

## ***Estudi d'intervenció en la preprogramació dels pacients amb DM 2 en una àrea urbana***

Presentat per l'equip format per: **Eva Bellerino Serrano** (investigadora principal: [evabellerino@gmail.com](mailto:evabellerino@gmail.com)), Josep Maria Bonet Simó, Oscar Solans, Josep Maria Manresa, Pilar Roura, Ramírez-Hidalgo A, García-Cadenas C i Manresa JM.

### **A) INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS DE L'EXPERIÈNCIA (Citar les referències incloses en l'apartat següent)**

L'accés als serveis de salut per part dels usuaris depèn, entre d'altres, de la utilització dels recursos sanitaris. Una mala utilització d'aquests recursos és l'origen de part dels problemes de la sanitat pública<sup>1</sup>. En un estudi realitzat al Regne Unit, es va veure, que totes les setmanes, cada Metge de Família tenia com a mínim 4 visites mèdiques a les que no assistien els seus pacients.

Les visites de seguiment de crònics són visites assistencials previsibles<sup>3</sup>, es dir programables. En un estudi realitzat al nostre medi<sup>3</sup>, aquestes visites suposaven el 20,61% (IC95% 16,19 – 22,06) del total de visites en la consulta mèdica. La millora de la gestió d'aquestes consultes implica millorar els circuits organitzatius i les agendes<sup>4</sup>.

La inclusió dels pacients amb patologia crònica en la visita programada, ha permès aconseguir una moderació de la demanda 5-7 al centrar-se només en l'actuació segons programes<sup>8</sup>, i una millora de la qualitat assistencial<sup>9</sup> i permet avaluar l'eficàcia i l'eficiència del sistema<sup>7</sup>.

L'èxit de la visita programada depèn majoritàriament del nivell de compliment per part del pacient<sup>9</sup>. En el nostre medi hi ha diferents estudis sobre el compliment de les cites programades en adults respecte a patologies concretes<sup>8,9,10</sup>.

En el seguiment dels pacients amb patologia crònica, les visites per part del metge s'han de reduir a les consultes en les que es precisi una intervenció mèdica específica en el maneig de la malaltia i les visites de seguiment de les guies de pràctica clínica (GPC), mentre que el control es portarà des de consulta d'infermeria. S'han de millorar dos aspectes fonamentals per millorar la gestió de la consulta<sup>4</sup>, els circuits organitzatius i les agendes, mantenint una actitud crítica respecte a la periodicitat i contingut dels controls<sup>4</sup>.

La diabetis mellitus 2 (DM2) és una patologia crònica que representa un problema creixent de salut pública tant en els països desenvolupats com en els que estan en vies de desenvolupament<sup>11</sup> i que cada vegada es tracta més des de l'atenció primària (AP)<sup>18</sup>. És un dels principals factors de risc de les malalties cardiovasculars, una de les principals causes de morbiditat atesa en l'Atenció Primària de Salut (APS) i una causa important d'invalidesa i mortalitat prematura amb elevats costos pel sistema sanitari<sup>11</sup>.

En els darrers anys existeix un fort increment en la prevalença de la malaltia, fet que ha determinat que alguns autors la comencin a considerar com una malaltia epidèmica<sup>12</sup>. Els estudis sobre prevalença de diabetis coneguda a Espanya la situen sobre el 6,2% pel grup d'edat de 30-65 anys, i per sobre del 10% pel grup de 30-89 anys<sup>13</sup>. Els motius d'aquest creixement el podem trobar en l'envelliment de la població, el millor reconeixement de la diabetis no diagnosticada prevalent, la millor assistència mèdica i supervivència de les persones amb diabetis clínicament diagnosticada<sup>19</sup>.

