción-embarazo-parto.pdf>
- “Lactancia Materna en el recién nacido expuesto al VIH: recomendaciones y seguimiento madre-hijo” elaborado por SEIP-AEP, SEGO, SEIMC-GESIDA. Enero 2025. Disponible en: <https://guiasclinicas.gesida-seimc.org/version/?do=show&pk=23>

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta intervención se enfoca en evaluar la CVRS en PVIH, centrándose en cinco dimensiones clave: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo es obtener una visión integral de cómo el/la paciente está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, y ajustar el plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: realización de una evaluación inicial.** Utilizar una herramienta validada para medir la CVRS (como el EQ-5D*, un cuestionario sencillo que evalúa las 5 dimensiones clave mencionadas).
 - **Movilidad:** preguntar si la PVIH tiene dificultades para moverse o realizar desplazamientos.
 - **Autocuidado:** evaluar si el/la paciente es capaz de llevar a cabo actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse o alimentarse sin ayuda.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** determinar si el/la paciente puede realizar tareas diarias como el trabajo, estudios, actividades sociales o cuidar de la familia.
 - **Dolor/malestar:** evaluar si el/la paciente experimenta dolor físico o malestar de manera persistente.
 - **Ansiedad/depresión:** valorar el estado emocional del paciente, preguntando sobre niveles de estrés, preocupación, tristeza o síntomas de depresión.

- **Paso 2: análisis de resultados y clasificación.** Clasificar las respuestas según la gravedad de los problemas reportados (por ejemplo, sin problemas, problemas moderados, problemas graves). Identificar las áreas que requieren intervención más urgente, como el manejo del dolor o apoyo psicológico para la ansiedad y la depresión.
- **Paso 3: intervenciones basadas en los resultados.**
 - **Movilidad y autocuidado:** si la PVIH tiene problemas con la movilidad o el autocuidado, referirlo a fisioterapia o a un servicio de rehabilitación.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** si existen limitaciones en las actividades cotidianas, derivar a servicios de apoyo social, ocupacional o terapias complementarias que mejoren la capacidad funcional.
 - **Dolor/malestar:** proporcionar estrategias para el manejo del dolor, desde la medicación adecuada hasta terapias alternativas (fisioterapia, terapia ocupacional). (Ver prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26).
 - **Ansiedad/depresión:** ofrecer apoyo emocional, referir a psicología o psiquiatría cuando sea necesario, y facilitar el acceso a grupos de apoyo o terapias.
- **Paso 4: seguimiento y reevaluación.** Establecer un calendario para evaluar de manera periódica el progreso de la PVIH en estas áreas, ajustando las intervenciones según los cambios en la CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada e integral. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

Se recomienda realizar la evaluación de CVRS en la primera consulta tras el diagnóstico de VIH, o en una de las primeras visitas cuando la PVIH se sienta preparada. Es fundamental reevaluar la CVRS de forma regular durante el tratamiento del VIH, ya que las necesidades del/la paciente pueden cambiar con el tiempo, especialmente en las dimensiones de salud mental.

Periodicidad

La evaluación debe repetirse cada 6 meses, dependiendo de la estabilidad del/la paciente y de su estado de salud general. Si la PVIH experimenta un cambio importante en su estado de salud física o emocional, es recomendable hacer la evaluación con mayor frecuencia.

Registro de la información

Se debe registrar el resultado de la valoración de la CVRS de la PVIH en su HCE. Comunicación estrecha con AP donde se desarrollan y se evalúan escalas de las diferentes dimensiones.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

* "Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Potenciar la relación terapéutica interdisciplinar (ginecología/obstetricia - unidad de VIH - pediatría y farmacia) y facilitar herramientas de comunicación fluida entre la paciente y los profesionales de salud implicados.

Descripción

Este apartado se refiere a la planificación, seguimiento y coordinación de las intervenciones entre los diferentes profesionales y su implicación según el tiempo gestacional de la mujer embarazada con VIH.

El objetivo es, proporcionar a través de un circuito protocolizado la atención entre diferentes profesionales implicados según el estado gestacional proporcionando facilidades de conciliación en la realización de pruebas diagnósticas (analíticas de control ginecológicas y de infecciosas, ecografías) y visitas de seguimiento tanto médicas, como de enfermería y/o de otros profesionales.

Enfermería actúa como **referente/enlace** agilizando y facilitando la comunicación entre las diferentes unidades implicadas, incluyendo también derivaciones a otros profesionales no incluidos directamente en el **programa/gestión integral** de la mujer embarazada con VIH como trabajo social, psicología, psiquiatría o nutrición.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** preparación del entorno: crear un ambiente de confianza y confidencialidad. Garantizar espacio seguro para expresar sus miedos, emociones y dudas.
- **Paso 2:** informar de la organización del circuito y funciones de los profesionales de salud implicados que llevarán el seguimiento durante el embarazo. Facilitar nombres, ubicación física de la unidad, días de visita y teléfonos de contacto para garantizar su seguridad y la del bebé durante la gestación.
- **Paso 3:** se intentará conciliar visitas en la medida de lo posible y disposición de agendas.

- **Paso 4:** monitorizar a través de consultas telefónicas con/sin la paciente el cumplimiento del circuito protocolizado.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada e integral. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

La intervención debe realizarse desde la confirmación de embarazo hasta 40 días después del parto (puerperio).

Periodicidad

Durante todo el embarazo y puerperio.

Registro de la información

La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE de la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes abordadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación a otros profesionales de salud.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- GESIDA . Documento de Consenso para el seguimiento de embarazadas con VIH <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2024/01/Documento-de-consenso-para-el-seguimiento-de-la-infección-por-vih-en-relación-con-reproducción-embarazo-parto.pdf>
- Clinicalinfo.HIV.gov website. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant women with HIV infection and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new-guidelines. Updated January 31, 2023. Accessed February 28, 2023.

Recomendaciones específicas: hábitos saludables (alimentación, ejercicio y hábitos no saludables) y gestión del TAR durante el embarazo.

Descripción

El embarazo no supone un empeoramiento de la salud de la mujer en lo que respecta al VIH y mantener la CV suprimida (indetectable) es la mejor medida para evitar el riesgo de TV del VIH. Sin embargo, durante la gestación se pueden producir cambios en el cuerpo que puede producir un ligero descenso del recuento de CD4 o ir acompañado de síntomas gastrointestinales que puedan dificultar la absorción correcta del fármaco temporalmente.

Por tanto, los cuidados relacionados con la alimentación y hábitos saludables son fundamentales para proporcionar los nutrientes y energía necesarios para el buen desarrollo de la gestación, del crecimiento del bebé y la salud de la futura madre y poder disminuir el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones para el bebé.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

Paso 1: explorar el estilo de vida y los hábitos de la mujer embarazada para determinar necesidades de formación e información acerca de:

- Alimentación completa, variada y equilibrada.
- Ejercicio/actividad física: realizar ejercicio físico moderado y estar físicamente activas.
- Hábitos no saludables: evitar posibles complicaciones durante el embarazo y en el correcto desarrollo del bebé relacionados con tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.
- Evitar relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas.

- **Paso 2:** gestión de síntomas adversos en el embarazo y con el TAR (suelen darse con más frecuencia en el primer trimestre):

- Estreñimiento: incrementar el consumo de alimentos ricos en fibra (legumbres, fruta, verduras, hortalizas, frutos secos y cereales integrales) mantén una ingesta adecuada de agua y realiza actividad física de manera regular.
- Reflujo/acidez: evitar comidas copiosas y limitar el consumo de alimentos de gran contenido en grasas, picantes, bebidas carbonatadas, cafeína, etc. Se aconseja no acostarse hasta transcurrida 1 hora después de haber comido.
- Náuseas, vómitos, diarrea: comer con mayor frecuencia y pequeñas cantidades; evitar olores que causan náuseas. Cocinar preferiblemente hervido o al vapor.
 - Por lo general no suelen provocar otros problemas y se resuelven antes o durante el segundo trimestre de embarazo.
 - Si persisten pueden dar lugar a hiperemesis gravídica, que es una forma grave y persistente de vómitos del embarazo. Cuando se padece este trastorno, se vomita tanto que se adelgaza y puede aparecer deshidratación, así mismo puede ocasionar alteraciones en la absorción del TAR prescrito. Se debe determinar si son secundarios a algún trastorno grave y tratarse precozmente con fármacos antieméticos y recomendaciones sobre dietas específicas para hiperemesis gravídica.

- **Paso 3:** TAR:

- Los criterios para el uso de fármacos AR en la mujer embarazada difieren respecto a las recomendaciones válidas para el adulto, ya que debe considerarse la seguridad de la madre y del niño. La prescripción va acorde a la experiencia en cuanto a seguridad.

Lugar

En la consulta enfermera, dónde se pueda realizar la historia clínica para la valoración individualizada e integral. También se puede realizar a través de telemedicina, teléfono o correo electrónico.

Momento temporal

La intervención debe realizarse desde la confirmación de embarazo hasta 40 días después del parto (puerperio).

