

Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea



M. Ángeles Nuin Villanueva^a, M. Pilar Arroyo Aniés^b, Ignacio Yurss Arruga^c, Ana Granado Hualde^d, Concepción Calvo Herrado^e, Fernando Elía Pitillas^f y Karmeley Ayerdi Navarro^g

^aSección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^bCentro de Salud de Huarte. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^cCoordinación de Asistencia Ambulatoria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^dSección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria.

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^eCentro de Salud de Doneztebe-Santesteban. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^fServicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información de Atención Primaria.

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

^gSección de Evaluación y Calidad Asistencial de Atención Primaria.

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue evaluar el programa piloto de control descentralizado del tratamiento anticoagulante oral (TAO) en 8 zonas básicas de salud (ZBS) a los 6 meses y al año de su puesta en marcha.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 14 años que recibían TAO (540 en la prueba piloto y 640 en el período posterior) en estas 8 ZBS (5 urbanas y 3 rurales). Se evaluó la razón normalizada internacional (INR) en el intervalo terapéutico (2-3 o 2,5-3,5, según la indicación), INR en el intervalo terapéutico $\pm 0,2$ e INR en el intervalo terapéutico $\pm 0,5$, incidencia acumulada de hemorragias y de trombosis. Los datos proceden del programa informático ANTICOAGN. Se han analizado mediante Access 97 y el paquete estadístico SPSS 10.0. Para las comparaciones entre porcentajes se ha utilizado la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS: En la comparación de control de la INR entre ambos períodos se observó un 59 frente a un 63,9% de INR dentro del intervalo para la INR en el intervalo terapéutico ($p < 0,001$), 72,8 frente a un 78,8% para la INR en el intervalo terapéutico $\pm 0,2$ ($p < 0,001$) y un 86,6 frente a un 91,4% para la INR en el intervalo terapéutico $\pm 0,5$ ($p < 0,001$). La incidencia acumulada de episodios de hemorragias en 6 meses fue: en la fase piloto del 1,1% (el 0,7% mayores y el 0,4% menores) y en el período posterior del 3,6% (un 0,6% mayores y un 3% menores). En un año se observó también una incidencia acumulada de episodios de trombosis de 9 casos (el 1,4% de los episodios).

CONCLUSIONES: La descentralización del control del TAO con recursos adecuados de apoyo supone un avance en la accesibilidad del paciente. El control de la INR es aceptable y ha mejorado significativamente en el segundo período. Se detecta un área de mejora en el aumento de la INR por debajo del intervalo para la INR en el intervalo terapéutico. Ha aumentado la incidencia de hemorragias menores, probablemente por un mejor registro.

Palabras clave: Anticoagulantes. Calidad de la atención de salud. Atención primaria.

Evaluation of the pilot programme for the decentralisation of control of oral anticoagulant treatment in the Osasunbidea Healthcare Service (Navarra, Spain)

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The objective of this study was the evaluation of the pilot programme of decentralization of oral anticoagulant therapy (OAT) in eight basic health zones (ZBS) for the first six months and then a year after the programme was put into practice.

PATIENTS AND METHOD: Descriptive transversal study. It includes all patients aged 14 years or older in the OAT (540 in the initial period and then 640 more) in eight ZBS (five urban and three rural). The evaluation was done including: prevalence of INR in control (2-3 or 2.5-3.5, according to indications), clinically suitable INR (INR in control ± 0.2) and INR in control ± 0.5 , accumulated thrombosis and bleeding incidence. Source data: ANTICOAGN computer programme.

RESULTS: Comparison of INR control between both periods: 59% against 63.9% of INR in the range of INR in control ($p < 0.001$), 72.8% against 78.8% for clinically suitable INR ($p < 0.001$), and 86.6% against 91.4% for INR in control ± 0.5 ($p < 0.001$). Accumulated incidence of bleeding episodes in 6 months: Pilot: 1.1% (0.7% majors and 0.4% minors). Subsequent period: 3.6% (0.6% majors and 3% minors).