Intervencions orientades als pacients poden causar millora en els resultats de salut dels mateixos<sup>18</sup>. L'atenció estructurada, és a dir, la protocol·lització de les activitats clíniques, es la base del funcionament dels programes d'atenció a la DM2 en AP. L'establiment dels continguts i la periodicitat de les activitats a fer pels

metges i infermeres constitueix una de les principals mesures per a millorar la qualitat de l'atenció a aquests pacients,<sup>11</sup> però estudis recents indiquen que el compliment de les recomanacions acostuma a ser baix en tots els nivells assistencials i per tant també a l'AP<sup>20,21</sup> L'experiència del programa de millora del Grup d'Estudi de la Diabetis a l'Atenció Primària de Salut (Gedaps) en l'avaluació dels indicadors de la qualitat d'atenció en el diabètic tipus 2 en el nostre entorn corrobora aquesta afirmació, observant un compliment d'una variable conjunta de procés i seguiment de les recomanacions per la detecció de les complicacions tardanes del 12% en un entorn urbà<sup>11</sup>

Hi ha pocs treballs en els que s'estudii la programació i els recordatoris en les patologies cròniques per millorar el seguiment de les mateixes<sup>14</sup>. Hi ha estudis que demostren que utilitzar recordatoris per afavorir la presa de la medicació, millora l'adherència al tractament i el grau de control en hipertensió <sup>15,16</sup>. En altres estudis, es comprova que les intervencions institucionals que milloren la convocatòria i l'examen regular dels pacients diabètics( sistemes de seguiment computeritzats centrals o altres) també poden millorar el seguiment del tractament<sup>18</sup>.

La utilització de sistemes informàtics d'informació per millorar el seguiment de pacients amb diabetis<sup>17</sup>, i el treball amb recordatori postal tant de proves complementaries com de visites a les consultes en pacients diabètics<sup>14</sup>, s'ha utilitzat per millorar l'actuació sobre aquests pacients.

En una recent revisió sistemàtica (1996-2000) feta en l'àmbit de l'AP, s'arriba a la conclusió que les intervencions més efectives per millorar els indicadors de procés són les multifactorials sobre els professionals i les organitzatives dirigides a facilitar una revisió regular i estructurada dels malalts (sistemes de seguiment informatitzats centrals o infermeria en contacte regularment amb el pacient) <sup>22</sup>

D'aquests estudis es desprèn que la facilitació de l'aplicació de les recomanacions de les guies (ADA, Anual Diabetis Assessment Program –ADAP-), amb aplicació de tècniques de recordatori i la formació pels professionals, s'ha demostrat que milloren els indicadors de procés de l'atenció donada amb un millor percentatge de determinacions i d'exploracions (examen dels peus, derivacions a l'oftalmòleg...) sense repercussions en els resultats dels pacients (control glucèmic, factors de risc cardiovascular, benestar) <sup>18,23,24</sup>

Les intervencions transversals milloren puntualment els indicadors de procés i de resultats però sense un protocol de seguiment continu tornen a les dades basals. Això vol dir que em d'instaurar una organització que perduri en el temps.