Periodicidad

Visitas presenciales en cada trimestre de gestación, telefónicas según necesidades de la mujer o sin la paciente para revisión/monitorización de circuito.

Registro de la información

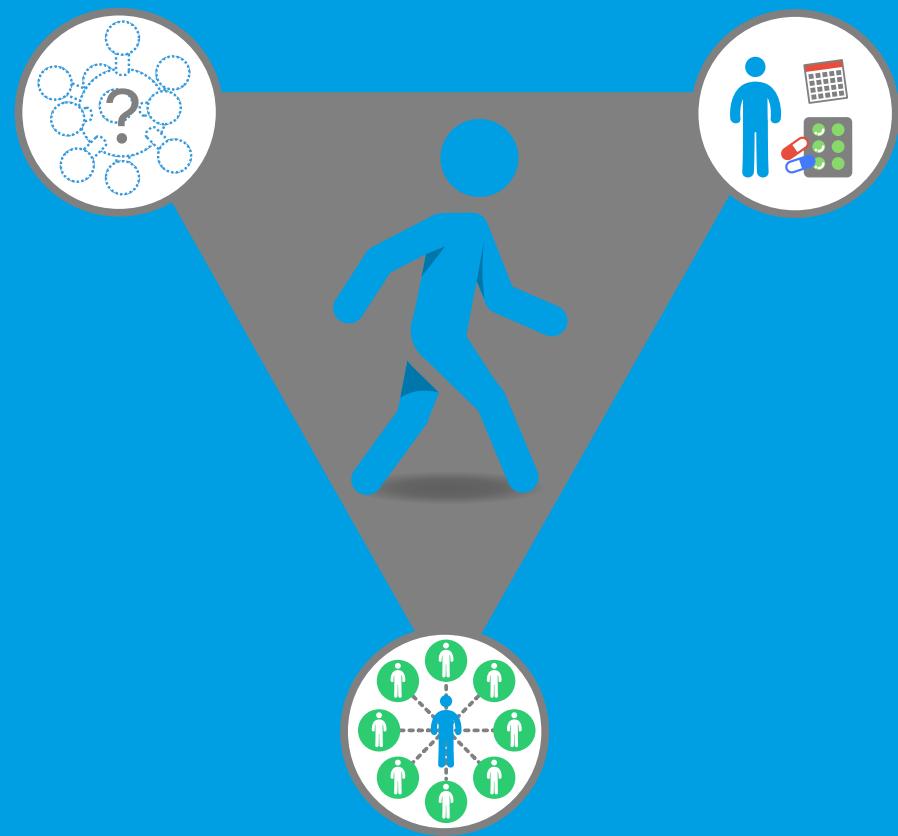
La información obtenida durante la consulta debe registrarse en la HCE de la paciente, haciendo especial énfasis en las intervenciones realizadas, las inquietudes abordadas y cualquier recomendación de seguimiento. También se debe dejar constancia de cualquier derivación a otros/as profesionales de salud.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

Enlaces a documentación con recomendaciones pormenorizadas:

- Tríptico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN): [Alimentación segura durante el embarazo. Consejos básicos para 40 semanas de tranquilidad](#).
- Servicios e información. Alimentación durante el embarazo/Portal Comunidad de Madrid <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/alimentacion-embarazo>
- Estilos de vida saludables. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/tabacoYembarazo/riesgos/home.htm>
- Asociación Española de Matronas. Guía Los Consejos de tu matrona. Parte I. Capítulo 7. Hábitos saludables durante la gestación. Disponible en: <https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2023/05/LOS-CONSEJOS-DE-TU-MATRONA-2023-1.pdf>
- Recomendaciones dietéticas frente a náuseas y vómitos 1º trimestre. Hospital Sant Joan de Déu, Centre de Medicina Fetal i Neonatal y Hospital Universitari Clinic de Barcelona. <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/hiperemesis-gravidica-recomendaciones.pdf>

Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar



Nota: las prestaciones se han enumerado en orden alfabético y no responden a un criterio de prioridad.

Cribados de cáncer no definitorio de sida.

Descripción

Valoración de cribados de cáncer no definitorio de sida y derivación cuando proceda al servicio que lo realice y según cómo esté organizado en cada centro.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** revisión de la historia clínica del/la paciente, necesidad y antecedentes de cribado.
- **Paso 2:** contrastar con el/la propio/a paciente la información obtenida.
- **Paso 3:** indicación de cribados y derivación al servicio pertinente.
- **Paso 4:** información sobre programas de cribado en cada comunidad autónoma (a modo de ejemplo: Preveconlon, Deprecam, Cervicam en la Comunidad de Madrid).

Cribados recomendados en PVIH*:

- Cáncer anal en GBHSH y personas con displasia asociada al VPH (cada 1-3 años).
- Hepatocarcinoma en pacientes cirróticos, independientemente de etiología (cada 6 meses).
- Cáncer de cérvix en mujeres >21 años (cada 1-3 años).

Lugar

En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.

Momento temporal

Al menos una vez al año.

Periodicidad

Anual.

Resto de cribados: mama, colon, próstata, pulmón, igual que en población general.

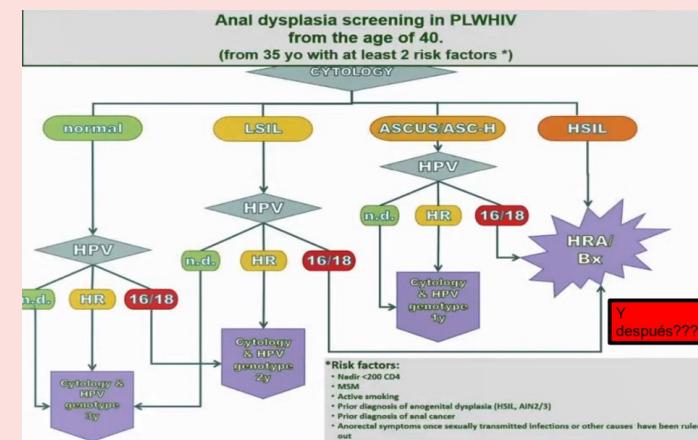
Registro de la información

Registrar en la HCE los cribados realizados y los cribados pendientes, así como su derivación si se produce.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

Experiencia de cribado cáncer anal en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Se estableció, junto con el servicio de cirugía, un circuito específico para el cribado de cáncer anal en PVIH, asociado a unos profesionales concretos y con una agenda específica.

En la Unidad de VIH del Hospital del Mar se lleva a cabo un cribado de displasia anal liderado por EPA que sigue el siguiente algoritmo:



Fuente: Spindler L, et al. Screening for precancerous anal lesions linked to human papillomaviruses: French recommendations for clinical practice. Tech Coloproctol. 2024 Jan;28(1):23. doi: 10.1007/s10151-023-02899-8. PMID: 38198036; PMCID: PMC10781838.

*Recomendaciones de cribado en detalle (métodos de cribado, periodicidad, etc.).

- Masiá M, Gutiérrez-Ortiz de la Tabla A, Gutiérrez F. Cancer screening in people living with HIV. Cancer Med. 2023 Nov;12(21):20590-20603. doi: 10.1002/cam4.6585. Epub 2023 Oct 25. PMID: 37877338; PMCID: PMC10660116. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10660116/pdf/CAM4-12-20590.pdf>
- Gutiérrez F, Padilla S, García-Abellán J, Gutiérrez-Ortiz de la Tabla A, Ledesma C, Masiá M. Cancer screening in people with HIV: Implementation in clinical practice and barriers perceived by medical specialists in Spain. Enferm Infec Microbiol Clin (Engl Ed). 2024 Jan 22:S2529-993X(24)00013-3. doi: 10.1016/j.eimce.2024.01.007. Epub ahead of print. PMID: 38262880

Cribado de factores de riesgo y comorbilidades más prevalentes.

Descripción

Valoración de factores de riesgo modificables para enfermedad cardiovascular y de fragilidad para envejecimiento saludable. Identificar a los/las pacientes en riesgo nos va a permitir poner en marcha intervenciones para reducir la probabilidad de enfermedad cardiovascular y/o para mejorar la calidad de vida de los mayores con infección por VIH.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** toma de TA, FC, IMC. Realizar despistaje de hipertensión arterial en caso de cifras altas de TA para derivar a AP.
- **Paso 2:** valoración de hábitos no saludables (tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas): cuestionario ASSIST*.
- **Paso 3:** preguntar sobre actividad física semanal.
- **Paso 4:** valoración de dislipemia según resultados analíticos.
- **Paso 5:** evaluación de la fragilidad en pacientes mayores de 50 años mediante fenotipo de fragilidad de Fried*.
- **Paso 6:** en función de los hallazgos obtenidos planificar intervención.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.	En visita de revisión.	Una vez al año.

