



Mejora de la calidad en la asistencia prestada a los pacientes con insuficiencia cardiaca

Modrego Navarro A, Baquero Alonso M,
Baz Collado C, de Castro Mesa C, Reynoso Heynsen W,
Alonso Moreno J
CS Buenavista. Toledo
Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo
CS Benquerencia. Toledo
CS de Mora. Toledo
CS de Sillería. Toledo
e-mail: amodrego@semg.es



Ángel Modrego Navarro.

Resumen

Objetivo: evaluar en la población mayor de 18 años que presente insuficiencia cardiaca (IC) conocida de los centros de salud, la adecuación de su manejo en la práctica clínica habitual, proponiendo medidas correctoras oportunas que permitan la mejora de la asistencia prestada y valorando la efectividad de estas medidas en la reevaluación.

El médico de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en muchas fases de este proceso, de elevada prevalencia y origen de múltiples ingresos hospitalarios, siendo con frecuencia el que más estrecho contacto tiene con el enfermo.

Diseño: estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico.

Material y métodos: ámbito: 30 médicos de Atención Primaria del Área de Toledo. Participantes: pacientes ambulatorios de ambos sexos, mayores de 18 años, atendidos en el primer y segundo nivel asistencial (Atención Primaria y Servicio de Cardiología del hospital de referencia) y en cuyas historias conste un diagnóstico de IC.

Intervención: autoevaluación, retrospectiva, interna y con datos de proceso. Mediciones principales: grado de cumplimiento de 14 criterios de evaluación y descripción de características de la población, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), patología cardiaca asociada, otras morbilidades, tratamientos e ingresos hospitalarios en el periodo evaluado (de 1/1/2013 a 1/1/2016).

Resultados: se revisaron 266 pacientes con IC, entre los cuales fue más frecuente la disfunción diastólica, con abundantes comorbilidades y numerosos ingresos hospitalarios. El incumplimiento de pocos criterios, pero relevantes, justificó un elevado porcentaje de errores en la calidad asistencial.

Conclusiones: es necesario mejorar el tratamiento integral de estos pacientes, para lo cual la colaboración entre los distintos niveles asistenciales resulta crucial, convencidos de que los profesionales son los principales protagonistas para conseguir mejoras en la calidad de la asistencia prestada, creemos que todas las iniciativas en este campo deben de implicarlos necesariamente.

Improvement in the quality of the assistance provided to patients with heart failure

Abstract

Objective: in this study, including patients over 18 years of age affected by heart failure known to the medical centres, we intended, first, to evaluate the adequacy of its management in everyday clinical practice, then, to put forward the pertinent correcting measures which will allow the improvement of the medical care and, finally, to assess the effectiveness of these measures when re-evaluating them. The primary assistance doctor plays an outstanding role in most of the stages of this process, which shows a high prevalence and is the cause of many hospital entries, since this doctor usually has the closest contact with this patient. Design: The study was epidemiologic, transversal and involved several medical centres.

Participants: thirty doctors of Primary Assistance from the Toledo area were involved. External patients, male and female, over 18, attended at first and second level (Primary Assistance and Cardiology Service in the reference hospital), whose case histories included a diagnosis of heart failure were included in the study. Action: Retrospective, internal self-evaluation and the provision of data on the process were performed.

Main measurements: degree of fulfillment of 14 evaluation criteria and description of the main features of the study population (cardiovascular risk factors, associated cardiopathies, other morbidities, treatments and hospital entries during the period being evaluated [1/1/2013 to 1/1/2016]).

Results: we studied 266 patients suffering from heart failure who showed most frequently diastolic dysfunction, multiple co-morbidities and numerous hospital entries. The unfulfillment of few but relevant criteria accounted for a high percentage of errors affecting the quality of the medical care.

Conclusion: we concluded that it is necessary to improve the global treatment of these patients. To achieve this goal, the coordination of all the different levels of assistance is crucial.

Objetivos del proyecto o experiencia

La IC representa el estadio final de la mayoría de las cardiopatías, lo cual, unido al envejecimiento de la población y a los avances en los tratamientos de las diferentes patologías cardíacas, hace que su prevalencia aumente cada año.

A pesar de los avances en su manejo, la situación actual de este problema de salud sigue siendo muy preocupante, pese a que se dispone hoy día de un abanico terapéutico bastante efectivo, como afirma Kullig: "parece como si los pacientes no se beneficiasen de estos medios". En los últimos años van apareciendo evidencias científicas de alta calidad, que han permitido elaborar un gran número de guías clínicas, a menudo basadas en prevención, diagnóstico y tratamiento, de forma integral, de la enfermedad cardiovascular. Aun así, asistimos a la enorme paradoja, puesta de manifiesto por múltiples estudios (DRECE, ICP Bypass, ENRICA, DYSIS, CODIMET, PREVENCAT, etc.) de que hay un muy pobre control, tanto en la prevención primaria como en la secundaria, de la enfermedad cardiovascular. Parece claro que la brecha entre las recomendaciones y la práctica se mantiene; es fundamental conocer hasta qué punto se siguen estas guías, cuáles son las posibles barreras en su implementación y las limitaciones que tiene el médico de familia para conseguir los objetivos marcados.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de poner en marcha una nueva estrategia basada en una política de calidad, capaz de motivar a los profesionales que deben participar en la identificación, el análisis y la solución de los problemas.

