

PLA DE MILLORA DEL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓ

1. Resum del projecte

Objectiu: Avaluar l'efectivitat d'una intervenció (pla de millora), basada en la metodologia de millora qualitativa, sobre els professionals sanitaris per tal d'augmentar el grau de control dels pacients hipertensos.

Metodologia:

Disseny: Estudi quasi-experimental abans - després amb grup control.

Àmbit: Equips d'atenció primària (EAP).

Població d'estudi: Tots els pacients amb diagnòstic d'hipertensió (HTA) mal controlats.

Criteris d'exclusió:

- Pacients amb diagnòstic d'HTA amb data posterior a 1 de gener de 2006.
- Pacients visitats per pediatria.

Criteri de mal controlat:

- 1) ≥ 140 mmHg de PAS (pressió arterial sistòlica) i/o ≥ 90 mmHg de PAD (pressió arterial diastòlica). En el cas de pacients diabètics o amb insuficiència cardíaca o amb insuficiència renal ≥ 130 mmHg de PAS i/o ≥ 85 mmHg PAD. S'agafaran les dades de la última visita.
- 2) No consta en la història clínica (HC) com a mínim una mesura de la PA en els últims 12 mesos.

Intervenció: Pla de millora qualitativa: programa combinat pel personal sanitari (metges de família i infermeres) que inclou: sessions/tallers de formació, *feedback*, *audit* i implementació de la Guia de pràctica clínica (GPC) de la hipertensió de l'Institut Català de la Salut.

Variable principal: Prevalença de pacients hipertensos mal controlats.

Pla de treball: Primera fase: sessions/tallers formatius sobre el mètode correcte de mesura de la pressió arterial (PA), correcte diagnòstic de l'HTA i registre de dades a l'HC. Al cap de 6 mesos inici segona fase: sessions/tallers sobre el maneig dels pacients hipertensos i sobre adhesió terapèutica; seguiment de la implantació de la GPC (*audit*) i *feedback* als professionals sobre el grau de control dels seus pacients hipertensos cada 3 mesos durant 1 any.

2. Introducció i antecedents del projecte

L'HTA és un dels factors de risc més importants de la morbiditat i mortalitat cardiovascular i un dels principals motius de consulta a l'atenció primària, sobretot en gent gran (1-4). La prevalença en l'Estat espanyol pot oscil·lar entre el 20 i 47% en la població major de 20 anys i arribar al 65% en la gent major de 60 anys (1,3). Es relaciona amb una de cada 2,5 morts cardiovasculars i amb una de cada 4 morts totals (5). Per aquest motiu es fa necessari un control òptim d'aquest factor de risc. Actualment les guies recomanen mantenir les xifres de PA per sota de 140 mmHg per la PAS i per sota de 90 mmHg la PAD en pacients hipertensos majors de 18 anys. En el cas de pacients amb risc cardiovascular més elevat (pacients diabètics o amb insuficiència cardíaca o insuficiència renal), es demanen xifres de control més estrictes, és a dir, per sota de 130 mmHg en la PAS i de 80 - 85 en la PAD (1,3,4).

Actualment diferents estudis, tant a nivell europeu com als Estats Units d'Amèrica, demostren que el nivell de control de la PA en el pacients hipertensos és inferior al desitjat (1,4,6,7). En un recent estudi realitzat a l'Estat espanyol es va trobar que només un 33,5% dels pacients HTA majors de 65 anys estaven ben controlats (1).

