

Título:

**“EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE DIRECCION CLINICA PARA LA MEJORA CONTÍNUA DEL PRODUCTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ”**

Autores:

Ángel Vila Córcoles, Xavier Bria Ferré, Ignacio Pascual Morón, Albert Gómez Sorribes, Jordi Bladé Creixenti, Pilar Espelt Aluja, Francisco Martin Luján, Josep Basora Galisà, Jordi Daniel Diez. Javier Blasco Alvaredo, Inmaculada Ferré ...

.  
Servicio de Atención Primaria Tarragona-Reus

Àmbito de Gestión Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre

Dirección, telefono fax, email

Título:

**“EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE DIRECCION CLINICA PARA LA MEJORA CONTÍNUA DEL PRODUCTO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ”**

## **INDICE:**

RESUMEN

CONTENIDO DEL PROYECTO

1.- JUSTIFICACION Y ANTECEDENTES

2.- OBJETIVOS

3.- METODOLOGIA

3.1.- Diseño

3.2.- Periodo de estudio

3.3.- Población diana

3.4.- Descripción de la intervención

3.5.- Variables de estudio

3.6.- Evaluación de proceso

3.7.- Medida del efecto

4.- RESULTADOS

5.- CONCLUSIONES

6.- BIBLIOGRAFIA

7.- TABLAS Y GRÁFICOS

## RESUMEN:

**1.- Tema del proyecto:** Desarrollo e implementación de un programa integrado de gestión de los Equipos de Atención Primaria que pretende superar las limitaciones actuales que presenta la información clínica (falta de registros o dudas sobre la fiabilidad de los mismos), la gestión directiva( dificultad en la medida del producto),y la práctica clínica diaria(excesivamente heterogenea).

**2.- Objetivo principal del proyecto:** Evaluar la efectividad de un programa integrado de gestión (Dirección Clínica) en la mejora del producto asistencial generado por los Equipos de Atención Primaria en la prevención y tratamiento de la patología cardio-vascular.

2.1.- Mejora de los niveles de registro de los EAP de los Servicios de atención primaria para medir los indicadores priorizados.

2.2.- Valoración del impacto sobre la salud de la población mediante el indicador de "Mortalidad potencial evitada cardiovascular" (MPEcard).

2.3.- Obtener un estándar de calidad asistencial en patología cardiovascular, mediante el cual se puedan comparar los diferentes equipos de atención primaria y sirva de estímulo a los profesionales para una mejora continua de su práctica clínica.

**3.- Innovaciones que aporta:** Se trata de un proyecto que trata de integrar los sistemas de información, la gestión sanitaria( Dirección Clínica), la investigación bibliográfica y clínica, y la mejor práctica clínica (medicina basada en la evidencia) en un programa integrado de intervención cuya finalidad es la mejora continua del producto asistencial en el manejo de la patología cardio-vascular.

**4.- Contenido esquemático del proyecto:**

**4.1.- Diseño:** ; Estudio de intervención longitudinal y prospectivo del tipo antes-después., realizado sobre todas las ABS (n=30) pertenecientes al ámbito de AP Tarragona-Reus – Terres del Ebre con objeto de mejorar los niveles de registro de los EAP en la medición de indicadores seleccionados sobrepatología cardio-vascular, valoración del impacto sobre la salud de la población, y obtener un estándar de calidad asistencial en patología cardiovascular.

**4.2.- Descripción de la intervención ( ver próximo apartado).**

**4.3.- Evaluación de proceso:** mediante una comisión interdisciplinaria cuya finalidad era la detección de problemas, monitorización y retroalimentación con los profesionales.

**4.4.- Medida del efecto:** En términos de niveles de registro y cobertura de las intervenciones, mortalidad evitable, potencialmente evitada , así como el cálculo del Índice comparativo de mortalidad potencial evitada ( ICME).

**4.5.- Resultados:** Se priorizaron 7 intervenciones cuyo nivel de registro, coberturas y parámetros de mortalidad mejoraron ostensiblemente con la aplicación del proyecto. La actividad diaria de nuestros EAPs implicó un total de 260 muertes potencialmente evitadas durante el año 2001.

