

40

Mejora continua de la calidad

La mejora continua de la calidad (MCC) del proceso asistencial es imprescindible para asegurar la mejor asistencia posible de las personas con diabetes en todas las fases de su enfermedad.

Una MCC asistencial implica necesariamente una organización sanitaria eficiente y una obsesión constante en mejorar la calidad de vida de las personas que padecen diabetes.

Ha sido demostrada la efectividad de las actividades de MCC para la mejora de indicadores de proceso y resultados en las personas con diabetes **(GRADO A)**^{1,6}.

Un programa de MCC debe tener en cuenta que:

- Las medidas correctoras deben dirigirse más a la organización que al profesional, puesto que los cambios organizativos son más efectivos y duraderos que cuando se actúa solo sobre los individuos.
- Sin embargo, las actividades de MCC requieren el compromiso de los profesionales, pues de ellos depende que se apliquen las medidas correctoras necesarias.
- Una vez detectadas las situaciones a mejorar, el equipo debe analizar sus causas y desarrollar las intervenciones que considere más oportunas (Tabla 1).
- La existencia de un Programa de Diabetes y de un responsable del mismo (médico o enfermera) constituye un estímulo para las actividades de MCC.
- Es importante garantizar la retroalimentación (*feedback*) de la información generada por las evaluaciones ya que es la base para la mejora **(GRADO A)**^{1,5,8}.

Tabla 1 Fases del ciclo de mejora en la atención al diabético

Primera fase: Identificación del problema

- Detectar y enumerar las situaciones susceptibles de mejorar
- Realizar una priorización
- Asignar los responsables por problemas encargados de la mejora

Segunda fase: análisis

- Analizar las causas
- Considerar las posibles soluciones
- Escoger las soluciones más factibles
- Establecer mecanismos de control
- Detectar y analizar las resistencias al cambio

Tercera fase: Mejora

- Aplicar soluciones
- Controlar el proceso de su aplicación
- Detectar y reparar las resistencias al cambio
- Considerar soluciones alternativas

Cuarta fase: Monitorización

- Revisar los resultados
- Monitorizar
- Reiniciar el ciclo

Para mejorar la cobertura del programa de MCC es necesario:

- Facilitar la accesibilidad a los pacientes más jóvenes o en edad laboral.
- Establecer mecanismos para captar a los pacientes que no acudan a las visitas de control y aprovechar cualquier contacto con el equipo para valorar la situación de su diabetes.
- Utilizar la historia clínica informatizada.
- Promover y mejorar el registro de las intervenciones educativas.
- Revisar periódicamente la lista de pacientes con diabetes asignados a cada equipo asistencial, para contactar con los que no hayan acudido.
- Fomentar las actividades de formación continuada de los profesionales.
- Presentar y discutir con el equipo los resultados y las propuestas de intervención.

Para priorizar sobre los cambios a realizar debemos tener en cuenta: la eficacia, la eficiencia, la factibilidad, la oportunidad y la aceptabilidad de los cambios propuestos

Indicadores para la evaluación

Un **indicador de calidad** no es más que una medida cuantitativa que se utiliza para controlar la calidad de aspectos de la práctica sanitaria que creemos relevantes.

Por regla general, todo indicador debe ser:

- Relevante: atiende a aspectos fundamentales del cuidado del diabético.
- Realista: factible para el sistema sanitario y el paciente.
- Medible: para poderlo cuantificar. Habitualmente se elabora mediante una fórmula que contiene un numerador y un denominador. Por ejemplo: número de hemoglobinas A1C solicitadas/número de diabéticos censados.
- Sensible: para reflejar los cambios producidos con la intervención.
- Válido: que mida lo que queremos medir y que esté mínimamente influido por otros factores.
- Fiable: que pueda ser reproducible por distintos observadores.

Los **criterios** sirven para medir las condiciones que se deben cumplir para considerarlo de calidad. Son aquellas prácticas consensuadas como de buena práctica clínica (según GPC, MBE, consenso, etc.).

- Los criterios de estructura se relacionan con la organización, los recursos personales y los medios disponibles.
- Los criterios de proceso tienen que ver con la realización de las actividades.
- Los criterios de resultados miden los aspectos relacionados con los resultados intermedios o subrogados (valor HbA1c, de la PA, del IMC, etc.) o finales (morbilidad, mortalidad) de las actividades realizadas.