## BIBLIOGRAFIA

1. Royo Serrano M, Arto Serrano A. Utilización de consultas análisis del impacto de la consulta vi programadas. *Aten Primaria*. 1995 Sep 15;16(4):211-2, 214.
2. Reda S, Makhuol S. guías para estimular la asistencia a las citas en personas con enfermedades mentales graves.(Revisión Cochrane traducida).En: Biblioteca cochrane plus 2008, nº1. Oxford: Update software ltd.
3. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, I. Prieto Eradesa, Ribera Montés MC, Martínez cánovas P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004;33: 69-77.
4. Casajuana J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutive. *Quaderns CAPS* 1998;27:57-60.
5. Prieto A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención rpimaria? *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 329 – 341.
6. Navarro Martínez A, Serna García JM, Guillén Montiel C, Martinez-González Moro MN, Gómez jara P, Saura Llamas j. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación. *Aten Primaria* 1990; 10: 1025-1027.
7. Martín Zurro A, Argimon Pallas JM, Jimenez Villa J. Reflexiones sobre programación en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1991;5: 363-366.
8. Sánchez Muñoz C, Gómez-Calcerrada Jiménez R, González Sánchez M, Orueta sánchez R. Causas de incumplimiento y factores asociados en la consulta concertada. *A ten Primaria* 1996;17: 52 – 56.
9. Morales M, Llopis A, Ruiz E, Domingo E. Evaluación Del cumplimiento de La citación previa en un protocolo de pacientes crónicos. *Aten Primaria* 1990; 7: 432 – 436.
10. Iturrioz P, Mariñelarena P, Guillén P, Abad I, Garicano M, Arrieta M et al. Evaluación del cumplimiento de la citación y del control de la tensión arterial en un grupo de hipertensos. *Aten Primaria* 1991;8: 212-216.
11. Roura P. Avaluació dels indicadors de la qualitat d'atenció al Diabètic tipus 2 en l'àmbit urbà i no urbà. 10 anys d'experiència del programa de millora Gedaps. Tesi Doctoral.
12. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes, 1995 – 2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetis Care* 1998;21(9): 1414-1431
13. Goday A. (Epidemiology of Diabetes and its non coronary complications). *Rev Esp Cardiol* 2002; 55(6): 657-670.
14. Lafata JE, Barker AM, Divine GW, McCarthy BD, Xi H. The use of computerized birthday greeting reminders in the management of diabetes. *J Gen Intern Med* 2002; 17:521-530.
15. Skaer TL, Sclar DA, Markowski DJ, Won JKH. Effect of value-added utilities on prescription refill compliance and health care expenditures for hypertension. *J Hum Hypertens* 1993;7: 515-518.
16. Fahey t, Schroeder K, Ebrahim S. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane plus 2008 nº1. Oxford software update ltd.
17. Baker AM, Lafata JE, Ward RE, Whitehouse RW, Divine GW. A web-based diabetes care management support system. *J Comm J Qual improve* 2001; 27: 179 – 190.
18. En: La Bibioteca Cochrane Plus 2005 Número1. Oxford:Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Librari, 2005 Issue1. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.).
19. Burke JP, Williams K, Gaskill SP, Hazuda HP, Haffner SM, Stern MP. Rapid rise in the incidence of type 2 diabetes from 1987 to 1996: results from the San Antonio Heart Study. *Archives of Internal Medicine* 1999;159(13):1450-6. 99325483.

20 de la CH, Costa A, Diez-Espino J, Franch J, Goday A. [Evaluation on the compliance of the metabolic control aims in outpatients with type 2 diabetes mellitus in Spain. The TranSTAR study]. Med Clin (Barc ) 2003; 120(12):446-450.

21 Saaddine JB, Engelgau MM, Beckles GL, Gregg EW, Thompson TJ, Narayan KM. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. Ann Intern Med 2002; 136(8):565-574.

22 Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk VJ, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. Diabetes Care 2001; 24(10):1821-1833.

23 Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B et al. Randomized effectiveness trial of a computer-assisted intervention to improve diabetes care. Diabetes Care 2005; 28(1):33-39.

24 Ilag LL, Martin CL, Tabaei BP, Isaman DJ, Burke R, Greene DA et al. Improving diabetes processes of care in managed care. Diabetes Care 2003; 26(10):2722-2727.

## **B) OBJECTIUS DE L'EXPERIÈNCIA**

### **OBJECTIUS**

#### **Objectiu Principal:**

Avaluar l'efectivitat de la preprogramació per millorar el maneig/seguiment dels pacients amb Diabetis Mellitus 2 (segons la GPC del Grup d'Estudi de la Diabetis a l'Atenció Primària de Salut (Gedaps) : "Guia per al tractament de la diabetis tipus 2 a l'Atenció Primària).

#### **Objectius Secundaris:**

Conèixer l'efecte de la preprogramació en la freqüentació dels pacients amb DM 2, a la consulta del Metge de Família i a la consulta d'infermeria (UBA).

Avaluar l'efecte de la preprogramació en la freqüentació de visites demandades pel propi usuari en pacients amb DM2.

Determinar si la realització de proves complementaries anuals establertes pel control adequat de la DM 2 millora amb la preprogramació.

Descriure el grau de control que han assolit els pacients diabètics al cap d'un any.

### C) DESCRIPCIÓ DE L'EXPERIÈNCIA

Disseny de l'experiència: Assaig d'intervenció , controlat, multicèntric, aleatoritzat, amb assignació per conglomerats (Àrea Bàsica de Salut (ABS))

Àmbit de l'estudi: Centres d'Atenció Primària (AP) d'un Servei d'Atenció Primària d'entorn urbà, format per Quatre municipis i 6 ABS que donen cobertura sanitària a una població de més de 14 anys de 120.293 habitants,

Població d'estudi: Pacients del nostre àmbit amb registre actiu de DM2 a història clínica informatitzada (e-CAP).

