

# ACTUACIÓN COMUNITARIA GRUPAL PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA DEL CONTROL EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

## **Autores:**

M<sup>a</sup> Núria Puig Girbau (1)

M<sup>a</sup> Magdalena Lladó Blanch (1)

M<sup>a</sup> Carmen Seco Salcedo, Ana Gómez Saldaña (1)

Manolo Medina Peralta (1)

Roser Riera Torres (1)

Guillem Pera Blanco (2)

Josep-Anton de la Fuente Cadenas (3)

## **Centro de Trabajo:**

(1) - CAP Llefía, Badalona-6 (Barcelona)

(2) - Unitat de Suport a la Recerca, Mataró (Barcelona)

(3) - SAP Badalona-Sant Adrià (Barcelona)

## **Dirección para la correspondencia:**

ABS Llefía Badalona-6

Crrta. Antigua de Valencia s/n

08 Badalona, Barcelona

## **e-mail:**

[npuig.bnm.ics@gencat.cat](mailto:npuig.bnm.ics@gencat.cat)

**Palabras Clave:** Eficiencia, Salud Comunitaria, Riesgo Cardiovascular, Intervención Grupal

## **INTRODUCCIÓN:**

Las enfermedades del aparato circulatorio tienen una gran relevancia en España, ya que producen una elevada morbilidad, discapacidad y repercusión socioeconómica (1). Según las estimaciones sobre la proyección de las enfermedades crónicas, en el año 2020 la cardiopatía isquémica continuará siendo la primera causa de muerte en los países industrializados.

En la Atención Primaria (AP), la prevención coronaria basada en una evaluación del riesgo global permite tomar decisiones más eficientes que mediante el abordaje de sus componentes aislados (2).

La estimación de la probabilidad de que un individuo desarrolle un evento coronario a partir de sus factores de riesgo constituye un instrumento valioso para conseguir el objetivo de prevención cardiovascular (3). El concepto de riesgo cardiovascular (RCV) incluye la probabilidad de padecer las enfermedades arterioscleróticas más importantes: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica. La clasificación de los individuos en grupos de RCV puede llevarse a término mediante la ecuación de Framingham (3), que utiliza un método de puntuación de acuerdo con las siguientes variables: edad, sexo, c-HDL, colesterolemia total, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus y presencia de criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular.

Según el RCV los pacientes se clasifican en (4):

- Pacientes con RCV muy alto: con enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica u otra enfermedad vascular arteriosclerótica ya conocida).
- Pacientes con RCV alto: riesgo igual o superior al 20% de presentar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años.
- Pacientes con RCV moderado: presentan algunos de los factores de riesgo cardiovascular y tienen un riesgo inferior al 20% en los próximos 10 años.
- Pacientes con RCV bajo: no presentan ningún factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM)).

La OMS en la declaración de St. Vincent (5) adoptó el término de mejora continua de calidad en la sanidad (6-7). En este marco, desde 1998 uno de los equipos de atención primaria (EAP) participantes en el presente estudio, de forma pionera, y en particular las enfermeras, se plantearon aplicar estos procesos

al seguimiento y control de los pacientes crónicos con factores de RCV. La recomendación explícita de las guías europeas de prevención coronaria es que se realicen esfuerzos dirigidos a adaptar las funciones predictivas a las necesidades locales (8-9).

La tarea asistencial derivada del seguimiento, el control y el tratamiento de los factores de riesgo considerados de forma aislada, los recursos limitados y la evidencia que estos no se dirigen a los pacientes con más RCV, sino a la población más demandante, obligan a establecer prioridades de actuación para que las intervenciones tengan más impacto y sean más eficaces. Las consultas de los equipos de atención primaria suelen estar sobreutilizadas por esa población más demandante. Teniendo en cuenta el coste-oportunidad de la atención, resta un tiempo que podría dedicarse a otros usuarios menos frequentadores (10). Por esta razón, integrar la prevención racionalmente, en el momento adecuado y dirigida al individuo de mayor riesgo, es un reto en la atención de calidad que exige la provisión de servicios accesibles y equitativos y los recursos se deben orientar de manera que lleguen al mayor número posible de personas (11).