Su objetivo principal es evaluar la calidad de la asistencia ambulatoria en centros de salud representativos del Área de Toledo, en los pacientes con IC en la práctica clínica habitual mediante un ciclo de mejora, método sencillo y práctico destinado a identificar y analizar posibles causas determinantes y buscar soluciones.

Método

Diseño: estudio epidemiológico, transversal, y multicéntrico en el que participaron 30 médicos de Atención Primaria de centros de salud, urbanos y rurales representativos del Área de Salud de Toledo (centros de Salud: Buenavista, Benquerencia, Mora, Sillería, Sonseca y Yébenes).

Participantes: se incluyeron 266 pacientes (258 casos válidos). Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años y las mujeres en periodo de gestación.

Evaluaciones: se realizó una única evaluación, llevada a cabo por los propios investigadores (autoevaluación), de forma retrospectiva, interna y con datos de proceso. Se realizó la evaluación en el segundo semestre del 2016, de hechos ocurridos entre el 1/1/2013 y 1/1/2016.

Instrumentos de medida: para la evaluación de la calidad científico-técnica de la asistencia, y siguiendo la metodología de Palmer para medir la calidad de la asistencia ambulatoria, los profesionales implicados construyeron 14 criterios

de evaluación explícitos y normativos (**Tabla 1**), consensuados entre los cardiólogos y los médicos de familia responsables de la atención a los pacientes, comprobándose su validez y fiabilidad mediante pruebas de concordancia simple e índices kappa, que en ningún caso fueron $< 0,6$.

Variable principal: evaluación de la calidad asistencial prestada mediante el cumplimiento o no de los criterios de evaluación explícitos y normativos (**Tabla 1**) (exclusivamente en pacientes con diagnóstico de IC, entre 1/1/ 2013 y 1/1/2016).

Variables secundarias: prevalencia de IC con disfunción diastólica (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI] superior al 50%) y sistólica, características demográficas y clínicas de la población, y los tratamientos empleados, como se esquematiza en las **Tablas 2 y 3**.

Análisis estadísticos: para el análisis de la variable principal los resultados se presentaron como porcentaje de cumplimiento de los diferentes criterios. Para recoger el grado de incumplimiento de cada uno de los criterios evaluados, se realizó un diagrama de Pareto.

Resultados obtenidos

Población: se revisaron las historias clínicas de 266 pacientes (258 casos válidos), con una media de edad de 80 años (mínima 42, máxima 98) El 60,39% eran mujeres.

En las **Tablas 2 y 3** se recogen las características demográficas y clínicas de la muestra de estudio.

Variable principal: respecto al cumplimiento de cada uno de los criterios de evaluación establecidos (**Tabla 1**), se recoge en el histograma de la **Figura 1** y la **Tabla 4**.

Con la finalidad de facilitar la propuesta de acciones de mejora, se analizaron por separado los cumplimientos de los criterios 1, 2, 3, 4, 5, 13 y 14 (criterios de valoración y seguimiento) y los criterios 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 (criterios de tratamiento), con lo que se construyeron dos diagramas de Pareto.

Se observó que los errores acumulados entre los criterios 14, 4 y 5 suponían el 65,83% del total de errores de valoración y seguimiento (**Figura 2**).

En cuanto a los criterios de tratamiento, los errores en el cumplimiento de los criterios 11, 6 y 12 justificaron el 69,54% de los incumplimientos (**Figura 3**).

Variables secundarias: condicionado por las características de la población estudiada (porcentaje de mujeres del 60,39%; edad media elevada, 80,45 años; alto porcentaje de hipertensión arterial [HTA], 89,4%; fibrilación auricular [FA], 60,6%, y enfermedad renal crónica, 48,2%) encontramos una prevalencia de IC con disfunción diastólica del 60,3%.

