IX Jornada sobre aspectes rellevants de la infecció del VIH. Maneig a l´Atenció Primària i a l´hospital

Cures infermeres en el continuum d´atenció a les persones amb VIH

Emma Fernández

Enfermera de Práctica Avanzada en VIH

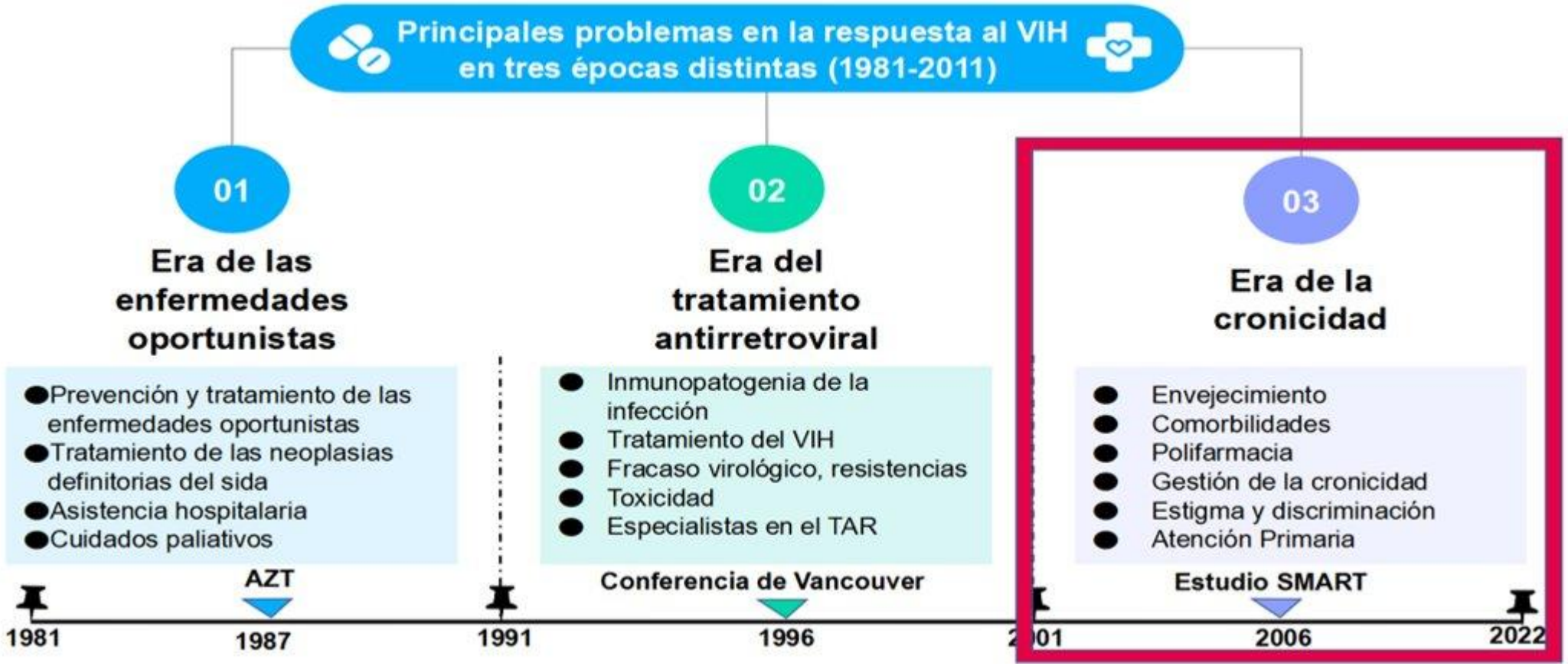
Unidad de VIH Hospital Clínic, Barcelona

Barcelona,29 octubre 2026

Contenido

- Introducción
- Continuum de atención en el VIH
- Continuum de cuidados enfermeros en VIH
- Valor presente y futuro de los cuidados enfermeros en VIH/ITS
- ¿Qué estamos haciendo para visibilizar el valor?
- Ideas clave