Para establecer prioridades de actuación y poder llegar a un mayor número de población se ha propuesto la intervención mediante el abordaje grupal en los pacientes con RCV, en vez de la terapia individualizada que se hace actualmente. Según la bibliografía consultada, las intervenciones grupales llevadas a término hasta ahora son intervenciones puntuales y temáticas de patologías crónicas, y se interviene a nivel informativo, y son conducidas por profesionales especializados, pero estas sesiones no eximen del control periódico en la consulta individualizada de enfermería (2). La dinámica grupal permite las relaciones entre personas con los mismos objetivos de salud, lo que refuerza los cambios de hábitos y la autoestima, haciendo a los pacientes más independientes y autónomos, ya que los participantes pueden expresar sus opiniones, vivencias y estado de ánimo mediante coloquio dirigido.

En este proyecto queremos comprobar, mediante un estudio multicéntrico de intervención en AP, si haciendo los controles periódicos en pacientes con RCV, mediante intervención grupal, en vez de la intervención individual, que se hace actualmente, no comporta una pérdida de efectividad, y por tanto se incrementa la eficiencia en el control de estos pacientes, lo que supone un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en AP.

**HIPOTESIS:** La realización de los controles a los pacientes con RCV mediante terapia grupal en AP supone un aumento de la eficiencia respecto al modelo individualizado, actualmente en uso, sin pérdida de la efectividad del tratamiento, para todos los niveles de RCV.

### **OBJETIVOS:**

**General:** Evaluar si con la terapia grupal de prevención primaria y secundaria del RCV no existen diferencias, o incluso mejora, el control de los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto comparada con la terapia individual convencional, tanto en pacientes con DM como sin DM, durante 1 año en 7 EAP's de una Región Sanitaria de Cataluña.

### **Específicos:**

1. Evaluar si la terapia grupal de prevención primaria y secundaria de RCV no empeora, o incluso mejora, el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto comparada con la terapia individual convencional, tanto en pacientes con DM como sin DM, durante un año en 7 EAP's de una Región Sanitaria de Cataluña.
2. Evaluar si la terapia grupal de prevención primaria y secundaria de RCV no empeora, o incluso mejora, el grado de control metabólico de los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto comparada con la terapia individual convencional, tanto en pacientes con DM como sin DM, durante un año en 7 EAP's de una Región Sanitaria de Cataluña.
3. Evaluar si la terapia grupal de prevención primaria y secundaria de RCV no aumenta, o incluso reduce, el número de visitas del médico de familia y/o enfermera, vinculadas al RCV, en los pacientes crónicos con RCV medio, alto y muy alto comparada con la terapia individual convencional, tanto en pacientes con DM como sin DM, durante un año en 7 EAP's de una Región Sanitaria de Cataluña.

### **Secundarios:**

4. Comparar los recursos utilizados para la realización de la terapia grupal versus la terapia individual convencional.
5. Conocer la satisfacción de los pacientes que asisten a las terapias grupales.
6. Conocer la satisfacción de los profesionales que imparten la terapia grupal.

## **METODOLOGÍA**

**Diseño**: Estudio de intervención en dos ramas: un grupo de pacientes con RCV que recibirá terapia grupal y otro que recibirá terapia individual, estratificados en 5 estratos: RCV medio, RCV alto sin DM, RCV alto con DM, RCV muy alto sin DM y RCV muy alto con DM.

**Ámbito y Sujetos del estudio**: 5684 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 15 unidades básicas asistenciales (UBA) de 7 EAP's de un ámbito de gestión de AP de Cataluña.

**Criterios de inclusión**: Pacientes incluidos en alguno de los cinco estratos de RCV pertenecientes a una de las 15 UBA's implicadas en el estudio que den su consentimiento para participar.

**Criterios de exclusión**: No aceptación por parte del paciente. Complicaciones con patologías externas al RCV en los últimos 6 meses. Diagnóstico y/o tratamiento reciente (< 3 meses. Paciente que precise atención individualizada por limitaciones sensoriales y/o mentales. Pacientes incluidos en el protocolo de Atención Domiciliaria (ATDOM).

