



2022

# EVALUACIÓN DEL PLAN DE DIABETES MELLITUS EN ARAGÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE  
ASISTENCIA SANITARIA

## 1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) decidió en el año 2004 abordar conjuntamente una estrategia en Diabetes para todo el Sistema Nacional de Salud. Para ello, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró coordinadamente con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas del sector y Asociaciones de Pacientes la «Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud», que fue publicada en el año 2007. En el año 2012, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la actualización de la Estrategia.

En el año 2014 la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia, coordina el desarrollo de esta estrategia en salud en nuestra Comunidad Autónoma con el “Programa de Atención integral a la Diabetes Mellitus en Aragón”, con el objetivo de mejorar la atención a lo largo del proceso asistencial de la Diabetes en el Sistema de Salud de Aragón, disminuir su incidencia y morbimortalidad e incrementar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas. Para ello se constituyó un grupo autonómico integrado por profesionales de Endocrinología, Medicina de Familia, Enfermería, Oftalmología, cirugía vascular, que participaron en la elaboración del programa y actualmente su función es el seguimiento de su implementación y actualización del mismo, hacer propuestas de modificación en registros historia clínica, así como definir el plan de formación e investigación. La evaluación periódica se realiza con carácter anual a través de un análisis de los indicadores propuestos en el programa, y en base a los resultados obtenidos se plantean acciones de mejora, que deben ser implantadas en todos los sectores.

Desde el año 2014 se están monitorizando una serie de indicadores, tanto de proceso como de resultado, a través de un cuadro de mandos diseñado desde el Servicio Aragonés de Salud, que permite tener información global de Aragón, de sector, de equipo de atención primaria y a nivel del profesional, con una información detallada de cada paciente diabético.

Por otra parte el Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes, permite analizar la atención a las personas con diabetes en distintas comunidades autónomas y la monitorización de la implementación de las estrategias regionales de diabetes en cada una de ellas, así como la comparación de la evolución de indicadores comunes entre ellas.

Principales acciones desarrolladas:

- **Cribado de retinopatía diabética:** desde el año 2008 se viene realizando pero desde 2016 se utiliza una herramienta integrada en HCE que permite la lectura de la retinografía y la emisión de informe, tanto por médicos lectores de atención primaria como por oftalmólogos, permitiendo la derivación de imágenes dudosas o con patología a oftalmología para su interpretación y valoración de indicación de seguimiento. En 2023 se va a plantear la lectura e interpretación de retinografía utilizando una herramienta de ayuda basado en un algoritmo de Inteligencia artificial, en el marco de la acción conjunta europea “JACARDI”
- **Programa específico de atención al pie diabético en Aragón** en el año

2017-2018 para la detección de complicaciones, evitar amputaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Consta de:

- **Unidad de Pie Diabético de referencia en el hospital Nuestra señora de Gracia para todo Aragón.** La Unidad de referencia está integrada por enfermeras formadas específicamente en pie diabético ulcerado y de alto riesgo, cirujana vascular y rehabilitador, con posibilidad de derivación a otras especialidades: Endocrinología, Traumatología etc, en base a unos criterios establecidos previamente.

La Unidad de pie diabético de Aragón, está funcionando y atiende a todos los pacientes con pie de riesgo alto y ulcerado, derivados desde Atención Primaria de los tres sectores de Zaragoza capital, así como interconsultas con las consultas de enfermería con competencias avanzadas del resto de sectores de Aragón, que también pueden derivar pacientes a la unidad central de Zaragoza, si requieren valoración por Cirugía Vascular. Se está dando una atención coordinada de enfermería, cirugía vascular y rehabilitación, así como de otros servicios implicados.

- **Red periférica de consultas de enfermería con competencias avanzadas en la exploración del pie diabético en los sectores de Calatayud, Huesca, Bastrastro, Teruel y Alcañiz.** Estas consultas de enfermería dan atención a los pacientes con pie de riesgo alto y ulcerado de su sector, y pueden conectar directamente con la Unidad central si lo precisan. En la mayor parte de los sectores dependen del servicio de Cirugía General (Bastrastro, Teruel y Alcañiz), en Calatayud de Endocrinología, y en Huesca se encuentra dentro de la Unidad de heridas crónicas del hospital Sagrado Corazón de Jesús. Para ello se ha realizado una formación específica para enfermería en competencias avanzadas. Las consultas de enfermería con competencias avanzadas en pie diabético en Zaragoza y los sectores de Huesca, Bastrastro, Teruel, Alcañiz y Calatayud, están constituidas con agenda propia para atención al pie diabético. Se han facilitado los circuitos de derivación de los pacientes con pie de alto riesgo o ulcerado desde atención primaria a las consultas de enfermería con competencias avanzadas en los sectores periféricos o Unidad de pie para los sectores de Zaragoza, a través de la aplicación Libre Elección de Especialista (LEE).
- En 2020 se ha rediseñado un **formulario en HCE para la unidad de pie diabético, que permitirá un mejor registro en el seguimiento del paciente**, obtener indicadores de evaluación y compartir información entre niveles asistenciales.
- Desde 2017 se desarrolló un **Plan de formación en diabetes** que se revisa y actualiza cada año, basado en la difusión de los contenidos del programa de diabetes de Aragón, en educación terapéutica y exploración de pie diabético, así como actualización en lectura de retinografía para

médicos lectores de atención primaria y de Insulinización para profesionales de AP. En 2018 se elaboraron materiales para profesionales de Atención Primaria sobre Educación terapéutica en diabetes para pacientes diabéticos tipo 2, tanto para educación individual en consulta como para educación en grupos. Se han desarrollado cursos de formación, para difundir los contenidos entre los profesionales sanitarios. En 2020 muchas de las actividades formativas se adaptaron para poder ser impartidas en modalidad de teleformación.

