Localizador web
Artículo 113.850

Impacto en los resultados de salud cardiovascular de la implantación del contrato de Dirección Clínica en atención primaria de Tarragona

J. Bladé-Creixenti, I. Pascual-Moron, A. Gómez-Sorribes, J. Daniel-Diez, J.L. Piñol-Moreso y grupo de estudio Dirección Clínica y Enfermedad Cardiovascular (DCECV)*

Objetivo. Los objetivos del presente estudio son: *a)* determinar la mejora en la salud cardiovascular de una población tras la implantación del contrato de Dirección Clínica en los profesionales de los Equipos de Atención Primaria de Tarragona-Reus y Terres de l'Ebre (provincia de Tarragona), y *b)* identificar los factores predictivos que determinan una mejor salud cardiovascular tras la implantación del contrato de Dirección Clínica. La implantación del contrato de Dirección Clínica (basada en el liderazgo profesional, *feedback* de la información asistencial, control de los indicadores de riesgo cardiovascular basados en la evidencia científica concretadas en guías de práctica clínica) mejorará los resultados de salud cardiovascular de la población de referencia.
Diseño. Se trata de un estudio antes-después y multicéntrico.
Emplazamiento. Atención primaria de salud.
Participantes. Participan 30 centros de salud (totalidad de los centros de salud del ámbito de atención primaria del Institut Català de la Salut).
Mediciones principales. Características del centro. Variables de proceso: indicadores de buena práctica asistencial, cálculo del riesgo cardiovascular, aplicación de la guía de práctica clínica (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular), estándares de calidad de la prescripción farmacológica. Variables de resultados: cifras de riesgo cardiovascular, número de visitas en atención continuada, urgencias hospitalarias e ingresos por angina, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular, y cribados poblacionales de factores de riesgo.
Discusión. Este estudio es útil, ya que la dirección clinica pretende ser un motor para que los profesionales lideren la gestión asistencial y, mediante el control de indicadores y la «retroalimentación» de estos resultados a los profesionales, se mejore la calidad asistencial. Con este trabajo se pretende demostrar que una estrategia de gestión puede mejorar la salud cardiovascular de la población. La originalidad de este proyecto se basa en el desarrollo de una nueva herramienta de evaluación basada en una novedosa estrategia de gestión para medir resultados en salud cardiovascular.

Palabras clave: Contrato dirección clínica. Atención primaria. Enfermedad cardiovascular.

IMPACT ON CARDIOVASCULAR HEALTH RESULTS OF THE INTRODUCTION OF THE CLINICAL GOVERNANCE CONTRACT INTO PRIMARY CARE IN TARRAGONA

Objective. The objectives of this study are: *1)* to determine the improvement in the cardiovascular health of the population after the introduction of the clinical governance contract for primary care team professionals in Tarragona-Reus and the Terres de l'Ebre area (Tarragona province, Spain); *2)* to identify the factors predictive of better cardiovascular health after the introduction of the clinical governance contract. The introduction of the clinical governance contract, which is based on professional leadership, feed-back of care information, and monitoring of indicators of cardiovascular risk based on scientific evidence and concretised in clinical practice guidelines, will improve the cardiovascular health results of the reference population. Improvements in indicators of procedure and result are specified in "Material and methods."
Design. This is a before-and-after, multi-centre study.
Setting. Primary health care.
Participants. Tirty health centres (all the primary care Centres in the area).
Main measurements. Characteristics of the centre. Variables in procedures: indicators of good care practice, calculation of cardiovascular risk, application of clinical practice guidelines (hypertension, diabetes, lipaemia, tobacco and cardiovascular risk) and quality standards for drug prescription. Result variables: cardiovascular risk figures, number of ongoing care visits, hospital emergencies and admissions for angina, heart attack or stroke, and risk factor screenings of the population.
Discussion. This study is useful, in that clinical governance aims to be a dynamic device to bring professionals into the leadership of health care management and, through monitoring indicators and feeding the findings back to the professionals, to improve health care quality. The study aims to show that management strategy can improve the population´s cardiovascular health. The originality of the study lies in the development of a new tool of evaluation based on a novel management strategy for measuring cardiovascular health findings.

Key words. Clinical governance. Primary care. Cardiovascular disease.

Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut. España.

Correspondencia:
Jordi Bladé Creixenti.
Prat de la Riba, 39. 43001 Tarragona. España.
Correo electrónico:
jblade.tarte.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 12 de abril de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2005.

Estudio financiado con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente Beca FIS PI021060.