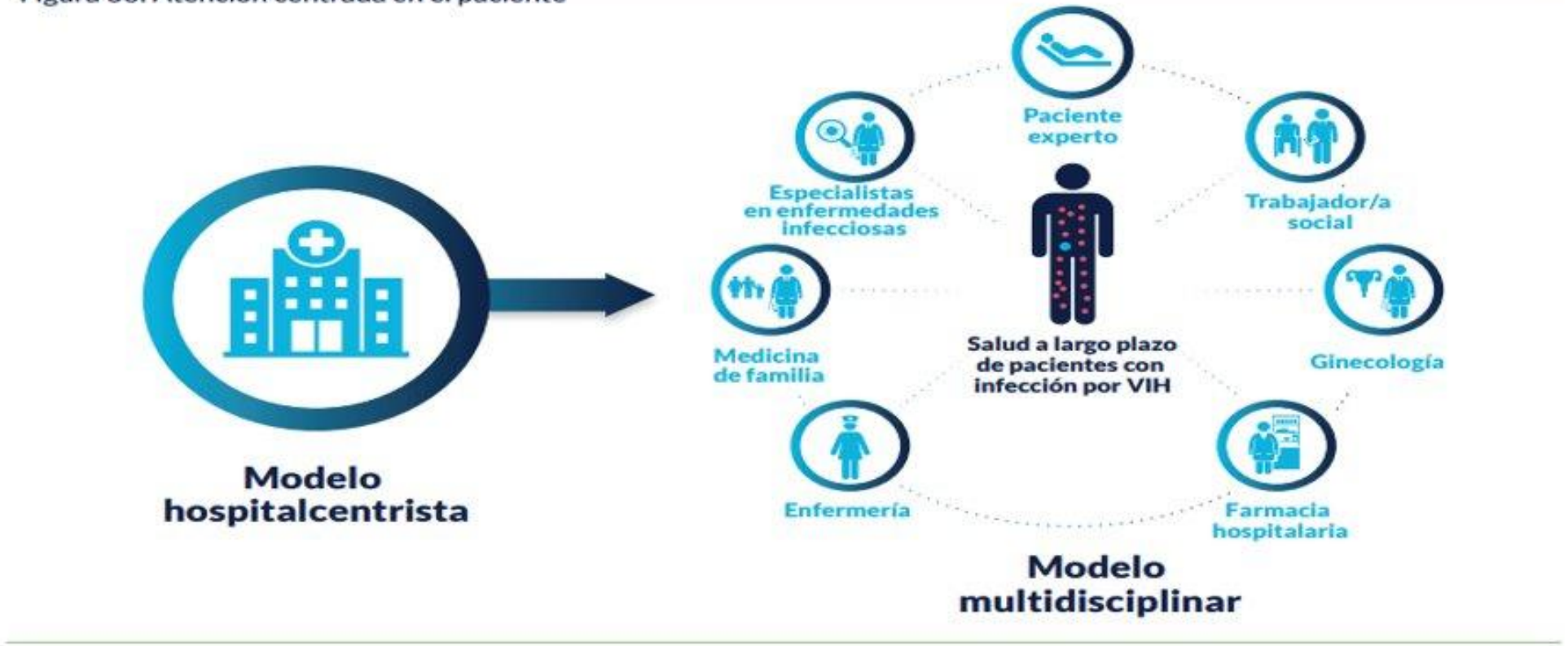
Introducción



Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., y Grupo multidisciplinar de expertos en VIH. Juntos podemos vencer al VIH. 1ª Edición. España: The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2018. ISBN 978-84-09-03625-7. Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-vencer-al-vih.pdf

Continuum de atención en VIH (I)

