

PREGUNTA 47

¿Cómo evaluar la mejora continua de la calidad en la atención a los diabéticos?

Mateu Seguí Díaz

Médico de familia. Unidad Básica de Salud de Es Castell (Menorca)

Para la mejora continua de la calidad de la atención prestada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), como se propuso en la declaración de St. Vincent en el 1995¹, debe existir un ciclo de mejora consistente en identificar los problemas de salud del paciente con DM2, o sea, hacer una evaluación previa («saber lo que estamos haciendo»; evaluación) y, a partir de ahí, establecer unos criterios de calidad («lo que se tiene que hacer»; ciclo de mejora). Para ello se actuará sobre aquellos criterios que hayan tenido resultados por debajo del estándar fijado. La actuación se hará sobre las causas del incumplimiento del criterio, unas causas en la estructura del equipo que pueden ser:

- Organizativas: cambios en la organización, dotación personal, circuitos, etc.
- Falta de formación de los sanitarios: carencia de formación continuada.
- Falta de actitud: mejoras laborales, incentivos, cambios en la estructura del centro, etc.

En general, estas pueden clasificarse como:

- Causas que dependen de los pacientes diabéticos, según la cultura, el nivel económico, los años de evolución, la comorbilidad, etc.
- Causas que dependen del profesional, según la competencia científico-técnica, la predisposición y la actitud del profesional.
- Causas que dependen de la organización del sistema sanitario, o sea, del centro de salud o de mala comunicación entre niveles asistenciales.
- Causas por problemas estructurales, como deficiencias en la accesibilidad, falta de recursos (tanto humanos como materiales)²⁻⁷, etc.

Para identificar los problemas de salud del paciente con DM2 se utilizan métodos cuantitativos que van desde el más común (como la monitorización de indicadores y las encuestas de opinión y de satisfacción) hasta la evaluación del incumplimiento de los tratamientos, de las visitas, la utilización de servicios alternativos, etc.

Los criterios o indicadores de buena práctica deberán ser muy explícitos, comprensibles y de fácil cuantificación: pocos pero relevantes. Los criterios o indicadores se clasificarían en criterios de estructura relacionados con la organización y los recursos disponibles. Los indicadores de proceso se relacionan con la realización de las actividades en el paciente diabético. Y, por último, los indicadores de resultados, sean de resultados intermedios (los factores de riesgo) o de resultados finales (complicaciones, mortalidad), con las actuaciones aplicadas al paciente con DM2²⁻⁷.

A partir de aquí, los criterios o indicadores deben poseer su estándar, el número de veces (o el porcentaje) que se cumple el criterio para entender qué actuación llevada a cabo cumple unos mínimos criterios de calidad²⁻⁷.

Las estrategias para la mejora de la calidad que se pueden utilizar aisladamente o en combinación para mejorar el control glucémico están indicadas más adelante según su nivel de evidencia⁸⁻¹⁰.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad propuestos para la evaluación de la atención prestada son varios²⁵⁻²⁷ y, según la National Diabetes Quality Improvement Alliance, se utilizan para comparar sistemas sanitarios^{25,27}:

- Indicadores de proceso:
 - Hemoglobina glucosilada anual.
 - Colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad anual.
 - Cribado de neuropatía anual.
 - Examen oftalmológico anual.

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel de evidencia	
2-	Cambios organizativos en el equipo Cambios en el manejo de la DM2 ¹² Acceso a la información clínica e información compartida ¹³ Historias clínicas informatizadas ¹³⁻¹⁵ Sistemas de alerta para los pacientes Recuerdos (alertas) para los sanitarios Formación de los sanitarios ^{16,17} Educación del paciente con DM2 ²¹⁻²³
2+	Auditorías y <i>feedback</i> de la información ^{16,17} Equipos multidisciplinares o equipos especializados ^{19,20}
2++	Promoción del autocuidado de la DM2 ²¹⁻²⁴
Grado de recomendación	Recomendación
C	Dentro de un ciclo de mejora las estrategias que pueden utilizarse para mejorar el control glucémico son: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios organizativos en el equipo • Cambios en el manejo de la DM2 • Acceso a la información clínica. Información compartida • Historias clínicas informatizadas • Sistemas de alerta para los pacientes • Recuerdos (alertas) para los sanitarios • Auditorías y <i>feedback</i> de la información • Formación de los sanitarios • Equipos multidisciplinares o equipos especializados • Educación del paciente con DM2
B	El abordaje multidisciplinar e interrelacionado con profesionales específicamente formados en la DM2 en el primer nivel y la formación enfocada en el autocontrol de la DM2 permite mejorar los indicadores de calidad
DM2: diabetes mellitus tipo 2.	