**Tamaño muestral**: Participaran los 5684 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 15 UBA's de 7 EAP's de un mismo ámbito de AP. Hacen falta 394 pacientes por grupo en cada estrato (total 3940 pacientes) para garantizar una potencia del 80% con un riesgo alfa del 5% para contrastes bilaterales que permitan detectar una diferencia del 10% entre los dos grupos, asumiendo el peor supuesto de que la proporción estimada por uno de los grupos es del 50%, o para encontrar, en variables continuas, una diferencia de un 20% de la desviación estándar de la variable medida. Por tanto, con la muestra disponible podemos hacer frente a un análisis estratificado por RCV, asumiendo que las pérdidas de seguimiento serán inferiores al 20%. La incomparecencia a más de una sesión grupal se considerara pérdida de seguimiento.

**Grupos de estudio**: Se seleccionaron los 5684 sujetos incluidos en los protocolos de seguimiento del RCV, pertenecientes a las 15 Unidades Básicas de Atención (MF+ENF=UBA's) implicadas en el estudio, a través de los archivos informáticos de los centros. Los 5684 sujetos fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de 2842 pacientes, estratificadamente por centro, riesgo cardiovascular (5 estratos), edad ( $\pm 5$  años) y sexo: grupo intervención (terapia grupal) // grupo control (terapia individual).

Queremos remarcar que los estratos de análisis serán únicamente los de RCV. Al hacer la aleatorización se estratifica, además, por centro, edad y sexo para mejorar la comparabilidad entre el grupo intervención y el grupo control. Para evitar la contaminación y el sesgo del grupo intervención, se agruparon los individuos que pertenecían a un mismo núcleo familiar, asignando a todos ellos al grupo estratificado de mayor RCV y se designaron de forma aleatoria a un grupo, intervención o control.

**Variables:** Se recogerá información de las siguientes variables:

Edad y sexo. Cifras tensionales (TA). Frecuencia cardíaca (FC). Peso, talla e índice de masa corporal (IMC). HbA1c. Creatinina. Microalbuminuria. Colesterol total. HDL- Colesterol. HVI (Criterio de Cornell). Fondo de ojo (retinopatía diabética). Fumador (SI/NO). Deshabituación tabáquica, reducción del nº cigarrillos. Cumplimiento del tratamiento farmacológico (SI/NO). Número de visitas relacionadas con el RCV del Médico de Familia (MF). Número de visitas relacionadas con el RCV de la Enfermera (ENF).

**Distribución de los pacientes y desarrollo del estudio:** Los pacientes incluidos en el grupo control

recibirán el mismo modelo de seguimiento, tratamiento y control habitual que seguían hasta ahora en las consultas de AP. Estos controles individuales los llevan a cabo las enfermeras referentes de los pacientes, con una frecuencia de 4 visitas/año por paciente y con una duración media de 15 minutos (‘) por visita.

Los pacientes asignados a terapia grupal (grupo intervención) recibirán 4 sesiones al año. Se impartirán tres días por semana, en tres horarios diferentes el mismo día, teniendo en cuenta horario de colegios, trabajo y novela televisiva. Se formaran grupos con 8 pacientes de cada UBA participante en el estudio. Las enfermeras referentes de los pacientes serán las conductoras del grupo, participando activamente en cada sesión. Las sesiones durarán 45’ cada una, excepto en el grupo de RCV alto y muy alto con DM, en el que una de las sesiones será de 60’ para la revisión del pie diabético. En cada sesión/visita se realizaran las mismas medidas y recomendaciones de seguimiento que en la atención individual.

Cada sesión grupal se centrará en un aspecto concreto de los hábitos generadores de salud: 1ª sesión - Riesgo cardiovascular y prevención // 2ª sesión – Alimentación // 3ª sesión - Ejercicio físico, tabaco y alcohol // 4ª sesión - Farmacología y cumplimiento terapéutico // Revisión pie diabético (solo grupos con DM)

Después de cada sesión, los pacientes del grupo rellenarán una encuesta de satisfacción, autocumplimentada y anónima, respecto a la sesión y al grupo. Asimismo, al finalizar la intervención, también se evaluará la satisfacción de las profesionales.