Figura 36: Atención centrada en el paciente



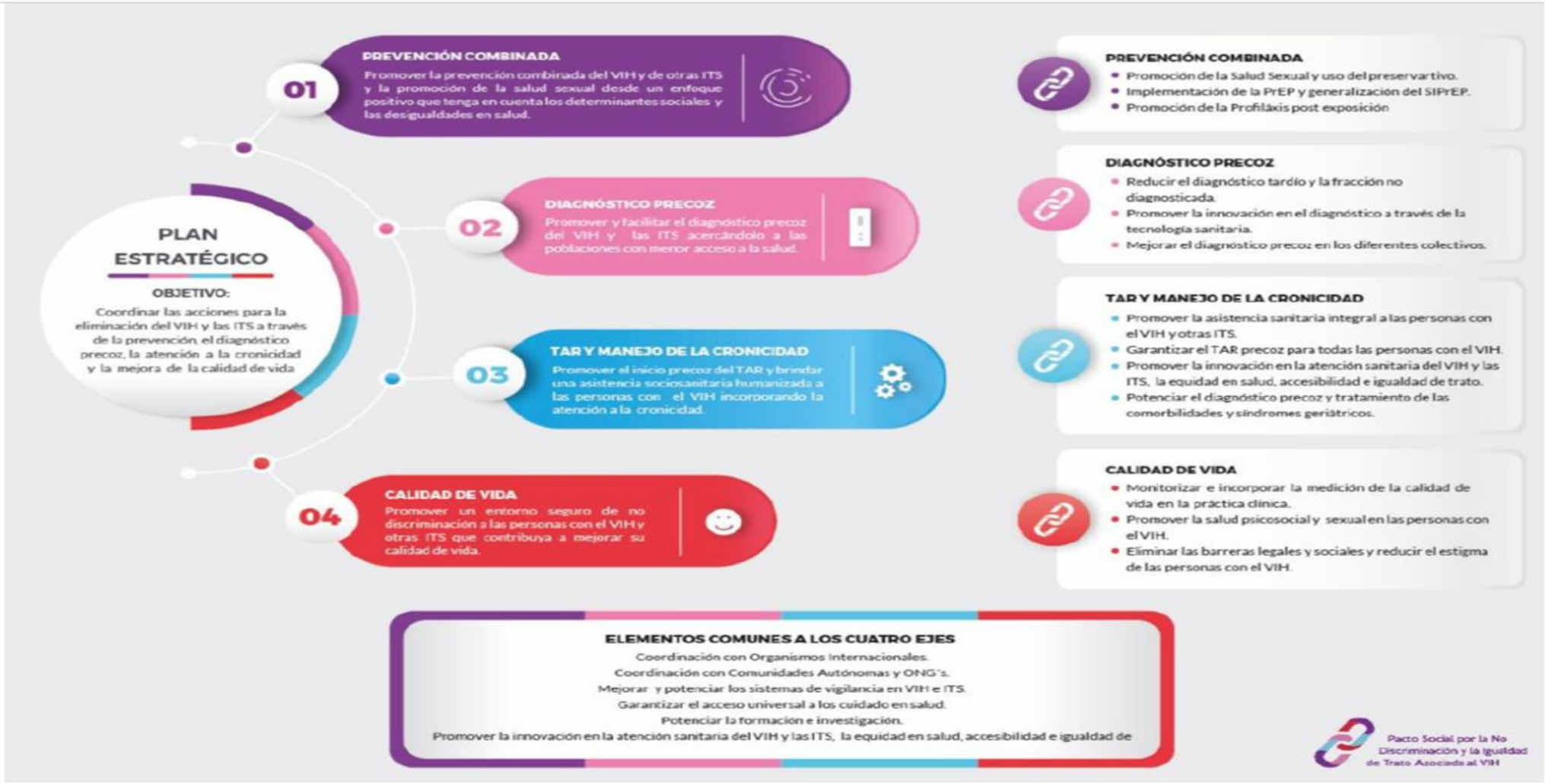
Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., y Grupo multidisciplinar de expertos en VIH. Juntos podemos vencer al VIH. 1ª Edición. España: The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2018. ISBN 978-84-09-03625-7. Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-vencer-al-vih.pdf

Continuum de atención en VIH (II)



Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., y Grupo multidisciplinar de expertos en VIH. Juntos podemos vencer al VIH. 1ª Edición. España: The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2018. ISBN 978-84-09-03625-7. Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-vencer-al-vih.pdf

Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030



Continuum de cuidados enfermeros en VIH/ ITS



Circuitos ràpidos de derivación



Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra

Consorci Sanitari de Barcelona
Corporació Sanitària de Barcelona

HOSPITAL CLÍNIC
SERVEI D'INFECCIOSES - VIH

CIRCUIT DE DERIVACIÓ DE PACIENTS DIAGNOSTICATS AMB INFECCIÓ PER VIH

PROGRAMACIÓ PREFERENT – NOU DIAGNÒSTIC

1. Seguir circuit informàtic habitual de derivació (eCAP/OMI-AP)
2. Consulta infermera d'acollida (sense cita prèvia):

Dilluns a Divendres
8:00 hores
Consultes Externes Hospital Clínic
c/ Rosselló 161
Planta 5, Ala Rosselló - Servei Infeccioses - Consulta 25

PROGRAMACIÓ NORMAL – PACIENT ESTABLE

Pacients controlats i estables:

1. Si el Centre d'Origen està a Catalunya: sol·licitar el trasllat des del Centre d'Origen
2. Si el Centre d'Origen està fora de Catalunya: fer derivació habitual (eCAP/OMI-AP)

CONTACTE

NOM	EMAIL	TELEFON
Infermera de Pràctica Avançada (IPA): Emma Fernández	circuit_rapid_inf@clinic.cat	**607512915** Busca: **380513** 93 227 54 00, ext: 2542 de dilluns a divendres de 8:00 a 15:30

SOLICITAR Profilaxis Pre-exposición (PREP)
Usuario debe enviar mail: **prep@clinic.cat**
Nombre, apellidos, DNI, CIP, Email y teléfono

CONSULTORIA VIRTUAL:
Fer derivació per e-CAP: Interconsulta sense pacient/Servei Medicina Infeccioses

CONTACTE PACIENTS:
Hospital de Dia HIV
Escala 2, planta 1ª. Hospital Clínic
Telèfon 93227 55 74

URGÈNCIES FORA JORNADA LABORAL

SERVEI D'URGÈNCIES DE L'HOSPITAL CLÍNIC



WEB: **https://geevih.seisida.es/** [acceso: octubre 2026]

Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH

2024-2025



Prestaciones enfermeras de atención según de estratificación por perfiles del Nationa Policy



1. Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first [Acceso: octubre 2026]



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH (I)

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

Paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente 10

- Detección precoz de falta de adherencia y de reacciones adversas. 11
- Educación para la salud en comorbilidades y factores de riesgo. 12
- Educación y refuerzo sobre polimedicación. 15
- Evaluación CVRS. 16
- Evaluación de dependencia. 18
- Evaluación de deterioro cognitivo. 19
- Evaluación fragilidad. 20
- Evaluación psicológica. 23
- Fomentar y potenciar la coordinación fluida entre equipos. 24
- 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. 25
- Valoración de dolor crónico de manera independiente. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas. 26
- 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.). 27

Paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social 28

- 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 43

- 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

1. Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first [Acceso: octubre 2026]



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH (II)

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



7 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)	Varones • IMC <24 fuerza ≤ 29KG • IMC 24, 1-28: fuerza ≤ 30KG • IMC >28 fuerza ≤ 32KG Mujeres • 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.el

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	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.
	Semitánden. El talón de un pie contra el lado del dedo grueso del otro pie durante 10s	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.
	Posición tándem. Pies alienados, el talón con el dedo grueso 10s	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.

1. Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first [Acceso: octubre 2026



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH (III)



3 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.

1. Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first [Acceso: octubre 2026]



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH (IV)



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

1. Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: *https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first* [Acceso: octubre 2026]

Valor presente y futuro de los cuidados enfermeros en VIH/ITS

Coordinación

- Conexión directa con trabajo social/enfermería de psiquiatría/farmacia para facilitar entendimiento entre PVIH 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 de caso complejo en coordinación con el resto de los niveles asistenciales.
- Diseño de programas de atención compartida. Creación de circuitos.
- Proyectos comunitarios compartidos con AP y entidades comunitarias.