Tabla 1. Criterios

Criterios	Excepciones	Aclaraciones
1. Todo paciente diagnosticado de IC tendrá realizado al menos una eco cardiografía, constando el resultado de la FEVI en su documentación clínica	Ninguna	Ninguna
2. Todo paciente diagnosticado de IC tendrá realizado e informado al menos un ECG en el último año		ECG informado, alteraciones ritmo, conducción, HVI, isquemia
3. Todo paciente diagnosticado de IC tendrá realizada en el último año una analítica con hemograma, glucosa, creatinina, iones, transaminasas, TSH y ferritina, constando el resultado		TSH al menos 1 vez
4. Constará en cada visita médica que conlleve modificación del tratamiento para el problema evaluado, una toma de PA, FC, peso, y afectación de la actividad física del paciente	Visitas administrativas sin la presencia del paciente	PA Sí ___ No ___ FC Sí ___ No ___ Peso Sí ___ No ___ Afec. activ. física Sí ___ No ___
5. Todo paciente diagnosticado de IC tendrá un control adecuado de la HTA y otros factores de RCV		PA < 140/90. HbA1c ≤ 7,5% LDLc < 70 mg/dl en RCV muy alto cLDL < 100 mg/dl en RCV alto
6. Todo paciente estará vacunado anualmente de la gripe	Alergias a los componentes de la vacuna Rechazo explícito del paciente	
7. Todo paciente con síntomas de congestión utilizará diuréticos de asa en IC moderada o severa e IR, o tiazidas en IC leve		Síntomas de congestión: edemas, crepitantes o aumento de peso
8. Los pacientes con disfunción sistólica se tratarán con BB a menos que estén contraindicados	Contraindicaciones por historia de asma, bloqueo cardiaco o hipotensión sintomática	
9. Los pacientes con disfunción sistólica se tratarán con IECA/ARA II	Cuando existen contraindicaciones Antecedentes de hipersensibilidad Angioedema. Pacientes hipotensos	Contraindicaciones: insuficiencia hepática grave/colestasis, hiperpotasemia, estenosis de la arteria renal
10. Los pacientes con disfunción sistólica se tratarán con antidiuréticos si persiste la sintomatología, a pesar de IECA/ARA II + BB + diuréticos	Pacientes en los que esté contraindicado Antecedentes de hipersensibilidad	Antidiuréticos; espironolactona o eplerenona Contraindicaciones: hiperpotasemia, enfermedad de Addison, función renal alterada, no asociar espironolactona y eplerenona
11. Los pacientes tratados con IECA/ARA II y/o antidiuréticos tendrán un control de la función renal y electrolitos al menos cada 6 meses		Función renal: creatinina Se considera adecuado disminuir la dosis a la mitad si K se acerca a 5,5 mmol/l y suspender si sobrepasa 6 mmol/l
12. La ivabradina debe de ser utilizada en pacientes en ritmo sinusal (RS) con IC sistólica, FC ≥ 70 lpm y sintomatología persistente de CF II-IV, a pesar de dosis máxima tolerada de BB. También estará indicada en intolerancia a betabloqueantes	Pacientes en los que está contraindicada Antecedentes de hipersensibilidad	Contraindicaciones: shock cardiogénico, IAM, hipotensión grave, insuficiencia hepática grave, marcapasos, bloqueo sinoauricular, bloqueo A-V grado 3, combinación con macrólidos, verapamilo o diltiazem
13. Se evitará el uso de fármacos que empeoran la IC		Se consideran fármacos potenciales de empeorar la IC, las glitazonas, AINE y calcioantagonistas (excepto amlodipino y felodipino)
14. Constará en la documentación clínica de los pacientes, recomendaciones respecto a Ejercicio físico adecuado a cada caso (caminar) Comer con poca sal. Pesarse a diario. Vigilar periódicamente PA y FC		Ejercicio físico Sí ___ No ___ Comer poca sal Sí ___ No ___ Pesarse a diario Sí ___ No ___ Vigilar PA y FC Sí ___ No ___

Respecto a los ingresos hospitalarios producidos en el periodo evaluado, observamos que el 73,2% de los pacientes ha sufrido al menos un ingreso, y un 12% cuatro ingresos o más, siendo las causas más frecuentes de los mismos las infecciones respiratorias y el tratamiento incorrecto/falta de adherencia (Tabla 2).

En la Tabla 3 se indican los tratamientos farmacológicos de los pacientes incluidos en el estudio, a destacar que, en el global de pacientes, el porcentaje de

