

MESA 10

Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

FERNANDO RAMOS D'ANGELO

Coordinador de Calidad. Hospital 'Royo Villanova'. Sector Zaragoza I

PROCESOS

SALA 105

16 de JUNIO 16:00 horas

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ¿QUE VARIABLES INFLUYEN EN LA IDENTIFICACION Y ACTUACION ANTE LOS SINTOMAS DE UN ATAQUE CARDIACO EN LS MUJERES DE ARAGON

Autores: Lukic A, Fustero MV, Calvo I, Barcena M, Ariño MD, Escosa L*

** ANTONELA LUKIC. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (antonelalukic@yahoo.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Objetivos: Conocer los factores que influyen en la correcta identificación y actuación ante los síntomas de un ataque cardiaco entre las aragonesas.

METODOLOGÍA. Encuesta telefónica semiestructurada a 1.068 mujeres 18 años residentes en Aragón, diseñada y realizada por un grupo de cardiólogos y médicos de atención primaria con el enfoque de género de la ECV. Muestreo por estratos (edad y nº habitantes por municipios) con error muestral global de $\pm 3\%$ para Aragón, nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS. Un 13,5% de las mujeres encuestadas No han Identificado ningún Síntoma (No IS) de un ataque al corazón y un 30,1% responden que No solicitarían Atención Urgente (No AU) ante esos síntomas. Características principales:

	No IS	p	No AU	p
65 años	42,4%	0,002	30,4%	0,000
Educ. primaria	70,7%	0,000	53,9%	0,000
Ama casa/pensionista	60,5%	0,000	49,1%	0,005
Municipio <10 mil habitantes	43,1%	0,010	64,1%	0,669

Las mujeres que han obtenido información de fuentes sanitarias y las que valoran su conocimiento sobre las ECV como suficiente es más probable que soliciten ayuda urgente si presentan síntomas. No observamos asociación entre los antecedentes de al menos tres FRCV, antecedentes familiares de CI o ictus y la actuación ante los síntomas.

CONCLUSIONES. Identificamos la edad 65 años, menor nivel educativo, ser ama de casa o pensionista como factores predictores de incorrecta identificación y actuación ante estos síntomas. Llama la atención la falta de asociación entre los antecedentes personales o familiares de CI y la demanda de AU ante los síntomas, que sugiere la necesidad de mejorar los programas de educación secundaria.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS, ¿CONDICIONA LA MORTALIDAD EN MUJERES DIABÉTICAS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

Autores: Castilla E, Lacambra I, Fernadnez C, Gimeno J, Portero MP, Delrio A*

**ELENA CASTILLA CABANES. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (elena_castilla@hotmail.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. La mortalidad en el infarto agudo de miocardio es mayor en pacientes diabéticos vs no diabéticos. Analizamos si una infrautilización de recursos asistenciales en mujeres diabéticas con infarto agudo de miocardio vs no diabéticas puede ser un condicionante de esta diferencia.

METODOLOGÍA. Estudio retrospectivo observacional en mujeres ingresadas en nuestro servicio de forma consecutiva, entre 1 de enero del 2005 y 31 diciembre de 2006, con el diagnóstico final de infarto agudo de miocardio con y sin onda Q. Se evaluaron características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se monitorizó la realización de diversas técnicas diagnóstico-terapéuticas durante su ingreso hospitalario, como indicadores que permitirían detectar problemas de accesibilidad a los recursos médicos de las mujeres diabéticas.

RESULTADOS. Se analizaron un total de 235 mujeres durante el período de seguimiento, con una media de edad de 76+10,6 años, de las cuales 139 (59,1%) eran no diabéticas y 96 (40,9%) diabéticas. Se realizaron un total de 164 ecocardiogramas: a 97 de 139 mujeres no diabéticas y a 67 de 96 mujeres diabéticas. En cuanto a coronariografía se llevó a cabo en 82 mujeres, el 35% de las no diabéticas y al 34% de las diabéticas, con $p=0,80$. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad precoz entre mujeres diabéticas (20%) y las no diabéticas (11%) con una $p=0,07$.