**4.6.- Conclusiones:** La implementación de la intervención mostró una alta efectividad. La puesta en práctica del contrato de dirección clínica ha presentado una alta eficacia. No obstante, existe una alta posibilidad de

mejora. la Mortalidad Potencial Evitada(MPE) mostró una alta precisión, poder discriminante y buena sensibilidad a los cambios. La MPE y el índice comparativo de mortalidad potencial evitada(ICME) pueden ser indicadores excelentes y motivadores a introducir en los nuevos modelos de gestión / evaluación de la APS.

**5.- Organización esquemática del proyecto:** En una primera fase detección por un grupo de expertos, mediante investigación bibliográfica, de las intervenciones de eficacia probada en patología cardio-vascular y de competencia directa de los Equipos de Atención Primaria. En una segunda fase se hizo una propuesta definitiva de indicadores a través de la constitución de dos comisiones de mejora formadas básicamente por profesionales asistenciales. En todo momento se hicieron propuestas de mejora de estructura y proceso ( sistemas de información) para facilitar su monitorización, con el objetivo de proporcionar retroinformación a los profesionales sanitarios. En una última fase se midió el grado de implementación de las intervenciones, repercusiones teóricas y potencialmente reales sobre la mortalidad, y nivel de registro de las mismas.

**6.- Beneficios específicos obtenidos o esperados:**

Incremento significativo y relevante de los niveles de reinformación para la obtención de indicadores de cálculo automatizado en los EAPs (aumento desde un 27% inicial hasta un 71'6% 1 año después de la implementación del proyecto).

Cuantificación del producto asistencial en patología cardio-vascular de los EAPs en términos de muertes potenciales evitadas ( que ascendieron a un total de 262 en nuestro ámbito de gestión durante 1 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2001).

Actualmente el ámbito de gestión cuenta con un sistema informatizado de procesamiento y distribución de información clínica, fiable, preciso, fácilmente accesible y útil tanto para el equipo directivo como para los profesionales asistenciales.

## CONTENIDO DEL PROYECTO

### 1.- JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES DEL TEMA:

En los países desarrollados de nuestro entorno se buscan y se realizan nuevas formas de organización de los servicios sanitarios con el objetivo de dar una mejor respuesta a las expectativas y necesidades de salud de la población y, al mismo tiempo, ser más efectivos y eficientes. Las actuales estrategias en Europa se inspiran en las políticas empresariales de gestión de la calidad. Con este objetivo surge la "Clínical Governance" en el Reino Unido (1-5) que se define como un marco mediante el cual las organizaciones del National Health Service (NHS) se responsabilizan de mejorar de manera continua la calidad de sus servicios y de garantizar unos elevados standards de atención, en los cuales se fortalece la práctica clínica.

En nuestro país se han propuesto una serie de valores esenciales que deberían tener los servicios sanitarios de atención primaria (6). En Andalucía se han establecido unas unidades clínicas de atención primaria (7). Actualmente el Institut Càtala de la Salut (ICS) está desarrollando la dirección clínica (8) para avanzar en la mejora continua de sus servicios y en la aplicación práctica de las evidencias científicas. Es una estrategia que se desarrolla para aumentar la orientación al cliente de la organización, la participación y implicación profesional, la descentralización y la búsqueda de la excelencia asistencial.

El esquema de Dirección Clínica aporta importantes bases que promueven el cambio de la organización:

- En primer lugar, para los profesionales: estos recuperan su liderazgo aumentando su capacidad de influencia al gestionar tanto los conocimientos científicos como la información sobre su actividad asistencial. El "feed-bak" de la información promueve cambios de conducta y permite identificar y copiar las mejores prácticas.
- En segundo lugar, para los Servicios de Atención Primaria: que han de mejorar sus recursos informáticos y mejorar sus registros para facilitar de manera continuada los indicadores de monitorización de los procesos asistenciales. La dirección clínica ha de ser capaz de que los datos y la información que se aporten se traduzcan en conocimiento (9).
- En tercer lugar el ICS que, corporativamente, ha de ofrecer recomendaciones en guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Este proyecto de Dirección Clínica del Institut Càtala de la Salut (ICS) fue acogido muy positivamente por la Gerencia del Àmbito de Atención Primaria de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre, así como por parte de los Directores de los Equipos de Atención Primaria, hecho del cual se deriva que actualmente el 100% de los Equipos de Atención Primaria del Àmbito tienen firmado un contrato de Dirección Clínica. Los Servicios de Atención Primaria de Tarragona-Reus decidieron empezar una estrategia para completar y mejorar la