- **Por resolución de 16 de Julio de 2018, a propuesta del grupo de diabetes de Aragón, se aprobó la inclusión en cartera de dispositivos de Monitorización Continua de Glucemia (MCG) en pacientes diabéticos tipo 1 de 0 a 18 años y en mujeres embarazadas. Posteriormente en 2019 se ha ampliado de forma progresiva el sistema flash a todos los pacientes diabéticos tipo 1 y a adultos en una serie de supuestos.** En 2021 está consolidada la disposición de los dispositivos de Monitorización Continua de Glucemia en los pacientes con derecho a esta prestación, según criterios establecidos en cartera de Servicios de la Comunidad Autónoma, con las directrices del ministerio de sanidad. En 2022/2023 y 2024 se extiende la disponibilidad de sistemas de MCG para pacientes diabéticos tipo 2 con unos criterios establecidos en cartera de servicios, según estableció el Ministerio de Sanidad y está disponible la dispensación para los Servicios de Endocrinología de estos sistemas a través de receta electrónica .
- En los años 2019 y 2020 se han realizado **modificaciones en el cuadro de mandos de diabetes**: se ha incluido el indicador IMC y se ha realizado la modificación de otros de los existentes (cambios en límite de edad, DGP de riesgo del pie para el indicador de pie diabético en lugar de inspección, criterios de exclusión en indicador de retinografía etc). En 2022 se ha incorporado el indicador de Revisión de Hb glicada a 12 meses y evaluación del riesgo del pie. **Actualmentos los indicadores que se recogen son** : (hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, filtrado glomerular, colesterol, tensión arterial, Índice de masa corporal, exploración del pie diabético y evaluación del riesgo, retinografía y registro de hipoglucemias.
- Se viene realizando una **evaluación anual del programa de diabetes, que se puede consultar en el siguiente enlace <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-diabetes>**. En este documento se hace un análisis de situación de la Diabetes Mellitus en Aragón en base a un análisis cuantitativo a través de los indicadores de seguimiento.
- **Se ha actualizado el “Programa de Atención integral a la Diabetes Mellitus en Aragón” de 2014 con el “Plan de Atención Integral a personas con Diabetes Mellitus en Aragón” 2021.** Se ha revisado y actualizado todo el proceso de atención y los procedimientos vinculados a cada subproceso y se definen líneas estratégicas y objetivos.
- En 2019 se presentó un **proyecto de Escuela de pacientes con diabetes** a la DG de Derechos y Garantías de los Usuarios. Este proyecto no se ha podido poner en marcha de momento. En 2022 se ha iniciado contactos

con la nueva Dirección General de transformación digital para retomar el proyecto con la Escuela de Salud. Previamente se realizó un piloto en el centro de Salud Fuentes Norte, que resultó muy bien valorado por profesionales y pacientes. En este centro se ha seguido avanzando con el paciente experto. Se trata de extender esta experiencia al resto de sectores.

- **Se han activado los equipos de proceso de diabetes de los sectores y se han mejorado indicadores de Zaragoza.** Esta iniciativa se considera especialmente relevante dado que son los dos sectores con peores coberturas. Se ha trabajado con los sectores de Zaragoza la mejora en dos indicadores (pie diabético y microalbuminuria), con la propuesta de proyectos para acuerdo de gestión. Se trabajó en 2019 con el sector Zaragoza 2 en proyectos concretos sobre dos indicadores (pie diabético y albuminuria), que se incluyeron en los acuerdos de gestión, obteniéndose por primera vez cambios positivos significativos en los dos indicadores. En 2022 también se han realizado reuniones con sectores Zaragoza II y Zaragoza III, con el objetivo de mejorar coberturas en varios indicadores.

## 2. FUENTES DE INFORMACIÓN PARA EVALUACIÓN

La evaluación se realiza a partir de los indicadores que permiten tener representadas las características de la población diabética. El análisis de resultado permite monitorizar la implementación del Plan de diabetes en Aragón, a partir de los diferentes sistemas de Información:

- I. **Cuadro de Mando de Diabetes de SALUD.** Recoge información del registro de Historia Clínica en Atención Primaria ( OMI-AP). Población diabética igual o mayor a 15 años. Permite comparación por sector, centro de salud y profesional por CIA. Se excluye diabetes gestacional.  
<http://dwh.salud.aragon.local/analytics/saw.dll?Dashboard>
- II. **Registro Autonómico de Diabetes Mellitus tipo 1 en menores de 15 años:** Dirección General de salud Pública. Gobierno de Aragón. Último dato disponible 2018  
[https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Diabetes\\_1\\_Menores\\_Aragon\\_1991\\_2018.pdf/99bfb392-c911-196c-7e48-29de304deeeb?t=1572434743112](https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Diabetes_1_Menores_Aragon_1991_2018.pdf/99bfb392-c911-196c-7e48-29de304deeeb?t=1572434743112)
- III. **Conjunto mínimo básico de datos( CMBD) de altas hospitalarias en Aragón,** del que se han extraído las hospitalizaciones por complicaciones en pacientes diabéticos de 15 años o mayores. Excluida diabetes gestacional
- IV. **Registros de Mortalidad de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y del Ministerio de Sanidad**  
<https://www.aragon.es/-/registro-de-mortalidad>  
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/I/mortalidad-por-causa-de-muerte/tasas-de-mortalidad-ajustadas-por-edad-a-partir-de-1999-cie-10>

- V. **El Atlas para la monitorización de los cuidados en diabetes** del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Recoge información en población diabética igual o mayor de 40 años, sus fuentes son OMI-AP y Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) Permite comparación por zona básica de salud, área sanitaria y con otras Comunidades Autónomas en un conjunto de indicadores. Si bien es interesante su consulta, no se presentan datos en esta evaluación.

<https://cienciadedatosysalud.org/atlas/diabetes/>

<https://cienciadedatosysalud.org/atlas/diabetes-aragon/>

### 3. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA PACIENTES CON DIABETES EN ARAGÓN

Se diferencian indicadores de proceso e indicadores de resultado, serán obtenidos de la base de datos de OMI-AP, del registro de altas de hospitalización (CMBD) y otros registros de Salud Pública y Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

<i>Indicador 1</i>	<b>Prevalencia de diabetes diagnosticada</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Personas con registro de diabetes en OMI/AP b: Población general
<i>Definición</i>	% de personas con diagnóstico diabetes (código T 90), sobre la población general
<i>Criterios de exclusión</i>	Diabetes Tipo 1, Mody, diabetes gestacional
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP y BdD de tarjeta
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector CIA, edad y sexo
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 2</i>	<b>Revisión HbA1c en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años con revisión de <b>HbA1c</b> en los últimos 6 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años
<i>Definición</i>	% revisión de <b>HbA1c</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 6 últimos meses
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Hemoglobina Glicada menor de 1 o mayor de 15.
<i>Criterio de valoración</i>	Existencia de prueba válida en el periodo indicado. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si no hay prueba,</li> <li>• Verde: Si hay prueba.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP

Desagregación	Aragón, sector, CIA
Periodicidad	6 meses

Indicador 3	<b>Valor HbA1c en paciente diabético</b>
Fórmula	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años con valor de <b>HbA1c</b> en los últimos 6 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años
Definición	% valor de <b>HbA1c</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 6 últimos meses
Criterios de exclusión	Valor de Hemoglobina Glicada menor de 1 o mayor de 15.
Criterio de valoración	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si Revisión Hemoglobina Glicada es Rojo.</li> <li>• Rojo: Si (tiene Hipoglucemia) o (su edad es <math>\geq 18</math> y <math>&lt; 80</math> años y el resultado es <math>\geq 8</math>) o (su edad es <math>\geq 80</math> años y el resultado es <math>\geq 8,5</math>).</li> <li>• Amarillo: Si (su edad es <math>\geq 18</math> y <math>&lt; 80</math> años y el resultado es <math>\geq 7</math> y <math>&lt; 8</math>) o (su edad es <math>\geq 80</math> años y el resultado es <math>\geq 7,5</math> y <math>&lt; 8,5</math>).</li> <li>• Verde: Si (su edad es <math>\geq 18</math> y <math>&lt; 80</math> años y el resultado es <math>&lt; 7</math>) o (su edad es <math>\geq 80</math> años y el resultado es <math>&lt; 7,5</math>).</li> </ul>
Fuente de Información	OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, CIA
Periodicidad	6 meses

Indicador 4	<b>Pacientes diabéticos con registro de Hipoglucemia</b>
Fórmula	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años con registro de hipoglucemia en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 18$ años
Definición	% registro de <b>hipoglucemia</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 6 últimos meses.
Criterio de valoración	Registro de Hipoglucemia realizado en el plan personal de "PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN" en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si no tiene registro.</li> <li>• Rojo: Si el registro es Si.</li> <li>• Verde: Si el registro es No.</li> </ul>
Fuente de Información	OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, CIA
Periodicidad	12 meses

<i>Indicador 5</i>	<b>Retinografía en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con retinografía realizada b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ y $< 85$ años sin criterios de exclusión
<i>Definición</i>	% prueba de <b>retinografía</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual a 85 años en la fecha de estudio y sin fecha de alta, diagnosticados antes de los 36 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Excluyendo códigos de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• F82 (desprendimiento de retina)</li> <li>• F84 (Degeneración macular)</li> <li>• A99 (Otras Enfermedades Generalizadas/cuidados paliativos/Paciente terminal)</li> <li>• A28 (Inmovilizado/Incapacidad/Minusvalía)</li> <li>• Z28 (solo Dependencia con Barthel <math>\leq 60</math>) en últimos 5 años</li> </ul> Otras exclusiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengan negada la actividad en OMI /AP</li> </ul>
<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si no hay prueba en los últimos 36 meses.</li> <li>• Amarillo: Si la última prueba se ha realizado hace más de 24 meses, pero menos de 36.</li> <li>• Verde: Si la última prueba se ha realizado en <math>\leq 24</math> meses.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 6</i>	<b>Revisión microalbuminuria en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con revisión de microalbuminuria en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
<i>Definición</i>	% revisión <b>microalbuminuria</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Microalbuminuria menor de 0 o mayor de 1000.
<i>Criterio de valoración</i>	Existencia de prueba válida en el periodo indicado. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si no hay prueba.</li> <li>• Verde: Si hay prueba.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses



<i>Indicador 7</i>	<b>Valor de microalbuminuria en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con valor de microalbuminuria en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
<i>Definición</i>	% valor de <b>microalbuminuria en</b> pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Microalbuminuria menor de 0 o mayor de 1000.
<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si Revisión Microalbuminuria es Rojo.</li> <li>• Rojo: Si el resultado es <math>&gt; 300</math>.</li> <li>• Amarillo: Si el resultado es <math>\geq 30</math> y <math>\leq 300</math>.</li> <li>• Verde: Si el resultado es <math>&lt; 30</math>.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 8</i>	<b>Revisión de Filtrado Glomerular (GFR) en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con revisión de GFR en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
<i>Definición</i>	% revisión de <b>GFR</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Filtrado Glomerular menor de 0 o mayor de 200.
<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si no hay prueba.</li> <li>• Verde: Si hay prueba.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

Indicador 9	Valor de Filtrado Glomerular (GFR) en pacientes diabéticos
Fórmula	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con valor de GFR en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
Definición	% valor de <b>GFR</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
Criterios de exclusión	Valor de Filtrado Glomerular menor de 0 o mayor de 200.
Criterio de valoración	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si Revisión Filtrado Glomerular es Rojo.</li> <li>• Rojo: Si el resultado es <math>&lt; 30</math>.</li> <li>• Amarillo: Si el resultado es <math>\geq 30</math> y <math>\leq 60</math>.</li> <li>• Verde: Si el resultado es <math>&gt; 60</math>.</li> </ul>
Fuente de Información	OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, CIA
Periodicidad	12 meses

Indicador 10	Paciente diabético con evaluación del riesgo del pie
Fórmula	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con evaluación del riesgo del pie en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
Definición	% evaluación del <b>riesgo del pie</b> en los pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
Criterio de valoración	Existencia de prueba de evaluación del riesgo del pie válida en el periodo indicado Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: No se ha evaluado el riesgo.</li> <li>• Verde: Si se ha evaluado el riesgo.</li> </ul>
Fuente de Información	OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, CIA
Periodicidad	12 meses