Registro de la información

Registrar en la HCE de la PVIH toda la información obtenida.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Manejo compartido del paciente con infección por VIH entre atención primaria y hospitalaria. Febrero 2022. Disponible en: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>
- Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf
- Kehler DS, Milic J, Guaraldi G, Fulop T, Falutz J. Frailty in older people living with HIV: current status and clinical management. BMC Geriatr. 2022 Nov 30;22(1):919. doi:10.1186/s12877-022-03477-7. PMID: 36447144; PMCID: PMC9708514. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9708514/>

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

3

Detección precoz de falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento.

Descripción

Valoración de la adherencia al tratamiento y cumplimiento de las visitas programadas.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** antes de la consulta con el/la paciente revisar las recogidas de medicación de farmacia y si ha acudido a las visitas programadas.
- **Paso 2:** durante la visita, pasar el cuestionario SMAQ* de adherencia al TAR. Si hay dosis perdidas, y/o recogidas de medicación tardías, explorar causas aunque mantenga CV indetectable.
- **Paso 3:** en caso de visitas perdidas, incluso a otros especialistas (cribados, comorbilidades, etc.), explorar causas e intentar reprogramar las consultas perdidas. Si recoge la medicación pero no acude a las revisiones, alertar de la situación en la historia clínica e intentar contactar con el/la paciente para reconducir las visitas lo antes posible.
- **Paso 4:** cuando la PVIH inicia el TAR y en caso de detectar baja adherencia explorar con ella sus creencias acerca de la medicación, así como sus estrategias de afrontamiento y sus recursos personales/familiares y sociales para gestionar la adherencia.

Lugar

En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.

Momento temporal

En cada visita.

Periodicidad

La misma que las consultas de enfermería.

Registro de la información

Registrar en la HCE la falta de adherencia a la medicación y a las visitas, causas y posibles soluciones.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

En el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) se llevó a cabo durante unos años un proyecto sobre adherencia al TAR liderado por el servicio de farmacia en colaboración con la unidad de enfermedades infecciosas. Se hacía una estimación del cumplimiento del paciente basado en las recogidas de medicación y se lanzaba una alerta al equipo de infecciosas en caso de que la adherencia fuera inferior al 90%, esto permitía la actuación precoz del equipo sin esperar a que el paciente acudiera a una revisión.

- Morillo-Verdugo R, Vélez-Díaz-Pallarés M, Fernández-Pacheco García-Valdecasas M, Fernández-Espínola S, Sánchez-Rubio Ferrández J, Navarro- Ruiz A. Application of the CMO methodology to the improvement of primary adherence to concomitant medication in people living with-HIV. The PRICMO Project. Farm Hosp. 2021 Jul 7;45(5):247-252. English. PMID: 34806584. Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34806584/>
- Izquierdo R, Rava M, Moreno-García E, Blanco JR, Asensi V, Cervero M, Curran A, Rubio R, Iribarren JA, Jarrín I; Cohort of the Spanish HIV/AIDS Research Network (CoRIS). HIV medical care interruption among people living with HIV in Spain, 2004-2020. AIDS. 2023 Jul 1;37(8):1277-1284. doi: 10.1097/QAD.0000000000003552. Epub 2023 Mar 21. PMID: 36939068 Accesible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36939068/>

Documentación para ampliar información sobre adherencia (cómo medirla, estrategias para mejorar, etc.):

- Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia en tratamiento antirretroviral (Actualización febrero de 2020). Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

**Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial”. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en <https://vivihhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>

4

Educación para la salud dirigida a la infección por VIH y hábitos saludables que permitan el autocuidado.

Descripción

Proporcionar herramientas al/la paciente que le permitan adquirir competencias para gestionar su salud, entender su enfermedad y ser un/una paciente activo/a en su autocuidado.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** valorar necesidades de información respecto a la infección por VIH. Dar tiempo al/la paciente para preguntar y expresar dudas e inquietudes que hayan podido surgir desde la última revisión.
- **Paso 2:** explorar el estilo de vida del/la paciente preguntando específicamente sobre dieta, ejercicio, sueño, salud sexual, bienestar emocional. Evaluación de hábitos no saludables (tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas), se puede utilizar cuestionario ASSIST*.
- **Paso 3:** fomentar un estilo de vida saludable, explicando su repercusión a corto y largo plazo en la calidad de vida.
- **Paso 4:** informar sobre recursos* accesibles en función de las necesidades encontradas (educación para la salud, programas de ejercicio, programas de deshabituación, etc.).
- **Paso 5:** evaluar cambios de hábitos en cada visita.

Lugar

En la consulta de enfermería y en función de los recursos que se oferten las intervenciones pueden llevarse a cabo en diferentes lugares (escuela de pacientes, atención primaria, domicilio del paciente, etc.).

Momento temporal

En cada visita.

Periodicidad

La misma que las visitas.

Registro de la información

Registrar en la HCE la valoración, intervenciones propuestas y evaluación de resultados.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Plan Andaluz de prescripción de ejercicio físico. Guía para profesionales. Recomendación de actividad física y prescripción de ejercicio físico para la salud. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-11/Guia%20Profesionales%20Prescripcion%20Ejercicio%20F%C3%ADCico.pdf>
- Palar K, Sheira LA, Frongillo EA, O'Donnell AA, Nápoles TM, Ryle M, Pitchford S, Madsen K, Phillips B, Riley ED, Weiser SD. Food is Medicine for HIV: Improved health and hospitalizations in the Changing Health through Food Support (CHEFS-HIV) pragmatic randomized trial. J Infect Dis. 2024 May 2:jiae195. doi:10.1093/infdis/jiae195. Epub ahead of print. PMID: 38696724. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38696724/>
- *Recursos:
 - Información específica para PVIH <https://www.gtt-vih.org/>
 - Programa "Me Cuido" <https://www.seisida.net/mecuido/>
 - Escuelas de pacientes (educación sanitaria sobre enfermedades crónicas, hábitos saludables, etc). Son virtuales y en todas las comunidades hay una. <https://www.redescuelassalud.es/buscador/home.htm?query=escuela%20madrile%C3%Blade%20salud>
 - Aplicación para prescribir ejercicio físico a PVIH mayores de 50 años <https://movihng.com/>
 - Escuela de sueño https://mejoratusueno.com/no-login/?redirect_to=https%3A%2F%2Fmejoratusueno.com%2Fmaterial-adicional%2F

*"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en:

https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-vii/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

Evaluación CVRS.

Descripción

Esta intervención se enfoca en evaluar la CVRS en personas que viven con VIH, centrándose en cinco dimensiones clave: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. El objetivo es obtener una visión integral de cómo el/la paciente está afrontando los retos físicos y emocionales de vivir con VIH, y ajustar el plan de cuidados según los resultados de la evaluación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1: realización de una evaluación inicial.** Utilizar una herramienta validada para medir la calidad de vida relacionada con la salud (como el EQ-5D*, un cuestionario sencillo que evalúa las 5 dimensiones clave mencionadas).
 - **Movilidad:** preguntar si la persona con VIH tiene dificultades para moverse o realizar desplazamientos.
 - **Autocuidado:** evaluar si el/la paciente es capaz de llevar a cabo actividades básicas de autocuidado como bañarse, vestirse o alimentarse sin ayuda.
 - **Capacidad para realizar actividades habituales:** determinar si el/la paciente puede realizar tareas diarias como el trabajo, estudios, actividades sociales o cuidar de la familia.
 - **Dolor/malestar:** evaluar si el/la paciente experimenta dolor físico o malestar de manera persistente.
 - **Ansiedad/depresión:** valorar el estado emocional del paciente, preguntando sobre niveles de estrés, preocupación, tristeza o síntomas de depresión.
- **Paso 2: análisis de resultados y clasificación.** Clasificar las respuestas según la gravedad de los problemas reportados (por ejemplo, sin problemas, problemas moderados, problemas graves). Identificar las áreas que requieren intervención más urgente, como la gestión del dolor o apoyo psicológico para la ansiedad y la depresión.

Paso 3: intervenciones basadas en los resultados.

- **Movilidad y autocuidado:** si la persona con VIH tiene problemas con la movilidad o el autocuidado, referirlo a fisioterapia o a un servicio de rehabilitación.
- **Capacidad para realizar actividades habituales:** si existen limitaciones en las actividades cotidianas, derivar a servicios de apoyo social, ocupacional o terapias complementarias que mejoren la capacidad funcional.
- **Dolor/malestar:** proporcionar estrategias para el manejo del dolor, desde la medicación adecuada hasta terapias alternativas (fisioterapia, terapia ocupacional). (Ver *prestación 11 del/la paciente amarillo en la página 26*).
- **Ansiedad/depresión:** ofrecer apoyo emocional, referir a psicología o psiquiatría cuando sea necesario, y facilitar el acceso a grupos de apoyo o terapias.
- **Paso 4: seguimiento y reevaluación.** Establecer un calendario para evaluar de manera periódica el progreso de la persona con VIH en estas áreas, ajustando las intervenciones según los cambios en la CVRS.

Lugar

En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.

Momento temporal

En primera visita y periódicamente.

Periodicidad

Anualmente y si se produce algún evento que pueda modificar la CVRS (comorbilidad, cambio de perfil, cambio de situación sociofamiliar, etc.).