Dirección Clínica incorporando nuevos indicadores clínicos basados en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia (MBE) en atención primaria. Para obtener este objetivo se crearon grupos de mejora (se explican más ampliamente en el apartado de metodología): uno que realizó la revisión bibliográfica sobre indicadores basados en MBE en la atención primaria, dos grupos (en el seno de los consejos de dirección) que trabajaron los indicadores que se incorporarían al documento de dirección clínica y un cuarto grupo de mejora que trabajó los sistemas de información y el sistema informático de soporte para poder obtener de manera periódica la información) y que este sea accesible a los profesionales mediante la Intranet del Servicio de Atención Primaria.

En una primera fase decidimos centrarnos en la patología cardiovascular ya que: 1) actualmente en España las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población; 2) en los últimos años las tasas de movilidad hospitalaria de las enfermedades cardiovasculares ha seguido un constante incremento, tanto de los hombres como de las mujeres. En estos años la enfermedad isquémica del corazón ha aumentado más que la cerebrovascular; 3) En España existen estudios que ofrecen datos sobre la incidencia de cardiopatía isquémica. Estos son: el estudio MONICA-Catalunya (10), el REGICOR (Registro Gerundense de Coronariopatías) (11) y más recientemente el estudio IBERICA (Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) (12).

Considerando que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país, y teniendo en cuenta que hasta la fecha los indicadores para medir la actividad de la atención primaria eran fundamentalmente de proceso, es oportuno considerar la posibilidad de elaborar nuevos indicadores basados más en la medida del producto asistencial de los EAPs (fundamentalmente preventivo). De este modo consideramos pertinente y motivador ofrecer a los EAPs la posibilidad de incorporar en la Dirección Clínica nuevos indicadores que permitan medir el impacto de su trabajo asistencial diario en la población en términos de Muertes Potenciales Evitadas(13).

El propósito del presente plan de calidad e intervención es evaluar la mejora de la atención clínica en pacientes con problemas cardiovasculares atendidos en los EAP de los Servicios de AP de Tarragona-Reus.

## 2.- OBJETIVOS

### 2.1.- Objetivos generales :

Poner en marcha grupos de mejora con la finalidad de:

- Identificar las intervenciones en prevención y manejo de la patología cardiovascular de eficacia probada y en cuya implementación los equipos de atención primaria(EAP) tienen una responsabilidad directa.
- Consensuar y priorizar indicadores clínicos específicos e indicadores de calidad globales que sirvan para monitorizar y evaluar la calidad de la

atención, y valorar el impacto en los pacientes con patología cardiovascular en términos de mortalidad potencialmente evitada.

- Mejora de los registros y de los sistemas de información con la finalidad de que la información se pueda automatizar informáticamente, esté disponible y pueda ser consultada por los profesionales en la Intranet de los Servicios de Atención Primaria, a fin de establecer un sistema de retroinformación ágil y efectivo entre la Dirección y los profesionales.

## **2.2.- Objetivos específicos:**

- 1- Mejora de los niveles de registro de los EAP de los Servicios de atención primaria para medir los indicadores priorizados.
- 2- Valoración del impacto sobre la salud de la población mediante el indicador de "Mortalidad potencial evitada cardiovascular" (MPEcard).
- 3- Obtener un estándar de calidad asistencial en patología cardiovascular, mediante el cual se puedan comparar los diferentes equipos de atención primaria y sirva de estímulo a los profesionales para una mejora continua de su práctica clínica.

## **3.- METODOLOGIA:**

**3.1.- Tipo de estudio;** Estudio de intervención longitudinal y prospectivo del tipo antes-después.

**3.2.- Periodo de estudio:** de enero de 2001 a enero de 2003.

**3.3.- Población Diana:** Todas las ABS( n=30) pertenecientes al ámbito de AP Tarragona-Reus – Terres del Ebre que cuenta con una población adscrita de 436681 habitantes.