En l'Àmbit d'Atenció Primària Centre de l'Institut Català de la Salut es va fer un estudi (8) amb l'objectiu d'analitzar la prescripció farmacològica dels pacients hipertensos i conèixer si hi havia diferències segons el grau de control, comorbiditat i nombre de fàrmacs. En fer l'anàlisi segons el grau de control, es va trobar que un 44,3% (IC95: 42,5 – 46,2) dels pacients no diabètics tenien un control òptim de la seva HTA. D'aquests, un 24,5% (IC95: 22,1 – 26,9) estaven sense tractament farmacològic; un 45,7% (IC95: 42,9 – 48,4) estaven amb monoteràpia antihipertensiva i un 29,8% (IC95: 27,3 – 32,3) amb dos o més fàrmacs antihipertensius. En el cas dels pacients diabètics, es va trobar un control òptim de l'HTA en el 25% dels pacients (IC95: 18,7 – 31,3), dels quals un 24,5% (IC95: 22,1 – 26,9) estaven sense tractament farmacològic, un 45,7% (IC95: 42,9 – 48,4) amb monoteràpia i un 29,8% (IC95: 27,3 – 32,3) amb dos o més medicaments antihipertensius. Tant en els pacients no diabètics com diabètics, en analitzar si havien diferències en el règim terapèutic entre els pacients amb un control òptim de l'HTA i entre pacients amb un mal control d'aquesta HTA, es va veure que no hi havia diferències significatives.

Aquests resultats ens van fer plantejar la necessitat d'establir un pla de millora qualitativa per tal d'augmentar el grau de control dels pacients hipertensos del nostre entorn ja que les xifres obtingudes, malgrat que són superiors a alguns estudis, no es poden considerar òptimes.

3. Hipòtesi i objectius

La hipòtesi del present projecte és que si s'implanta un pla de millora qualitativa entre els professionals sanitaris dels EAP pel maneig dels pacients hipertensos es pot assolir un major grau de control d'aquests. Així, l'objectiu principal del treball és avaluar l'efectivitat d'una intervenció (pla de millora), basada en la metodologia de millora qualitativa i sobre els professionals sanitaris, per augmentar el grau de control dels pacients hipertensos.

4. Metodologia

Disseny: Estudi d'avaluació de la qualitat, amb un disseny quasi-experimental abans – després de la implantació del pla de millora i amb grup control.

Àmbit de l'estudi: Grup intervenció: 5 EAP d'un mateix Servei d'Atenció Primària (SAP). Grup control: 5 EAP d'un altre SAP del mateix Àmbit escollits garantint la seva màxima comparibilitat (per exemple, que tinguin aparells de mesura de la PA homologats i similar prevalença de pacients hipertensos mal controlats, etc.).

Població de l'estudi: tots els pacients amb diagnòstic d'HTA mal controlats, estiguin o no en residències geriàtriques o s'hagin visitat o no durant l'últim any.

Criteris d'exclusió:

- Pacients amb diagnòstic d'HTA amb data posterior a 1 de gener de 2006.
- Pacients visitats per metges/infermeres que no estan en consultes de medicina de família i/o estan a pediatria.

Criteri de mal controlat:

- 1) ≥ 140 mmHg de PAS i/o ≥ 90 mmHg de PAD. En el cas de pacients diabètics o amb insuficiència cardíaca o amb insuficiència renal ≥ 130 mmHg de PAS i/o ≥ 85 mmHg PAD.

En tots dos casos s'agafaran les dades de l'última visita.

- 2) No consta en la història clínica (HC) com a mínim una mesura de la PA en els últims 12 mesos.

Intervenció i fases de l'estudi: La intervenció consisteix en la implantació d'un pla de millora qualitativa per als professionals sanitaris que consta de les següents fases i continguts:

- Primera fase preintervenció (6 mesos): per tal de garantir que estem diagnosticant els nostres pacients hipertensos amb els mateixos criteris i condicions, es fa en aquesta primera fase, tant al grup intervenció com al grup control:
 - a) Canvi dels aparells de mesura de la PA que no estiguin homologats.
 - b) Modificacions en l'HC informatitzada per tal que els professionals puguin registrar de manera correcta les dades dels seus pacients
 - c) Sessions/tallers als professionals sanitaris (metges de família i infermeres) sobre el correcte diagnòstic de l'HTA i registre de les dades del pacient hipertens en l'HC informatitzada i sobre el mètode adequat de mesura de la PA. Aquestes sessions/tallers estan dins el pla de formació del pla de millora i és a càrrec de professionals experts (metges i infermeres) dels mateixos EAP. De cada tema es fa una sessió/taller a cada EAP.
- Segona fase d'intervenció (12 mesos): les intervencions realitzades en aquesta fase només es fan en el grup intervenció:
 - a) Tres sessions formatives sobre el maneig del pacient hipertens (recomanacions de la GPC) i sobre com millorar la seva adhesió terapèutica. Difusió de material gràfic sobre les recomanacions de la GPC (pòsters i algorismes de decisió). Aquestes sessions també estan dins el pla de formació del pla de millora i també les faran professionals experts (farmacèutiques, metges i infermeres) de l'EAP i SAP. El disseny del material gràfic serà a càrrec de l'equip elaborador del pla de millora.
 - b) *Feedback* trimestral als professionals sanitaris sobre els seus pacients hipertensos mal controlats (grau de control, tractament antihipertensiu,

etc.). Les dades s'obtidran de l'explotació trimestral de les dades de l'HC informatitzada que faran els informàtics de l'Àmbit. La coordinació de la seva difusió la realitzarà l'equip elaborador del pla de millora.

c) *Audit* sobre el grau d'implantació del pla de millora i seguiment de les recomanacions de la GPC: explotació trimestral dels indicadors de seguiment i difusió entre els professionals sanitaris. En aquest cas les dades dels indicadors també s'obtidran de l'explotació trimestral de les dades de la HC informatitzada que faran els informàtics de l'Àmbit. La coordinació de la seva difusió la realitzarà l'equip elaborador del pla de millora.

- Fase d'avaluació de la implantació del pla de millora: un cop acabada la segona fase es farà l'anàlisi abans (resultats a l'inici de la segona fase) – després (un cop finalitzada la segona fase) i comparat amb els resultats del grup control en el mateix període, dels indicadors d'implantació del pla de millora.

Variables principals (indicadors): la informació s'obtidrà de l'explotació de les dades de l'HC informatitzada. Per garantir la comparabilitat dels grups, a banda de les variables universals d'edat i sexe, es registrarà la comorbiditat associada (presència o absència de diabetis tipus I i II, insuficiència cardíaca i insuficiència renal). Les variables depenents i independents que es mesuraran al grup control i al grup intervenció seran les xifres de PA, el registre del risc cardiovascular en prevenció primària i el tractament farmacològic utilitzat. Indicadors principals de seguiment de la implantació del pla de millora:

- % pacients hipertensos ben controlats (en els darrers 6 mesos)/total pacients hipertensos.
 - .- Hipertensos amb xifres < 140/90 / Total d'hipertensos x 100
 - .- Hipertensos diabètics/insuficiència cardíaca/insuficiència renal amb xifres < 130/85 / Total de hipertensos diabètics/insuficiència cardíaca/insuficiència renal x 100
- % pacients hipertensos amb una presa de PA en els darrers sis mesos/total pacients hipertensos.

- % pacients hipertensos (sense episodi cardiovascular establert) amb el risc cardiovascular registrat/total pacients hipertensos.

També s'analitzaran els següents indicadors principals sobre el tractament farmacològic:

- Nombre de fàrmacs antihipertensius per hipertens (controlat i no controlat): ens donarà informació sobre el tipus de tractament (sense tractament farmacològic, monoteràpia, doble...)
- Grups terapèutics utilitzats en pacients hipertensos controlats i no controlats: ens donarà informació sobre els grups terapèutics que s'utilitzen amb més freqüència.
- % pacients hipertensos (controlat i no controlat) amb tractament farmacològic i correcta adhesió terapèutica/ total pacients hipertensos amb tractament farmacològic.