Un **estándar** es la especificación cuantitativa de un criterio: número de veces que se ha de cumplir un criterio para considerar que la práctica evaluada tiene un nivel aceptable de calidad.

Una **oportunidad de mejora** es el margen de actuación que existe entre lo que creemos (mediante estándares de calidad) que «debería ser», lo que planearemos «que haremos» (el proceso de mejora) y lo «que ocurra» tras la intervención (resultado).

A partir de los indicadores de calidad asistencial propuestos por la redGDPS en 1993⁸ y de las experiencias de otros grupos de trabajo^{8,9,10}, creemos que los indicadores más útiles para identificar y priorizar intervenciones de mejora son los que se indican en la Tabla 2 (**GRADO B**).

Tabla 2 Indicadores de calidad en diabetes

Indicadores de proceso

Porcentaje de pacientes con:

- Tres intervenciones educativas/año registradas y de contenido diferente en el último año
- Pacientes insulinizados que realizan autoanálisis
- HbA1c dos veces al año
- Cribado de retinopatía en los últimos 2 años
- Revisión de los pies en el último año
- Cribado de albuminuria en el último año

Indicadores de resultados intermedios

Porcentaje de pacientes:

- Con control glucémico aceptable HbA1c <8 %
- Con control muy deficiente HbA1c ≥ 10 %
- Fumadores activos
- Con mal control de la PA PA ≥ 140/90 mmHg
- Con mal control dislipemia Colesterol no HDL >130 mg/dl

Indicadores de resultados finales

Porcentaje de pacientes con:

- Lesiones del pie diabético (úlceras y amputaciones)
- Presencia de complicaciones cardiovasculares
- Ingresos hospitalarios con descompensaciones glucémicas (hiper o hipo)

→ Mensajes clave

- La persona con diabetes debe ser atendida en cada momento por el profesional sanitario que más le pueda ayudar. El médico que más sabe de diabetes no es necesariamente el que proporciona una mejor asistencia a sus pacientes.
- Los indicadores no son una medida directa de la calidad, solo permiten detectar problemas que requieren un análisis en profundidad.
- El uso de la historia clínica informatizada y las nuevas tecnologías de la información deben formar parte de la atención estándar a las personas con diabetes porque permiten un análisis rápido y fiable de la calidad asistencial (tanto a nivel personal como colectivo) y facilitan la toma de decisiones para su mejora continua. Sería muy útil unificar los sistemas de registro de la información.
- El objetivo principal de cada profesional sanitario siempre es la salud de los pacientes y perseguir la mejora en la calidad de vida de las personas.

Bibliografía

1. Knight K, Badamgarav E, Henning J, Hasselblad V, Gano A, Ofman J, Weingarten S. A systematic review of diabetes disease management programs. *American Journal of Managed Care* 2005(11):242-50.
2. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff RJ, Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*. 2006 Jul 26;296(4):427-40.
3. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk Van JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care*. 2001;24:1821-33.
4. O'Connor PJ, Desai J, Solberg LI, et al. Randomized trial of quality-improvement intervention to improve diabetes care in primary care settings. *Diabetes Care*. 2005;28:1890-1897.
5. Rothe U, Müller G, Schwarz P, Seifert M, Kunath H, Koch R, Bergmann S, Julius U, Bornstein S, Hanefeld M, Schulze J. Evaluation of a Diabetes Management System Based on Practice Guidelines, Integrated Care, and Continuous Quality Management in a Federal State of Germany: A population-based approach to health care research. *Diabetes Care* 2008(31):863-868.
6. Franch J, Artola S, Díez J, Mata M, redGDPS. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en Atención Primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:600-607.
7. Gudbjörnsdóttir S, Cederholm J, Nilsson P, Eliasson B. The National Diabetes Register in Sweden: An implementation of the St. Vincent Declaration for Quality Improvement in Diabetes Care. *Diabetes Care* 2003; 26:1270-1276.
8. Cano-Pérez JF, Franch J. Guía de la diabetes tipo 2. Recomendaciones clínicas con niveles de evidencia. 5ª edición. Barcelona. Elsevier. 2011.
9. Club Diabete Sicilia: Five-year impact of a continuous quality improvement effort implemented by a network of diabetes outpatient clinics. *Diabetes Care* 31:57-62, 2008.
10. Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, Van Royen P, on behalf of the Belgian Diabetes Project Group. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: An example from six European countries. *Primary care diabetes*. 2007;1:17-23.