Tabla 2. Características demográficas y clínicas de la población

Género	Mujeres: 60,39% Hombres: 39,61%
Edad	Media: 80,45 (mediana: 82, moda: 81, varianza: 88,10) Desviación típica: 9,3 (EE de la media: 0,58) Mínimo: 42,0 Máximo: 98,0
RCV	HTA: 89,45% Dislipemia: 69,29% Obesidad: 59,92% DM tipo 2: 47,04% Tabaquismo: 9,13%
Antecedentes patología cardiovascular asociada	FA: 60,61% Valvulopatía moderada-grave: 49,78% Angina: 26,24% IAM: 25,79% Miocardiopatía hipertensiva: 24,07% Miocardiopatía dilatada: 21,82% Otras arritmias: 17,98% Miocardiopatía hipertrófica: 13,95
Otras patologías frecuentes. Comorbilidades	Insuficiencia renal: 48,20% EPOC: 33,48% Enfermedad cerebrovascular: 24,88% Disfunción tiroidea: 23,39% Neoplasias: 16,36% Apnea del sueño: 15,57%
Disfunción FEVI	Disfunción sistólica: 39,68% Disfunción diastólica: 60,31%
Control FRCV	Pacientes sin control: 61,09% (\pm 5,9 IC 95%)
Ingresos hospitalarios (1/1/2013-1/1/2016)	Al menos 1 ingreso: 73,25% Al menos 2 ingresos: 41,47% Al menos 3 ingresos: 22,48% 4 o más ingresos: 12,01%
Causa principal	Infección respiratoria: 26,5%, 102 casos Tratamiento incorrecto/adherencia: 11,2%, 42 casos Arritmias: 9,6%, 37 casos Exacerbación EPOC/asma: 5,4%, 21 casos SCA: 4,9%, 19 casos Anemia: 4,9%, 19 casos HTA no controlada: 1,5%, 6 casos Fármacos: 0,7%, 3 casos Otras causas: 35,3%, 136 casos

Tabla 3. Tratamientos farmacológicos de los pacientes incluidos en el estudio (258 casos)

IECA: 36,43%	De ellos, enalapril en el 59,57%
ARA II: 32,55%	De ellos, irbesartan en el 26,19%
Betabloqueantes: 43,79%	De ellos bisoprolol en el 25,66%
Diuréticos: 86,04%	De ellos furosemida 75,6% e HCT 13,9%
ARM: 25,19%	De ellos espironolactona el 86,15%
Antiarrítmicos: 5,8%	De ellos amiodarona 60%
Antiagregantes/anticoagulantes: 81,78%	De ellos sintrom 54% y AAS 26,2%
ADOS: 34,8%	De ellos metformina + IDPP4 el 73,3%
Insulina: 18,21%	
Hipolipemiantes: 58,52%	91,39 estatinas (atorvastatina 40,4%)
Calcioantagonistas: 31,7%	De ellos amlodipino en el 52,4%
AINE: 3,8%	
Digoxina: 13,17%	

inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II) es inferior al encontrado en otros estudios realizados en el ámbito ambulatorio, aunque es similar el uso de diuréticos, y superior el uso de antagonistas de los receptores para mineralocorticoides (ARM) y de β -bloqueantes (BB).

Innovación. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o experiencia que se presenta?

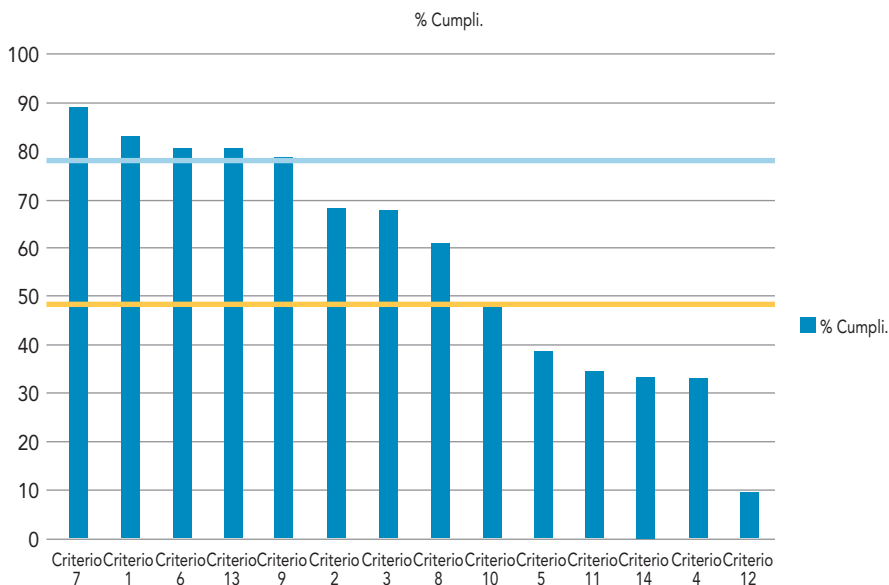
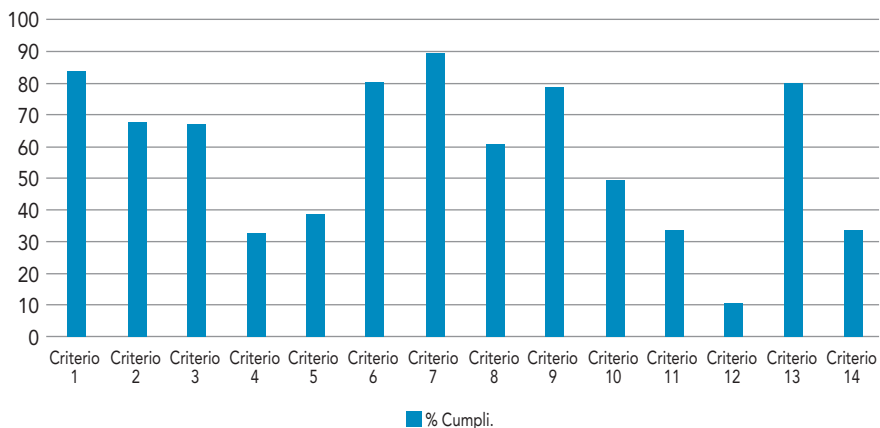
Se constituyó un grupo de trabajo con profesionales que colaboran en la asistencia a pacientes con IC desde diferentes niveles asistenciales, Atención Primaria y de Atención Especializada-Cardiología en el área de salud de Toledo.