Criteris d'inclusió:

Edat  $\geq 18$  anys i  $\leq 75$  anys

Història activa als centres del SAP.

Seguiment de la Diabetis pel seu equip d'Atenció Primària.

Criteris d'exclusió:

Pacients terminals o en situació extrema de qualitat de vida (demències, neoplàsies...)

Inclòs em el programa d'Atenció domiciliària (ATDOM).

Diabètics tipus 2 amb menys de 6 mesos d'evolució des del diagnòstic de la DM o de seguiment en l'ABS (canvi domicili...)

No localitzable per les dades que consten a e-CAP (HCAP) (telèfon adreça...)

Negativa del pacient

Tipus de mostreig:

La unitat d'aleatorització serà l'EAP per evitar una possible influència per traspàs d'informació dels pacients que pertanyin al grup d'intervenció cap als que no reben la intervenció.

L'assignació per grups la realitzem per evitar efecte contaminació. Cada EAP serà assignat aleatòriament al grup intervenció o al de no intervenció.

Una vegada s'ha assignat cada EAP a un grup o altre, en el grup d'intervenció es seleccionarà una submostra aleatòria de pacients en els quals es complementarà la intervenció amb un recordatori per SMS, carta o e-mail segons les preferències de cada pacient

Grandària Mostral: En el nostre cas no es realitzarà un mostreig de la població, ja que seran inclusos tots els individus d'aquesta que compleixin els criteris d'inclusió. Actualment la població està constituïda per uns 7150 diabètics de tipus 2.

Si considerem que en el grup control el percentatge d'adequació al seguiment de la GPC correcte és d'un 12%, que durant el reclutament i el seguiment dels pacients podria existir un 10 % de pèrdues i que apliquem un factor de disseny de 2, aquesta grandària de la mostra ens permetria detectar, amb un nivell de significació del 5% i una potència del 80%, una diferència del 3% entre els grups.

En canvi si que es realitzarà un mostreig aleatori dels individus que rebran un recordatori, que es reclutaran a partir del mateix grup d'intervenció. La resta de pacients no seleccionats serviran de control del grup de recordatori. Si en el grup intervenció s'estima una adequació a GPC correcte del 27% i amb el recordatori complementari s'espera arribar a un 35%, per a detectar aquesta diferència amb una potència del 80% i un nivell de significació del 5% es precisarien 354 individus en el grup de recordatori en una relació 1:10 amb el grup d'intervenció, amb un percentatge de pèrdues del 10% durant el seguiment.

Desenvolupament del projecte: Fase1: Difusió Del projecte a les ABS participants per informar als professionals dels centres de l'estudi que volem portar a terme.

Fase2: Selecció de la població d'estudi. Mitjançant explotació de l'e-CAP, obtenim els llistats dels pacients que tenim identificats com Diabètics tipus 2 de tots els centres participants i que compleixen els criteris d'inclusió/exclusió.

Fase 3: Creació dels grups d'estudi. La unitat d'aleatorització serà l'EAP i per aleatorització simple amb nombres aleatoris generats per ordinador els EAP es distribuïran a 2 grups d'estudi.

Grup intervenció que serà preprogramat per tot el seu seguiment per la diabetis en el proper any, explicant els canvis organitzatius per carta i amb una tarja on

estaran anotades totes les cites del any següent i grup no intervenció que rebrà el seguiment habitual de tipus oportunista o la forma que es faci normalment en aquell centre. A més, dintre del grup intervenció, triarem aleatòriament una submostra que rebrà un recordatori previ a les visites/proves complementàries.

Fase 4: Elaboració del material necessari per l'estudi (cartes, targes - recordatoris, quadern de dades electrònic (QDe), programa per programació dels recordatoris) i formació dels professionals involucrats: consensuarem circuits, identificació i resolució dels problemes logístics.