Anàlisi estadística: per a l'anàlisi estadística s'utilitzarà el programa estadístic SPSS. Els resultats s'expressaran com freqüències i percentatges per les variables qualitatives i com mesures de centralització i dispersió (mitjana, desviació estàndard, màxim i mínim) per les variables quantitatives. S'utilitzarà el test de la chi-quadrat per establir la relació entre variables qualitatives independents i el test de la t de Student per valorar la relació de variables quantitatives que segueixen una distribució normal. Significació estadística en el valor de p inferior a 0,05.

Limitacions: una limitació és la variabilitat en el procés de la presa de la PA ja que la determinació de la PA en els diferents pacients la fan diversos professionals, fet que pot produir una variabilitat en les xifres de bon control de la HTA no degudes a la pròpia evolució de la patologia. Per minimitzar aquest fet, es fa el taller formatiu sobre la mesura de la PA, en el qual seria molt important la participació del major nombre possible de professionals per unificar criteris en la presa de la PA.

5. Pla de treball i calendari d'aplicació

Primera fase preintervenció (6 mesos): abril-octubre 2006

Un cop dissenyat el pla de millora i presentat als directius i professionals dels EAP, es comença pel canvi dels aparells de mesura de la PA., per tal que siguin tots homologats. Al mateix temps, s'inicia el procés per fer les modificacions oportunes a l'HC informatitzada perquè permeti registrar d'una manera ordenada el seguiment de l'adhesió terapèutica. Posteriorment (durant els mesos d'abril-maig) es fan les sessions/tallers formatius en els professionals sobre el correcte registre de dades del pacient en l'HC i sobre la mesura de la PA a càrrec de professionals ensinistrats i coordinat per l'equip

elaborador i dinamitzador de la implantació del pla de millora (format per professionals d'infermeria, metges, tècnics en salut i farmacèutiques). Es deixen passar 6 mesos (fins a octubre-novembre) amb l'objectiu que els professionals tinguin temps de visitar els seus pacients hipertensos amb les condicions establertes, abans de començar la segona fase.

Segona fase d'intervenció (12 mesos): octubre 2006 – octubre 2007

Al cap de 6 mesos d'haver finalitzat les accions realitzades en la primera fase del pla de millora, es faran, durant els mesos d'octubre-novembre, 3 sessions/tallers formatius sobre el maneig del pacient hipertens (recomanacions de la GPC) i sobre com millorar la seva adhesió terapèutica a càrrec de professionals ensinistrats dels mateixos EAP i SAP i coordinat per l'equip elaborador i dinamitzador de la implantació del pla de millora. De cada tema es farà una sessió a cada EAP del grup intervenció. També es farà difusió de material gràfic sobre les recomanacions de la GPC (pòsters i algorismes de decisió), dissenyats per l'equip elaborador del pla de millora. A partir d'aquí, trimestralment s'enviarà als professionals sanitaris del grup intervenció informació sobre els seus pacients hipertensos mal controlats (grau de control, tractament antihipertensiu, etc.) i sobre el seguiment de la implantació del pla de millora. Les dades s'obtidran de l'explotació de la informació de l'HC informatitzada que realitzaran els informàtics de l'Àmbit, i la seva difusió serà coordinada per l'equip elaborador.

Fase d'avaluació de la implantació del pla de millora (octubre 2007 – gener 2008)

Al cap d'un any d'haver iniciat la segona fase es farà la valoració i l'anàlisi dels resultats i de la implantació del pla de millora.

En l'annex 1 es pot veure el calendari global del projecte.

6. Aplicabilitat i utilitat pràctica de l'estudi

Plantejar un pla de millora qualitativa a nivell poblacional per tal solucionar els problemes detectats i on s'incideix en la pràctica diària del metge i de la infermera, tenint en compte els principals factors o causes que poden originar un control deficient de l'HTA, pot ajudar a augmentar el grau de control d'aquests pacients hipertensos i, com a conseqüència, segurament disminuir la prevalença dels problemes sanitaris generats per aquest control deficient. Per aquests motius no només creiem convenient la realització i la implantació d'aquest pla de millora, sinó que també és necessari investigar i comprovar si realment el pla de millora ajuda a assolir els objectius plantejats d'un millor

control dels pacients hipertensos ja que, d'aquesta manera, es pot establir una sistemàtica de treball en els EAP que ajudi a tenir la nostra població hipertensa més ben atesa i, com a conseqüència, tenir més bons resultats en salut.