A todos los pacientes se les realizará una analítica anual y un electrocardiograma, excepto a los pacientes diabéticos que se hará también una analítica semestral y un fondo de ojo anual.

**Evaluación:** Para ambos grupos se recogerán los datos de asistencia, así como las variables registradas en cada protocolo de RCV de la historia clínica informatizada (OMI-AP y e-CAP).

**Análisis estadístico:** Todos los análisis se harán estratificados por RCV y en global. Se realizará un control exhaustivo de la calidad de los datos. La comparación de proporciones se realizará mediante test de chi cuadrado y la de medianas (por variables continuas) mediante t de Student. Cuando no se cumplan las premisas para aplicar cualquiera de las pruebas mencionadas se utilizarán pruebas no paramétricas. Las comparaciones de la evolución temporal de las variables en ambos grupos se harán de forma aparejada. Todos los análisis serán bilaterales y con una confianza del 95%. Se utilizará el programa Stata v9 para el análisis estadístico.

**Cálculo de la eficiencia:** Si los indicadores de control del RCV de los pacientes no se modificasen (o mejorasen) se podría decir que la terapia grupal es más eficiente que la individual, si consideramos que con el modelo actual cada enfermera utiliza 120 minutos al día en 8 pacientes y con el modelo propuesto se utilizarán 135 minutos al día en 24 pacientes por enfermera.

**Limitaciones del estudio:** Una posible limitación del estudio serían los cambios de tratamiento farmacológico no registrados en OMI-AP o e-CAP. Para evitarlo se insistirá en el registro sistemático de cualquier actividad y los pacientes que formen parte de los grupos llevarán en la historia informatizada una alerta sanitaria.

La falta de asistencia continuada al grupo puede significar otra limitación y para evitarlo está prevista una llamada telefónica recordatoria 2-3 días antes de la sesión.

La no actualización del RCV en la base de datos de OMI-AP y e-CAP se subsanará con su revisión antes del inicio del estudio.

**Aspectos éticos:** Aseguramos que con los grupos que proponemos no se viola ningún derecho del individuo, ya que atendiendo a los principios de Nüremberg (12) necesitamos de su consentimiento informado, habrá una competencia científica en todas las etapas del ensayo clínico y una libertad del sujeto para salir de él. Así mismo, nos atenemos a la declaración de Helsinki (13) y al informe Belmont (14) que suscribimos íntegramente. El estudio, además, ha pasado y ha sido aceptado por el Comité de Ética del IDIAP Jordi Gol.

**RESULTADOS PRELIMINARES:** El trabajo de campo, fase intervención, empezó el 15 de Noviembre de 2007 en uno de los centros de atención primaria (CAP) y actualmente está en marcha en todos los EAP participantes.

Resultados obtenidos hasta el momento: Después de comprobar la actualización del RCV de la base de datos de OMI-AP y de e-CAP, se realizó un cribaje de los pacientes que no podían ir a terapia grupal, según los criterios de exclusión, por lo que finalmente se incluyen a la base de datos 2105 individuos. De estos 2105 pacientes seleccionados para el estudio, 116 (53,0%) fueron invitados a participar en el grupo intervención y 986 al grupo control (46,8%).

Un 83,3% de los controles se quedan en su grupo, un 12,6% ha cambiado al grupo intervención (en general porque se les ofrecía integrarse después de la renuncia de un paciente asignado inicialmente al grupo intervención) y un 4,2% han sido excluidos del estudio (por no acudir habitualmente a la consulta de enfermería, por éxitus, problemas de comunicación, ...).

En cuanto al porcentaje de pacientes que una vez invitados han seguido en su grupo es la siguiente (tabla 1): un 48,6% de los individuos invitados a participar al grupo intervención han aceptado. El resto han pasado al grupo control (45,8%) o han ido excluidos (5,6%), por los mismos motivos que en el grupo control.