Fase 5: Intervenció: Recollirem de tots els pacients participants les dades sociodemogràfiques i les dades referents a l'any previ a la nostra intervenció, registrant els paràmetres que volem avaluar (qualitatius o quantitius, corresponent a les variables citades anteriorment).

Els pacients segons al grup al que han estat aleatoritzats, podran rebre diferents intervencions:

Grup no intervenció, on els pacients es citaran de la forma habitual com s'està fent a cada centre (normalment de forma oportunista, quan el pacient va a la consulta de medicina o infermeria).

En aquest cas no es farà ningun recordatori, ni cap altra acció que no es realitzés prèviament al centre en els pacients amb patologies cròniques. Qualsevol actuació que prèviament s'estigui portant a terme en el centre en aquests pacients es mantindria.

Grup Intervenció 1: Els pacients seran programats per les visites de seguiment i proves complementàries de forma centralitzada seguint les recomanacions de la GPC. Se'ls entregarà una tarja on estaran registrades totes les dates en les que han d'anar a visita o a realització de proves complementàries.

Grup intervenció 2: en un subgrup dels pacients de grup intervenció 1, es farà un recordatori abans de les proves preprogramades, cada mes per totes les proves d'aquell període. El recordatori es farà per , SMS, carta, e-mail . La programació es farà concentrada en el possible, seguint la seqüència natural de quan el pacient es feia ja els controls.

El seguiment es portarà a terme durant 12 mesos.

En relació al grau de control, en aquest període valorant el punt de partida i analitzant les intervencions dels professionals només podrem dir les tendències. Necessitaríem de 3-5 anys de seguiment per valorar efectes sobre el grau de control.

Fase 6: Tancament de la base de dades, en haver finalitzat les intervencions. Gràcies a controls periòdics de les dades registrades al QDe haurem localitzat i solucionat les incoherències sorgides, tenint una base de dades depurada i de qualitat.

Fase 7: Anàlisi de les dades i difusió dels resultats.

## D) DESCRIPCIÓ DEL PROJECTE D'AVUACIÓ

Indicadors i variables que tindrem en compte per avaluar si l'experiència ha estat efectiva.

Les categories de les variables s'especificaran en el manual de procediments. Font d'informació: e-CAP.

Variable Dependent: El grau de compliment/seguiment o adherència a les recomanacions de les GPC de la Gedaps el mesurarem en base a una variable conjunta de procés i seguiment de les recomanacions per la detecció de les complicacions tardanes, utilitzada prèviament en les avaluacions dels indicadors de la qualitat d'atenció al diabètic tipus 2 posades en marxa pel Gedaps. Els cinc indicadors, són: 3 visites educatives de contingut diferent, Determinació d'Hemoglobina glicosilada HbA1C (2 determinacions), Determinació albuminúria, Examen dels peus, Examen del fons d'ull (FU)

### *Variables Independents:*

Variables del subjecte: \*Principal: Grup d'estudi assignat (grup intervenció, grup no intervenció), altres: \*Administratives: ABS, lloc de residència.\* sociodemogràfiques: edat, gènere, estat civil, màxim nivell d'estudis, situació laboral.

Variables relacionades amb la Diabetis: Data del diagnòstic de la diabetis, patologies concomitants :HTA, Dislipèmia, Obesitat, Cardiopatia Isquèmica, malaltia cerebrovascular, Insuficiència Renal Crònica. Variable relacionada amb el control: resumeix l'assoliment o no de 4 indicadors de risc cardiovascular: HbA1c  $\leq$  7, Colesterol total (CT)  $\leq$  200 mg/dl, Pressió arterial (PA)  $\leq$  130/80, Consum de tabac

Variables relacionades amb la freqüentació:

Adequació de visites al metge GPC. Nombre de visites anuals per control de la DM2 amb el metge.

Adequació de visites Infermeria GPC. Nombre de visites per control DM2 a Infermeria.

Adequació de proves complementaries GPC: ECG, F Ull, Seguiment del peu diabètic, Revisió bucal odontologia.

Nombre de visites totals al servei de Medicina en 12 mesos.