7. Finançament

7.1 Justificació econòmica del projecte

El projecte té les següents despeses:

- Programa de formació: 1.750 euros
- Edició del material fungible: 1.000 euros
- Explotació de les dades de l'HC informatitzada i anàlisi estadística dels resultats: 6.000 euros
- Presentació i assistència a jornades i congressos: 2.000 euros

7.2 Altres fonts de finançament

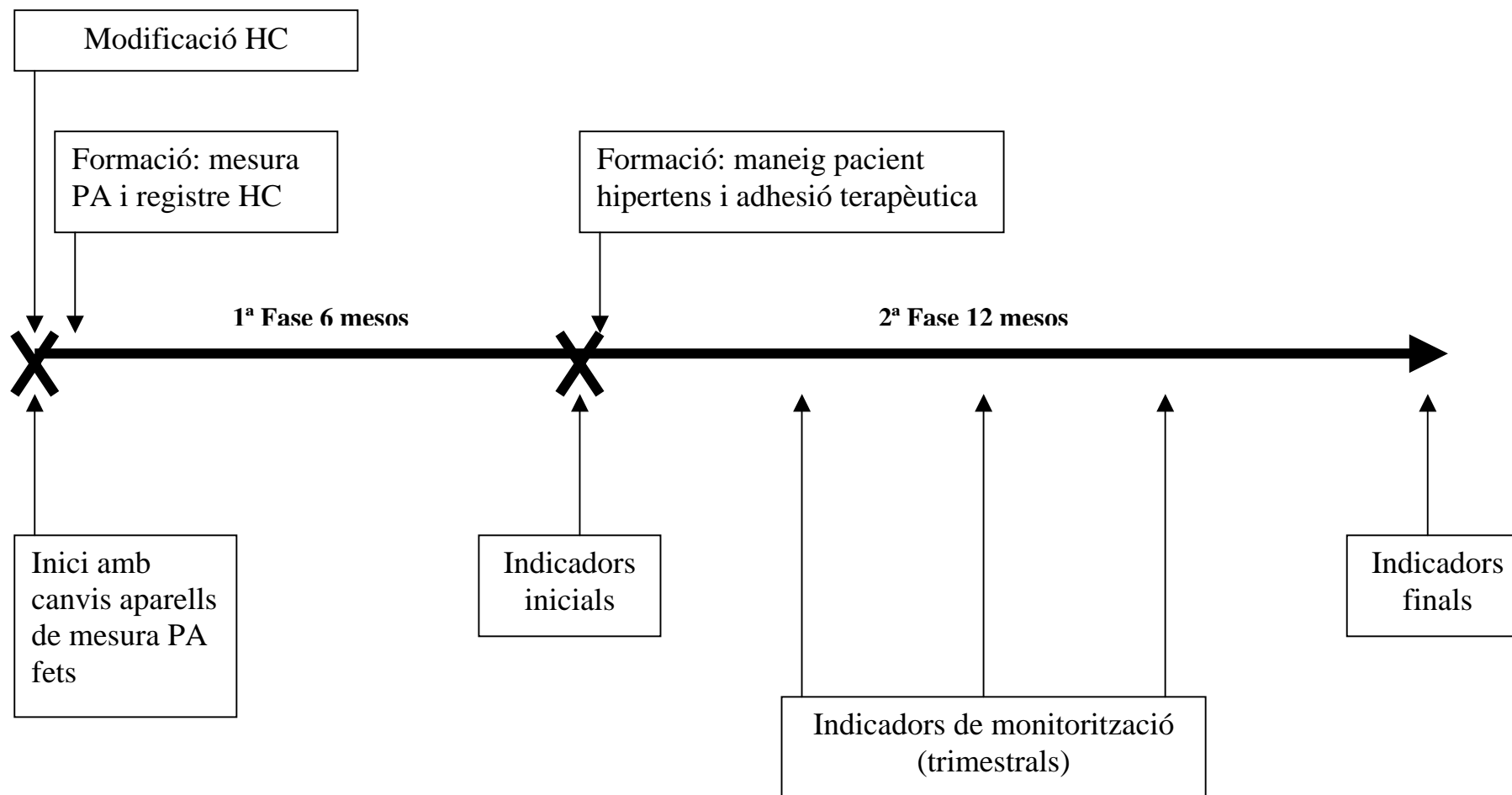
De moment no hi ha cap altra font de finançament. El canvi d'esfigmomanòmetres entra dins el pressupost de la mateixa entitat proveïdora.