<i>Indicador 11</i>	<b>Revisión de Tensión arterial en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	a/b*100 a: Pacientes diabéticos con edad ≥15 años con revisión de la Tensión arterial en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad ≥15 años
<i>Definición</i>	% revisión de <b>Tensión arterial</b> en los pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años en la fecha de estudio , diagnosticados antes de los 12 últimos meses
<i>Criterios de exclusión</i>	Se excluirán las tomas con Valor de diastólica menor de 10 mmHg o mayor de 150 mmHg y valor de sistólica menor de 50 mmHg o mayor de 250 mmHg. Si hay varias tomas el mismo día se tomará la mayor tanto para sistólica como para diastólica.
<i>Criterio de valoración</i>	Media de las 3 últimas tomas válidas (tanto sistólica como diastólica) en el periodo indicado. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si Revisión Tensión Arterial es Rojo.</li> <li>• Rojo: Si la media de las 3 últimas sistólicas es &gt;= 140 mmHg o la media de las 3 últimas diastólicas es &gt;= 90 mmHg.</li> <li>• Verde: Si la media de las 3 últimas sistólicas es &lt; 140 mmHg y la media de las 3 últimas diastólicas es &lt; 90 mmHg.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 12</i>	<b>Revisión de LDL colesterol en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	a/b*100 a: Pacientes diabéticos con edad ≥15 años y ≤ 75 con valor de LDL colesterol en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad ≥15 años y ≤ 75 años
<i>Definición</i>	% revisión de <b>LDL colesterol</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual de 75 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Colesterol LDL menor de 0 o mayor de 500.
<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si no hay prueba.</li> <li>• Verde: Si hay prueba</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 13</i>	<b>Valor de LDL colesterol en pacientes diabéticos de alto riesgo</b>
<i>Fórmula</i>	a/b*100 a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años y $\leq 75$ con valor de LDL colesterol en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años y $\leq 75$ años
<i>Definición</i>	% valor de <b>LDL colesterol</b> en pacientes diabéticos, de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual de 75 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Colesterol LDL menor de 0 o mayor de 500.
<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba válida en el periodo indicado. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si Revisión LDL-Colesterol es Rojo.</li> <li>• Rojo: Si el resultado de la última prueba es <math>\geq 100</math>.</li> <li>• Verde: Si el resultado de la última prueba es <math>&lt; 100</math></li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 14</i>	<b>Valor de LDL colesterol en pacientes diabéticos de muy alto riesgo</b>
<i>Fórmula</i>	a/b*100 a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años y $\leq 75$ con valor de LDL colesterol en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años y $\leq 75$ años con factores de muy alto riesgo cardiovascular
<i>Definición</i>	% valor de <b>LDL colesterol</b> en pacientes diabéticos de muy alto riesgo, de edad mayor o igual a 15 años y menor o igual de 75 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Valor de Colesterol LDL menor de 0 o mayor de 500.
<i>Aclaración</i>	Se entiende por pacientes diabéticos de muy alto Riesgo Cardiovascular todos aquellos en alguna de las circunstancias siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de ECV (diagnósticos K74 (Angina De Pecho) o K75 (Infarto Agudo De Miocardio) o K76 (Otras Enfermedades Isquémicas Crónicas del Corazón) o K89 (Isquemia Cerebral Transitoria) o K90 (Accidente Cerebro/Vascular/Apoplejía) o K92 (Otras Enfermedades Arteriales/Vasculares Periféricas/Cerebral) o K93 (Embolismo Pulmonar)).</li> <li>• U99 (Microangiopatía) o F83 (Retinopatía diabética).</li> <li>• Evolución diabetes <math>&gt; 10</math> años.</li> <li>• Múltiples factores de riesgo: IMC (Índice de Masa Corporal) <math>&gt; 30</math> y (K86 (Hipertensión no Ccomplicada) o K87 (Hipertensión con afectación de órganos diana)).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Factor de riesgo severo: P17 (Tabaquismo) o Colesterol LDL &gt; 190.</li> </ul>
<i>Criterio de valoración</i>	<p>Última prueba válida en el periodo indicado.</p> <p>Valores indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gris: Si Revisión LDL-Colesterol es Rojo.</li> <li>Rojo: Si el resultado de la última prueba es <math>\geq 70</math></li> <li>Verde: Si el resultado de la última prueba es <math>&lt; 70</math></li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 15</i>	<b>Revisión de índice de masa corporal (IMC) en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con revisión de IMC en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años
<i>Definición</i>	% revisión de <b>IMC</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Código (A28 Inmovilizado/Incapacidad/Minusvalía) Valor de IMC menor de 0 o mayor de 100.
<i>Aclaración</i>	En ausencia de talla, se tomará como referencia el valor de la última talla registrada.
<i>Criterio de valoración</i>	<p>Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rojo: Si no hay prueba.</li> <li>Verde: Si hay prueba</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 16</i>	<b>Valor de índice de masa corporal (IMC) en pacientes diabéticos</b>
<i>Fórmula</i>	$a/b*100$ a: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años con valor de IMC en los últimos 12 meses b: Pacientes diabéticos con edad $\geq 15$ años y $\leq 75$ años
<i>Definición</i>	% valor de <b>IMC</b> en pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.
<i>Criterios de exclusión</i>	Código (A28 Inmovilizado/Incapacidad/Minusvalía) Valor de IMC menor de 0 o mayor de 100.

<i>Criterio de valoración</i>	Última prueba válida realizada en el periodo establecido. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si IMC es Rojo</li> <li>• Rojo: Si el resultado es <math>\geq 30</math></li> <li>• Amarillo: Si el resultado <math>\geq 25 &lt; 30</math></li> <li>• Verde: Si el resultado es <math>\geq 18.5 &lt; 25</math></li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador 17</i>	<b>Pacientes diabéticos a los que se ha preguntado por episodios de hipoglucemia</b>
<i>Definición</i>	% Pacientes diabéticos de edad mayor o igual a 18 años en la fecha del estudio, diagnosticados antes de los 6 últimos meses.
<i>Aclaración</i>	Registro de Hipoglucemia realizado en el plan personal de "PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN" en el periodo establecido
<i>Criterio de valoración</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gris: Si no tiene registro.</li> <li>• Rojo: Si el registro es S.</li> <li>• Verde: Si el registro es N.</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	6 meses

<i>Indicador</i>	<b>Pacientes diabéticos con cobertura insuficiente</b>
<i>Definición</i>	% cobertura insuficiente en revisión de <b>HbA1c, LDLc, pie de riesgo</b> en pacientes diabéticos, con datos en los indicadores implicados.
<i>Aclaración</i>	El cálculo de este indicador se basa en los indicadores de Revisión Hemoglobina Glicada, Revisión Pie Diabético y Revisión Colesterol LDL y dichos indicadores tienen distinto Ámbito de aplicación.
<i>Criterio de valoración</i>	Se tendrán en cuenta los indicadores disponibles para cada paciente. Valores indicador: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rojo: Si los indicadores Revisión Hemoglobina Glicada, Revisión Pie Diabético y Revisión LDL-Colesterol aplicables al paciente son todos rojos.</li> <li>• Verde: Si alguno de los indicadores señalados no es rojo</li> </ul>
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	12 meses

<i>Indicador</i>	<b>Pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación.</b>
<i>Fórmula</i>	[a / b] *100 a) Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA_00126' =1 y ('RDS_5602'=1 o 'CDC_5612'=1 o 'CDC_5614'=1 o 'CDC_5616'=1). b) Pacientes diabéticos (T90) ≥ 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.
<i>Definición</i>	% pacientes diabéticos mayor o igual a 15 años y registro de intervención en conocimientos deficientes
<i>Aclaración</i>	Los DGPs hacen referencia a: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES ('NA_00126'), ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD ('RDS_5602'), ENSEÑANZA: ACTIV/EJERCICIO ('CDC_5612'), ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA ('CDC_5614') y ENSEÑANZA: MEDICAM. PRESCRITOS ('CDC_5616').
<i>Fuente de Información</i>	OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, CIA
<i>Periodicidad</i>	anual
<i>Aclaración</i>	En un indicador de acuerdo de gestión su periodo de evaluación es de 1 de enero a 31 de diciembre del año a evaluar,