Cada investigador, que había recibido formación previa sobre posibilidades y limitaciones del estudio, debía incluir, de forma aleatoria sistemática, entre 8 y 12 pacientes con diagnóstico en su historia clínica informatizada de IC entre el 1/1/2013 y el 1/1/2016.

- Basado en el análisis de datos obtenido, se diseñó una intervención de mejora, mediante un diagrama de afinidades con los investigadores, en sesiones específicas previstas a tal efecto en el primer trimestre de 2017.
- Con el compromiso de medir la efectividad de las medidas propuestas en la intervención de mejora, se realizará un análisis semejante en la reevaluación (año 2018) realizándose además un análisis estadístico de las diferencias encontradas entre las dos evaluaciones, mediante la prueba Z de comparación de porcentajes, asumiendo un nivel de significación de 0,05.

Procedimientos estadísticos: justificación del tamaño de la muestra. Trabajos preliminares en circunstancias similares a nuestro entorno, han estimado una prevalencia

Figura 1. Cumplimiento de criterios



de IC en España del 10% de los individuos que superan los 70 años; se consideró que 250-300 casos permitirían una estimación del incumplimiento de criterios (sobre un valor esperado del 50%) con una precisión del $\pm 5\%$ y error α de 0,05.

Quisiéramos aclarar que, dada la finalidad última del estudio (obtener una mejora de la calidad en la asistencia prestada a los pacientes con IC), algunos aspectos metodológicos, más propios de la investigación cualitativa que de la garantía de

Tabla 4. Cumplimiento de criterios

Criterio 1	83,7%	IC 95: 79,2-88,2
Criterio 2	68,09%	IC 95: 62,49-73,6
Criterio 3	67,7%	IC 95: 62,0-73,4
Criterio 4	33,07%	IC 95: 27,3-38,7
Criterio 5	38,9%	IC 95: 33,0-44,8
Criterio 6	80,9%	IC 95: 76,7-85,1
Criterio 7	89,4%	IC 95: 85,6-93,2
Criterio 8	60,7%	IC 95: 53,3-68,1
Criterio 9	78,4%	IC 95: 71,4-85,4
Criterio 10	49,4%	IC 95: 40,6-58,2
Criterio 11	34,6%	IC 95: 28,1-41,1
Criterio 12	10,0%	IC 95: 1,6-18,4
Criterio 13	80,1%	IC 95: 75,3-84,9
Criterio 14	33,4	IC 95: 27,7-39,1

calidad, los hemos dejado en segundo lugar. En evaluación de calidad no es de interés primordial la precisión del grado de cumplimiento de criterios, ya que intervalos de hasta el $\pm 15\%$ son suficientes para valorar la necesidad de introducir medidas correctoras.