8. Bibliografia

1. Rodríguez Roca GC, et al. Control de la hipertensión arterial en la población española \geq 65 años asistida en atención primaria. Rev Esp Cardiol 2005; 58(4): 359-66.
2. Dalfó A, et al. Efectividad de la automedición de la presión arterial en pacientes hipertensos: Estudio DIOAMPA. Aten Primaria 2005; 35(5): 233-9.
3. Amado E, Brotons C, Dalfó A, Gibert E, Pepió JM, Salleras N. Guia de Pràctica Clínica Hipertensió Arterial. Institut Català de la Salut, 2003.
4. Listerri JL, et al. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. Med Clin (Barc) 2004; 122(5): 165-71.
5. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, De la Cruz JJ, De Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. Med Clin (Barc) 1999; 112: 489-94.
6. Bosworth HB et al. The veterans' study to improve the control of hypertension (V-STITCH): Design and methodology. Contemporary Clinical Trials 2005; 26: 155-168.

7. Cervera P, Ortiz J. Tratamiento de la hipertensión arterial en un área de salud: auditoría a partir de los datos de la consulta de enfermería. *Farmacia de Atención Primaria* 2004; 2(1): 3-11.
8. Valdès G, Vallès R, Álvarez A, Franzi A, Massot M, Pastor E. Prescripción en la hipertensión: ¿existen diferencias según grado de control?. Comunicación oral IX Congreso Nacional Farmacéuticos de Atención Primaria, 2004.
9. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med* 2005; 20:219-225.
10. Amado E et al. Avaluació d'una intervenció educativa sobre la millora de la informació i del compliment de la medicació antihipertensiva: Projecte ADIEHTA. Divisió d'Atenció Primària (Institut Català de la Salut), Fundació Jordi Gol i Gurina, Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. 2001.
11. Iruela T, Juncosa S. Factores que influyen en el seguimiento del hipertenso. *Aten Primaria* 1996;17:332-337.
12. Ernest Vinyoles, Ferran Armegol, Joan Bayo, Lucas Mengual Anna Salvado. J. Maria Pepio. La normativa europea y el futuro de los esfigmonanómetros de mercurio en las consultas. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(12):460-3 .
13. División JA et al. Aparatos de medida de la presión arterial utilizados en las consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(5): 248-53.
14. Alonso FJ et al. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la presión arterial. *Aten Primaria* 2005; 36(4): 204-10.
15. Bonet A et al. Revisión y valoración de 5 guías de manejo de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2004; 36(4): 221-31.

CRONOGRAMA TREBALL



EQUIP INVESTIGADOR DEL PROYECTO “PLA
DE MILLORA DEL CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓ”

1. Equip investigador

Investigador principal:

Roser Vallès Fernández. Doctora en Farmàcia i especialista en Farmàcia Hospitalària. Coordinadora de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut.