<i>Indicador</i>	<b>Tasa de complicaciones agudas en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: [a / b] *1000 a) Número de altas con diagnóstico principal de cetoacidosis, coma hiperosmolar u otro tipo de coma de personas diabéticas. b) Población con diagnóstico de diabetes (Código T90)
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años con alguna <b>complicación aguda de la diabetes</b> por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con alguna complicación aguda de diabetes como diagnóstico primario (Códigos CIE 9-CM: 250.1, 250.2, 250.3; CIE-10: E10.11, E10.641, E10.69, E11.0 E13.0 E13.1 E11.69 E11.641 o con diagnóstico primario E11.65 si en diagnósticos secundarios está alguno de los siguientes códigos E11.0 E13.10 E11.69). Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4).
<i>Fuente de Información</i>	Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP
<i>Desagregación</i>	Aragón, sector, sexo
<i>Periodicidad</i>	Anual

<i>Indicador</i>	<b>Tasa de amputaciones de miembros inferiores en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas de personas diabéticas a las que ha sido practicada alguna amputación no traumática en miembros inferiores en el año de estudio. b) Población con diagnóstico de diabetes ( <i>Código T90</i> )
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años a los que se les ha realizado alguna amputación, por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13) y procedimiento de amputación de miembro inferior (Códigos CIE 9-CM: 84.1; CIE-10: OY6).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4)
<i>Fuente de Información</i>	<i>Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP</i>
<i>Desagregación</i>	<i>Aragón, sector, sexo</i>
<i>Periodicidad</i>	Anual

<i>Indicador</i>	<b>Tasa de amputaciones mayores de miembros inferiores en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas de personas diabéticas a las que ha sido practicada <b>amputación mayor no traumática</b> en miembros inferiores. b) Población con diagnóstico de diabetes ( <i>Código T90</i> )
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años a los que se les ha realizado alguna amputación mayor, por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13) y algún procedimiento de amputación MAYOR -por encima del tobillo- (Códigos CIE-9-CM: 84.10, 84.13, 84.14, 84.15, 84.16, 84.17, 84.18, 84.19; CIE-10: OY6M0Z0, OY6N0Z0, OY62, OY63, OY64, OY67, OY68, OY6F, OY6G, OY6C, OY6D, OY6H, OY6J).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4).
<i>Fuente de Información</i>	<i>Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP</i>
<i>Desagregación</i>	<i>Aragón, sector, sexo</i>
<i>Periodicidad</i>	Anual



<i>Indicador</i>	<b>Tasa de amputaciones menores de miembros inferiores en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas de personas diabéticas a las que ha sido practicada <b>amputación menor no traumática</b> en miembros inferiores b) Población con diagnóstico de diabetes ( <i>Código T90</i> )
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años a los que se les ha realizado alguna amputación menor, por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13) y algún procedimiento de amputación MENOR -por debajo del tobillo- (Códigos CIE-9-CM: 84.11, 84.12; CIE-10: 0Y6M0Z4, 0Y6M0Z5, 0Y6M0Z6, 0Y6M0Z7, 0Y6M0Z8, 0Y6M0Z9, 0Y6M0ZB, 0Y6M0ZC, 0Y6M0ZD, 0Y6M0ZF, 0Y6N0Z4, 0Y6N0Z5, 0Y6N0Z6, 0Y6N0Z7, 0Y6N0Z8, 0Y6N0Z9, 0Y6N0ZB, 0Y6N0ZC, 0Y6N0ZD, 0Y6N0ZF, 0Y6P, 0Y6Q, 0Y6R, 0Y6S, 0Y6T, 0Y6U, 0Y6V, 0Y6W, 0Y6X, 0Y6Y).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4).
<i>Fuente de Información</i>	<i>Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP</i>
<i>Desagregación</i>	<i>Aragón, sector, sexo</i>
<i>Periodicidad</i>	Anual

<i>Indicador</i>	<b>Tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio (IAM) en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas por IAM en personas con diabetes b) Población con diagnóstico de diabetes ( <i>Código T90</i> )
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años con diagnóstico primario de <b>IAM</b> , por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico primario de IAM (Códigos CIE 9-CM: 410; CIE-10: I21, I22) y algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4).
<i>Fuente de Información</i>	<i>Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP</i>
<i>Desagregación</i>	<i>Aragón, sector, sexo</i>
<i>Periodicidad</i>	Anual

Indicador	Tasa de hospitalización por ictus en personas con diabetes
Formula	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas por ictus en personas con diabetes b) Población con diagnóstico de diabetes (Código T90)
Definición	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años con diagnóstico primario de <b>ictus</b> , por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
Aclaración	Numerador: Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico primario de ictus (Códigos CIE 9-CM: 433,434; CIE-10: I63, I65, I66) y algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10 O24.4).
Fuente de Información	Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, sexo
Periodicidad	Anual

Indicador	Tasa de hospitalización por angina en personas con diabetes
Formula	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas por angina en personas con diabetes b) Población con diagnóstico de diabetes (Código T90)
Definición	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años con diagnóstico primario de <b>angina</b> sin procedimiento cardiaco asociado, por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
Aclaración	Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico primario de angina (Códigos CIE 9-CM: 411.1, 411.8, 413; CIE-10: I20 I24.0 I24.8) y algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13).  Se excluyen los casos con los siguientes procedimientos cardiacos.  CÓDIGOS CIE 9-CM: 00.50 00.51 00.52 00.53 00.54 00.55 00.56 00.57 00.66, 35, 36, 37.0, 37.1, 37.2, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 37.7, 37.8, 37.94, 37.95, 37.96, 37.97, 37.98.  CÓDIGOS CIE 10: Todos los procedimientos que comienzan por 02 (0: Procedimientos quirúrgicos; 2: Corazón y grandes vasos).  Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10: O24.4).
Fuente de Información	Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP
Desagregación	Aragón, sector, sexo
Periodicidad	Anual