CONCLUSIONS: The decentralization of control of the OAT with adequate resources implies a greater accessibility for the patient. The control of INR is acceptable and has improved significantly over the second period. We have detected an improvement in the increase of the INR below that of the range of the control INR. The incidence of minor hemorrhages has increased, owing probably to a better recording.

Key words: Anticoagulants. Quality of health care. Primary health care.

Correspondencia: Dra. M.A. Nuin Villanueva.
Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
Pza. de la Paz, s/n. 31002 Pamplona. Navarra. España.
Correo electrónico: mnuinwil@cfnavarra.es

Recibido el 16-5-2003; aceptado para su publicación el 27-5-2004.

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) se utiliza desde hace 50 años y su eficacia está bien establecida. Se trata fundamentalmente de un tratamiento de carácter preventivo, que ha mejorado sensiblemente el pronóstico de los pacientes con enfermedad tromboembólica y de los intervenidos de prótesis valvulares cardíacas.

Actualmente hay controversia sobre cuál es el modelo que mejor puede garantizar el seguimiento de estos tratamientos¹⁻⁵, ya que no sólo interesa el control de la coagulación, sino también el procedimiento que proporcione mayor accesibilidad, adhesión al tratamiento y aceptación por parte del paciente.

Hay una gran diversidad de modelos organizativos de seguimiento de estos pacientes: unidades hospitalarias específicas, seguimiento extrahospitalario por hematólogos, control por atención primaria de manera coordinada o no con hematología y el autocontrol por el paciente. En Navarra, el TAO se ha centralizado en los servicios de hematología de los 2 hospitales del área de Pamplona y del hospital del área de Tudela. El aumento del número de indicaciones de estos tratamientos ha supuesto un incremento de la presión asistencial hospitalaria y ha impulsado al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a diseñar un plan de descentralización del seguimiento de los pacientes que reciben TAO. Para ello se creó un grupo de trabajo entre profesionales de atención primaria (AP) y hematología, encargado de diseñar este plan, así como de decidir los recursos necesarios para su implantación.

El objetivo de este estudio fue evaluar el programa piloto de control descentralizado de TAO en 8 zonas básicas de salud (ZBS) a los 6 meses y al año de su puesta en marcha.

Pacientes y método

Para el diseño y la implantación del programa se creó un grupo de trabajo formado por 3 hematólogas, 1 médica de familia, 1 enfermera de AP y 3 técnicos

de la sección de evaluación y calidad asistencial de AP que acordó el circuito clínico (fig. 1) y elaboró un protocolo clínico de consenso sobre el manejo del TAO. Se decidió que en AP se realizara el seguimiento de los pacientes estabilizados y que hematología iniciara el TAO, visitara a los pacientes al menos 1 vez al año de forma ordinaria y se les consultara de forma extraordinaria cuando la *international normalized ratio* (INR) fuera superior a 6. Se estableció una línea de coordinación accesible para consultas con el nivel especializado en caso de incidencias.

Entre los recursos de apoyo a la implantación se contó con un aparato de medición capilar de la INR con tira reactiva de química seca de los equipos de atención primaria (EAP) urbanos y uno por cupo médico en los rurales.

La Dirección de AP diseñó el programa informático ANTICOAGN, similar al utilizado en los servicios de hematología, para su aplicación en los centros de salud. Siguiendo las indicaciones de otros estudios^{6,8}, nuestro programa incorporó «un sistema experto» que, de acuerdo con el protocolo, orienta al profesional sobre la dosis total semanal (DTS) adecuada a las circunstancias.

En la fase de implantación se realizó un taller práctico dirigido de manera conjunta a profesionales de medicina y enfermería de cada EAP participante, de 6 h de duración, orientado a la adquisición de experiencia clínica en el seguimiento del TAO y a la realización de ejercicios prácticos sobre la utilización del medidor capilar, consultas con el especialista y presentación práctica del programa informático. Este taller fue impartido principalmente por profesionales del grupo de trabajo que elaboró el consenso.