Membres de l'equip investigador:

Equip elaborador:

- Núria Aznar Martínez. Infermera. Infermera assistencial de l'Equip d'Atenció Primària de Serrapareira. Institut Català de la Salut.
- Olga Correcher Aventin. Infermera. Adjunta de la direcció de l'Equip d'Atenció Primària Badia del Vallès. Institut Català de la Salut.
- Lupe Figueiras Novelle. Infermera. Cap d'infermeria del Servei d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut.
- Alícia Franzi Sisó. Farmacèutica. Coordinadora de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària Sabadell – Rubí – St. Cugat – Terrassa. Institut Català de la Salut.
- Lucas Mengual Martínez. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metge assistencial de l'Equip d'Atenció Primària de Badia del Vallès. Institut Català de la Salut.
- Jordi Puig Manresa. Metge especialista en Medicina Interna. Coordinador de processos, metodologia, qualitat i avaluació assistencial del Servei d'Atenció Primària Sabadell – Rubí – St. Cugat – Terrassa. Institut Català de la Salut.
- Magdalena Rosell Murphy. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària i en Medicina Preventiva i Salut Pública. Coordinadora de processos, metodologia, qualitat i avaluació assistencial del Servei d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut.

Equip consultor:

- Assumpció Àlvarez Carrera. Farmacèutica especialista en Farmàcia Hospitalària. Coordinadora de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària Bages-Berguedà. Institut Català de la Salut.
- Anna Benavides Ruíz. Metge. Unitat d'Avaluació i Projectes de l'Àmbit Centre. Institut Català de la Salut.
- Sebastià Juncosa Font. Doctor en Medicina i Cirurgia, especialista en Medicina de Família i Comunitària i en Medicina Preventiva i Salut Pública. Coordinador de la Unitat Docent de l'Àmbit Centre. Institut Català de la Salut.
- Carmen Martínez Cantarero. Metge especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Unitat d'Avaluació i Projectes de l'Àmbit Centre. Institut Català de la Salut.
- Teresa Masat Ticó. Doctora en Medicina i Cirurgia, especialista en Medicina Interna. Coordinadora de processos, metodologia, qualitat i avaluació assistencial del Servei d'Atenció Primària Osona. Institut Català de la Salut.
- Mireia Massot Mesquida. Farmacèutica. Servei d'Atenció Primària Vallès Oriental. Institut Català de la Salut.
- Salvador Moix Garolera. Metge. Cap de la Unitat d'Avaluació i Projectes de l'Àmbit Centre. Institut Català de la Salut.
- Esther Pastor Ramon. Farmacèutica. Coordinadora de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària Vallès Oriental. Institut Català de la Salut.
- M^a Jesús Pueyo Sánchez. Pediatre. Coordinadora de processos, metodologia, qualitat i avaluació assistencial del Servei d'Atenció Primària Bages-Berguedà. Institut Català de la Salut.
- Isabel Recasens Calvo. Metge. Coordinadora de processos, metodologia, qualitat i avaluació assistencial del Servei d'Atenció Primària Vallès Oriental. Institut Català de la Salut.

- Guadalupe Valdés Domènech. Farmacèutica especialista en Farmàcia Hospitalària. Coordinadora de Farmàcia del Servei d'Atenció Primària Osona. Institut Català de la Salut.

Equip suport:

- Consol Heras Pastor. Metge. Directora del Servei d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet. Institut Català de la Salut.
- Fernando Marín Sánchez. Metge especialista en Medicina de Família i Comunitària. Gerent Àmbit Centre. Institut Català de la Salut.
- Joaquim Verdaguer. Pediatre. Director del Servei d'Atenció Primària Sabadell – Rubí – St. Cugat – Terrassa. Institut Català de la Salut.

2. Experiència de l'equip investigador

Tots els membres de l'equip investigador tenen experiència en projectes de recerca i, en alguns casos en concret, en recerca directament relacionada amb el tema d'aquest projecte sobre el control de la hipertensió i la millora de la qualitat assistencial.