Asistencial

- PrEP, Long Acting, prevención y apoyo emocional.
- Terapia grupal acompañadas de otro coterapeuta.
- Atención directa al paciente crónico complejo.
- Control clínico de pacientes estables.

Nuevas modalidades de prestación

- Atender más consultas a distancia ayudadas de soporte tecnológico adecuado y cercano.

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 dotarlas de soporte legal. Programas de seguridad del paciente.

Diversidad

- Atención a la diversidad. Promover los derechos de las personas desde cada ámbito de su trabajo, así como incorporar la perspectiva de género en las unidades de atención a PVIH.

Gestión de recursos

- Consulta de seguimiento rutinaria a PVIH, alternativa o complementaria a la visita médica, en función de la estabilidad de la PVIH y la experiencia de enfermería.
- El 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.

Prevención

- Solución de problemas no directamente relacionados con la infección y anticipación a nuevos retos.

Resultado del cuestionario: Valor presente y futuro de los cuidados enfermeros, trabajado por Si-Health en el proyecto: Recomendaciones de práctica en cuidados de enfermería para pacientes con VIH y principales claves para su implementación, en el contexto del proyecto National Policy (https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first). Trabajo en curso con grupo de expertos.

¿Qué estamos haciendo para visibilizar el valor?

- **II Curso salud Sexual: ITS y VIH. Cuidados enfermeros expertos**

- **Curso: Cuidados VIHsibles**



Curso acreditado

Cuidados VIHsibles. Enfermería en VIH: Innovación, cuidados integrales y respuesta a nuevos retos

En curso · 11 Horas · Acreditación Solicitada

Acceder

El curso se organiza en torno a áreas clave del cuidado integral de las personas con VIH, con un enfoque en los desafíos actuales y las competencias necesarias para una atención avanzada.

Módulo 1: Aspectos clínicos en el cuidado de las personas con VIH

Módulo 2: Salud Mental y Bienestar Psicosocial en PVIH

Módulo 3: Relevancia de las competencias culturales en la atención de PVIH. Erradicación estigma y discriminación

Módulo 4: Actualización en Prevención y Nuevas Estrategias de Tratamiento

Módulo 5: Innovación y Nuevas Tecnologías en la Atención del VIH

CRÉDITOS Y CERTIFICADO

CASE STUDY

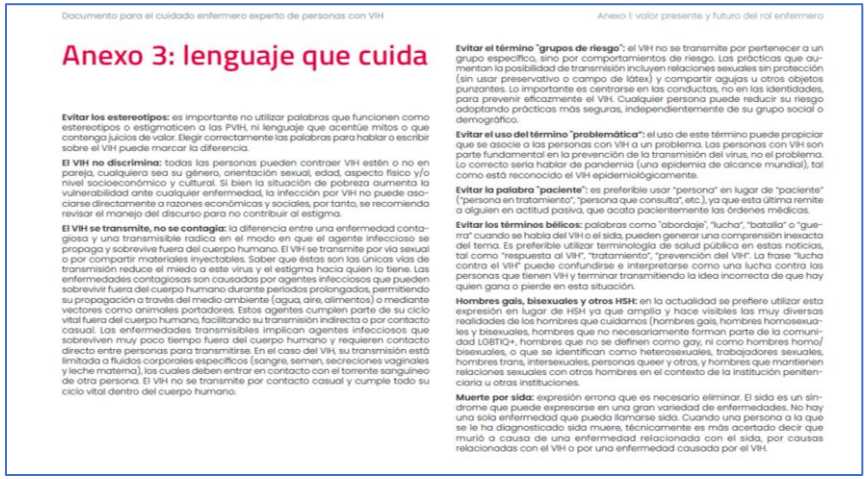
Check for updates

From Noncompliance to Structural Competency in Pre-exposure Prophylaxis Access for a Migrant Man Who Has Sex With Men in Spain: A Case Study

Juan M. Leyva*, Agustin Marcos, Rosa Badia, Juan M. Castro, Emma Fernández, Julio Morais, Jordi Puig, Margarita Ramírez, Mireia Santacreu, Roser Font

Authors and Affiliations >

Journal of the Association of Nurses in AIDS Care Publish Ahead of Print, July 23, 2026. | *DOI:* 10.1097/JNC.0000000000000679



Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH — Anexo 1: valor presente y futuro del rol enfermero

Anexo 3: lenguaje que cuida

Evitar los estereotipos: es importante no utilizar palabras que funcionen como estereotipos o estigmaticen 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 errona 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.