Registro de la información

Registrar en la HCE el resultado del cuestionario MOS-HIV, las intervenciones a realizar si se indican y próxima evaluación de CVRS.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- A pesar de que la CVRS supone un valioso resultado para evaluar la eficacia de cualquier estrategia de atención a los/las pacientes con enfermedades crónicas, en la práctica clínica habitual todavía no está implementada su evaluación de manera rutinaria.
 - Izquierdo R, Suárez-García I, Gómez-García T, Marco-Sánchez C, Puente-Ferreiro J, Moreno C, Diaz A, Cabello-Clotet N, Vinuesa D, Blanco JL, Melús E, Gómez-Ayerbe C, Olalla J, Riera M, Bernardino JI, de López Bernaldo de Quirós JC, Moreno S, Jarrín I; CoRIS cohort. **Should we measure quality of life among people with HIV? A multicentre survey of physicians' opinions in Spain.** *HIV Med.* 2024 Oct 25. doi: 10.1111/hiv.13726. Epub ahead of print. PMID: 39455423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39455423/>
- Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, Del Amo Valero J, Gatell JM, Baptista-Leite R, Mendão L, Porter K, Vella S, Rockstroh JK. **Beyond viral suppression of HIV – the new quality of life frontier.** *BMC Med.* 2016 Jun 22;14(1):94. doi: 10.1186/s12916-016-0640-4. PMID: 27334606; PMCID: PMC4916540. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0640-4>
- Badía,X.; Podzamcer, D.; López-Lavid, C.; García, M. (1999). Medicina basada en la evidencia y la validación del cuestionario de calidad de vida: versión española del MOS-VIH para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 17(2), 103-113
- Wu, A.W.; Revicki, D.A.; Jacobson, D.; Malitz, F.E. (1997). Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes study HIV Health Survey (MOS-HIV). *Quality life Research*, 6(6), 481-493

**"Incorporando la voz de las personas con VIH en su proceso asistencial". Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2024. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-62037-1 Disponible en https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/files/incorporando-la-voz-de-las-personas-con-vih-en-su-proceso-asistencial.pdf

6

Ofrecer información sobre recursos sanitarios y comunitarios disponibles.

Descripción

Establecer el mapa de recursos del sistema sanitario y comunitario para poder satisfacer las demandas de las PVIH en cada momento. En el perfil azul, en concreto, orientado a alcanzar categoría de paciente experto.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** explorar habilidades y necesidades no cubiertas del/la paciente, para establecer los recursos adecuados en cada caso.
- **Paso 2:** disponer de un mapa de recursos comunitarios a nivel local/nacional.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.	En la visita enfermera de acogida y en visitas enfermeras sucesivas.	En cada visita.

Registro de la información

Registrar en la HCE del/la paciente la información proporcionada y si ha hecho uso de esos recursos.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Mapa de Centros Comunitarios de la Prueba del VIH: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/mapaCentrosComunitarios.htm>
- gTt-VIH: <https://www.gtt-vih.org/>
- Seisida: <https://www.seisida.net/>
- Cesida: <https://cesida.org/>
- Apoyo positivo: <https://apoyopositivo.org/nosotros/>
- Fundación 26 de diciembre para personas mayores LGTBIQ+: <https://www.fundacion26d.org/>
- Cruz Roja VIH: <https://www2.cruzroja.es/infoprevencion>
- Salud entre culturas: <https://www.saludentreculturas.es/>
- Pacto social VIH: <https://pactosocialvih.es/>
- Clínica legal Universidad de Alcalá de Henares: <https://derecho.uah.es/es/facultad/clinica-legal/#>
- Trabajando en positivo: <https://trabajandoenpositivo.org/>
- Aids map: <https://www.aidsmap.com/>
- CDC HIV: <https://www.cdc.gov/hiv/index.html>

7

Potenciar el vínculo terapéutico.

Descripción

El establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la empatía da lugar a mejores resultados en salud, permitiendo un espacio abierto al diálogo y una detección precoz de necesidades y/o complicaciones potenciales.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** desde la visita de acogida y mantenido en todas las visitas sucesivas, crear un espacio seguro, sin prejuicios, empático y de escucha activa.
- **Paso 2:** apoyo emocional y refuerzos positivos ante conductas que el/la paciente realiza correctamente o que ha mejorado.
- **Paso 3:** utilizar técnicas como el asesoramiento y la entrevista motivacional a la hora de ofrecer información.
- **Paso 4:** facilitar una comunicación fluida. Se trata de proveer a la PVIH de un medio para contactar con nosotros que mejor se adapte a sus capacidades, ya sea por correo electrónico, teléfono, o de forma telemática; así como facilitar consultas presenciales espontáneas para dar respuesta a las posibles demandas imprevistas de cuidados.
- **Paso 5:** dejar un espacio de tiempo en cada visita para que la PVIH pueda expresar sus dudas, inquietudes u otras percepciones.

Lugar

En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.

Momento temporal

Mantenida en el tiempo desde la visita de acogida.

Periodicidad

No se trata de una intervención intermitente sino continuada o constante.

Registro de la información

Registrar en la HCE de la PVIH las intervenciones llevadas a cabo en la consulta.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Entrevista motivacional: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal-jda/3_Entrevista_motivacional.pdf
- Davoudi M, Heydari A, Manzari ZS. Psychosocial Interventions by Nurses for Patients with HIV/ AIDS: A Systematic Review. J Caring Sci. 2023 Apr 26;12(2):94-102. doi: 10.34172/jcs.2023.30726. PMID: 37469749; PMCID: PMCI0352634

8

Realizar asesoramiento con la pareja serodiferente.

Descripción

Se trata de dar información y educación para la salud sexoafectiva de los dos miembros de la pareja, evitar y prevenir el estigma y cualquier otra forma de discriminación.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** evaluar conocimientos sobre mecanismos de transmisión de ITS.
- **Paso 2:** realizar estudio de contactos y reforzar uso de medidas de prevención, como mínimo, hasta lograr la condición de I=I.
- **Paso 3:** facilitar información sobre el VIH, sobre el ciclo del virus, sobre mecanismos de transmisión, reforzar el concepto I=I, sobre el TAR y desmitificar conceptos erróneos.
- **Paso 4:** si existen otras parejas sexuales, evaluar si cumple criterios de PrEP.
- **Paso 5:** ofrecer asesoramiento con pareja, familiar o amigo si fuera necesario.
- **Paso 6:** informar sobre derechos relacionados con informar sobre el diagnóstico VIH y otras ITS.

Lugar

En la consulta enfermera. También se puede realizar a través de teléfono y/o correo electrónico.

Momento temporal

En la visita enfermera de acogida y en visitas enfermeras sucesivas.

Periodicidad

Cuando se requiera.

Registro de la información

Registrar en la HCE de la PVIH la información proporcionada.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

- Recomendaciones sobre la profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en España: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>
- Aspectos legales de la transmisión del VIH: <https://www.gtt-vih.org/cuidate-old/vih-discriminacion-y-derechos/clinica-legal-responsabilidad-penal/>
- La Clínica Legal en el ámbito del VIH y sida: <https://cesida.org/clinicalegal/>
- Cómo funciona el tratamiento: https://www.gtt-vih.org/files/infovih/infovih_0134_esp.pdf

9 Valoración de tolerancia al TAR e interacciones.

Descripción

Valoración de tolerancia al TAR, efectos adversos y posibles interacciones.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** revisar en la historia clínica y en registros de AP (receta electrónica) toda la medicación actual, incluido el TAR.
- **Paso 2:** comprobar vigencia de la prescripción, duplicidades y necesidad de la medicación prescrita.
- **Paso 3:** preguntar acerca de tratamientos no médicos, como la creatina, proteína, vitaminas, productos de herbolario, etc.
- **Paso 4:** conciliar la medicación prescrita con la que toma la PVIH realmente.
- **Paso 5:** valorar posibles interacciones si hay fármacos nuevos*.
 - Preguntar específicamente por posibles efectos adversos del TAR e intervenir en función de la respuesta.

Lugar	Momento temporal	Periodicidad
En la consulta enfermera.	En cada visita.	Revisar los efectos adversos en cada visita y conciliación si hay nuevas prescripciones o si se ha producido transición asistencial.

Registro de la información

Registrar en la HCE el tratamiento actualizado conciliado con el/la paciente.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

Ministerio de Sanidad. 2021. Recomendaciones sobre conciliación de la medicación en atención primaria en pacientes crónicos. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/usoSeguroMedicamentos/docs/Documento_final_-Octubre_2022._ACCESIBLE.pdf

*Web donde consultar interacciones de fármacos antirretrovirales: <https://interaccionesshiv.huesped.org.ar/>

Valoración del calendario vacunal.

Descripción

Revisar el estado del/la paciente e indicación de las vacunas según proceda.