Figura 2. Diagrama de Pareto con criterios de valoración y seguimiento

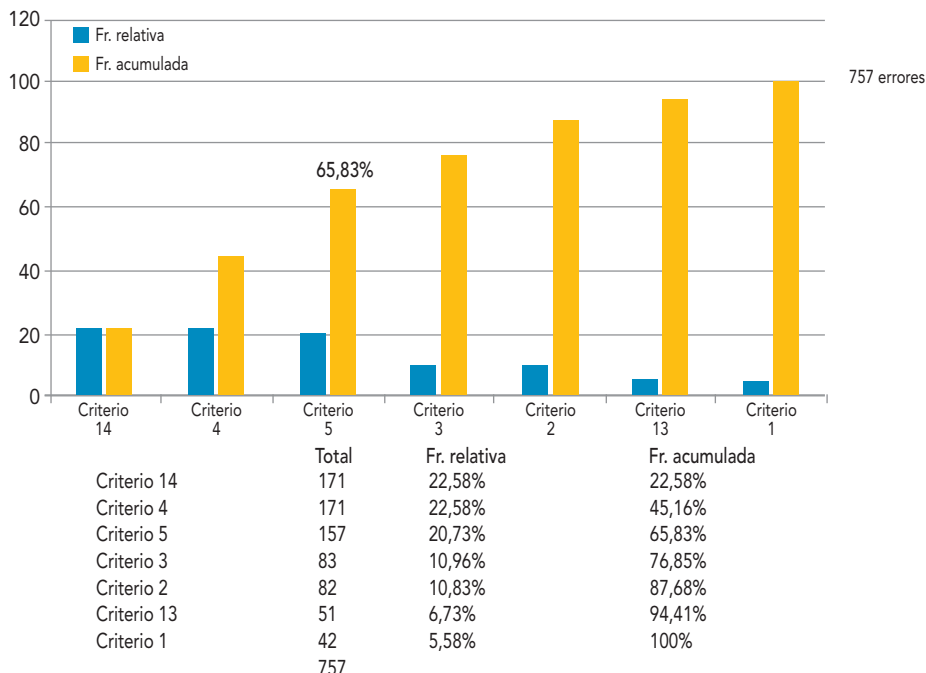
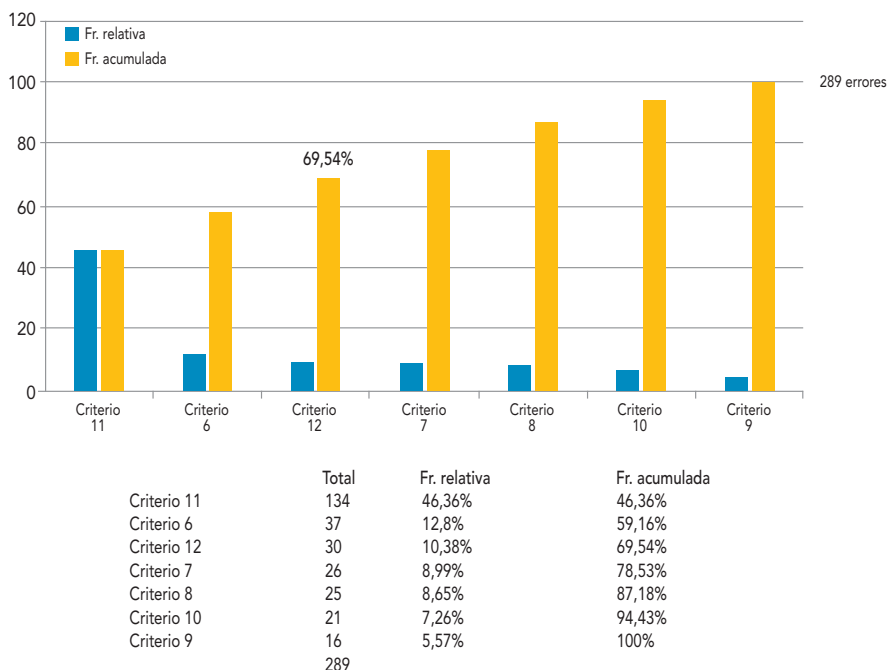


Figura 3. Diagrama de Pareto con criterios de tratamiento



Calidad. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o experiencia?

El primer dato relevante que aporta el estudio es la elevada prevalencia de IC con disfunción diastólica entre nuestros pacientes, que, si bien coincide con otros estudios realizados en nuestro país fuera del ámbito hospitalario, en este se da con mucha mayor frecuencia IC con disfunción sistólica.

Respecto al cumplimiento de los diferentes criterios, llama la atención el elevado cumplimiento del criterio 7, utilización de diuréticos (89,4%), que puede verse condicionado por la alta prevalencia de HTA en nuestra muestra, de cuyo tratamiento los diuréticos forman parte.

También obtiene un elevado cumplimiento el criterio 1 (ecocardiograma), del 83,7%, muy superior al de otros estudios, que refuerza la confirmación diagnóstica de los pacientes de nuestra muestra.

Como muy positivo queremos destacar el cumplimiento del criterio 13 (80,1%), que exigía evitar el uso de fármacos que pudieran empeorar la IC.

El estudio también pone de manifiesto lo importante de adecuar el tratamiento a cada paciente en el caso de la IC, y lo poco adecuado que resulta utilizar

indicadores cuantitativos (proporción de pacientes tratados con un determinado fármaco) como supuestas medidas de calidad, ya que, en una parte importante de los pacientes a los que no se indican los tratamientos recogidos en las guías (IECA y/o ARA II, BB y ARM), hay una justificación para no hacerlo.