CONCLUSIONES. Existe una tendencia a una mayor mortalidad precoz en mujeres diabéticas con infarto agudo de miocardio vs no diabéticas, que quizá sea significativa a medio o largo plazo. A pesar de ello, no hemos detectado una menor utilización de recursos sanitarios, utilizando como indicadores la realización de ecocardiografía y coronariografía.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. ELABORACIÓN DE UN LINEA DE MEJORA DE CALIDAD EN UN CENTRO DE SALUD

Autores: Soria G, Soria D, Alvarez B, Otegui L*

**GLORIA SORIA CABEZA. CS TORRE RAMONA (gsoria@aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Situación inicial: Las quejas de los Profesionales de Admisión y sanitarios derivadas de la atención a las demandas urgentes, las dificultades para localizar los profesionales y el ambiente poco satisfactorio en la atención a las Urgencias, motivaron al Grupo de Calidad para hacer un registro de incidencias y posteriormente plantearse una línea de Mejora de Calidad.

Los objetivos son: mejorar la calidad de la Atención a la Urgencia, disponer de turnos de guardia en lugar accesible a todos los profesionales, incrementar la formación de los profesionales en la atención a la urgencias y disminuir el número de incidencias derivadas de ello.

METODOLOGÍA. Se constituye un grupo de trabajo: un médico de Familia, 2 Pediatras y una Enfermera, para planificar una Línea de Mejora.

1. Mediante la técnica de Brainstorming se detectan las situaciones mejorables : Falta de protocolo de Atención a la Urgencia vital en el CS, Problemas de Citación, de los Profesionales de Admisión: rotación, cualificación, elección jefe, contratación, turnos de guardia de los profesionales, Demoras en la asistencia y bloqueo de Agendas
2. los problemas se priorizan mediante Parrilla de Análisis, 1º:NO HAY PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL, 2ª problemas de citación, 3ºproblemas de los profesionales de admisión, 4º desconocimiento de los turnos de guardia de los profesionales y 5º las demoras de asistencia y bloqueo de agendas.
3. Análisis del Problema priorizado mediante el Diagrama de Ishikawa causa -efecto.
4. Análisis por Etapas: 1ª PACIENTE EN SITUACIÓN URGENTE, 2ª ATENCIÓN CLÍNICA DIRECTA y 3ª RESOLUCIÓN , en cada una se describen los objetivos , fallos, causas y las acciones de Mejora que se proponen son: Turnos de urgencias claros, designar responsable de urgencias, actualización de la formación, Talleres de entrenamiento de los profesionales, elaborar protocolo de la Atención a la Urgencia, notificar ausencias, suplencias, comunicar a los profesionales de admisión....
5. Elaboración de la Línea de Mejora: Objetivos, Actividades, Indicadores, Responsable y Calendario.

RESULTADOS. Formación de un grupo de trabajo de Calidad y la elaboración de un Proyecto de Mejora de Calidad de la Asistencia a la Urgencia vital para el años 2009, del que ya han comenzado algunas actividades: Elaboración de turnos de Guardias, Elaboración de protocolo y Organización de Talleres.

CONCLUSIONES. Se presenta la fase de realización y puesta en marcha de una línea de Mejora de Calidad en un Centro de Salud, consistente en la Mejora de la Asistencia a la Urgencia Vital.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. MAPA DE PROCESOS SERVICIO DE ADMISIÓN

Autores: Abad JC, Curras MD, Pueyo MA, Sanz A*

** JUAN CARLOS ABAD CEBOLLA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (jcabad@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. El servicio de admisión tenía elaborados previamente un Manual de Organización y un Manual de procedimientos que era necesario actualizar.

Se planteó como objetivo, que esta actualización, sirviera para ir adaptando los mismos a los requisitos documentales de un modelo de certificación de calidad (ISO).

METODOLOGÍA. - Se contó con la asesoría de un experto externo y un curso de formación previo, donde se desarrolló de forma práctica la metodología a desarrollar. Se elaboró un borrador del mapa de procesos del servicio.

- Mediante reuniones grupales con los responsables de cada una de las unidades integrantes del servicio, se inició el desarrollo de los diferentes subprocesos. Previamente se elaboró un borrador de flujograma y procedimientos documentales asociados al mismo con un índice de contenidos.

- Los flujogramas e índices de los procedimientos se revisaron con todos los componentes de la unidad. Los jefes de equipo y grupo fueron los responsables de la elaboración y consenso de los mismos.

- Para la definición de clientes y actividades se solicitó a todos los integrantes de cada unidad que remitieran listados con las mismas.

RESULTADOS. - Elaboración mapa de proceso con 7 subprocesos.

- Elaboración de los flujogramas, ficha y procedimientos de 5 subprocesos:

- Urgencias.
- Hospitalización
- Consultas externas
- Lista de Espera Quirúrgica
- Cargos

CONCLUSIONES. - La utilización de la metodología ha permitido estructurar y mejorar la calidad de la información contenida en el manual de procedimientos existente, a la vez que ha sido una oportunidad de mejora para motivar al personal del servicio en temas relacionados con la calidad.