Protocolo/instrumento/acciones o pasos a realizar

- **Paso 1:** revisar serologías (marcadores vacunales) y antecedentes de vacuna en los registros sanitarios antes de la visita del/la paciente.
- **Paso 2:** contrastar los hallazgos con el/la propio/a paciente (en el primer año de tratamiento se deberían actualizar las vacunas si las condiciones inmunovirológicas del/la paciente lo permiten).
- **Paso 3:** indicación de las vacunas que procedan y derivación al servicio pertinente (medicina preventiva, AP, hospital de día).

Vacunas recomendadas*:

- Neumococo, VHB, VHA, VPH, HZ, meningococo A,C,Y,W.
- Indicación vacunas estacionales (gripe y COVID-19).
- Derivación a AP si no se puede vacunar en el propio centro.
- Consideraciones:
 - Contraindicadas vacunas atenuadas si la cifra de CD4<200.
 - Vacunar cuando la CV sea indetectable y se haya producido la recuperación de CD4 tras inicio de TAR.

Lugar

En la consulta enfermera hospitalaria (de la unidad de VIH o de medicina preventiva) o en la consulta enfermera de AP.

Momento temporal

Campaña anual de vacunación de gripe.

Periodicidad

Anual.

Registro de la información

Registrar en la HCE las vacunas puestas y las fechas de las vacunas pendientes, así como su derivación si se produce. Si se vacuna en nuestra consulta reflejarlo en el registro compartido de vacunas.

Casos de uso o referencias útiles de pioneros

La vacunación de herpes zoster en hospital de día/consulta de enfermería de enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) ha facilitado el acceso y la cobertura vacunal de nuestros/as pacientes. Es importante tener acceso a los registros compartidos de vacunas para registrar las vacunas administradas.

*Documentos donde consultar en detalle (indicación, posología, etc.). vacunas recomendadas

- EACS Guidelines version 12.0, October 2023.
- Manejo Compartido del Paciente con Infección por VIH entre Atención Primaria y Hospitalaria Versión 1.0. Febrero 2022. Vacunaciones en el paciente con infección por VIH. Capítulo 3.2. (Acceso: <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2022/02/manejo-compartido-del-paciente-con-infeccion-por-vih.pdf>)
- Vacunación frente al neumococo en el adulto. Información para profesionales sanitarios. Actualización marzo 2023. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_vacunacion_frente_a_neumococo_en_el_adulto_def.pdf

4. Conclusiones y próximos pasos

La misión y visión de la enfermera experta en VIH implica un compromiso con el bienestar y calidad de vida de las PVIH y la construcción de un sistema de salud más equitativo.

Esta guía no solo pretende trasladar de forma práctica el conocimiento adquirido hasta el momento, sino que también simboliza una invitación a que cada enfermero/a se convierta en protagonista del cambio, apoyando la implementación del Modelo Óptimo de Atención al paciente con VIH llevando adelante un modelo de atención que priorice la calidad y seguridad, la dignidad y el respeto.

Los cuidados que presta la enfermería a PVIH no es solo una práctica técnica; es una oportunidad para marcar la diferencia en la vida de quienes enfrentan esta condición. Para ello, es fundamental:

- **Conocer y respetar el legado:** aprender de quienes han liderado el camino y utilizar sus experiencias como base para innovar.
- **Desarrollar habilidades de empatía y comunicación efectiva:** las relaciones humanas son el centro del cuidado.
- **Actualización y aprendizaje permanente:** los avances en la investigación y las tecnologías aplicadas a la salud demandan un aprendizaje continuo.
- **Participar en redes de conocimiento:** compartir y aprender de otros profesionales fomenta una práctica más robusta y colaborativa.

Este documento quiere también servir de inspiración a las nuevas generaciones de enfermeros/as para que continúen prestando sus cuidados con calidad, compromiso y pasión.

Invitamos a todos los lectores a utilizar esta guía como un recurso para enriquecer su práctica diaria, fomentar la innovación y contribuir a un sistema de salud de valor y centrado en las personas.

Anexo 1: valor presente y futuro de los cuidados enfermeros

A lo largo de su experiencia, la EECPVIH ha identificado aprendizajes que hoy constituyen la base de los cuidados que prestan.

Estos aprendizajes no solo reflejan su compromiso con la atención de calidad centrada en las personas que viven con VIH, sino también su capacidad para innovar y adaptarse a un panorama en constante cambio.

Algunos de los aprendizajes más destacados son:

1. La importancia de una visión integral de la PVIH:

- Los cuidados deben ir más allá de los síntomas físicos. Es fundamental comprender las dimensiones psicológicas, sociales y emocionales, entre otras, de la PVIH para ofrecer un cuidado holístico.

2. El poder de la educación y el acompañamiento:

- Empoderar a las PVIH a través de la educación sobre su condición respecto a la infección y el tratamiento no solo mejora los resultados clínicos, sino que también fomenta una mayor autonomía y confianza.

3. El valor de la colaboración interprofesional:

- El trabajo en equipo con otros profesionales de la salud, así como con organizaciones comunitarias, ha demostrado ser esencial para abordar las necesidades complejas de estas personas.

4. La adaptación a la diversidad de perfiles de pacientes:

- Reconocer que no todas las PVIH enfrentan los mismos desafíos ha permitido desarrollar intervenciones de cuidados personalizadas y adaptadas a las necesidades de la PVIH, permitiendo mejorar su calidad de vida independientemente del momento vital en el que se encuentre.

5. La documentación y evaluación continua:

- Registrar de manera rigurosa la información generada durante el cuidado no solo asegura la calidad, sino que también permite identificar áreas de mejora y compartir aprendizajes con otros y otras profesionales.

Este grupo de trabajo decidió elaborar un cuestionario dirigido a colegas de profesión con el fin de tener una primera aproximación sobre cómo otros colectivos profesionales que comparten atención con las PVIH visualizan su responsabilidad y desempeño profesional. Se pretendía comprender cómo otros colegas de profesión perciben el valor aportado por la EECPVIH.

Se diseñó y distribuyó un cuestionario a profesionales de diferentes disciplinas sanitarias, obteniéndose un total de 25 respuestas provenientes de médicos/as, farmacéuticos/as, trabajadores/as sociales, directores/as de programas en entidades comunitarias. El análisis se centró en identificar las principales áreas de impacto de la EECPVIH y sus contribuciones tanto a las PVIH como al equipo interdisciplinar.

A continuación, en las figuras siguientes ([figuras 3, 4, 5, 6 y 7](#)), se muestra una síntesis de los principales resultados.

Figura 3: áreas en las que inciden/trabajan/lideran la EECPVIH

22 de 25	Educación y promoción de la salud o hábitos saludables.
21 de 25	Promover la calidad de vida de las PVIH (biopsicosocial)
20 de 25	Facilitar la coordinación intersectorial: atención primaria/atención hospitalaria /entidades comunitarias/trabajo social.
17 de 25	Asegurar la continuidad asistencial (continuum de cuidados)
15 de 25	Dar a conocer los recursos comunitarios disponibles y facilitar la vinculación
13 de 25	Realizar investigación sobre cuidados enfermeros
11 de 25	Velar por la seguridad de las y los pacientes
10 de 25	Empoderamiento de las y los pacientes
	Optimizar los recursos del sistema de salud
1 de 25	Los programas de PrEP no serían posibles sin EEPVIH

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario valor presente y futuro de los cuidados enfermeros.

◆ Figura 4: cualidades destacables de la EECPIH

19 de 25	Que están siempre disponibles para las y los pacientes
	Que sean los/las profesionales de referencia en los cuidados para la persona con VIH, la familia y su entorno social
18 de 25	Que tengan capacidad de investigación o de liderar proyectos para la mejora asistencial
	Que ofrezcan cuidados culturalmente competentes acordes con la diversidad
16 de 25	Que sean capaces de tomar decisiones clínicas acertadas de forma autónoma
15 de 25	Que estén siempre disponibles para el equipo
	Que obtengan formación avanzada en VIH
8 de 25	Que ayuden a descongestionar agendas de otros/as profesionales
	Muchos años de experiencia

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario valor presente y futuro de los cuidados enfermeros.

◆ Figura 5: ¿qué aportan la EECPIH a las personas con VIH?