Lo referido evidente en el caso de los IECA/ARA II utilizados en el 68,9% del total de pacientes, mientras que en el cumplimiento del criterio 9 (prescripción adecuada), se observa un 78,4% de cumplimiento, y en los BB (en el 43,7% de todos los pacientes de la muestra) y el cumplimiento del criterio 8 (pacientes en los que está indicado y que lo utilizan) que alcanza el 60,7%. Resultados semejantes se observan en el uso de ARM, con una utilización del 25,2% en toda la muestra y una adecuación en los pacientes que los precisan del 49,4% (cumplimiento del criterio 10) (Tablas 3 y 4).

Mejora de la gestión y/o evaluación en salud. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?

Dada la incidencia en aumento en nuestro país de la IC, y su elevada prevalencia, la participación y el compromiso de la Atención Primaria, en coordinación con los profesionales del segundo nivel asistencial de referencia, son fundamentales para la valoración, seguimiento y tratamiento adecuado de estos pacientes.

El aumento de su prevalencia y de los ingresos hospitalarios son consecuencia, especialmente, del paulatino envejecimiento de la población y de su mayor supervivencia, y sus principales causas, HTA y cardiopatía isquémica, son unos de los principales motivos de consulta en Atención Primaria.

Los defectos que producen los criterios 14, 4 y 5 (recomendaciones, exploración básica, y control de FRCV) suponen el 65,83% del incumplimiento del total de los criterios de valoración y seguimiento (mínimos vitales del primer diagrama de Pareto).

De igual manera, los defectos que producen los criterios 11 (control de la función renal), 6 (vacunación antigripal) y 12 (tratamiento con ivabradina) justifican el 69,54% de los incumplimientos de los criterios de tratamiento (mínimos vitales del segundo diagrama de Pareto).

A la vista de los resultados obtenidos, se decidió planificar una intervención de mejora, mediante un diagrama de afinidades entre los médicos de familia y cardiólogos responsables de la asistencia a los pacientes estudiados, que contemplase: la difusión de los resultados del estudio a todos los profesionales del área, y la realización de cambios estructurales en la asistencia de estos pacientes, basados en el documento "Proceso asistencial simplificado" (con cambios en la planificación del alta, refuerzo educativo para mejorar el autocuidado y la monitorización de los pacientes con planificación de objetivos de valoración y tratamiento de acuerdo con las guías de práctica clínica).

A estas propuestas se añadirán actividades de formación específicas, en los aspectos del tratamiento que se han mostrado deficitarios (utilización de ARM, BB, ivabradina etc.).

Aplicabilidad y facilidad de extensión a otras organizaciones del sector salud. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?

La IC constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares y presenta una elevada mortalidad (del 50% a los 5 años del diagnóstico).

La elevada prevalencia de disfunción diastólica encontrada en nuestro estudio obliga a concentrar esfuerzos en este campo para desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas eficaces, que en la actualidad están basadas en un adecuado control de los FRCV (sobre todo la HTA) y el uso adecuado de diuréticos ante los síntomas de congestión.

Hay que comprender y hacer comprender que el fin último de este tipo de actividades no es poner de manifiesto las deficiencias existentes, ni siquiera proponer soluciones a los problemas detectados. Su finalidad es llegar a producir los cambios apropiados que mejoren la calidad de la atención prestada.

No se trata de ver si las cosas, se están haciendo muy mal o muy bien, sino conocer cómo se están haciendo para mejorar su calidad. El fin no es examinar, sino mejorar.

Convencidos de que los protagonistas principales para conseguir mejoras en la calidad de la asistencia prestada y un uso racional de los recursos sanitarios son los profesionales, creemos que todas las iniciativas en este campo deben de implicarlos necesariamente. Si se hace así, las actividades de garantía de calidad se habrán convertido en un mecanismo de primer orden para motivar y comprometer.

Cuando los profesionales entienden que la mejora de la calidad asistencial requiere responsabilidad individual (que desde fuera se puede medir, pero desde dentro se puede medir y mejorar), y nuestros gestores asuman que la calidad es una política de la dirección, que debe de sentirse responsable de sus resultados y al tiempo saber, que la calidad la "fabrican los profesionales", actividades como la propuesta puede ser asumida por un gran número de equipos y servicios, para que la calidad "nunca sea un accidente sino resultado de un esfuerzo de la inteligencia", en palabras de John Ruskin.

Bibliografía

- Anguita Sánchez M, Crespo Leiro MG, de Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso-Pulpon L, Muniz García J. Prevalencia de la insuficiencia Cardiaca en la población española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1041-9.