### **3.4.- Descripción de la intervención:**

A principios del año 2001, dentro del marco del documento de Dirección Clínica que pretendía dar retroinformación (feed-back) a los profesionales sanitarios, el Servicio de Atención Primaria quiso priorizar unos indicadores que valorasen el impacto de las intervenciones en Atención Primaria directamente en la población atendida en las correspondientes Áreas Básicas de Salud(ABS). El objetivo continuaba siendo el de proporcionar información a los profesionales sanitarios sobre el alcance de sus intervenciones y, por otro lado, medir el producto de la Atención Primaria de Salud. Todo ello venía acompañado de una estrategia corporativa del Institut Català de la Salut de crear instrumentos como las guías de práctica clínica surgidas de la Medicina Basada en la evidencia y del consenso de los expertos.

3.4.1.- El Servicio de Atención Primaria creó un *grupo focal de expertos*.

3.4.2.- Búsqueda bibliográfica para identificar intervenciones de efectividad probada con la intención de crear indicadores estandarizados, válidos y precisos para evaluar la actividad de la Atención Primaria en su vertiente preventiva. Se buscaron revisiones sistemáticas de la base de datos Cochrane, ensayos clínicos y metaanálisis en MEDILINE, mediante el programa PUBMED

elaborado por la National Library of Medicine. Otras fuentes de información fueron la búsqueda de monografías y libros de Medicina de Familia y Salud Pública.

3.4.3.- Valoración metodológica de los artículos y de la eficacia de las intervenciones siguiendo los pasos de la MBE.

Este grupo focal de expertos realizó su trabajo durante los meses de noviembre de 2000 a febrero de 2001.

3.4.4.- Una vez definido un panel de indicadores de medicina basada en la evidencia estos fueron sometidos a dos comisiones de mejora, las cuales tenían una composición variable en cuanto al medio (rural o urbano) y de los diferentes sistemas de gestión de la Historia Clínica. Las comisiones de mejora valoraron: el estado actual del producto de Atención Primaria en base a la experiencia previa de las Auditorias de historias clínicas, valorando la idoneidad de los indicadores propuestos y la factibilidad de su puesta en práctica en los diferentes Equipos de Atención Primaria, teniendo en cuenta diferentes sistemas de registro (informatización o no), dificultades de estructura, formación profesional, oportunidad y conveniencia de los indicadores.

3.4.5.- De estas dos comisiones de mejora formadas básicamente por profesionales asistenciales, surgió una propuesta última de indicadores.

3.4.6.- Todo esto fue acompañado de una planificación, seguimiento y evaluación de los indicadores, con unas propuestas de mejora de estructura y proceso para que fuese posible su monitorización, con la finalidad de proporcionar retroinformación o feed-back a los profesionales sanitarios.

3.4.7.- Estas comisiones de mejora se reunieron desde febrero 2001-junio 2001 (cinco sesiones). Posteriormente se constituyó un GRUPO DE SEGUIMIENTO MENSUAL del proceso de desarrollo de los indicadores.

3.4.8.- El seguimiento de los indicadores y el desarrollo en cada EAP fue acompañado del despliegue de guías de práctica clínica. Cada guía tenía *un propietario del proceso* de puesta en práctica de la misma que podía valorar en sesiones clínicas los diferentes indicadores que hacían referencia a la misma. Ello fue una buena estrategia para fomentar una buena aceptación grupal de los indicadores en los EAP.

3.4.9.- Creación de un "Grupo de seguimiento de Ssistemas de Información": de las necesidades de información expresadas por las Comisiones de calidad surgió una Comisión de sistemas de información que se reunía de forma mensual tratándose de un grupo pluridisciplinar compuesto por todos los *propietarios de los procesos clave de información* del ámbito de gestión (responsables de farmacia, directores asistenciales, administrativos de sistemas de información, técnicos de salud, responsables de formación, personal de laboratorio, gerente de ámbito, director SAP, informáticos, etc.) que permitiesen poner en marcha un sistema de información de los indicadores ágil y útil. A partir de aquí se diseñó una aplicación informática para monitorizar los



indicadores valorando el proceso de entrada de datos y el suministro de las mismas a los EAPs.