Educación y promoción de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Educación sanitaria en ITS, PrEP,...Resolución de dudas. • Cuidados de la medicación, hábitos de vida saludables, evitar conductas de riesgo. • Dar información y soporte en todas aquellas dudas que no pueden hablar con el/la médico/a.
Prevención
<ul style="list-style-type: none"> • Todo el espectro de actividad preventiva, estilo de vida, inmunizaciones comorbilidades y cribados. • Vacunación, riesgo cardiovascular...seguimiento de efectos adversos.
Adherencia
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la adherencia a los tratamientos y cuidados de salud.
Cuidados técnicos
<ul style="list-style-type: none"> • Primera atención y acogida a las personas con VIH. • Triajes, tomas de muestras, analíticas, toma de constantes... • Administración de medicación parenteral. • Implementación de la medicación long-acting. • PrEP. • Resolver muchos problemas de forma autónoma. • Gestionar el plan óptimo de cuidados personalizados.
Referente cercano
<ul style="list-style-type: none"> • Atención desde otro enfoque. Atención más cercana, menos medicalizada y empática. • Referente cercano y accesible. • Vía de comunicación más rápida. • A las personas con VIH y también al resto del equipo. • Apoyo emocional. • Fomentar el autocuidado. Formar y ayudar a las personas con VIH a ser expertas. • Velar por los derechos de las personas con VIH y actuar contra el estigma.
Calidad y Continuidad de cuidados
<ul style="list-style-type: none"> • Calidad, continuidad, actualización de su atención. • Son los/las profesionales mejor posicionados/as para la elaboración de planes de educación en salud global, educación en salud sexual y en todas las esferas que afectan a la calidad de vida de las personas con VIH. • Gestión de casos relacionados con otros niveles asistenciales.
Liderazgo en la coordinación de recurso
<ul style="list-style-type: none"> • Son los/las principales agentes de la coordinación de la atención entre diferentes profesionales sanitarios/as, asegurando una atención fluida y multidisciplinaria que abarca todas las áreas afectadas por el VIH. • Conocimiento de la infraestructura de cómo se desarrollará el seguimiento. • Punto de unión entre el entorno sanitario, la comunidad y las instituciones sociosanitarias. • Les ofrecen recursos comunitarios (mapa).

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario valor presente y futuro de los cuidados enfermeros

❖ Figura 6: ¿qué aportan la EECPIH al equipo interdisciplinar?

Coordinación del equipo interdisciplinar

- Dada su situación cercana es la primera persona que puede detectar las necesidades o problemas intercurrentes y ser la persona que pone en marcha y coordina a todo el equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios/as (decidiendo tareas en conjunto con el equipo médico).
- Permite adelantarse a situaciones complejas y planificar estrategias preventivas en distintos niveles.
- Generar alertas en cuanto a pérdida de la salud mental, social y funcionalidad, así como proponer derivaciones.

Facilita asistencia con calidad

- Contacto inmediato en caso de necesidad.
- Facilita información complementaria y útil.
- Es complementaria a la actuación de medicina que no tiene tiempo de explicar todo.
- Indicaciones/recomendaciones de estilo de vida saludable.
- Supervisión de la adherencia (tratamiento y estilo de vida).
- Gestión de cronograma más adecuado de citas para la persona con VIH.

PrEP

- Sin ellas no sería posible implementar los programas de PrEP.
- Figura central en el equipo.

Cohesión del equipo

- Punto de vista más centrado y cercano en la persona que en la enfermedad o los parámetros biomédicos.
- Vigila la esfera psicosocial, familiar, económica... Indispensable en la elaboración del plan de cuidados y su seguimiento.

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario valor presente y futuro de los cuidados enfermeros.

❖ Figura 7: nuevas competencias por asumir

Coordinación

- Conexión directa con trabajo social/enfermería de psiquiatría/farmacia para facilitar entendimiento entre las personas con VIH y cubrir sus necesidades concretas.
- Ser el nodo del proceso asistencial integrado de primaria y hospital cuando sea una realidad.
- Gestión de casos. Rol de gestor/a de casos complejos en coordinación con el resto de los niveles asistenciales.
- Diseño de programas de atención compartida. Creación de circuitos.
- Proyectos comunitarios compartidos con atención primaria y entidades comunitarias.

Asistencial

- PrEP. Long Acting, prevención y apoyo emocional.
- Terapia grupal acompañadas de otro/a coterapeuta.
- Atención directa al/la paciente crónico/a complejo/a.
- Control clínico de pacientes estables.

Nuevas modalidades de prestación

- Atender más consultas a distancia con soporte tecnológico adecuado y cercano.

Diversidad

- Atención a la diversidad. Promover los derechos de las personas con VIH desde cada ámbito de su trabajo, así como incorporar la perspectiva de género en las unidades de atención.

Gestión de recursos

- Consulta de seguimiento rutinaria personas con VIH, alternativa o complementaria a la visita médica, en función de la estabilidad de/la paciente y la experiencia de enfermería.
- El/la paciente estable, sin comorbilidad y sin cambios significativos en el perfil podrían entrar en una asistencia compartida. No siempre deberían ser visitados por el personal médico/a.

Reconocimiento

- Lo principal es que su formación esté reconocida y aceptada; No "una enfermera más que vale para cualquier cosa".
- Que todas las unidades pudiesen tener esta figura incorporada en el equipo.
- Más autonomía profesional. Aumentar sus competencias y dotar de soporte legal. Programas de seguridad de las personas con VIH.

Prevención

- Solución de problemas no directamente relacionados con la infección y anticipación a los nuevos retos.

Fuente: elaboración propia en base al cuestionario valor presente y futuro de los cuidados enfermeros.

Anexo 2: glosario

Información y servicio: guía de servicios con lugares a los que acudir para realizar consultas, solicitar asistencia o demandar el cumplimiento de derechos vulnerados (además de las voces de PVIH y profesionales).

Bisexual: persona que siente atracción emocional, romántica y/o sexual hacia más de un género.

Chemsex: uso intencionado de sustancias psicoactivas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

Cisgénero: se refiere a personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.

Consentimiento informado: también conocido como consentimiento fundamentado. Proceso de comunicación entre una persona y un proveedor de atención de salud o un investigador para asegurarse de que la persona entienda todos los hechos pertinentes relacionados con un procedimiento médico o un ensayo clínico. Antes de someterse al procedimiento o de participar en el ensayo, la persona debe firmar un formulario de consentimiento informado que indique que entiende los riesgos y beneficios de dicho procedimiento o ensayo y los riesgos y beneficios de otras opciones.

Continuo de atención: también llamada cascada de tratamiento. Se acepta también la expresión en inglés *Linkage to care*. Son los pasos o etapas del tratamiento médico de la infección por el VIH. El continuo de atención comienza cuando alguien recibe un diagnóstico de infección por ese virus e incluye la búsqueda de la atención de salud apropiada, el comienzo del tratamiento antirretroviral (TAR), la observancia del tratamiento y la permanencia en el cuidado. La meta definitiva del continuo de atención es la reducción vírica y optimizar el cuidado de PVIH a lo largo del proceso crónico.

Consentimiento e información de la prueba del VIH: al inicio de la epidemia, predominaba el excepcionalismo de la prueba del VIH, que exigía realizar counselling previo y posterior a la prueba y obtener un consentimiento informado explícito por escrito. Este excepcionalismo se justificaba como una necesidad de proteger los derechos de las personas afectadas ante la falta de tratamiento y por la rampante discriminación. En España, la normalización de la prueba diagnóstica del VIH mediante un sistema opt-out está permitida pues la legislación vigente no exige que la información o el consentimiento sean por escrito al no tratarse de una intervención quirúrgica, un procedimiento diagnóstico o terapéutico invasor o, en general, un procedimiento que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente; tanto información como consentimiento pueden ser orales dejando constancia en la historia. Por otro lado, el sistema opt-out ya está incluido en la legislación española sobre trasplantes de órganos.

Counselling: también llamado asesoramiento. Herramienta terapéutica que consiste en ayudar, desde una perspectiva biopsicosocial, a la persona con VIH. El objetivo es acompañar y participar en la toma de decisiones compartida, para lograr que la decisión tomada sea acorde al sistema de valores de la persona (autonomía; beneficencia no-paternalista), fomentando la conciencia de las consecuencias de tal decisión (responsabilidad), minimizando el impacto emocional para el/la counsellor en la ayuda (autocuidado y prevención consciente). Tres son los grupos de habilidades fundamentales para una aplicación óptima del counselling: habilidades emocionales, habilidades de comunicación, y habilidades de motivación. Esta relación de ayuda, creada a través del counselling, facilita el vínculo terapéutico y permite a la persona acceder a los servicios de salud y sociales correspondientes que son indispensables dentro del continuo de atención.

Cuarto 95: la Estrategia Global de ONUSIDA ha marcado el 'Objetivo 95-95-95' para el año 2025: que el 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas; que el 95% de ellas esté en tratamiento; y que el 95% de ellas cuente con carga viral indetectable y, por tanto, intransmisible. El 'cuarto 95' es un objetivo adicional propuesto por investigadores y activistas comunitarios a la Estrategia Global de la Organización Mundial de la Salud y hace referencia a la necesidad de invertir, también, en el objetivo de potenciar la calidad de vida relacionada con la salud de las PVIH y de erradicar el estigma relacionado con el VIH.

Enfermedad contagiosa: aquella causada por un agente infeccioso que puede sobrevivir fuera del cuerpo humano por períodos prolongados. Estas enfermedades se pueden propagar fácilmente a través del medio ambiente (agua, aire, alimentos) o por contacto con animales portadores. El agente infeccioso cumple parte de su ciclo vital fuera del cuerpo humano.