- Indicadores de resultados intermedios (proximal):
 - Hemoglobina glucosilada aceptable.
 - Colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad aceptable.
- Indicadores de resultados finales (distal):
 - Tasas de amputaciones en extremidades inferiores.
 - Tasas de neuropatía diabética en pacientes diabéticos.
 - Mortalidad cardiovascular en pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krans HMJ, Porta M, Keen H, Staehr Johansen K. Diabetes care and research in Europe: The St. Vincent Declaration Programme. Implementation document. 2.ª ed. WHO Europe/IDF; 1995.
2. Otero A, Saturno P, Marquet R. Garantía y mejora de la calidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3.ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994. p. 273-88.
3. Ruiz de Adana Pérez R, Elipe Rebollo P, Rodríguez Santirso MA. Bases conceptuales de la gestión de calidad. Jano 2004;66:1874-9.
5. Mata Cases M, Mundet X, Méndez A. Conceptos básicos de mejora continuada de la calidad aplicados a la atención a la diabetes. Edu Diab Profes 1996;6:14-7.
6. GEDAPS. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. GEDAPS. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
7. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002;8:115-32.
8. Renders CM, Valk GD, Griffin S. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient, and community settings. Cochrane Database Syst Rev 2001;1: CD001481
9. Minkman M, Kees A, Robbert H. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. Int J Qual Health Care 2007;19:90-104.
10. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2012;379(9833):2252-61.
11. Fleming B, Silver A, Ocepek-Welikson K. The relationship between organizational systems

- and clinical quality in diabetes care. *Am J Manag Care* 2004;10:934-44.
12. Stock S, Drabik A, Büscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, et al. German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(12):2197-205.
 13. Jaana M, Paré G. Home telemonitoring of patients with diabetes: a systematic assessment of observed effects. *J Eval Clin Pract* 2007;13(2): 242-53.
 14. O'Connor JM, Sperl-Hillen WA. Rush impact of electronic health record clinical decision support on diabetes care: a randomized trial. *Ann Fam Med* 2011;9:12-21.
 15. Hahn C, Ferrante J. Cross on diabetes flow sheet use associated with guideline adherence. *Ann Fam Med* 2008;6:235-8.
 16. Boren A, Puchbauer F. Williams computerized prompting and feedback of diabetes care: a review of the literature. *J Diabetes Sci Technol* 2009;3:944-50.
 17. Ivers G, Jamtvedt S. Flottorp audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;6: CD000259.
 18. Simón Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001;28:484-90.
 19. Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Verbeke G, Carbonez A, Ivanova A, et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. *BMC Health Serv Res* 2009;9:179.
 20. Post J, Wittenberg JS. Burgers do specialized centers and specialist produce better outcomes for patients with chronic disease than primary care generalists? A systematic review. *Int J Qual Health Care* 2009;21:387-96.
 21. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005;28:1510-7.
 22. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001;24(3): 561-87.
 23. International Diabetes Federation. Self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes. Recommendations based on a workshop of the International Diabetes Federation Clinical Guidelines Taskforce in collaboration with the SMBG International Working Group. International Diabetes Federation; 2009.
 24. Welch G, Garb J, Zagarins S. Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: results of a meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;88:1-6.
 25. Greenfield S, Nicolucci A, Mattke S. Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers n.º 15. Paris; 2004.
 26. Calsbeek H, Ketelaar NA, Faber MJ, Wensing M, Braspenning J. Performance measurements in diabetes care: the complex task of selecting quality indicators. *Int J Qual Health Care* 2013 Dec;25(6):704-9.
 27. Nicolucci A, Greenfield S, Mattke S. Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. *Int J Qual Health Care* 2006;18(Suppl 1):S26-30.