*Los investigadores del grupo de estudio Dirección Clínica y Enfermedad Cardiovascular se listan al final del artículo.

Introducción

En los países desarrollados de nuestro entorno se buscan y se realizan nuevas formas de organización de los servicios sanitarios con el objetivo de responder mejor a las expectativas y las 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 Clinical Governance, en el Reino Unido[1-6], que se define como marco mediante el cual las organizaciones del National Health Service (NHS) se responsabilizan de mejorar de forma continuada la calidad de sus servicios y de garantizar unos elevados estándares de atención, donde florezca la excelencia de la práctica clínica.

En nuestro país se han propuesto una serie de valores esenciales que tendrían que tener los servicios sanitarios en atención primaria[7]. En Andalucía se han establecido las unidades clínicas de atención primaria[8]. En Cataluña, el Servicio Catalán de la Salud autorizó la primera entidad de base asociativa de España.

Actualmente, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) está desarrollando la dirección clínica[9] para avanzar en la mejora continua de sus servicios y en la aplicación práctica de las evidencias científicas. Es una estrategia que desarrolla para aumentar la orientación al cliente de la organización, la participación y la implicación profesional, la descentralización y la búsqueda de la excelencia asistencial.

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

– En primer lugar, para los profesionales, ya que éstos recuperan su liderazgo al aumentar su capacidad de influencia al gestionar tanto los conocimientos científicos como la información sobre su actividad asistencial. El *feedback* 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, mejorar sus registros para facilitar de forma continuada los indicadores de control de los procesos asistenciales. La dirección clínica ha de ser capaz de que los datos y la información que aporta se traduzcan en conocimiento[10].
– En tercer lugar, para el centro corporativo del ICS, que ha de ofrecer recomendaciones para la práctica clínica basadas en la evidencia científica. Se persigue maximizar el beneficio asistencial del presupuesto que gestiona.

El proyecto de Dirección Clínica del ICS fue acogido con mucho agrado por la Gerencia de Ámbito de Atención Primaria de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre, así como por los directores de los equipos de atención primaria, hecho que provocó que el 100% de los equipos de atención primaria del ámbito firmaran, desde el inicio del proyecto, un contrato de Dirección Clínica con sus respectivos servicios de atención primaria.

El objetivo del proyecto de Dirección Clínica es situar los procesos clave, básicamente los asistenciales, en el centro de la organización. Las personas que trabajen con este modelo lo deberían hacer por un objetivo último o misión, no sólo por un conjunto de actividades[11]. Para que esto sea posible es necesario un soporte de mejora de los sistemas de información y autoevaluación que facilite una mejora continua de la calidad asistencial. Con este objetivo se creó, dentro del ámbito y de sus servicios de atención primaria, un grupo de trabajo con el fin de facilitar de forma continuada los indicadores de control de los procesos asistenciales y, conjuntamente con el servicio de informática, se creó un modelo informático de control de estos indicadores. Se considera que la puesta en marcha de una dirección clínica debería comenzar por una evaluación de la situación basal de la organización[12].

Actualmente, en España, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte para el conjunto de la población. En los últimos años, las tasas de morbilidad hospitalaria de las enfermedades cardiovasculares han sido de un constante incremento, tanto en varones como en mujeres. En estos años, la enfermedad isquémica del corazón ha aumentado más que la cerebrovascular. En España, los estudios que ofrecen datos sobre la incidencia de cardiopatía isquémica, son: el estudio MONICA-Cataluña[13], el REGICOR (Registre Gironí de Coronariopaties)[14] y, posteriormente, el estudio IBERICA (Identificación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda)[15].

Los factores de riesgo cardiovascular modificables más importantes son[16]: consumo de tabaco, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Además, se pueden considerar factores como diabetes, obesidad, sedentarismo y consumo excesivo de alcohol. Los factores de riesgo cardiovascular se presentan frecuentemente asociados, por lo que la atención preventiva más correcta en enfermedad cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo por medio del cálculo de riesgo cardiovascular. El riesgo cardiovascular establece la probabilidad de presentar un episodio cardiovascular en un determinado período, generalmente 5-10 años. Las tablas que se suele utilizar para su medida son la de Framingham[17] y recientemente la ecuación de Framingham calibrada para la población española[18].

Un instrumento para proveer a los profesionales de unas pautas de actuación son las guías de práctica clínica[19]. El ICS ha constituido grupos multidisciplinarios para la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y la metodología de su implantación prevé la revisión e incorporación continua de nuevos conocimientos.

