



Memoria final del proyecto - RESUMEN

Título del proyecto

V02-2020 Programa coordinado de intervención intersectorial e interdisciplinar enfocado a la prevención combinada del VIH y a la atención a la cronicidad en las personas con VIH, con el fin de potenciar el continuum de los cuidados a lo largo de todo el proceso

IP: Emma Fernández/Montse Laguno. Centro: Unidad de VIH del Hospital Clinic de Barcelona

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

GENERALES: **1.** Ofrecer la mejor oferta de cuidados integrales a las poblaciones en riesgo de adquirir VIH y a las personas diagnosticadas de VIH a lo largo de las diferentes etapas de su proceso crónico de salud. **2.** Proporcionar información y herramientas para que la persona incorpore estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria en relación al VIH/sida.

ESPECÍFICOS: **1.** Reforzar las estrategias de prevención combinada. **2.** Asegurar el continuum de los cuidados, dinamizando y coordinando los circuitos asistenciales y favoreciendo la comunicación con las entidades comunitarias y recursos sociales. **3.** Establecer sistemas de comunicación rápidos y efectivos entre los diferentes profesionales. **4.** Mantener o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y de su entorno. **5.** Mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS:

A todas las personas atendidas en la unidad se les ha proporcionado información, formación y las herramientas necesarias para que conozcan, entiendan e incorporen estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria en relación al VIH/sida y otras ITS y se les ha ofrecido atención a sus necesidades y prestado los recursos necesarios en cada situación de salud.

Los objetivos específicos de reforzar las estrategias de prevención combinada en población general y en poblaciones clave desde el trabajo intersectorial se están llevando a cabo satisfactoriamente, tanto en Profilaxis Post-exposición (PEP), como en la Profilaxis Pre-exposición (PrEP) y en la consulta de ITS.

Durante la pandemia de COVID-19 se mantuvo la actividad de los programas durante todo el año 2020 y se realizaron las intervenciones protocolizadas pudiendo atender de forma mantenida a más de 1000 personas/año en el programa de PEP, alrededor de 1500 personas /año en la consulta de ITS e incluir 1500 personas en seguimiento en el programa de PrEP. Todas las intervenciones se realizan desde un abordaje interdisciplinar y biopsicosocial.

Con relación a dinamizar y coordinar circuitos asistenciales, con el fin de asegurar el continuum de los cuidados y favorecer la comunicación con las entidades comunitarias y recursos sociales, todas las entidades comunitarias de nuestro entorno conocen y utilizan el circuito rápido de derivación (comunicación fluida a través de email creado para ello y gestionado por las Enfermeras de Práctica Avanzada en VIH (EPAVIH). Aproximadamente el 54 % de los usuarios visitados en nuestro servicio fueron vinculados desde las entidades comunitarias.

Con el fin de dar a conocer la metodología de trabajo interdisciplinar que seguimos en la Unidad de VIH del Hospital Clinic (HC), reforzar y asegurar la comunicación entre los profesionales de la salud implicados en el continuum de cuidados: ONGs, AP, Atención hospitalaria y reducir la heterogeneidad de los cuidados ofrecidos a las PVIH y hacer difusión del proyecto se realizaron sesiones de formación intra y extrahospitalarias.

Nuestra experiencia con el proyecto nos permitió dar visibilidad, participar y trabajar con el Departament de Salut de la Generalitat y caminar hacia la implementación del modelo óptimo nuestra comunidad autónoma.

Impacto final en pacientes:

Conocer el modelo National Policy, por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar, más en profundidad nos permitió incorporar el "Arsenal de gestión": evidencia, modelos crónicos, estratificación, **Resultados Reportados por el Paciente** (PROMs) y Experiencia Reportada por el Paciente (PREMs) al cuidado de los pacientes de una forma más adecuada y por lo tanto ofrecer la dosis de cuidado que cada usuario necesita en cada momento

Durante el periodo de la beca hemos realizado un par de estudios para conocer la percepción de los usuarios sobre la atención recibida en la Unidad:

1- En relación a la Valoración de la Experiencia Reportada por el Paciente (PREMs) sobre la visita enfermera de acogida: El 90% de los usuarios refiere estar muy satisfechos con los cuidados enfermeros recibidos y se manifiestan como promotores de las EPAVIH

2- A nivel global con una encuesta con 10 ítems y una valoración del Net promoter Score: La experiencia global de la atención recibida en la Unidad es muy positiva pero analizados los datos se derivan un par de consideraciones importantes, o áreas de mejora, en las que debemos seguir trabajando; estas son relativas a los tiempos de espera previa a la visita y el espacio físico, el lugar donde se realizan las visitas.