**Tabla 1.** Pacientes invitados que siguen en su grupo

CAP	PACIENTES INVITADOS
B-C	79,49
CDV	60,45
EG	46,90
EM	35,00
LI	54,50
SA	54,08
SR	60,17

<b>TOTAL</b>	<b>51,47</b>
--------------	--------------

La distribución por centro y grupo final es la siguiente (tabla 2): de los 2105 pacientes, 1332 son grupo control y 669 grupo intervención.

**Tabla 2.** Distribución por centro y grupo final

<b>CAP</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>GRUPO INTERVENCIÓN</b>	<b>EXCLUIDO</b>	<b>TOTAL</b>
B-C	63 45,32	76 54,68	0 0,00	139 100,0
CDV	151 56,34	116 43,28	1 0,37	268 100,0
EG	203 72,76	74 26,52	2 0,72	279 100,0
EM	431 64,81	134 20,15	100 15,04	665 100,0
LI	245 69,21	109 30,79	0 0,00	354 100,0
SA	95 53,07	83 46,37	1 0,56	179 100,0
SR	144 65,16	77 34,84	0 0,00	221 100,0
<b>TOTAL</b>	<b>1332</b> 63,28	<b>669</b> 31,78	104 4,94	<b>2105</b> 100,0

Se ha mantenido una distribución homogénea de los riesgos entre el grupo control y el grupo intervención (Tabla 3). La proporción del riesgo muy alto es mayor entre los pacientes excluidos ( $p=0,02$ ). Los pacientes con riesgo muy alto, cambian más de grupo intervención a grupo control (30%), que los de riesgo medio y alto (21-26%) ( $p=0,01$ ).

**Tabla 3.** Distribución por grupos de riesgo

<b>RCV</b>	<b>GRUPO CONTROL</b>	<b>GRUPO INTERVENCIÓN</b>	<b>EXCLUIDO</b>	<b>TOTAL</b>
RCV MEDIO	406 30,48	229 34,23	24 23,08	659 31,31
RCV ALTO	127 9,53	65 9,72	11 10,58	203 9,64
RCV ALTO CON DM	446 33,48	209 31,24	27 25,96	682 32,40
RCV MUY ALTO	219 16,44	95 14,20	27 25,96	341 16,20
RCV MUY ALTO CON	133	70	15	218

DM	9,98	10,46	14,42	10,36
	1	1	0	2
	0,08	015	0,00	0,10
<b>TOTAL</b>	<b>1332</b>	<b>669</b>	104	<b>2105</b>
	100,00	100,00	100,00	100,00

Sexo: El 40,3% de la muestra son mujeres. No hay diferencias de sexo entre grupos. Los hombres se excluyen más (6,1% vs 3,2%,  $p=0,002$ ) y cambian más a grupo control (27,5% vs 22,8%,  $p=0,018$ ) que las mujeres. Este hecho se mantiene ajustado por grupo de RCV.

Edad: La edad varia de los 19 a los 95 años. La media es de 67,7 años. Los pacientes del grupo intervención (68,8 años) son un poco mayores que los del grupo control (67,2años),  $p<0,001$ . Esto se debe, en parte, a que los pacientes que han decidido cambiarse del grupo intervención al grupo control son más jóvenes (68,1 años vs 66,6 años,  $p=0,002$ ). No hay diferencias entre excluidos y no excluidos.

En el momento de realizar el análisis de estos datos, todos los centros ya ha efectuado toda la ronda de la tercera sesión, excepto CAP-LI que ha iniciado la ronda de la cuarta sesión (que no se contabiliza por no estar terminada). Se han impartido un total de 154 sesiones grupales. Con una media de participación del 68% y con una asistencia de 9 pacientes por sesión. Todas las sesiones han sido llevadas a cabo por dos enfermeras, excepto 18 de las 29 realizadas en el CAP EM (5 UBA's) que las han hecho tres enfermeras (3 UBA's+2 UBA's).

En cuanto a la participación de los pacientes, esta es muy alta, siempre entre el 80% y el 100%.

El 97,53% de los participantes han contestado la encuesta de satisfacción y es muy elevada. En una escala de 0 a 5, la puntuación media mínima observada en una sesión en un centro ha sido 3,43, el resto están por encima de 4. El ítem mejor valorado ha sido el contenido con un 4,74 y el menos valorado el horario, aunque con buena puntuación (4,31). Las puntuaciones y la participación han sido similares por grupos de riesgo.