3.4.10.- Finalmente, de estos indicadores se decidió obtener dos estimaciones transversales (antes y después de la puesta en práctica del plan de mejora, enero 2001-enero 2002) de la mortalidad teórica evitada y de la mortalidad real evitada. Así como un estándar de calidad que permitiese clasificar los EAPs para poder realizar comparaciones entre los mismos con la finalidad de intercambiar experiencias excelentes. La posibilidad de realizar la medición de los indicadores y esta cuantificación ha sido objeto de un proceso de mejora continua evaluable.

### **3.5.- Variables de Estudio:**

Las intervenciones priorizadas, así como los indicadores de intervención consensuados para el PROYECTO DE MEJORA CONTINUA EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, fueron los siguientes:

**3.5.1.- Intervención 1:** Tratamiento con Aspirina en pacientes con alto riesgo cardiovascular.

**Indicadores:** 1.1- Total de pacientes atendidos con RCV alto( $\geq 20$ ). 1.2- porcentaje de pacientes que toman Aspirina del total de pacientes con RCV alto.

**3.5.2.- Intervención 2:** Control Tensión Arterial $<140/90$ (  $<135/85$  en diabéticos).

**Indicadores:** 2.1- Total de pacientes atendidos diagnosticados de HTA. 2.2- Porcentaje de pacientes hipertensos con cifras de TA $<140/90$ (  $<135/85$  en diabéticos)del total de hipertensos.

**3.5.3.- Intervención 3:** Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca con IECA.

**Indicadores:** 3.1- Total de pacientes atendidos con insuficiencia cardíaca. 3.2- Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca tratados con IECAS del total de pacientes con IC.

**3.5.4.- Intervención 4:** Control c-LDL $<100$ mg/dl mediante estatinas en prevención secundaria.

**Indicadores:** 4.1-Total de pacientes dislipémicos atendidos que toman estatinas para prevención secundaria. 4.2- Porcentaje de pacientes que toman estatinas en prevención secundaria y que tienen cifras de C-LDL $<100$ mg/dl.

**3.5.5.- Intervención 5:** Control c- LDL $<160$ mg/dl mediante estatinas en prevención primaria.

**Indicadores:** 5.1- nº total de pacientes dislipémicos atendidos que toman estatinas para prevención primaria. 5.2- Porcentaje de pacientes dislipémicos atendidos en tratamiento con estatinas para prevención primaria que tienen cifras de C-LDL $<160$  mg/dl.

**3.5.6.- Intervención 6:** Anticoagulación oral en ACxFA crónica para profilaxis AVC.

**Indicadores:** 6.1- nº total de pacientes atendidos con AcxFA crónica. 6.2- Porcentaje de pacientes con AcxFA crónica que toman anticoagulación oral.

**3.5.7.- Intervención 7:** Control HbA1c < 7% en pacientes con DM tipo 2.

**Indicadores:** 7.1- nº total de pacientes atendidos con DM tipo2. 7.2- Porcentaje de pacientes atendidos con DM tipo 2 que tienen al menos una determinación de hemoglobina glicosilada en el último año y que esta sea HbA1c <7%.

### **3.6.- EVALUACIÓN DE PROCESO**

En enero de 2001 se puso en marcha una comisión interdisciplinaria cuya finalidad era la detección de problemas, monitorización y retroalimentación con los profesionales asistenciales acerca de los niveles de registro y reinformación informatizada de los indicadores clínicos incluidos en el proyecto de Dirección Clínica.

En enero de 2001 y 2002 se hicieron sendos cortes transversales para comparar los niveles de factibilidad técnica para el cálculo informático automatizado de cada uno de los indicadores en el total de ABS.

### **3.7.- MEDIDA DEL EFECTO**

Para la medida del efecto se calcularon en una 1ª fase las siguientes variables:

Prevalencia teórica esperada o sujetos elegibles (**Pe**), sujetos necesarios a tratar para prevenir una muerte(**NNT**), y la mortalidad teórica evitable si todos los elegibles recibieran la intervención (**MTE**). El NNT se obtuvo con el inverso del riesgo atribuible, y la MTE con el cociente entre sujetos elegibles y NNT.