<i>Indicador</i>	<b>Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca congestiva en personas con diabetes</b>
<i>Formula</i>	Fórmula: $[a / b] * 1000$ a) Número de altas por insuficiencia cardiaca congestiva en personas con diabetes. b) Población con diagnóstico de diabetes (Código T90)
<i>Definición</i>	Altas hospitalarias de pacientes diabéticos mayores de 15 años con diagnóstico primario de <b>insuficiencia cardiaca congestiva</b> , por cada 1000 personas con diabetes durante el año de estudio.
<i>Aclaración</i>	<p>Altas hospitalarias de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico primario de insuficiencia cardiaca congestiva (Códigos CIE-9: 398.91 402.01 402.11 402.91 404.01 404.03 404.11 404.13 404.91 404.93 428.0 428.1 428.20 428.22, 428.23 428.30 428.32 428.33 428.40 428.42 428.43 428.9</p> <p>CIE-10: I11.0 I13.0 I13.2 I50.1 I50.20 I50.22 I50.23 I50.30 I50.32 I50.33 I50.40 I50.42 I50.43 I50.9) y algún diagnóstico de diabetes (Códigos CIE-9-CM: 250; CIE-10: E10, E11, E13).</p> <p>Se excluyen los casos con los siguientes diagnósticos secundarios.</p> <p>CÓDIGOS CIE 9-CM: 630-679; 491.1, 491.2, 491.8, 491.9, 492, 493.2, 494, 496; 410, 411.1, 411.8, 413; 403 404.00 404.02 404.10 404.12 404.90 404.92 584.5 584.6 584.7 584.8 584.9 585 586.</p> <p>CÓDIGOS CIE 10: O00-099; J41.1 J41.8, J42, J44, I20 I21 I22; I12 I13.1 N17 N18</p> <p>Se excluyen casos de diabetes gestacional (Códigos CIE 9-CM: 648.8; CIE-10: O24.4).</p>
<i>Fuente de Información</i>	<i>Numerador: CMBD, Denominador: OMI-AP</i>
<i>Desagregación</i>	<i>Aragón, sector, sexo</i>
<i>Periodicidad</i>	<i>Anual</i>

## 4. RESULTADOS DE EVALUACIÓN

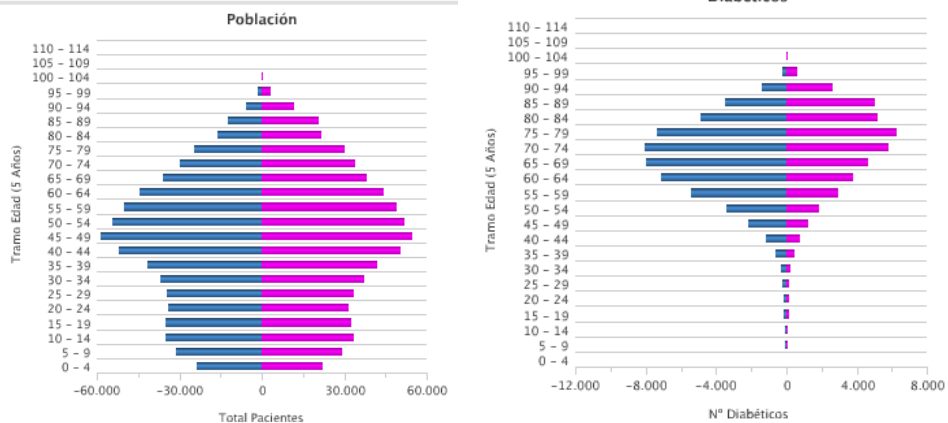
### 4.1 Prevalencia de diabetes

En la evaluación realizada con datos a diciembre de 2022 hay en OMI-AP de Aragón 96.586 pacientes con diagnóstico CIAP (T90), excluye Diabetes Gestacional, la prevalencia es de 7,26 (7,14% en 2021), se distribuye por sectores, según la siguiente tabla:

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	5.975	69.807	8,56%
BARBASTRO	8.294	112.316	7,38%
CALATAYUD	3.963	43.705	9,07%
HUESCA	7.625	110.535	6,90%
TERUEL	6.322	74.381	8,50%
ZARAGOZA I	14.348	198.340	7,23%
ZARAGOZA II	26.956	404.707	6,66%
ZARAGOZA III	23.103	317.076	7,29%
<b>Total</b>	<b>96.586</b>	<b>1.330.867</b>	<b>7,26%</b>

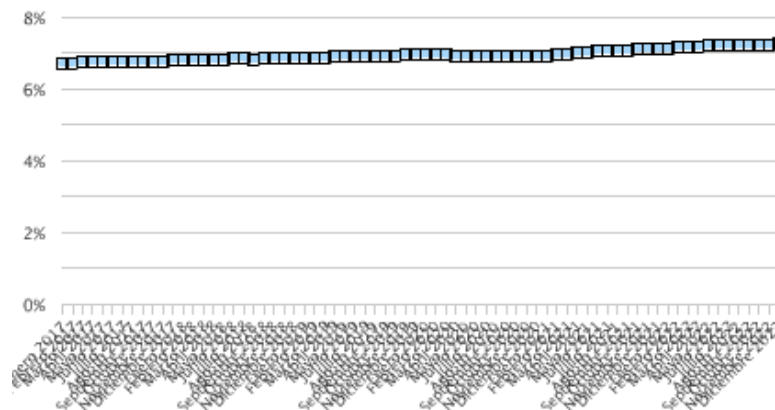


PIRÁMIDE POBLACIONAL



### Evolución de la prevalencia de 2017 a 2022

#### PREVALENCIA



**Distribución por sexo:** 42.308 mujeres (prevalencia 6,27%) y 54.278 hombres (prevalencia 8,27 %), se distribuye por sectores según muestran las siguientes tablas.

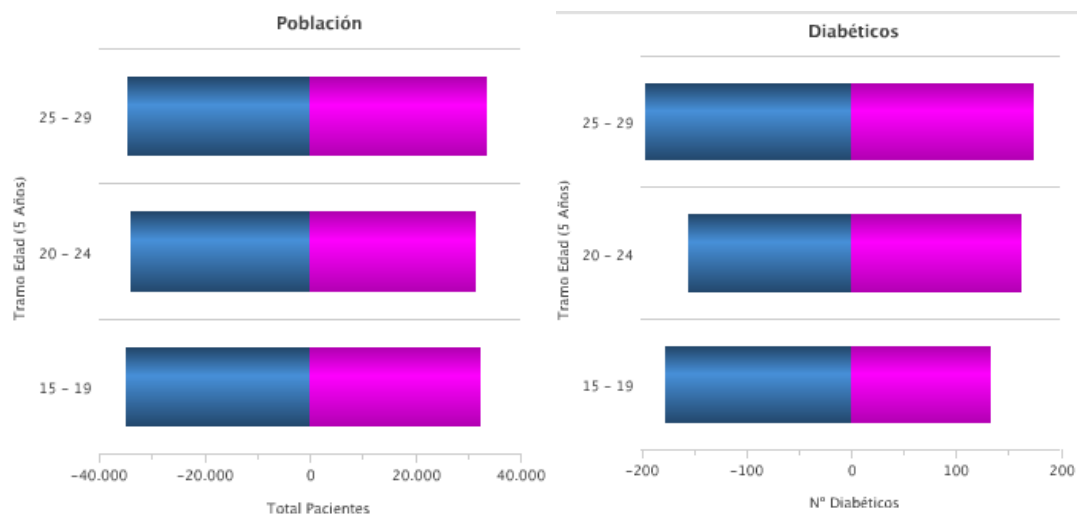
Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	2.482	33.821	7,34%
BARBASTRO	3.508	54.486	6,44%
CALATAYUD	1.779	21.607	8,23%
HUESCA	3.236	56.116	5,77%
TERUEL	2.807	37.048	7,58%
ZARAGOZA I	6.190	100.698	6,15%
ZARAGOZA II	12.181	211.913	5,75%
ZARAGOZA III	10.125	158.768	6,38%
<b>Total</b>	<b>42.308</b>	<b>674.457</b>	<b>6,27%</b>