- Anguita Sánchez M, Investigadores del Registro BADAPIC. Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardiaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardiaca. Resultados del Registro BADAPIC. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:1159-69.
- Bhatia RS, Tu JV, Lee DS, Austin PC, Fang J, Haouzi A, et al. Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study. *N Engl J Med*. 2006;355:260-9.
- Cortina A, Reguero J, Segovia E, Rodríguez Lambert JL, Cortina R, Arias JC, et al. Prevalence of heart failure in Asturias (a region in the north of Spain). *Am J Cardiol*. 2001;87(12):1417-9.
- García Castelo A, Muñiz García J, Sesma Sánchez P, Castro Beiras A. Utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca: influencia del servicio de ingreso (estudio INCARGAL). *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:49-56.
- González-Juanatey JR, Cordero A, Vitale GC, González-Timón B, Mazón P, Bertomeu V. Magnitud y características del riesgo residual lipídico en pacientes con antecedentes de revascularización coronaria: estudio ICP-Bypass. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:862-8.
- González-Juanatey JR, Millán J, Alegría E, Guijarro C, Lozano JV, Vitale GC. Prevalencia y características de las anomalías lipídicas de pacientes tratados con estatinas en prevención primaria y secundaria en España. Estudio DYSIS-España. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:286-94.
- Grigorian Shmagian L, González-Juanatey JR, Varela Román A, Acuña JM, Virgós Lamela A. The death rate among hospitalized heart failure patients with normal and depressed left ventricular ejection fraction in the year following discharge: evolution over a 10-year period. *Eur Heart J*. 2005;26:2251-8.
- Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Gómez de la Cámara A, Rubio Herrera MA, Cancelas Navia P, Jurado Valenzuela C. Drece 1990-2010. *Med Clin Monogr*. 2011;12:1-39.
- Maggioni AP, Dahlström U, Filippatos G, Chioncel O, Leiro MC, Drozd J, et al. EURObservational Research Programme: the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail*. 2010;12:1076-84.
- Martínez-Sellés M, García Robles JA, Prieto L, Frades E, Muñoz R, Díaz Castro O, et al. Características de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca según el estado de su función ventricular. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:579-86.
- Mebazaa A, Yilmaz MB, Levy P, Ponikowski P, Peacock WF, Laribi S, et al. Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the HFA of the ESC, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. *Eur J Heart Fail*. 2015;17:544-58.

- Modrego Navarro A, Ramírez Espinosa M, Fustero Fernández M, Tárraga López PJ, Bastida Calvo JC, Torras Tohá N, et al. Evaluación de la calidad asistencial prestada a los pacientes con síndrome metabólico en atención primaria. *Calidad Asistencial*. 2009;24:162-70.
- Morales JM, Sarriá A. Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardíaca:revisión sistemática. *Calidad Asistencial*. 2006;21(1):51-60.
- Mueller C, Christ M, Cowie M, Cullen L, Maisel AS, Masip J, et al. European Society of Cardiology-Acute Cardiovascular Care Association position paper on acute heart failure: a call for interdisciplinary care. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2015 Jun 29. pii: 2048872615593279 [en prensa].
- Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Francis-Galiana C, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, del Álamo-Alonso A, et al. Estudio gallego de insuficiencia cardíaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Rev Esp Cardiol*. 2007;60:373-83.
- Owan TE, Hodge DO, Herges RM, Jacobsen SJ, Roger VL, Redfield MM. Trends in prevalence and outcome of heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2006;355:251-9.
- Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
- Pérez de Isla L, Saltijeral Cerezo A, Vitale G, González Timón B, Torres do Rego A, Alvarez-Sala Walther LA. Prevalence of inappropriate LDL cholesterol levels in patients with coronary disease and/or type 2 diabetes. *Rev Clin Esp*. 2012;212:475-81.
- Permanyer Miralda G, Soriano N, Brotons C, Moral I, Pinar J, Cascant P, et al. Características basales y determinantes de la evolución en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en un hospital general. *Rev. Esp Cardiol*. 2002;55:571-8.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC).Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37:2129-200.
- Ramírez DN, Casado P, Ricote M, Zarco JV. La calidad vista desde atención primaria. *Semergen*. 2001;27:250-6.
- Rivas Otero B, Permanyer-Miralda G, BrotonsCuixar C, Aznar Costa J, Sobreviela Blázquez E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA (Estudio Insuficiencia Cardíaca). *Aten Primaria*. 2009;41(7):394-401.

- Rodríguez Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Guallar Castellón P, León Muñoz LM, Zuluaga-Zuluaga MC, López García E, et al. ENRICA: Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(10):876-82.
- Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica asistidos en Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207:337-40.
- Rodríguez-Artalejo F, Benegas J, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la Insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57(2):163-70.
- Sagayo Silva I, García López F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:649-56.
- Suárez C, Ruilope LM, Bangas JR, Álvarez-Sala LA, Franch J, Barrios V, et al. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:406-10.
- Varela-Román A, Grigorian Shamagian L, Barge E, Bassante P, de la Peña MG, González-Juanatey JR. Heart failure in patients with preserved and deteriorated left ventricular ejection fraction: long term prognosis. *Heart*. 2005;91:489-94.