-La revisión del manual ha permitido la detección de áreas de mejora, que se han plasmado en líneas de mejora en el Programa de Calidad 2009.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. MEJORA EN LA ORGANIZACION DE LA CONSULTA PEDIATRICA EN ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA.

Autores: Altemir L, Secorun T, Chaverri C, Ledo P, Allue M, Valdivia F*

** LOURDES ALTEMIR CAMPO. CS BINEFAR (laltemir@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. En los últimos años se han producido cambios en la población infantil de la zona que han dado lugar a problemas en la organización de la consulta de enfermería de pediatría, con las consiguientes dificultades para mantener una atención de calidad.

Objetivos:

- Mantener la calidad de la atención del paciente pediátrico por parte del personal de enfermería
- Mantener las coberturas actuales de vacunación
- Mejorar el cumplimiento de los calendarios vacunales acelerados
- Unificar criterios sobre Educación Sanitaria con respecto al paciente pediátrico, desde su nacimiento hasta los 14 años
- Formar al personal del centro
- Evitar las anulaciones de citas programadas por falta de personal

METODOLOGÍA. Se elaboró una Guía Informativa de las actividades programadas, incluidas las del Programa del Niño Sano, a realizar en la consulta pediátrica (incluidas las del Programa del Niño Sano: vacunación, Información sobre Higiene, alimentación, prevención de riesgos, y consejos). A continuación se hicieron sesiones formativas con objeto de difundir dicha Guía entre todo el personal afectado.

Respecto a la vacunación, por un lado, se facilitó la posibilidad de realizar la vacunación de los 14 años en el Centro Escolar y por otro lado, la vacunación de los niños con Calendario Acelerado se mantiene en el Centro de Salud para facilitar el correcto cumplimiento y seguimiento, independientemente de la edad que tengan al finalizarlo.

RESULTADOS. La calidad de la atención pediátrica se midió estableciendo un mínimo de ítems a revisar en cada consulta de pediatría. Los resultados obtenidos muestran que se revisaron el 97% de los ítems en las consultas realizadas, superando ampliamente el objetivo propuesto del 80%.

En cuanto a las vacunaciones, el 97% de los niños se vacunaron correctamente, alcanzando el objetivo propuesto (97%), mientras que en el caso de los niños incluidos en calendarios acelerados, el 100% se vacunaron correctamente (objetivo: 97%).

CONCLUSIONES. La guía elaborada ha permitido seguir un guión, evitando así la variabilidad en el cumplimiento de las actividades de enfermería. Esto ha supuesto una mejora no sólo para el personal de la consulta de enfermería pediátrica, sino también para el resto del personal del centro.

Por otra parte, el seguimiento tutelado por parte de enfermería a los padres para cumplir con las citas previstas ha evitado los olvidos por parte de los mismos, lo cual ha mejorado la calidad de la atención de la población infantil de la zona.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. INDICACIONES Y PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CORONARIOGRAFIA URGENTE POR INFARTO CON ELEVACION DE ST EN NUESTRO HOSPITAL

Autores: Portero MP, Gimeno J, Castilla E, Fernandez C, Peleato A*

** MARIA PILAR PORTERO PEREZ. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (pillpor@comz.org)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Analizar las indicaciones y la procedencia de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) a los que se realiza coronariografía urgente en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en los últimos 3 años.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo de los pacientes con SCACEST que precisaron coronariografía urgente y que fue realizada en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, desde enero de 2006 hasta enero de 2009. Se midieron las variables edad y sexo, indicaciones del procedimiento, hallazgos angiográficos y hospitales de procedencia.

RESULTADOS. Se han analizado 311 pacientes consecutivos a los que se ha realizado coronariografía urgente por SCACEST en nuestro hospital en los últimos 3 años. La edad media fue de 64,75 años (edad máxima 91 y edad mínima 30), el 77% (240 casos) eran varones y el 23% (71 casos) mujeres. La principal indicación fue la angioplastia de rescate (53%), la segunda la angioplastia primaria (15%) y la tercera, la contraindicación para fibrinolisis (13%). La descendente anterior fue la arteria coronaria responsable, en el 50% de los casos, seguida de la coronaria derecha en el 33%. Se encontraron coronarias sin lesiones en el 4% de los casos. El 84% de los pacientes procedían de Zaragoza-Provincia, el 9% de Teruel-Provincia y el 7% de Huesca-Provincia.