**CONCLUSIONES:** Como conclusiones preliminares podemos decir que no se han encontrado diferencias entre el grupo control y el grupo intervención, como es deseable, en cambio si que existen diferencias entre los pacientes que inicialmente se asignaron al grupo intervención y renunciaron, estos tienen mayor RCV e IMC, niveles más altos de colesterol y creatinina y son más jóvenes.

La participación en las sesiones de los pacientes del grupo intervención es elevada y su satisfacción aún es mayor. Aunque ha sido costoso que los pacientes participaran en los grupos.

Las profesionales están satisfechas, les ha gustado la estructura y el diseño de las sesiones y también el hecho de realizar una actividad diferente a la habitual.

Subjetivamente hay una percepción de agendas menos cargadas. Pero hace falta esperar para obtener datos, al resultado de la encuesta de satisfacción que se pasará a las profesionales al finalizar la intervención.

Hace falta esperar al final del estudio, a primeros del 2009, para evaluar como han ido el resto de sesiones.

En el caso de que no existieran diferencias en la evaluación global de los pacientes del ensayo clínico, obtendríamos una mejora importante de la eficiencia.

Si hay diferencias significativas en el control, a favor de la terapia grupal, obtendríamos una mejora de la eficacia y de la efectividad en el tiempo de dedicación anual y de la productividad de las enfermeras referentes, lo que permitirá dedicar más tiempo a la prevención primaria y potenciar la intervención en salud pública y comunitaria.

Además, incidiría en un cambio de mentalidad a favor del abordaje grupal de los problemas de salud, reforzando la participación de los pacientes y las estrategias de autoayuda, de cambio de hábitos y autonomía que sabemos que nos da la dinámica grupal, reforzando así también su red social. Nuestros pacientes cada vez son más mayores y están más solos, las terapias grupales pueden ayudar a cohesionar esta red social, ya que permiten y/o facilitan las relaciones entre personas con los mismos objetivos de salud.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria. 2001; 28. Supl. 2: 13-26.
2. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J. 1998; 19:1434-1503.
3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol. 2003; 56: 253-261.

4. Pyörälä K, Wood DA. Risk prediction in Europe-SCORE final report. Symposium at the European Society of Cardiology-XXIII Congress. Estockholm, 1-5th september 2001.
5. Krns HMJ, Porta M, Staehr-Johansen K. Diabetes care and research in Europe: The St. Vincent Declaration Programme. Implementation document. 2n edition. WHO Europe/IDF. 1995.
6. Seco MC, Puig MN, Toran C, Castaño M. Mejora de la eficiencia asistencial mediante análisis de métodos y tiempos. Experiencia en una consulta de enfermería. *Enfermería Clínica*. 1998; 8(1):13-23.
7. Seco MC, Puig MN, Fariña FJ. Implicación de los profesionales en la gestión de recursos. *Enfermería Clínica*. 2000; 10(1): 14-18.
8. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J et al. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica (constituido por representantes de 8 sociedades y expertos invitados). Resumen Ejecutivo. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Practica Clínica. *Clin Invest Arterioscl*. 2005; 17(1):19-33.
9. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Alvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P et al, como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica. 2004; páginas 1-45.
10. Mata M, Mundet X, Méndez A. Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Conceptos básicos de Mejora Continua de la Calidad aplicados a la atención a la diabetes. *Educación Diabetológica Profesional*. 1996; VI(3): 14-17.
11. Inglada M. El paper de la infermeria a l'atenció primària. *AQD Infermeria*. 1997; març; 4-5.
12. The Nüremberg Code (1947). In: Mitscherlich A, Mielke F. *Doctors of infamy: The story of the Nazi medical crimes*. New York: Schuman, 1949.
13. Berlinguer G, De Castro L. Report of the IBC on the possibility of elaborating a universal instrument on bioethics. Paris: Division of the Ethics of Science and Technology, UNESCO SHS/EST/02/CIB-9/5, 2003.
14. National Institute of Health. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Bethesda: The National commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979.