De manera resumida aquests són els principals projectes en què alguns dels membres de l'equip investigador han participat:

- Beca de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques: **Factores determinantes del gasto farmacéutico de los equipos de atención primaria: análisis y posibilidades de gestión.** Abril 2003-abril 2006. Investigador principal: Arantxa Catalán.
- Beca FIS anys 1999/2002.: **Servicios de cuidados basicos enfermeros de Atención Primaria segun el modelo conceptual de Virginia Henderson: implantación, resultados y costes.** Investigadora principal: Lupe Figueiras.
- Projecte finançat per la AATM (Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques) num 25198. **Evaluación de una intervención educativa sobre la mejora de la información y del cumplimiento de la medicación antihipertensiva: proyecto ADHIETA.** Investigadora principal: Esther Amado. Durada: 1999- 2002.
- VI Premi de Recerca en Atenció Primària 2001 de la Regió Sanitària Centre pel projecte: **Intervención comunitaria: actividades preventivas en población no atendida.** Investigador principal: R Camps.
- Beca de la Regió Sanitària Centre i Fundació Jordi Gol i Gurina: **Utilidad de las técnicas de relajación aplicadas a pacientes con cardiopatía isquémica.** Mayo1999 - mayo 2001. Investigador principal: Ramón Vilà.
- Proyecto FIS 95/1173 **Adaptación de la medida de producto y utilización de recursos en atención primaria.**
- Proyecto FIS 96/0329 **Determinación de los usos de los Ambulatory Care Groups (ACGs) a nuestra atención primaria.**

Articles publicats i comunicacions en els últims cinc anys relacionats amb el tema de la hipertensió d'alguns membres de l'equip investigador:

- "Prescripción en la hipertensión: ¿existen diferencias según grado de control?" Tercer premio a las mejores comunicaciones orales, IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Pamplona, 2004. Farmacèutiques de l'Àmbit Centre.
- Validez de los diversos instrumento de medida de la presión arterial. FMC 2003;10(4):233-42.
- La normativa europea y el futuro de los esfigmomanómetros de mercurio a las consultas. Med Clin (Barc) 2003;120(12):460-3.
- Validez de los diversos instrumento de medida de la presión arterial. FMC 2003;10(4):233-42.
- HTA controlada i AMPA Cas Clínic. Presion arterial y Atención Primaria 2001;16:24-28.
- Torras Bernáldez MT, Escola Grau F, Martínez Cantarero C, García Curado A, Cánovas Garrido C, Bernat López MJ et al. Estudio de la presencia de factores de riesgo cardiovascular en dos series poblacionales (una con dislipemia y otra sin ella) en el área urbana y rural. Medicina General 2001;34:426-428.
- Bolibar B, Juncosa S, Martínez C, Pareja C, Pasarín MI, Pujol E et al. Taxes d'incidència i prevalença a l'Atenció Primària. Mètodes per a la seva obtenció. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina , 2002.

A més a més el Lucas Mengual és membre de la Sociedad Española de Hipertension Arterial-Liga Española de Lucha contra la Presión Arterial; de la Societat Catalana d'hipertensió; de l'Agència de Gestió d'Investigació Clínica en Atenció Primària (AGICAP) i de la Xarxa Informatitzada d'Investigació en Atenció Primària de Catalunya (XIIAP). El Sebastià Juncosa és membre de WICC (WONCA International Classification Committee) i membre del Comitè Editorial de la Revista Atención Primaria.

Aquest treball és un projecte estratègic de la gerència de l'Àmbit d'Atenció Primària Centre de l'Institut Català de la Salut, per tant, té tot el suport per part de l'entitat proveïdora per desenvolupar-lo en el seu territori. A més a més, els equips d'atenció primària que participen en el pla de millora el tenen com a objectiu a desenvolupar dins els Acords de Gestió que han signat amb l'Institut Català de la Salut.