CONCLUSIONES. 1. La angioplastia de rescate y la angioplastia primaria son las dos indicaciones más frecuentes de realización de coronariografía urgente en nuestro hospital a pacientes con SCACEST.
2. Los pacientes proceden mayoritariamente de la provincia de Zaragoza, que acoge al grueso de la población de toda la comunidad autónoma.
3. Desde que se ha instaurado la coronariografía urgente en los últimos 3 años, dentro de la cartera de servicios del hospital, se atiende íntegra y totalmente a una patología tan prevalente, grave y en ocasiones mortal como es el Infarto Agudo de Miocardio, mejorando y completando la asistencia de estos pacientes.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. LIDERAZGO: EL PAPEL DE LA SUPERVISORA DE CALIDAD

Autores: Casanova N, Garcia-Montero JI*

** NATALIA CASANOVA CARTIE. HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD (ncasanova@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. La creciente incorporación de enfermeras a la gestión de la calidad y la ausencia de unas funciones concretas definidas por el Salud, hacen que en cada centro se inviertan unos recursos humanos distintos y que cada profesional se dedique a unas tareas diferentes.

En el Hospital Ernest Lluch la reciente creación del puesto de Supervisora de Calidad ha supuesto que la dedicación pase a ser exclusiva y no compartida, como se venía haciendo hasta ahora.

El objetivo de esta comunicación es exponer las funciones y actividades que realiza la Supervisora de calidad en el Hospital Ernest Lluch.

METODOLOGÍA. La Supervisora de calidad en el Hospital Ernest Lluch desempeña entre otros los siguientes cometidos:

- Pactar con las Supervisoras de enfermería los objetivos para mejorar la calidad asistencial en las unidades.
- Organizar Sesiones clínicas de enfermería.
- Liderar la puesta en marcha y seguimiento de Comisiones de enfermería y grupos de trabajo en el Sector.
- Planificar una estrategia de formación en Metodología enfermera.
- Liderar el grupo de trabajo de Enfermería Basada en la evidencia Ioanna Briggs.
- Apoyo metodológico para proyectos de investigación enfermera.
- Coordinar la implementación de un Plan de mejora de la seguridad de los pacientes ingresados en el Hospital Ernest Lluch.
- Elaboración e implementación de un Informe de continuidad de cuidados en formato electrónico.
- Puesta en marcha y seguimiento de un sistema de obtención de información sobre la opinión de los usuarios a través de los Buzones de sugerencias.
- Diseño y puesta en marcha de un proceso informatizado de revisión de caducidades de fármacos y material sanitario en las unidades, así como del control de la temperatura de las neveras donde se guardan los fármacos.
- Elaboración de documentos que faciliten la incorporación al puesto de trabajo y la información al usuario.
- Fomentar la asistencia de enfermeras del Hospital Ernest Lluch a proyectos FOCUSS que sirvan como base posteriormente para la creación de grupos de mejora en los temas relacionados.

RESULTADOS. La implicación directa de una supervisora a Calidad asistencial permite una mejor planificación, obtención y evaluación de los objetivos de calidad propuestos por el Salud y la Dirección del Centro, además de repercutir positivamente sobre la calidad asistencial y el desarrollo profesional de las enfermeras.

CONCLUSIONES. Aunque la dedicación exclusiva de una enfermera mejora la Calidad asistencial, sería necesaria una definición de las funciones por parte del Salud.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL**
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS: CÓMO ESTAN Y CÓMO SE SIENTEN

*Autores: Gomez R**

** RAFAEL GOMEZ NAVARRO. CS TERUEL RURAL (ragona@ya.com)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Tras la realización de varios proyectos de mejora de calidad en el cumplimiento de los criterios de control Gedaps de los pacientes diabéticos de nuestro EAP, con resultados satisfactorios, el objetivo del trabajo actual es analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los mismos y la influencia que el nivel de control de la enfermedad y las patologías asociadas ejercen sobre la percepción que el paciente tiene sobre la misma.

METODOLOGÍA. Diseño: Estudio descriptivo transversal de CVRS mediante cuestionario viñetas COOP/WONCA y de evaluación de cumplimiento de criterios del Gedaps.

Sujetos: Todos los pacientes DM2 atendidos por el EAP con > 1 año de evolución.

Excepciones: deterioro cognitivo, esperanza de vida limitada, inmovilizados o que manifiesten su negativa a participar.

Para el análisis de posible asociación de variables cuantitativas discretas se utilizó regresión lineal. La diferencia de las medias se calculó mediante la prueba de la t de Student.