Una vez concluida la fase piloto y evaluados los resultados, se realizó una reunión con los profesionales de cada EAP participante para conocer las dificultades surgidas, analizar con ellos sus datos y observar áreas de mejora.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 8 ZBS que participaron en este programa piloto. Estas ZBS agrupan a 75.770 personas mayores de 14 años (el 16,85% de la población navarra de este grupo de edad); 5 son urbanas (Ermitagaña, Estella, Azpilagaña, Casco Viejo y Tafalla) y 3 son rurales (Doneztebe-Santesteban, Puente la Reina y Lodosa).

La elección de los centros de salud se realizó a propuesta del grupo de trabajo entre los centros de salud que habían solicitado adquirir el aparato de medición capilar, garantizando la participación de centros urbanos y rurales.

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes mayores de 14 años que recibían TAO seguidos en estas 8 ZBS por el EAP entre el 1 de abril de 2001 y el 31 de marzo de 2002 con un episodio abierto en el programa informático.

Los pacientes procedían de los servicios de hematología de los hospitales de la red pública del área de Pamplona (Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra), a raíz del acuerdo de trasladar para su seguimiento a AP a las personas en situación de control estable. Además, se incorporaron los pacientes que recibían TAO que habitualmente eran seguidos en los EAP. Se ha analizado a toda la población susceptible. Las variables de respuesta fueron:

1. Porcentaje de INR dentro de intervalo terapéutico, por debajo y por encima a nivel global, de ZBS y según niveles de anticoagulación de estos 3 indicadores:

– INR en intervalo terapéutico: el que está dentro de los valores aconsejados por hematología en función de la enfermedad del paciente (INR = 2-3 o 2,5-3,5, según las indicaciones)^{9,10}.

– INR en intervalo terapéutico \pm 0,2: el que puede no obligar al profesional a modificar la DTS de medicación anticoagulante tras la valoración del momento de anticoagulación y los datos históricos del paciente¹¹.

– INR en intervalo terapéutico \pm 0,5: en un intento de observar la dispersión de los valores de la INR, tal como hacen otros autores^{12,13}.

El porcentaje de INR dentro del intervalo se calculó siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia¹⁴. Para analizar esta variable durante el período de estudio de la fase piloto, se tomó como fecha de corte el último día de cada mes y se tuvo en cuenta, para cada paciente, la INR de ese mes más próxima a la fecha de corte. De este modo, se evitó la sobrerrepresentación de los pa-