El propósito del presente estudio es evaluar los resultados obtenidos en salud cardiovascular que, como se ha indicado anteriormente, es el principal problema de salud y de

magnitud considerable entre la población, tras la implantación del contrato de Dirección Clínica en el ámbito de atención primaria en la provincia de Tarragona. Para ello se medirá una serie de indicadores de proceso y resultados al inicio del estudio y al final de éste, una vez implementados todos los contratos de Dirección Clínica (se empiezan a implementar a partir de enero del 2002).

Objetivos

Generales
Determinar la mejora en salud cardiovascular de una población tras la implantación del contrato de Dirección Clínica en los profesionales de los equipos de atención primaria de Tarragona-Reus y Terres de l'Ebre (provincia de Tarragona), valorando el riesgo cardiovascular y los eventos cardiovasculares antes y después.

Secundarios
Identificar los factores predictivos que determinan una mejor salud cardiovascular tras la implantación del contrato de Dirección Clínica:

– Características del centro: ámbito rural o urbano, número de profesionales, titulación, formación posgraduada, cargas de trabajo por equipo, población total y proporción de > 65 años.
– Intensidad del *feedback* asistencial: entendido como la reinformación a los profesionales de los resultados de los indicadores de proceso y resultado.
– Valoración de la prevalencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular, de su cribado y control. Los factores estudiados son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábito tabáquico y dislipemia.

Pacientes y método

Diseño del estudio
Se trata de un estudio antes-después y multicéntrico.

Emplazamiento
Atención primaria de salud.

Participantes
La población que atiende el ámbito de atención primaria de Tarragona-Reus-Terres de l'Ebre es de 612.086 personas. Esta población está atendida en 30 centros de salud (9 en el servicio de atención primaria Terres de l'Ebre, 10 en el de Reus-Altebrat y 11 en el de Tarragona-Valls).

Criterios de inclusión y exclusión
Se incluye a los pacientes de 30-74 años.

Método de selección de los sujetos
Se realiza de forma aleatoria.

Cálculo del tamaño de la muestra
Se realizará de acuerdo con los siguientes parámetros: prevalencia esperada de personas con riesgo cardiovascular del 50%, un error alfa del 5%, un error beta del 80% y una precisión del 1,8% en un contraste bilateral. Se precisa de una muestra aleatoria poblacional de 3.000 sujetos, se realizará una estratificación por centro de 100 personas.

Intervenciones
Diferentes grados de *feedback* asistencial.

Definiciones y métodos de medida de las variables principales y variables de características de los centros (estructura)
Número de habitantes, medio rural o urbano, número de profesionales, número de especialistas en MFyC, formación de posgrado (sí o no), cargas de trabajo (población asignada por profesional), población total por centro y porcentaje de > 65 años.

Variables de proceso

Indicadores de buena calidad asistencial
– Hipertensión arterial (HTA): cribado de la presión arterial (PA); buen control de la PA en hipertensos.
– Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): cribado de DM2, óptimo control de la DM2, exploración anual de pies, determinación anual de microalbuminuria.
– Dislipemia: cribado de dislipemia, buen control de la dislipemia en pacientes con alto riesgo cardiovascular en prevención primaria. Alcanzar el objetivo terapéutico de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) en la prevención secundaria.
– Hábito tabáquico: cribado, intervenciones efectuadas para que el paciente deje de fumar. Visitas de ayuda intensiva efectuadas para que el paciente deje de fumar. Personas que han dejado de fumar un mínimo de 6 meses.
– Indicadores complementarios a las guías de práctica clínica de medicina basada en la evidencia: porcentaje de utilización de ácido acetilsalicílico en pacientes con alto riesgo cardiovascular (> 20% en 10 años). Porcentaje de utilización de anticoagulantes orales en pacientes diagnosticados de fibrilación auricular no valvular.

Cálculo de riesgo cardiovascular
Cálculo del riesgo cardiovascular en pacientes con HTA, DM, dislipemia y fumadores. Definimos cálculo de riesgo cardiovascular como el porcentaje de riesgo de presentar un evento cardiovascular mayor en 10 años, según la tabla de predicción de riesgo cardiovascular (preferentemente con la tabla del estudio Framingham).

Aplicación de las guías de práctica clínica
En el ámbito de estudio hay 5 guías de práctica clínica: HTA, diabetes, dislipemia, tabaco y una de riesgo cardiovascular. Número de profesionales que disponen de las guías. Número de sesiones de difusión de las guías. Presencia de la unidad didáctica de la guía de práctica clínica en el centro.