RESULTADOS. Se estudiaron 98 pacientes con edad media 72,9 +/- 9,9 años. El 44,8% obtenían una puntuación total en el cuestionario < 15. En la dimensión "estado de salud" el 64,2% la catalogaron entre buena y excelente. Casi el 70% no sentían limitación física o emocional para sus actividades sociales. El 42,9% no habían tenido dolor en las 2 semanas previas. El 57,1% no tenía dificultad al realizar actividades o tareas habituales. El 55% declara que solo puede realizar actividad física ligera o muy ligera durante 2 minutos.

El grado de control fue el siguiente: el 50% presentaban HgbA1c < 7%; el 68,4% colesterol total < 200 mg/dl; el 26,5% LDL-colesterol < 100 mg/dl; el 69,4% HDL-colesterol > 40 mg/dl; el 86,7% triglicéridos < 150 mg/dl; el 51% presión arterial < 130/80 mmHg y el 90,8 % no fumaban. El 9,1% cumplían simultáneamente los objetivos en PA, cLDL y HgbA1c.

No se halló asociación entre la puntuación total del cuestionario y la edad, el número de enfermedades acompañantes a la DM o el número de criterios de control cumplidos, ni diferencias entre las medias de puntuación total del cuestionario y el género del paciente.

CONCLUSIONES. La CVRS y el control de la DM en nuestros pacientes puede considerarse bueno. No hemos identificado factores relacionados con el control que parezcan tener influencia sobre su autopercepción de calidad de vida.

Cualquier actividad de mejora de calidad debe siempre contemplar las necesidades expectativas, vivencias de los propios pacientes y "oír su voz" para lo que nos parece una herramienta útil los cuestionarios de calidad de vida.

**VII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARAGONESA
DE CALIDAD ASISTENCIAL
Zaragoza, 15 y 16 de junio de 2009**

Tipo de Comunicación: **ORAL**

TÍTULO. MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO. CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN CENTROS DE SALUD

Autores: Valles V, Rufas C, Sanmartin E, Dominguez F, Torres E, Meriz J*

** VICTOR VALLES GALLEGO. DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA (vvalles@salud.aragon.es)*

SITUACIÓN INICIAL Y OBJETIVOS. Prevalencia estimada DM 2: 6-12%. En 20 años el 60% DM2 desarrollarán retinopatía diabética RD, el 20% en el momento del diagnóstico. Primera causa de ceguera en España. Prevalencia diabetes Sector Barbastro (Cartera Servicios 2008): 6.5%. (4.6%-10.2%), con exploración fondo ojo el 22-45%.

Tiempo de demoras en consultas de oftalmología muy elevado.

Se abordó 2006 el cribado RD dentro del proyecto Health Optimum.

La elevada dispersión geográfica aconsejó Programa de cribado itinerante.

Población estimada de 6000 DM2, cribado anual.

OBJETIVOS

Mejorar la accesibilidad.

Mejorar la cobertura.

Evaluar validez y concordancia del cribado (fase inicial).

METODOLOGÍA. Un retinógrafo digital y un técnico se desplazan a todos los Centros.

Se realizan dos fotografías por ojo a cada paciente, centradas en disco óptico y en mácula.

Las imágenes se envían al servidor del sector.

El primer año todas las imágenes son leídas por médico de primaria y por oftalmólogo.

Se forman 1 ó 2 médicos de cada centro en lectura de retinografías.

Se realiza análisis de las primeras imágenes tomadas (464).

RESULTADOS. (a 15 mayo 2009)

Cribado: realizado en 9 Centros de Salud (de 15).

Explorados: 1686 pacientes (47.5% de cobertura de los diabéticos tipo 2 en esos Centros)

Días de cribado: 135

Pacientes/día: 12.5

Retinopatía Diabética: 19% de los pacientes.

Análisis inicial (464 primeras imágenes):

Sensibilidad 0.89

Especificidad 0.95

VP+ 0.80

VP- 0.98

Índice de Kappa: 0.81, IC95 (0.74-0.88)

Fuerza de la concordancia: Muy buena

(escala de Landis y Koch)

CONCLUSIONES. La mejora de accesibilidad ha facilitado el aumento de cobertura de diabéticos con fondo de ojo explorado.

El 19% de los pacientes, que no habían sido previamente diagnosticados, han sido derivados a Oftalmología por RD.

Con formación adecuada es una prueba válida y segura.

La concordancia entre la valoración de médico de AP / oftalmólogo es muy buena.

Bien valorado por pacientes y profesionales.

Con dedicación exclusiva de un técnico es posible abordar el cribado del Sector en 1 año.