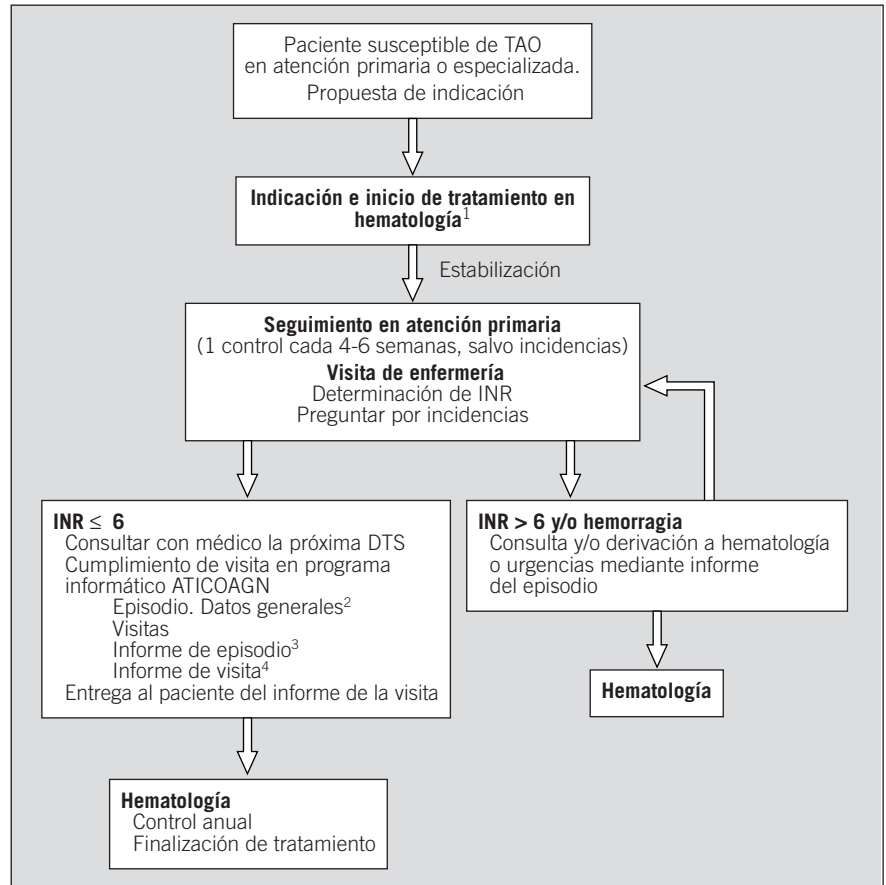


Fig. 1. Circuito clínico del paciente con TAO. TAO: tratamiento anticoagulante oral; INR: ratio normalizada internacional; DTS: dosis total semanal. ¹Excepto pacientes con fibrilación auricular en programa de atención a domicilio. ²Fecha de inicio, diagnóstico, INR objetiva, DTS inicial, profesionales responsables, tratamientos concomitantes. ³Datos generales y resumen de las 12 últimas visitas. ⁴Además del anterior, incluye la gráfica de dosis diaria hasta la próxima visita.

cientes más visitados. Se analizó para cada indicador la prevalencia puntual de la INR dentro, por debajo y por encima del intervalo en cada fecha de corte (último día de cada mes) y también al tomar el conjunto de INR que resulta de las 6 fechas de corte llevadas a cabo en el tiempo de seguimiento analizado¹⁵.

TABLA 1

Características de las 540 personas incluidas en la fase piloto

Sexo	N.º	%
Varones	296	55
Mujeres	244	45
Edad (años)	Media	Desviación estándar
Global	70	11,5
Varones	69	11,5
Mujeres	72	10
Nivel de anticoagulación	N.º	%
INR = 2-3	471	87
INR = 2,5-3,5	69	13
Motivo de anticoagulación		
Fibrilación auricular	313	58
TVP/TEP	70	13
Prótesis cardíaca mecánica	59	11
IAM anterior y extenso	27	5
Otros	70	13

INR: ratio normalizada internacional; TVP: trombosis venosa profunda; TEP: tromboembolia pulmonar; IAM: infarto agudo de miocardio.

Finalizada la fase piloto, a los 6 meses se realizó un nuevo control de los mismos indicadores en las 8 ZBS. Se eligió como fecha de corte el 31 de marzo de 2002 y, para cada persona, se consideró la INR más próxima en los últimos 6 meses a esa fecha. Se compararon estos resultados con los del período inicial del estudio.

2. Incidencia acumulada de hemorragias a los 6 meses. Calculada como número de episodios hemorrágicos mayores y menores respecto al número de pacientes que entraron en el programa en el período correspondiente.

3. Incidencia acumulada de trombosis a los 6 meses. Calculada como número de episodios trombóticos respecto al número de pacientes que entraron en el programa en el período correspondiente.

Los datos analizados procedían del programa informático ANTICOAGN. Se extrajeron como un fichero.dbf y se trabajaron en Access 97. El análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS 10.0.

Para conocer los episodios hemorrágicos y trombóticos se utilizó el registro de morbilidad de Navarra que reúne los CMBD de todos los hospitales públicos. Para describir las variables se utilizó el porcentaje o la media según se tratara de variables cualitativas o cuantitativas y su intervalo de confianza (IC) del 95% cuando se trató de una muestra. Para comparar las variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 .

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características de las 540 personas que recibían TAO a las que se abrió un episodio en el pro-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9297778>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9297778>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)