En una segunda fase, y una vez identificadas las intervenciones con efectividad evidente, determinamos las prevalencias y coberturas observadas (**Po y Co**) en nuestro SAP mediante audit a Enero de 2002. De esta forma se pudieron obtener los dos indicadores restantes del sistema de cálculo propuesto:

- Muertes anuales totales potenciales evitadas (**MPE**), que se obtienen del producto: **Pox Co x MTE**.
- Índice comparativo de mortalidad potencial evitada(**ICME**), que es el cociente de **MPE/MTE**.

#### 4.- RESULTADOS:

En la tabla 1 se pueden ver las conclusiones iniciales del grupo de investigación bibliográfica. Como puede observarse en la mencionada tabla, el grupo valoró la existencia o no de evidencia y la posibilidad de cuantificar la efectividad de un total de 14 intervenciones.

Posteriormente las dos comisiones de mejora consensuaron y priorizaron un total de 8 intervenciones, de las cuales tres ya estaban en marcha por haber sido incluidas en el Contrato de Dirección Clínica del ICS (Control HTA; Consejo antitabaco y control Diabetes Melitus). Las Comisiones decidieron incorporar como anexo al Contrato de Dirección Clínica las otras cinco intervenciones priorizadas (prevención primaria y secundaria en Dislipemia, tratamiento con AAS en pacientes con alto riesgo cardiovascular, uso de IECAS en la Insuficiencia Cardíaca, y tratamiento anticoagulante en pacientes en fibrilación auricular no valvular).

A pesar de ser un problema altamente relevante, haber sido priorizado inicialmente y mantenerlo dentro del Contrato de Dirección Clínica, después de una prueba piloto se decidió excluir del análisis al consejo antitabaco, puesto que presentaba graves problemas de homogeneidad en su definición y puesta en marcha en los diferentes EAPs de nuestro ámbito.

En la tabla 2 puede verse que antes de implementar la intervención( enero 2001) sólo fué factible obtener los indicadores de prevalencia (Pr) en el 30'8% de casos, y los indicadores de cobertura (Co) de las intervenciones en el 27%. Un año después los niveles de factibilidad automatizada ascendieron a un 50'7% en el caso del registro de prevalencias (d.s.  $p < 0.05$ ) y a un 71'6% en la cobertura de las intervenciones (d.s.  $p < 0.001$ ).

Teniendo en cuenta las prevalencias esperadas en nuestro medio, y suponiendo que todos los pacientes susceptibles recibiesen las intervenciones, resultó que la mortalidad teóricamente evitable anual (MTE) subía, globalmente en nuestros EAPs, a un total de 1295 muertes ( 296'5 muertes / 100.000 habitantes), si los niveles de registro y las coberturas de las 7 intervenciones fuesen del 100% en todos los casos,siendo el tto. con IECAS en la insuficiencia cardíaca y el control óptimo de la HTA, las intervenciones que mayor número de muertes evitan teóricamente. ( Ver tabla 3).

El nº de muertes potencialmente evitadas (MPE) derivada de la implementación de las 7 intervenciones durante el año 2001 fué de 262,1 muertes cardiovasculares potenciales evitadas ( 60/100.000 h.).Nuevamente el control

de la Hipertensión y el tratamiento con IECAS de la insuficiencia cardiaca fueron las intervenciones que mayor distribución porcentual de MPE obtuvieron. ( ver tabla 4).

Finalmente con el cociente de la MPE y MTE pudimos obtener un Índice comparativo de mortalidad evitada(ICME). En este caso, como también puede verse en la tabla 4, las intervenciones que mayor ICME obtuvieron, con un 42%, 32% y 24% respectivamente, fueron el control metabólico adecuado de la DM tipo 2, el control adecuado de las dislipemias en prevención primaria y el control óptimo de la HTA.