Cambios o mejoras en la “forma de trabajar” que ha incorporado el proyecto:

- Todos los pacientes reciben, por igual, cuidados adecuados a su situación de salud y sus necesidades
- Reforzar los indicadores de calidad: reduce el tiempo de espera, agiliza la vinculación e inicio de TAR
- Mejorar el seguimiento de la infección crónica (cambios en estilo de vida y mejora la adherencia)
- Implicar al usuario en el uso de medidas preventivas y reducción de riesgos adecuada a cada individuo
- Realizar estudio de contactos de riesgo y activar medidas de prevención de forma precoz y ágil
- Facilitar y consolidar el trabajo interdisciplinar e intersectorial
- Puesta en marcha de un proyecto para evaluar la seguridad y la posible mejora en la calidad de vida de los usuarios de perfil azul si se espacian sus visitas hospitalarias
- Analizar los resultados del estudio de percepción por parte de los usuarios sobre la atención recibida nos ha permitido hallar puntos de mejora en nuestro servicio.
- Al aplicar counselling como estrategia terapéutica se consiguió disminuir el impacto emocional ante el diagnóstico y asegurar mejores resultados a corto y largo plazo, facilitar el acompañamiento en la experiencia de cronicidad y empoderar al paciente: Los pacientes más informados gestionan mejor su situación de salud y optimizan los recursos sanitarios, mejorando así el coste-efectividad

APRENDIZAJES DEL PROYECTO:

Barreras: Falta de recursos para atender de manera protocolizada la alta demanda en la consulta de PrEP. Dificultad para dinamizar el trabajo interdisciplinar, así como la comunicación efectiva. Fue necesario replanteamiento continuado que permitiera llevar a cabo reajustes y reuniones periódicas con el fin de mantener los objetivos comunes, revisar, perfilar e incorporar medidas de mejora que nos permitiera alcanzar los resultados finales en salud buscados con el proyecto.

Facilitadores: Equipo cohesionado que conoce bien los circuitos asistenciales y red de contactos intersectoriales bien establecida que ha permitido mantener el diagnóstico precoz y la rápida derivación incluso durante la pandemia de COVID-19. La dificultad en la atención presencial ha dado lugar a que se ha avanzado de forma importante en el desarrollo de aplicaciones y funcionalidades asistenciales, así como en el uso de la telemedicina y teleasistencia a nuestros usuarios.

Lecciones aprendidas:

La puesta en marcha de un programa coordinado de intervención intersectorial e interdisciplinar enfocado a la prevención combinada del VIH y a la atención a la cronicidad en las personas con VIH permite potenciar el continuum de los cuidados a lo largo de todo el proceso asistencial y aporta valor a la atención ofrecida. De esta manera hemos valorado una mejora en la calidad y seguridad clínica; se ha optimizado el rediseño de procesos y se han incorporado nuevos programas o servicios para pacientes, permitiendo dar más voz a los pacientes (PROMs, PREMs); se ha mejorado la gestión de trayectorias de los pacientes con infección VIH a nivel local.

La experiencia que hemos obtenido con este proyecto, con un enfoque claro en la medicina basada en valor, nos ha permitido ofrecer: más salud y mejor calidad de vida. Esta aproximación al paciente es más eficiente y sostenible, ofreciendo simultáneamente una mejor experiencia en atención en salud poblacional y un costo per cápita más justo. Todo ello se manifiesta en el proceso de optimización en flujo de pacientes y gestión poblacional, más integración y colaboración (intra y entre organizaciones), más y mejor gestión de la cronicidad, dar más voz a los pacientes, incorporar la salud digital, potenciar la colaboración y el trabajo en equipo e incorporar herramientas de gestión: Modelos Óptimo, estratificación, estándares, PROMs, PREMs...

OTROS ASPECTOS QUE SE DESEEN DESTACAR

Poner en valor la importancia de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPAVIH) como figura central en la coordinación de los cuidados interdisciplinares e intersectoriales a PVIH, o en riesgo de adquirirlo.