Clínic Barcelona

APROXIMACIÓ A LA RELACIÓ PROFESSIONAL-PACIENT EN UN CONTEXT INTERCULTURAL

PROGRAMA:

Data: 4 i 18 de novembre 2026

1- Leyva JM, Marcos A, Badia R, Castro JM, Fernández E, Morais J, Puig J, Ramírez M, Santacreu M, Font R. From Noncompliance to Structural Competency in Pre-exposure Prophylaxis Access for a Migrant Man Who Has Sex With Men in Spain: A Case Study. J Assoc Nurses AIDS Care. 2026 Jul 23. doi: 10.1097/JNC.0000000000000679. Epub ahead of print. PMID: 42490465.

2- Documento para el cuidado enfermero experto de personas con VIH. Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2025. Disponible en: https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/#first [Acceso: octubre 2026]

Herramientas y recursos comunitarios: Salud entre culturas



Decálogo para la Erradicación del Estigma vinculado al VIH

1. Garantía de igualdad de trato
Las personas no son su diagnóstico. Asegura que el estatus serológico de tu paciente no condicione la calidad, ni los tiempos de asistencia, ni el acceso a cualquier servicio sanitario. Aplica protocolos clínicos universales y evita cualquier sesgo que derive en una atención discriminatoria.

2. Lenguaje profesional no estigmatizante
Eliminar del entorno clínico términos que etiquetan o juzgan. Sustituir "grupos de riesgo" por "prácticas de riesgo" y "enfermo/infectado" por "persona con VIH". El lenguaje técnico debe ser neutro y centrado en la persona, ya que este, moldea tu juicio clínico y la confianza del paciente en el sistema de salud.

3. Evidencia científica como motor de cambio (I=I)
Promover activamente el mensaje Indetectable = Intransmisible. Como sanitario, es tu deber informar que el tratamiento eficaz anula la transmisión sexual, evitando lenguaje ambiguo y transmitiendo el mensaje con claridad y contundencia.

4. Confidencialidad y derecho a la intimidad
Custodiar la información serológica con el máximo celo profesional. Evitar marcas en historias clínicas, listados públicos o conversaciones en pasillos que vulneren la privacidad del paciente, limitando el acceso al dato solo a quien sea estrictamente necesario para el acto clínico e informando al paciente de estas garantías de confidencialidad.

5. Atención desde la interseccionalidad
Reconocer que el estigma se agrava por determinantes sociales como la etnia, la identidad de género o la situación socioeconómica. Una atención de calidad requiere identificar y entender estas barreras para adaptar el cuidado al contexto vital de cada individuo.

6. Salud mental y abordaje del estigma interno
Identificar el impacto emocional que el diagnóstico y el rechazo social generan en el paciente, idealmente mediante herramientas o escalas validadas. Derivar a recursos de apoyo psicológico o redes de pares cuando el autoestigma comprometa la adherencia al tratamiento o calidad de vida.

7. Promover el empoderamiento y los derechos
Ayudar a que las personas con VIH conozcan sus derechos y puedan ejercerlos. Como sanitario, debes promover intervenciones que les ayuden a afrontar las diversas manifestaciones del estigma y fortalecer su autonomía.

8. Educación y formación continua
Comprometerse con la actualización permanente en los avances médicos y herramientas preventivas (como PrEP, PPE, detección precoz...) para ofrecer una atención basada en la esperanza y la calidad de vida, no en el miedo. El desconocimiento es la base del prejuicio; un profesional actualizado es un profesional que no discrimina.