Estándar de calidad en prescripción farmacéutica
– Antihipertensivos (AHT): 5 (diuréticos + bloqueadores beta)/AHT, porcentaje dihidropiridinas/AHT, porcentaje fármacos recomendados/AHT.

– Hipolipemiantes (HIPO): porcentaje de fármacos recomendados/HIPO.
– Antidiabéticos orales (DIABO): porcentaje de fármacos recomendados/DIABO.

En la Unidad de Farmacia del ICS se constituyó un grupo de trabajo que elaboró una serie de principios activos recomendados para las principales enfermedades prevalentes en atención primaria tras una revisión de las evidencias científicas sobre el uso de principios activos atendiendo en primer término a la disminución de la morbimortalidad, y éstos son:

– HTA: atenolol, bisoprolol, metoprolol, hidroclorotizida, amilorida, cloratildona, captopril, enalapril, lisinopril, diltiazem y verapamilo.
– Dislipemia: colestiramina, gemfibrozilo, simvastatina, pravastatina y lovastatina.
– DM2: blibenclamida, glicazida y metformina.

Método de la información asistencial facilitada (feedback)
Dentro del ámbito hay en estos momentos varios sistemas de registro de datos y de la historia clínica de atención primaria (HCAP): unos centros siguen con registro de HCAP en papel y otros tienen el programa informático SIAP-WIN. Esta variable también será registrada y evaluada por tener consecuencias en la reinformación anual, semestral o trimestral según las características de los indicadores. La información está al alcance de los profesionales de los distintos equipos en Intranet corporativa y formato de papel.

Variables de resultado
1. Número de visitas de atención continuada por angina, infarto agudo de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular (ACV).
2. Número de ingresos hospitalarios por angina, IAM o ACV.
3. Número de urgencias hospitalarias por angina, IAM o ACV.
4. Número de defunciones por angina, IAM o ACV.
5. Nivel de riesgo cardiovascular al finalizar el estudio.

Estrategia de análisis
Para el tratamiento de los datos, éstos se analizarán mediante el paquete estadístico SPSS versión 11 para Windows. En cuanto al análisis estadístico, se realizará un análisis univariable con obtención y redacción de la estadística descriptiva: tabulación y graficación; se efectuará un análisis bivariable (comparación de proporciones o test de la χ^2 para variables cualitativas y cuantitativas, comparación de medias o test de la t de Student si las variables son cuantitativas y se realizará, al mismo tiempo, un análisis multivariable mediante análisis de regresión logística incondicional para valorar qué factores predicen unos mejores resultados en cuanto a los indicadores de proceso y resultados de salud cardiovascular tras la implantación de la Dirección Clínica).

Discusión

Limitaciones del estudio
En el estudio se pone más énfasis en los indicadores del proceso, ya que tiene una duración de 3 años y para valorar aspectos como la mortalidad y algunos indicadores de resultados es necesario un seguimiento más prolongado. El hecho de determinar si ha habido una disminución en el riesgo cardiovascular nos puede indicar indirectamente que puede haber una mejora de la salud cardiovascular.

Utilidad práctica
Atendiendo que la Dirección Clínica pretende ser un motor para el cambio a que los profesionales lideren la gestión asistencial y que mediante el control de indicadores y la retroalimentación de estos resultados a los profesionales se mejore la calidad asistencial, es oportuno y pertinente la realización de este estudio. Con este trabajo se pretende demostrar que una estrategia de gestión puede mejorar la salud cardiovascular de la población. La originalidad de este proyecto se basa en el desarrollo de una nueva herramienta de evaluación basada en una novedosa estrategia de gestión para medir resultados en salud cardiovascular.