Enfermedad transmisible: aquella causada por un agente infeccioso que sobrevive fuera del cuerpo humano por muy poco tiempo. Estas enfermedades se transmiten principalmente por contacto directo entre personas, a través del intercambio de fluidos corporales específicos. Es preferible hablar del VIH como una enfermedad transmisible ya que su transmisión es limitada a fluidos corporales específicos (sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna), la transmisión requiere que estos fluidos infectados entren en contacto directo con el torrente sanguíneo de otra persona, no se transmite por contacto casual, y el virus cumple todo su ciclo vital dentro del cuerpo humano.

Estigma: creencias y actitudes negativas relacionadas con una determinada situación, característica, afección o persona. Ese estigma puede tener efectos desfavorables para la salud y el bienestar de las personas con el VIH.

Expresión de género: es la manera en la que una persona manifiesta y comunica su identidad de género al exterior, a través de comportamientos, apariencias y otras características.

Género: conjunto de características sociales y culturales, históricamente construidas, que se asignan a las personas en función de su sexo. Incluye las conductas y expectativas sociales basadas en el sexo asignado al nacer y es resultado de la socialización.

HSH: siglas que significan "hombres que tienen relaciones sexuales con hombres". En la actualidad se prefiere hablar de "Hombres gais, bisexuales y otros HSH".

I = I: siglas para "indetectable igual a intransmisible". Significa que la carga viral en fluidos como: sangre, semen o flujo vaginal es tan baja que una prueba no puede detectar el virus y, por tanto, esa concentración de virus no tiene capacidad de transmitirse. Es decir, las personas en tratamiento con la carga viral suprimida no transmiten el VIH en ninguna circunstancia.

Infección de transmisión sexual (ITS): enfermedad infecciosa que se propaga de una persona a otra durante el contacto sexual.

Lesbiana: mujer cis o trans que siente una atracción emocional, romántica y/o sexual exclusiva o predominante hacia otras mujeres.

LGBTIQ+: siglas en inglés que significan personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgéneros e intersexuales, queer y otras.

Organización de base comunitaria (OBC): (sinónimo: organización comunitaria, Organización No Gubernamental (ONG)). Organización pública o privada sin fines de lucro que representa a una comunidad o a un segmento importante de una comunidad que trabaja para satisfacer las necesidades de dicha comunidad.

Organización Mundial de la Salud (OMS) – ONUSIDA: Organismo de las Naciones Unidas que ofrece liderazgo mundial en asuntos relacionados con la salud. Sus responsabilidades incluyen la formulación del programa mundial de investigación sanitaria, el establecimiento de normas de salud, la promoción de opciones de política basada en datos probatorios, el suministro de apoyo técnico a los países y la vigilancia y evaluación de las tendencias en materia de salud. ONUSIDA es el programa de la OMS que lidera e inspira al mundo para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Orientación sexual: se refiere a la atracción física y emocional hacia personas del mismo género, del género opuesto, de ambos géneros o la falta de atracción sexual (asexualidad).

Pareja concordante: parejas en las cuales ambos integrantes tienen la misma enfermedad de transmisión sexual, como por ejemplo el VIH.

Pareja discordante: también se utilizan los términos "pareja de estado mixto" o "pareja serodiferente". Parejas en las cuales un solo integrante tiene una enfermedad de transmisión sexual, como el VIH, y el otro no.

Persona con VIH (PVIH): término recomendado para referirse a alguien que vive con el VIH. Refleja respeto y reconoce que el VIH es solo una parte de la vida de la persona, no su identidad completa.

Persona no binaria: persona cuya identidad de género no se ajusta exclusivamente a las categorías tradicionales de hombre o mujer. Puede experimentar su género como una mezcla de ambos, algo totalmente diferente o algo que no puede definirse dentro del sistema binario de género.

Persona que ejerce el trabajo sexual: persona mayor de edad que, de forma voluntaria, ofrece servicios sexuales a cambio de dinero u otros recursos.

Persona que usa sustancias psicoactivas: cualquier persona que las use, ya sea de forma ocasional o habitual, con diversos propósitos, incluyendo la recreación o el manejo de condiciones terapéuticas.

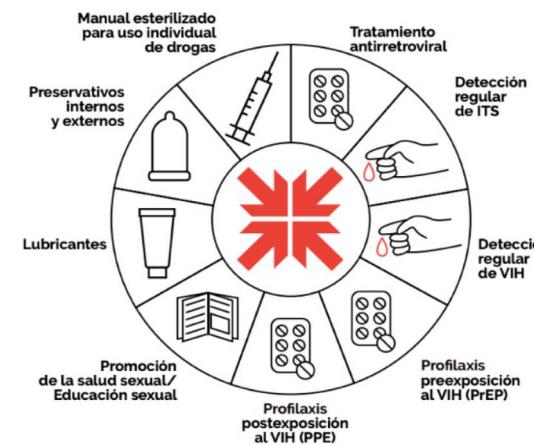
Persona que usa sustancias inyectadas: también llamado "uso de drogas inyectables (UDIS)". Método de uso de drogas ilícitas. Las drogas se inyectan directamente al cuerpo – en una vena, en un músculo o bajo la piel – con aguja y jeringa. Las venas de los brazos se utilizan normalmente para inyecciones intravenosas, pero si estas áreas se cicatrizan y dañan demasiado, algunas personas se inyectan drogas en otras venas, incluidas las del muslo, el cuello, la axila o los pies.

Persona que practica chemsex: persona que hace un uso intencionado de sustancias psicoactivas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días), entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), cuyo elemento clave es “el tiempo”, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños. En el contexto de chemsex, también es importante conocer la práctica denominada *slamming*, *slam* o *slamsex*. El *slamming* consiste en la inyección de sustancias por vía intravenosa como una práctica de consumo antes y/o durante las sesiones de sexo. Permite mantener sesiones de sexo más largas incrementando la confianza en uno mismo y la energía. Con todo, se trata de una práctica que implica también riesgos y daños para la salud. Algunos de estos riesgos se relacionan con el tipo de sustancias psicoactivas utilizadas y el patrón de uso; otros, sin embargo, se relacionan con la técnica con la que se realiza la inyección.

Poblaciones clave: sectores sociales que enfrentan una mayor vulnerabilidad frente al VIH debido a diversos factores, tales como leyes punitivas, políticas estigmatizadoras y discriminación: hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que usan sustancias psicoactivas y personas privadas de libertad. Estos grupos suelen afrontar barreras legales y sociales (incluida la criminalización) que acentúan su vulnerabilidad a la infección por VIH y otras ITS; estas personas son también blanco frecuente de vulneraciones de derechos humanos.

Profilaxis combinada: la prevención combinada del VIH es una estrategia integral que utiliza múltiples herramientas y enfoques simultáneamente para reducir nuevas infecciones. Combina intervenciones biomédicas (como preservativos, PrEP y tratamiento antirretroviral), comportamentales (educación sexual y consejería) y estructurales (lucha contra el estigma y mejora del acceso a servicios de salud). Este enfoque se adapta a las necesidades individuales y comunitarias, reconociendo que no existe una solución única para prevenir el VIH.

Prevención sexual combinada:



**COMBINAR MÁS DE UNA HERRAMIENTA
TE AYUDARÁ A CREAR TUS PROPIAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS
Y DISFRUTAR DE UNA VIDA SEXUAL MÁS SALUDABLE**

Fuente: adaptado por gTt de ONUSIDA (programa para el VIH/SIDA de la Organización de las Naciones Unidas). *HIV testing and risks of sexual transmission (3rd edition)* de Simon Collins y Charlotte Walker (HIV i-Base; Londres, Reino Unido). <https://www.gtt-vih.org/aprende/prevencion/que-es-la-prevencion-sexual-combinada/>

Profilaxis postexposición (PEP): tratamiento a corto plazo iniciado lo más pronto posible después de una exposición de alto riesgo a un agente infeccioso, como el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) o el virus de la hepatitis C (VHC). La finalidad de la profilaxis posexposición es reducir el riesgo de infección.

Profilaxis preexposición (PREP): método para prevenir la infección por el VIH en las personas que no tienen la infección, pero corren un alto riesgo de infectarse. Implica tomar diariamente una combinación específica de medicamentos contra el VIH. La profilaxis preexposición es una forma inocua y eficaz de reducir la transmisión del VIH en las personas expuestas a alto riesgo de infección por ese virus.

Tratamiento como prevención (TasP): término que describe el riesgo reducido de la transmisión del VIH que ocurre cuando los medicamentos contra el VIH reducen la carga viral de una persona a niveles indetectables. El tratamiento como prevención reduce el riesgo de la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales o de compartir agujas, y de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

SIDA: siglas para "Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana". Es la etapa más avanzada de la infección por VIH, que ocurre cuando el sistema inmunitario está gravemente dañado. Se diagnostica cuando el conteo de células CD4 cae por debajo de 200 por milímetro cúbico de sangre o cuando aparecen ciertas infecciones oportunistas. Con los tratamientos actuales, muchas personas con VIH nunca desarrollan SIDA. Sin embargo, sin tratamiento, el SIDA puede ser mortal, ya que el cuerpo pierde la capacidad de luchar contra infecciones y enfermedades.