9. Cero tolerancia a la discriminación
No ser cómplice de comentarios estigmatizantes, bromas o prácticas discriminatorias en el entorno sanitario. La ética profesional exige reportar o corregir estas actitudes para garantizar que el centro de salud sea un espacio seguro para todos los usuarios.

10. Incidencia y responsabilidad social
Actuar como agentes de cambio frente al estigma en la comunidad. Denegar la validez de mitos sociales y participar en la creación de una cultura sanitaria basada en los derechos humanos y la dignidad de todas las personas.

Esquema de vacunación

VACUNA	PREVIENE	DOSIS	APLICADA
Practicar la empatía y priorizar a la persona frente a su diagnóstico	Una atención discriminatoria	Siempre	
Eliminar etiquetas o términos prejuiciosos	El lenguaje estigmatizante	En cada conversación	
Promover la evidencia científica I=I	Miedos y prejuicios infundados a nivel social	Ante la ignorancia	
Respetar la confidencialidad	Vulnerar la privacidad de los usuarios	Siempre	
Prestar atención a los determinantes sociales para adaptar la consulta	Agravar el estigma y sus barreras	En cada consulta	
Derivar a recursos psicológicos, al identificar fuerte impacto emocional	Comprometer la adherencia al tratamiento y empeorar el autoestigma	En cada consulta	
Ayudar a fortalecer la autonomía del paciente con información	La dependencia de terceros y pérdida de derechos	Ante la ignorancia	
Mantenerse actualizado en avances médicos y herramientas preventivas	El prejuicio y la discriminación en consulta	Siempre	
Corregir y reportar actitudes estigmatizantes	Generar un espacio hostil para los usuarios	En los centros sanitarios	
Impulsar una sanidad basada en derechos humanos y dignidad	Mantener mitos sociales y la persistencia del estigma	Siempre	

1- Cartilla de vacunación contra el estigma asociado al VIH: https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2026/04/Cartel-decalogoMAE_mar26_SEC.pdf

Mapa de recursos

RECURSOS COMUNITARIOS

Información General

- **Comité 1 Desembre:** www.comite1desembre.org
- **Sida Studi:** www.sidastudi.org
- **Grupo de trabajo sobre TAR (Gtt)**:** http://www-gtt-vih.org
- **Agencia Salut Publica** (cribajes). Plz Lesseps.,1 932 38 45 45
- **SuperVIHvents:** https://www.supervihvents.com/p/aenda.html
- **Fundació Enllaç:** https://fundacioenllac.cat/
- **SantBoi en Positiu:** VIH/SIDA – Sant Boi en Positiu TransVIH

Mujeres

- **Creació Positiva (VIH):** www.creacionpositiva.net
- **Fundació Ambit Prevenció (AmbitDona):** www.fambitprevencio.org
- **SAS** (trabajadoras sexuales): http://ajuntament.barcelona.cat/dones/es/informacion-y-atencion/las-mujeres-cis-y-trans- trabajadoras-sexuales/atencion-en-la-via-publica
- **Metzineres** (mujer con consumo y situación vulnerable):www.metzineres.org
- **Mujeres VIHvivas:** Mujeresvihvivas.org
- **Associació Drets sexual i reproductius:** Lassociacio.org
- **Genera (Asociación En Defensa de los Derechos de las Mujeres):** genera.org.es
- **Apropa`t**

Hombres

- **CheckPoint** (HSH-personas trans): http://www.bncncheckpoint.com
- **GaisPositius** (HSH/personas trans-VIH): http://www.gaispositius.org
- **Fundació Ambit Prevenció (AmbitHome)** trabajadores sexuales: www.fambitprevencio.org

Población General, LGTBIQ+, trabajadores del sexo, transgenero

- **Stop:** www.stopsida.org
- **Centro Jóvenes** (hasta 30años): www.centrejove.org
- **Centro LGTBIQ+ Barcelona** (SAI en otras poblaciones): https://ajuntament.barcelona.cat/lgtbi/ca/serveis/centre-lgtbi-de-barcelona
- **Metges del Mon:** https://www.medicosdelmundo.org/quienes-somos/sedes/metges-del-mon-catalunya
- **Fundación Triangulo** (Extremadura, Madrid, Castilla La Mancha, Castilla y Leon, Andalucía)
- **ColorSitgesLink**