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	3.493	35.986	9,71%
BARBASTRO	4.786	57.830	8,28%
CALATAYUD	2.184	22.098	9,88%
HUESCA	4.389	54.419	8,07%
TERUEL	3.515	37.333	9,42%
ZARAGOZA I	8.158	97.642	8,36%
ZARAGOZA II	14.775	192.794	7,66%
ZARAGOZA III	12.978	158.308	8,20%
<b>Total</b>	<b>54.278</b>	<b>656.410</b>	<b>8,27%</b>

#### Distribución por grupos de edad:

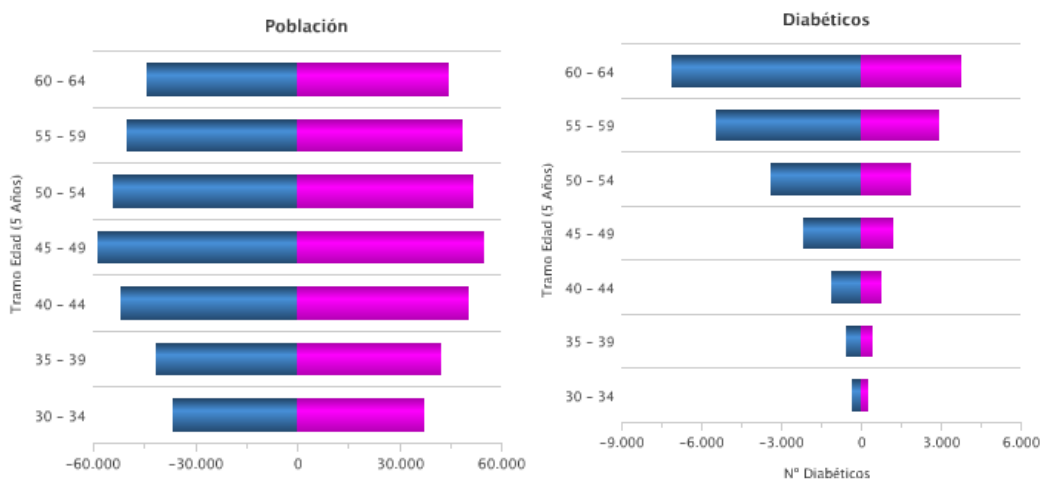
**De 15 a 29 años** la prevalencia es de 0,50 (0,47% en 2021), con una distribución semejante entre mujeres y hombre en la población, siendo algo superior en número de personas con diabetes en hombres en los tramos de edad de 15 a 19 y de 25 a 29 años. Muchos de los pacientes de este grupo de edad son llevados en consultas de endocrinología y no disponemos de datos de especializada en OMI-AP, excepto que sean registrados de forma manual por el profesional, los pacientes aquí registrados tienen código CIAP T90, excluye Diabetes Gestacional. Se distribuye por sectores según la siguiente tabla.

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	48	10.063	0,48%
BARBASTRO	84	16.815	0,50%
CALATAYUD	36	6.129	0,59%
HUESCA	67	16.084	0,42%
TERUEL	40	11.127	0,36%
ZARAGOZA I	194	34.017	0,57%
ZARAGOZA II	285	58.784	0,48%
ZARAGOZA III	247	48.312	0,51%
<b>Total</b>	<b>1.001</b>	<b>201.331</b>	<b>0,50%</b>



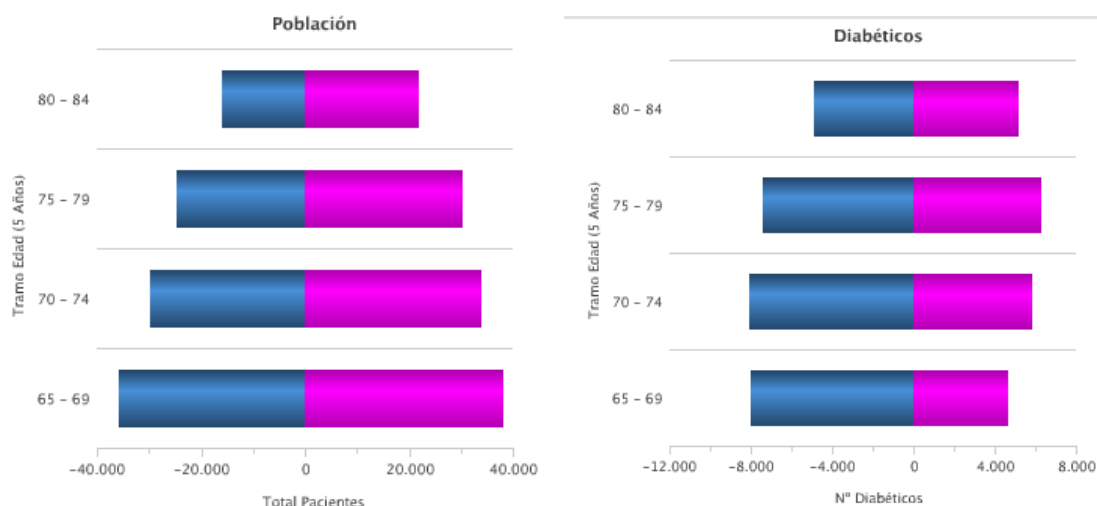
De 30 a 64 años la prevalencia es de 4,71 (4,44% en 2021), con un incremento de pacientes diabéticos hombres con respecto a mujeres, esta diferencia va incrementándose conforme avanza la edad. Se distribuye por sectores según la siguiente tabla.