VIH: siglas para "Virus de la Inmunodeficiencia Humana". Virus que ataca el sistema inmunitario, específicamente las células CD4 que ayudan a combatir infecciones. Se transmite por contacto con fluidos corporales como sangre, semen y leche materna. Aunque no tiene cura, existen tratamientos efectivos que permiten a las personas con VIH vivir vidas largas y saludables. Se desaconseja utilizar la expresión "virus del VIH" ya que resulta redundante.

Anexo 3: lenguaje que cuida

Evitar los estereotipos: es importante no utilizar palabras que funcionen como estereotipos o estigmatizan a las PVIH, ni lenguaje que acentúe mitos o que contenga juicios de valor. Elegir correctamente las palabras para hablar o escribir sobre el VIH puede marcar la diferencia.

El VIH no discrimina: todas las personas pueden contraer VIH estén o no en pareja, cualquiera sea su género, orientación sexual, edad, aspecto físico y/o nivel socioeconómico y cultural. Si bien la situación de pobreza aumenta la vulnerabilidad ante cualquier enfermedad, la infección por VIH no puede asociarse directamente a razones económicas y sociales, por tanto, se recomienda revisar el manejo del discurso para no contribuir al estigma.

El VIH se transmite, no se contagia: la diferencia entre una enfermedad contagiosa y una transmisible radica en el modo en que el agente infeccioso se propaga y sobrevive fuera del cuerpo humano. El VIH se transmite por vía sexual o por compartir materiales inyectables. Saber que éstas son las únicas vías de transmisión reduce el miedo a este virus y el estigma hacia quien lo tiene. Las enfermedades contagiosas son causadas por agentes infecciosos que pueden sobrevivir fuera del cuerpo humano durante períodos prolongados, permitiendo su propagación a través del medio ambiente (agua, aire, alimentos) o mediante vectores como animales portadores. Estos agentes cumplen parte de su ciclo vital fuera del cuerpo humano, facilitando su transmisión indirecta o por contacto casual. Las enfermedades transmisibles implican agentes infecciosos que sobreviven muy poco tiempo fuera del cuerpo humano y requieren contacto directo entre personas para transmitirse. En el caso del VIH, su transmisión está limitada a fluidos corporales específicos (sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna), los cuales deben entrar en contacto con el torrente sanguíneo de otra persona. El VIH no se transmite por contacto casual y cumple todo su ciclo vital dentro del cuerpo humano.

Evitar el término "grupos de riesgo": el VIH no se transmite por pertenecer a un grupo específico, sino por comportamientos de riesgo. Las prácticas que aumentan la posibilidad de transmisión incluyen relaciones sexuales sin protección (sin usar preservativo o campo de látex) y compartir agujas u otros objetos punzantes. Lo importante es centrarse en las conductas, no en las identidades, para prevenir eficazmente el VIH. Cualquier persona puede reducir su riesgo adoptando prácticas más seguras, independientemente de su grupo social o demográfico.

Evitar el uso del término "problemática": el uso de este término puede propiciar que se asocie a las personas con VIH a un problema. Las personas con VIH son parte fundamental en la prevención de la transmisión del virus, no el problema. Lo correcto sería hablar de pandemia (una epidemia de alcance mundial), tal como está reconocido el VIH epidemiológicamente.

Evitar la palabra "paciente": es preferible usar "persona" en lugar de "paciente" ("persona en tratamiento", "persona que consulta", etc.), ya que esta última remite a alguien en actitud pasiva, que acata pacientemente las órdenes médicas.

Evitar los términos bélicos: palabras como "abordaje", "lucha", "batalla" o "guerra" cuando se habla del VIH o el sida, pueden generar una comprensión inexacta del tema. Es preferible utilizar terminología de salud pública en estas noticias, tal como "respuesta al VIH", "tratamiento", "prevención del VIH". La frase "lucha contra el VIH" puede confundirse e interpretarse como una lucha contra las personas que tienen VIH y terminar transmitiendo la idea incorrecta de que hay quien gana o pierde en esta situación.

Hombres gais, bisexuales y otros HSH: en la actualidad se prefiere utilizar esta expresión en lugar de HSH ya que amplía y hace visibles las muy diversas realidades de los hombres que cuidamos (hombres gais, hombres homosexuales y bisexuales, hombres que no necesariamente forman parte de la comunidad LGBTIQ+, hombres que no se definen como gay, ni como hombres homo/bisexuales, o que se identifican como heterosexuales, trabajadores sexuales, hombres trans, intersexuales, personas queer y otras, y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres en el contexto de la institución penitenciaria u otras instituciones).

Muerte por sida: expresión errónea que es necesario eliminar. El sida es un síndrome que puede expresarse en una gran variedad de enfermedades. No hay una sola enfermedad que pueda llamarse sida. Cuando una persona a la que se le ha diagnosticado sida muere, técnicamente es más acertado decir que murió a causa de una enfermedad relacionada con el sida, por causas relacionadas con el VIH o por una enfermedad causada por el VIH.

No hay un solo día para hablar de VIH: el Día Mundial del VIH y el sida (1 de diciembre) es una excelente oportunidad para realizar notas e informes sobre el tema, pero, más allá de esta fecha, es fundamental que este tema siga en agenda durante todo el año. Si bien con los avances científicos el VIH se convirtió en una infección crónica, sigue siendo un gran desafío y un tema importante para la salud pública, y por lo tanto se recomienda buscar diferentes ángulos para poder darle continuidad al tema.

Persona portadora del VIH: término erróneo porque resulta estigmatizante y ofensivo para muchas personas con VIH. Alude a una carga que una persona lleva y puede depositar en otros/as. También, favorece la discriminación al remitir a la idea de que se puede reconocer a quien tiene VIH debido a que "porta" determinados rasgos físicos o pertenece a cierto grupo social. Cualquier persona puede tener VIH y solo se puede determinar mediante un análisis de sangre. Es preferible usar el término "persona con VIH".

Persona con VIH (PVIH): se prefiere sobre expresiones como "paciente de VIH" o "paciente con sida", que pueden ser estigmatizantes. Esta forma de hablar ayuda a normalizar el VIH como una condición de salud más y promueve la dignidad de las personas afectadas.

Persona que usa sustancias psicoactivas: es importante no hablar de consumidores/as ya que ese relato habla de gente que tiene "derechos como consumidor/a", en cambio, en muchos de los casos la tenencia de las sustancias para su uso es ilegal y está criminalizada según las legislaciones de muchos países.

Personas con derechos, no víctimas: es común encontrar la frase "personas que sufren sida" o la palabra "víctima" asociada a las personas con VIH. Estos términos llevan implícita una idea de sometimiento/incapacidad que contribuye a una visión discriminatoria. Es preferible hablar de "personas con VIH" y reconocerlas como personas de derecho con total capacidad de llevar adelante una vida plena. En este sentido, también el término de "víctimas inocentes" suele aparecer en noticias que se refieren a menores o personas adultas que adquirieron el VIH en situaciones ligadas a prácticas médicas. Puede implicar erróneamente que las personas infectadas por otras vías, especialmente la sexual, son culpables de esa situación. Utilizada así, entonces, es una frase que fomenta la discriminación y debe evitarse.

Prestar atención al contexto: las entrevistas a personas con VIH no son casos aislados, hay muchas otras personas que están atravesando situaciones similares y que su realidad tiene repercusiones sociales en diversos espacios. Es importante presentar el contexto en el cual se está viviendo, la cultura, situación política o cualquier otro elemento que esté causando un impacto en la manera de vivir de las personas con VIH, su familia y comunidad.

Prevenir sin alamar: la información debe servir para desarrollar en la población una cultura de solidaridad y respeto, así como de prevención. Si el contenido está cargado de mensajes de miedo, las personas pueden entrar en pánico y tener actitudes negativas hacia quienes tienen VIH o incluso temor a hacerse el test. Tiene mayor impacto mostrar posibles soluciones y ejemplos en los cuales se han superado dificultades, se han cumplido las leyes y se han logrado avances en la prevención.

SIDA Vs sida: la palabra "sida" es el acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida que pasó a ser un sustantivo común, por lo cual se recomienda escribirlo en minúsculas.

VIH no es sinónimo de muerte: un resultado positivo para VIH no es una sentencia de muerte. Éste sigue siendo un tema tabú en nuestra sociedad. Reproducir esa asociación limita el abordaje del VIH desde la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento. Las personas con VIH no "confiesan" su diagnóstico, ya que no es un delito. Generalmente, cuando alguna persona pública cuenta que tiene VIH, los medios de comunicación utilizan palabras como "reconoció", "confesó" o "admitió". De esta forma, la noticia adquiere un sentido desfavorable, como si se tratara de un delito o de una falta. Se sugiere usar términos como "contó", "reveló" o "dio a conocer", y siempre respetar la intimidad de las personas.

Virus del VIH / Virus del sida: referirse al "virus del sida" es inexacto. Lo adecuado es hablar del VIH, es decir del virus de la inmunodeficiencia humana, que puede causar el sida. Tampoco es apropiado nombrarlo como "virus del VIH" porque es redundante.