**Taula 1.** Existència d' evidència o informació vers intervencions a l'atenció primària (Sí = informació o evidència disponible; No = informació o evidència no disponible)

<b>Intervenció</b>	<b>Red. RR</b>	<b>Red. RA</b>	<b>% P. Eleg</b>	<b>Cob.</b>	<b>C/Ef.</b>	<b>Mej. Sal.</b>
Aspirina pacients amb risc alt d' isquèmia cerebrovascular o coronària	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Control d' hipertensió	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Consell per a deixar de fumar o teràpia amb pegats de nicotina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
IECAs per al tractament de l' Insuficiència cardíaca	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estatines per a pacients amb risc alt de cardiopatia isquèmica (prevenció secundària)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estatines per als pacients amb baix risc de cardiopatia isquèmica (prevenció primària)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Warfarina per a profilaxis d' ACV en pacients amb fibr. auricular	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Vacunació de la grip en majors de 65 anys	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cures del Diabètic	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Screening del càncer de cervix	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Intervencions per a reduir el consum d' alcohol	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Prescripció d' un contraceptiu amb consell vers planificació familiar	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Vacunacions de la grip en majors de 65 años	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Tratamiento de l' obesitat en adults	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

**Tabla 2.** Porcentaje de ABS en las que fué posible obtener de forma automatizada los indicadores de prevalencia y cobertura antes y después de la intervención.

INDICADOR	Prevalencia registrada (Pr)		Cobertura intervención (Co)	
	2001	2002	2001	2002
<b>PROBLEMA DE SALUD</b>				
<b>INTERVENCION</b>				
<b>Pacientes alto riesgo cardiovasc</b> Tratamiento Aspirina	0	53,3	0	10,3
<b>HTA:</b> Control TA <140/90	50,02	53,3	10,3	10,3
<b>Pacients fumadores:</b> <b>Consell antitabac o terapia sustitutiva:</b>	50,02	53,3	40,0	10,3
<b>Insuf. Cardiaca :</b> Tratamiento IECA.	0	49,01	0	66,6
<b>Dislipemia (prev. 2ª):</b> Control LDL < 100 mg	19,9	53,3	0	10,3
<b>Dislipemia (prev. 1ª):</b> Control LDL < 160 mg	19,9	53,3	0	10,3
<b>AcxFA no valvular</b> Profilaxis AVC anticoag.oral	0	49,01	16,6	66,6
<b>Diabetes tipo 2:</b> Control HbA1c < 7%	50,02	53,3	10,3	10,3
<b>TOTAL intervenciones (CV)</b>	<b>30,8</b>	<b>50,7</b>	<b>27,0</b>	<b>71,6</b>

**Taula 3:** Mortalitat teòrica evitable(MTE) mitjançant la implementació de 7 intervencions en patologia cardiovascular en A.P.

PROBLEMA DE SALUT INTERVENCIÓ	(Pe)	(NNT)	(MTE)
	casos elegibles (4366813 h)		
<b>Pacients alt risc cardiovasc</b> tractament AAS	3% 13215	62	211
<b>HTA:</b> control TA <140/90	18% 79317	252	313
<b>Insuf. Cardíaca :</b> tractament IECA.	1.5% 6607	20	334
<b>Dislipèmia (prev. 2ª):</b> control LDL < 100 mg	2% 8809	143	62
<b>Dislipèmia (prev. 1ª):</b> control LDL < 160 mg	10% 44051	542	80
<b>ACxFA no valvular</b> profilaxis AVC anticoag.oral	1.9% 8359	56	144
<b>Diabetis tipo 2:</b> control HbA1c < 7%	5% 22026	146	151
TOTAL intervencions (CV)			1295

NNT: nombre de pacients necessaris a tractar per evitar una mort

MTE:morts teòricament evitables si tots els elegibles rebessin la intervenció

**Taula 4.-** Estimació de les morts cardiovasculars potencialment evitades (MPE) des dels 30 EAPS del SAP Tarragona-Reus- Terres del Ebre durant l'any 2001.

PROBLEMA DE SALUT INTERVENCIÓ	(Po)	(Co)	(MPE)	(ICME)	IC 95%
<b>Pacients alt risc cardiovasc</b> tractament AAS	0,98%	39,1%	27,0	0,13	0,07
<b>HTA:</b> control TA <140/90	11,1%	38,9%	76,2	0,24	0,08
<b>Insuf. Cardíaca :</b> tratamiento IECA.	0,22%	65,1%	55,6	0,16	0,05
<b>Dislipèmia (prev. 2ª):</b> control LDL < 100 mg	1,5%	9,1%	4,3	0,07	0,10
<b>Dislipèmia (prev. 1ª):</b> control LDL < 160 mg	10,2%	31,3%	25,8	0,32	0,19
<b>ACxFA no valvular</b> profilaxis AVC anticoag.oral	0,23%	52,4%	9,2	0,06	0,06
<b>Diabetis tipo 2:</b> control HbA1c < 7%	4,9%	43,2%	64	0,42	0,16
TOTAL intervencions (CV)			262,1	0,2	0,036

## 5.- CONCLUSIONES:

La implementació de la intervenció mostró una alta efectivitat, ya que la viabilitat para el càlculo de los diferentes indicadores informatizados de

prevalencia y cobertura mejoró ostensiblemente en tan sólo un año.