Investigadores del grupo de estudio Dirección Clínica y Enfermedad Cardiovascular (GEDCECV):
Jordi Bladé (coordinador); Ignacio Pascual; Albert Gomez; Jordi Daniel; Josep Lluís Piñol; Josep Basora; Xavier Ansa; Francisco Martin; Javier Blasco, Pilar Espelt, Inma Ferre, Núria Adell; Asun Pous, Carina Aguilar; Rosa Dalmau; Jordi Valldosera; Pilar Llobet; M. Teresa Vidal; Marta Piqueras; Dolores Coll; Pierre Arcelin; Ferran Bejarano, Josep M. Pepió, Carles Llor, Marta Baldrich. SAP Tarragona-Valls: ABS Alt Camp Est: Luis Comino, Anna Prats. ABS Constanti: Rosa M. Masdeu, Carmen Lucena. ABS Montblanc: Jaume Ferre, Anna Ribé. ABS Morell: Francisco Ester. ABS Tarragona-1: Núria Sarra, Merce Fortin. ABS Tarragona-2: Neus Saun, M. del Puy Munianin. ABS Tarragona-3: Manuel Perez Bauer, Gurutze Aguirre. ABS Tarragona-5: Josep Balsells, Filomena Calamote. ABS Tarragona-6: Francesc Bobe, Amalia Morro. ABS Tarragona-7: Isabel Noguera, Walesca Badia. ABS Salou: Laura Palacios, Núria Hernández. ABS Valls: Mercedes Alvarez, Isabel Sales. SAP Reus-Altebrat: ABS Borges del Camp: Carles Garcia, Toni Garcia. ABS Cornudella: Mónica Vila, Anna Sabate. ABS Falset: Rosa Subirats, M. Lluisa Pellejà. ABS Montroig: M. Dolores Gil, Dolors Jovani. ABS Reus-1: Joan Frigola, Emilia Marti. ABS Reus-2: Anna Isaac, Julia Sanz. ABS Reus-3: M. Isabel Sánchez-Oro, Carme Anguera; ABS Reus-4: Teresa Basora, Roser Pedret. SAP Terres de l'Ebre: ABS Aldea-Camarles-Ampolla: Pilar Minue, Rosa Izuel. ABS Ametlla: Asunción Nadal, Ester Cano. ABS Amposta: Jordi Masque, Adrià Sancho. ABS Deltebre: Judith Marin, M. Jose Romero. ABS Flix: Maria Ferre, Rosa M. Sabate. ABS Mora: Fernando Tiñena, Asunción Serna. ABS Sant Carles de la Ràpita-Alcanar: Ferran Franquet i Cinta Villó. ABS Tortosa Oest: Joan Enric Vidal, Amparo Segura. ABS Terra Alta: Jesús Comino, Anna Gimeno. ABS Tortosa Est: Josep Lluís Clua, Núria Beguer. ABS Ulldecona: Inma Carles.

Bibliografía

1. Scally g, Donaldson LJ. Clinical Governance and the drive for quality imporvement in the new in England. BMJ. 1999;317:61-5.
2. Baker R, Laklani M, Frase R, Cheater F. A model for clinical governenece in primary care groups. BMJ. 1999,318:779-83.

3. Baker R. Managing quality in primary health care: the need for valid information about performance. Quality Health Care 2000;83.
4. Pringle M. Participating in clinical governance. BMJ. 2000; 321:737-40.
5. Huntington J, Gillam S, Rosen R. Organisational development for clinical governance. BMJ. 2000;321:679-82.
6. Tait AR. Clinical governance in primary care: a literature review. J Clin Nurs. 2004;13:723-30.
7. Tghomas V. Soluciones en gestión para el futuro de la atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2001;3:116-8.
8. Bálvez M. Las unidades clínicas en los equipos de atención primaria de Andalucía. Aten Primaria. 2001;6:337-79.
9. Gene J. De la autogestión a la Dirección Clínica. Aten Primaria. 2001;3:149-50.
10. Granados A. Una reflexión (personal) sobre el papel de la información y el conocimiento en la organización de los servicios sanitarios. Ann Med. 2001;84:2-4.
11. Clua JL. El proyecto de dirección clínica, una oportunidad para todos. Cuadernos de Gestión. 2002;8:45-8.
12. Donaghy J, Rooney S. Proceso para conseguir una evaluación basal de la dirección clínica en seis meses. Cuadernos de Gestión. 2002;8:17-24.
13. 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 MONICA Project populations. Lancet. 1999;353:1547-57.
14. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masià R, Marrugat J. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Girona. Spain, 1990-1992. Int J Epidermiol. 1998;27:599-604.
15. Fiol M, Cabades A, Sala J, et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA. Rev Esp Cardiol. 2001;54:443-52.
16. Villar F, Maiques A, Brotos C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria. 2001;28 Supl 2:13-26.
17. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. Update coronary risk profile. A estatement for health professional. Circulation. 1991;83:356-62.
18. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuacion de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003;56:253-61.
19. Hutchinson A, Mcintosh A, Anderson J, Gilbert C, Field R. Developing primary care review criteria from evidence-based guidelines: coronary heart disease as a model. Br J Gen Pract. 2003;53:690-6.