Nombre de visites programades pel metge al servei de medicina en 12 mesos

Nombre de visites programades pel usuari al servei medicina en 12 mesos

Nombre de visites totals al servei d'Infermeria en 12 mesos

Nombre de visites programades per infermeria al servei d'infermeria en 12 mesos

Nombre de visites programades pel usuari al servei d'Infermeria en 12 mesos

Les mesures de la variable dependent i de les variables relacionades amb la freqüentació i la relacionada amb el control es realitzaran en el moment previ a l'inici de la intervenció i a l'any d'aquesta.

### *Anàlisi de dades*

Les comparacions entre grups es basaran en el principi d'intenció a tractar. Les dades seran analitzades d'acord amb la guia del Consort Clúster.

Es realitzarà un anàlisi de la comparabilitat basal dels grups d'estudi en relació a les variables estudiades i estadística descriptiva de totes les variables recollides. S'utilitzarà el test t-Student o la U de Mann-Whitney (segons la distribució de freqüències) per comparació de mitjanes entre dues categories, ANOVA o Wilcoxon (segons la distribució de freqüències) per la comparació de mitjanes de més de dues, Ji-quadrat o Ji-quadrat de tendència per la comparació de variables categòriques.. Es farà un anàlisi amb un model de regressió logística, ajustant els errors estàndard per l'efecte clúster tenint en compte que cada ABS rep un tipus d'intervenció diferent, per avaluar l'associació entre cada una de les variables dependents descrites i les variables independents que hagin resultat ser d'interès en l'anàlisi bivariant. Tots els anàlisis es faran ajustant pels potencials factors de confusió i les possibles variables clíniques rellevants. Totes les proves es realitzaran

amb un nivell de confiança del 95% a nivell bilateral y els paquets estadístics seran: SPSS16, STATA10 y HLM6.

#### **E) APLICABILITAT I UTILITAT PRACTICA**

Les patologies cròniques , representen el 20% de les visites assistencials previsibles.

La Diabetis està considerada una de les patologies cròniques més prevalent, considerant-se fins i tot com una malaltia epidèmica.

Per poder gestionar millor La demanda cada cop mes creixent de la consulta d'Atenció Primària, es primordial entre altres mesures poder disminuir i ordenar aquelles visites previsibles, com són les visites de seguiment de les patologies cròniques, i principalment les dels pacients diabètics, que requereixen un alt grau de control donada la importància de complicacions i comorbiditats que presenten.

Si els resultats obtinguts, demostren que una de les intervencions proposades, millora els indicadors de procés utilitzats pels pacients diabètics, i hi ha una reducció em el nombre de visites que dediquem anualment al seguiment d'aquests pacients, implantaríem aquest model de citació a tots els centres del nostre àmbit de referència i ens plantejaríem ampliar-ho a altres patologies cròniques.

Aquesta acció milloraria el control sobre la demanda, i ens permetria gestionar-la durant l'any en aquells períodes menys problemàtics en relació amb la demanda aguda no previsible, i produint una millora de la qualitat del seguiment de la diabetis mellitus .

Probablement podria ser aplicable a altres patologies cròniques, per la qual cosa canviaria l'enfocament del seguiment de les patologies cròniques a l'Atenció Primària.



## F) CALENDARI

Fase 0: Preparació de l'estudi

Activitat 1. Presentació del projecte als EAP participants. Contactes amb els professionals: M1

Activitat 2. Disseny i elaboració de base de dades: M1 a M3

Activitat 3. Disseny i elaboració del material necessari per dur a terme la intervenció (manual de procediments/ altre material): M1 a M3

Activitat 4: Formació dels professionals d'UAAU: M 3 i M4

Fase I: Disseny de l'estudi

Activitat 5: Selecció de la població d'estudi i aleatorització als diferents grups d'intervenció: M2

Activitat 6: recollida d'informació preliminar dels diabètics seleccionats: M3 i M4

Activitat 7: Introducció informació basal a BD i depuració de les mateixes. Mes 4 i 5

Activitat 8: Prova pilot. Mes 4

Fase II: Desenvolupament de l'estudi

Activitat 9: enviament de citacions i altre material als pacients del grup intervenció M5

Activitat 10: realització del seguiment als pacients de tots els grups segons

Recomanacions GPC. M5 a M17

Activitat 11: enviament de recordatoris a pacients del subgrup amb recordatoris. M5 a M 17.