La puesta en práctica del contrato de dirección clínica (con la incorporación de los indicadores de MBE en patología cardiovascular) ha mostrado una alta eficacia, dado que la viabilidad para el cálculo de los diferentes indicadores pasó de un 27% inicial, hasta llegar a un 71'6% un año después.

Resulta altamente gratificante observar como en un ámbito de gestión como el nuestro ( n=436681) la actividad diaria de nuestros EAPs puede medirse en términos de 260 muertes potencialmente evitadas durante el año 2001.

No obstante, existe una alta posibilidad de mejora (ICME-CV del 20% del total de mortalidad teóricamente evitable).

Lógicamente aunque estas cifras son muy importantes, creemos que podrán ser mejoradas en la evaluación del efecto final de la intervención ( prevista para enero de 2003), puesto que los datos provenientes de la monitorización informatizada de las Po y Co para cada una de las intervenciones así nos lo hacen suponer.

El cálculo de la MPE mostró una alta precisión, poder discriminante y buena sensibilidad a los cambios (variaciones significativas en función de las prevalencias y/o coberturas de las intervenciones).

La MPE y el ICME pueden ser indicadores excelentes y motivadores a introducir en los nuevos modelos de gestión / evaluación de la APS.

Además, hay que destacar que los indicadores utilizados tienen una muy buena aceptación por parte de los profesionales asistenciales, ya que mediante estos, pueden visualizar de manera rápida y comprensiva los resultados de su trabajo diario.

Pensamos que el ICME-CV tiene validez de construcción y contenido, ya que contiene la mayoría de intervenciones teóricamente eficaces y tiene en consideración, a demás, los niveles de registro y cobertura conseguidos.

En la actualidad el equipo investigador trabaja para incorporar las intervenciones a los pacientes fumadores en el modelo de cálculo de la MPE.

En el futuro puede estudiarse la validez de criterio del ICME mediante su correlación con las tasas reales de mortalidad cardiovascular observadas en nuestro SAP.



## **6.- Bibliografía :**

1. Scally G, Donaldson LJ. Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new in England. *BMJ* 1999; 317:61-65
2. Baker R, Laklani M, Frase R, Cheater F. A model for Clinical Governenece in primary care groups. *BMJ* 1999, 318: 779-783.
3. Baker R. Managing quality in primary health care: the need for valid information about performance. *Quality in Health care* 2000; g: 83
4. Pringle M. Participating in Clinical Governance *BMJ* 2000; 321: 737-740
5. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Organisational development for Clinical Governance. *BMJ* 2000; 321:679-682.
6. Tghomas V. Solucions en gestión para el futuro de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2001: 3: 116-118.
7. Balvez M. Las unidades clínicas en los equipos de atención primaria de Andalucía. *Aten Primaria* 2001; 6:337-379.
8. Gene J. De la autogestión a la Dirección Clínica. *Aten Primaria* 2001; 3:149-150.
9. Granados A. Una reflexión (personal) sobre el papel de la información y el conocimiento en la organización de los Servicios Sanitarios. *Annals de Medicina* 2001; 84:2-4.
10. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H et. Al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heat disease mortality:10 years results from 37 WHO MONICAProject populations. *Lancet* 1999; 353:1547-1557.
11. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masià R, Marrugat J, Acute myocardial infraction case fatality, incidence and mortality rates in a

population registry in Girona. Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998; 27:599-604.

12. Fiol M, Cabades A, Sala J, Marrugat J et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:443-452.

13. Vila Córcoles A. La contratación de servicios de Atención Primaria en Catalunya: ¿Hablamos realmente de resultados o hablamos simplemente de procesos ?. *Cuadernos de Gestión en Atención Primaria* 1996;2:59-62.