Población transgenero

- **Servei Transit**: Promoción de la salud a las personas transexuales (CAP Numancia, c/ Numancia 23, 1º piso, consulta 106)

  http://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/model-datencio-a-la-salut-de-les-persones-trans

  Email: transit.bcn.ics@gencat.cat Teléfono: 934191269. (Jueves de 15 a 17 sin cita previa)

Población migrante

- **Asociación Equipo de trabajo sobre inmigrción y salud (ETIS)**
- **ACATHI** (migrantes LGTBIQ+): www.acathi.org
- **SAIER** (población general-ayuntamiento de Barcelona): http://ajuntament.barcelona.cat/novaciutadania/es/servicio-de-atencio-inmigrantes-emigrantes-y-refugiados-saier
- **SAIER Cruz Roja** (migrantes <2años de fuera de Europa)

Consumo/Chemsex

- CDR Robadors
- Chemsex Support (STOP): www.chemsex.info
- Chem-safe (EnergyControl): www.chem-safe.org
- Infodrogas (Gtt): www.infodrogas-vih.org
- Chemsex DeanStreet: www.dean.st

Inserción laboral y social

- **Fundación Salud y Comunidad:** http://www.fesyc.org
- **SAVA- ABD** (inserción social y laboral en personas VIH): http://abd.ong/desigualdad/servicio-de-acompanamiento-a-la-vida-autonoma-sava-a-las-personas-que-viven-con-el-vih/
- **T'acompanyem** (inserción laboral en población general): www.tacompanyem.org

Social

- Espai QWERTY (Telegram/Instagram)
- Panteres Grogues
- Ram de l'Aigua
- Mujeres Pa'lante: www.mujerespalante.org
- AmigosBarcelona: https://www.amigosbarcelona.com/g/gays-barcelona
- Bar La Federica/Candy Darling Bar
- Cor Masculí de Barcelona
- The Cube Tattoo Lab: https://thecubetattoo.com/

Clínica Legal

- Clinica legal CESIDA: https://cesida.org/clinicalegal/
- Alfabetización jurídica legal: https://cesida.org/clinicalegal/alfabetizacion-legal/

EMERGENCIA SOCIAL

-CUESB (situación en calle sobrevenida)

- SIS (servicio de inserción social, no vinculado a TS ni CPA, y en situación de calle)

- CANE (albergue invierno)

- Arrels

Ideas clave (I)

- Para alcanzar objetivos de ONUSIDA para 2030 y potenciar la salud a largo plazo de las PVIH,

  es imprescindible una atención integral desde **perspectiva biopsicosocial**

- El continuum de atención **intersectorial e transdisciplinar** es clave en la optimización del cuidado

- Para **erradicar** situaciones de **discriminación**, es preciso **formación continuada, transversal, intersectorial, transdisciplinar y transcultural** sobre:

  - Aspectos clave: **TasP, mensaje de I=I, modelos de atención a la dependencia, pacto social y derechos, perspectiva de género**

  - **Determinantes sociales**, **vulnerabilidad social, fragilidad y soledad no deseada**

Ideas clave (II)

- Garantizar servicios de salud **inclusivos, accesibles y libres de discriminación**

  (Trabajar las barreras idiomáticas y culturales)

- La **estratificación y cuidado compartido entre AH + AP + EC** es imprescindible para un envejecimiento activo y saludable

- Es necesario establecer **circuitos ágiles de comunicación y derivación bidireccional** entre AP , AH y EC. Potenciar/identificar los **"profesionales de referencia"** en cada ámbito

- Las fortalezas propias de disciplina enfermera (H - AP - sociosanitario, Entidades Comunitarias) generan la condición ideal que potencia la atención compartida y optimiza los cuidados a las personas con VIH.



Gracias por vuestro compromiso