Activitat 12: Introducció de dades en la BD i depuració de les mateixes  
M 17 i M18

Fase III: Tancament de base de dades

Activitat 13: Tancament de la recollida de dades i de la base de dades

Fase IV: Avaluació de l'experiència

Activitat 14: Anàlisi - avaluació immediata intervenció/ Informe preliminar: M18 a M20

Fase V: Difusió de les dades

Activitat 15: Memòria de la primera anualitat. M 12

Activitat 16: Memòria de la segona anualitat. M24

Activitat 17: Elaboració de l'informe final. M24 a M26

Activitat 18: difusió de les dades M27 a M30

Activitat 19: Coordinació de l'experiència i resolució de dubtes. M1 a M30

### Historial científic i l'experiència de l'equip investigador

El nostre grup està format per professionals amb diferents perfils complementaris que ens permeten l'abordatge d'aquesta experiència.

Eva Bellerino, ha participat en el projecte guanyador del 2 premi de recerca de la regió sanitària de Barcelona(2006), "Pla de millora del control de la hipertensió arterial", com investigador col·laborador, juntament amb Josep Maria Bonet.

A més a més han obtingut el quart premi de recerca en Atenció Primària de la Regió Sanitària de Barcelona 2008 i prem en els IX Ajuts a la Recerca de la CAMFiC 208 pel projecte: "Estudi d'intervenció per millorar el Suport Social als cuidadors", en el que Josep maria Bonet es investigador principal i Eva Bellerino investigador col·laborador.

Oscar Solans ha participat com a investigador principal en el treball: " Coordinación de equipos de atención primaria y oficinas de farmacia para el seguimiento mdel paciente con hipertensión arterial bien controlada" que ha estat becat en les "VIII becas de la REAP 2007" i el primer Premi d'innovació en processos d'atenció i organització en atenció primària de la CAMFiC".

Tots aquests projectes s'emmarquen en el treball en la qualitat de processos assistencials, que volem continuar en aquest nou projecte.

Els altres investigadors tenen experiència en l'estudi de la diabetis i patologies endocrines, així, Pilar Roura es Doctora en Medicina i professora associada del departament de medicina de la unitat docent Hospital Vall d'Hebron de la Unitat de Barcelona. Ha presentat una tesi doctoral que porta per títol:"Avaluació dels indicadors de la qualitat d'atenció al diabètic tipus 2 en l'àmbit urbà i no urbà. Deu anys d'experiència del programa Gedaps" a 2006. A demés es membre del grup de treball del Gedaps des de la seva fundació a 1993 i de RedGedaps des del 1998.

M<sup>a</sup> José Pérez Lucena, des de fa 3 anys forma part del "grupo de Investigación en transtornos del hierro y endocrinos" (GReTFiEnd) i va rebre al 2007 i 2008 la tercera i cinquena ajuda al impuls d'estratègies d'investigació a l'atenció primària amb l'alliberació d'investigadors de l'IDIAP Jordi Gol i l'ICS. També ha col·laborat en el desenvolupament del projecte FIS PI030459 sobre hemocromatosi hereditària.

Josep Maria Manresa ha publicat diferents treballs en els darrers cinc anys, destacant:

"Ramírez-Hidalgo A, García-Cadenas C, Manresa JM. Comparación de la prevalencia de diabetes mellitus entre comunidades autónomas. Med Clin (Barc) 2007; 129(18): 716-717". "Masiá R, Sala J, Rohlfs I, Piulats R, Manresa JM, Marrugat J, en nombre de los investigadores del estudio REGICOR. Prevalencia de diabetes mellitus en la provincia de Girona, España: el estudio REGICOR. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 261-264."

Josep Maria Manresa, és Tècnic de Recerca de la Unitat de Suport a la Recerca de Metropolitana Nord (USR MN) i actuarà d'assessor metodològic i estadístic del projecte, amb la col·laboració de Josep Maria Bonet, coordinador d'avaluació, metodologia i processos assistencials del Servei d'Atenció Primària en el que es portarà a terme el projecte.