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	1.893	34.038	5,56%
BARBASTRO	2.672	56.315	4,74%
CALATAYUD	1.178	21.344	5,52%
HUESCA	2.372	55.002	4,31%
TERUEL	2.028	36.612	5,54%
ZARAGOZA I	4.923	101.088	4,87%
ZARAGOZA II	8.437	202.454	4,17%
ZARAGOZA III	7.966	161.004	4,95%
<b>Total</b>	<b>31.469</b>	<b>667.857</b>	<b>4,71%</b>



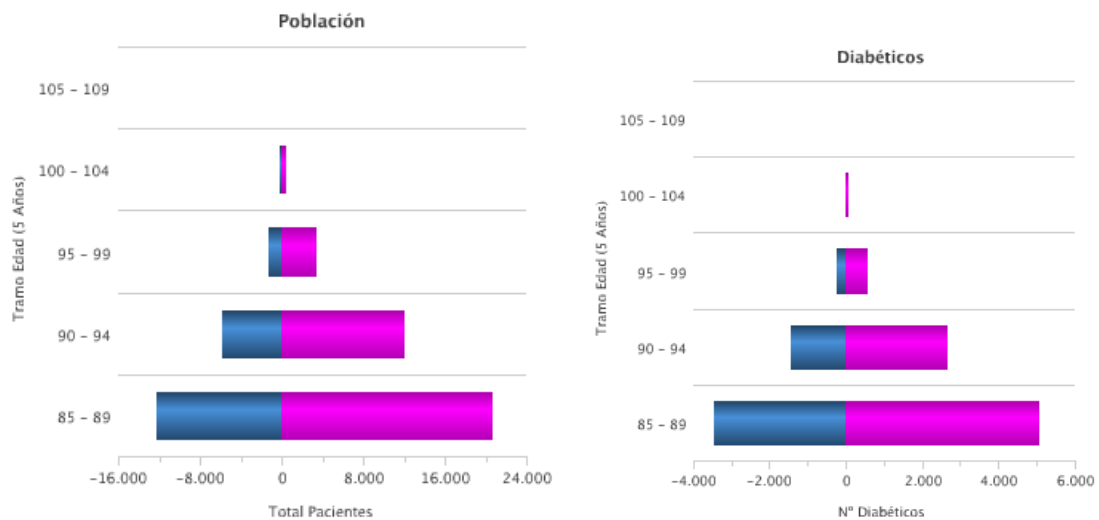
**De 65 a 84 años** la prevalencia en Aragón es de 21,82% (21,33 % en 2021), con mayor proporción de hombres diabéticos frente a mujeres, fundamentalmente en los tramos de 65 a 74 años, conforme aumenta la edad se va igualando hasta el tramo de 80 a 84 que es algo mayor en mujeres, también hay mayor porcentaje de mujeres en ese grupo de edad, según se puede ver en la pirámide de población. Se distribuye por sectores según la siguiente tabla.

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	3.104	12.886	24,09%
BARBASTRO	4.235	19.046	22,24%
CALATAYUD	2.084	9.040	23,05%
HUESCA	3.966	19.641	20,19%
TERUEL	3.221	12.832	25,10%
ZARAGOZA I	7.458	31.018	24,04%
ZARAGOZA II	14.383	74.325	19,35%
ZARAGOZA III	11.836	51.667	22,91%
<b>Total</b>	<b>50.287</b>	<b>230.455</b>	<b>21,82%</b>



**En el grupo de edad  $\geq$  de 85** la prevalencia en Aragón es de 24,09 % (22,87% en 2021), con mayor proporción de mujeres diabéticas frente a hombres, achacable a una mayor supervivencia a partir de esta edad, según se puede ver en la pirámide de población. Se distribuye por sectores según la siguiente tabla

Sector	Nº Pacientes Diabéticos	Total Pacientes	Prevalencia Diabetes
ALCAÑIZ	904	3.637	24,86%
BARBASTRO	1.271	5.322	23,88%
CALATAYUD	655	2.686	24,39%
HUESCA	1.193	5.327	22,40%
TERUEL	1.018	4.251	23,95%
ZARAGOZA I	1.709	6.452	26,49%
ZARAGOZA II	3.778	16.595	22,77%
ZARAGOZA III	2.968	11.762	25,23%
<b>Total</b>	<b>13.496</b>	<b>56.032</b>	<b>24,09%</b>

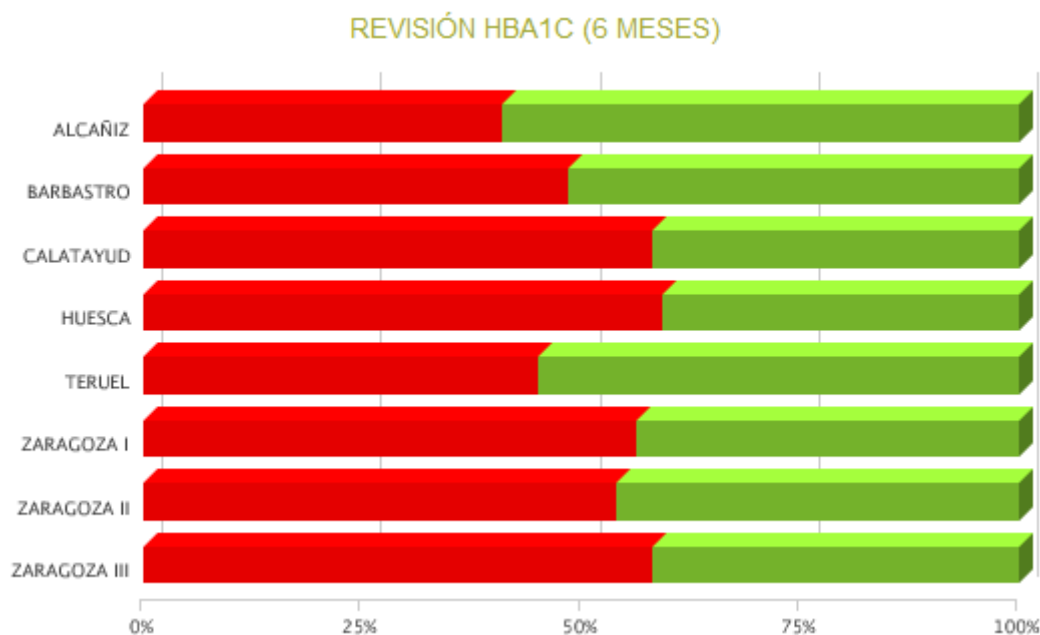


A continuación, vamos a ver resultados de los distintos indicadores del cuadro de mandos de diabetes del SALUD. Se muestran los datos de revisión en formato tabla y diagrama de barras coloreadas, en color verde (prueba realizada) color rojo (prueba no realizada). Los indicadores de valor son objetivos de resultado intermedio que vienen representados por un código semafórico: Verde (normal) amarillo (limite) rojo (anormal), según valores definidos en cada indicador. En color gris cuándo no hay un valor del indicador, al no haberse realizado la prueba.



## 4.2 Indicadores de proceso

Cada año se realiza una evaluación de los indicadores del cuadro de mandos de diabetes disponible en Aragón (datos de OMI –AP), esta evaluación anual se realiza al inicio del año siguiente con el grupo técnico de diabetes de Aragón, se analizan resultados de los principales indicadores y se plantean las acciones de mejora, que son trabajadas en reuniones de seguimiento a lo largo del año.

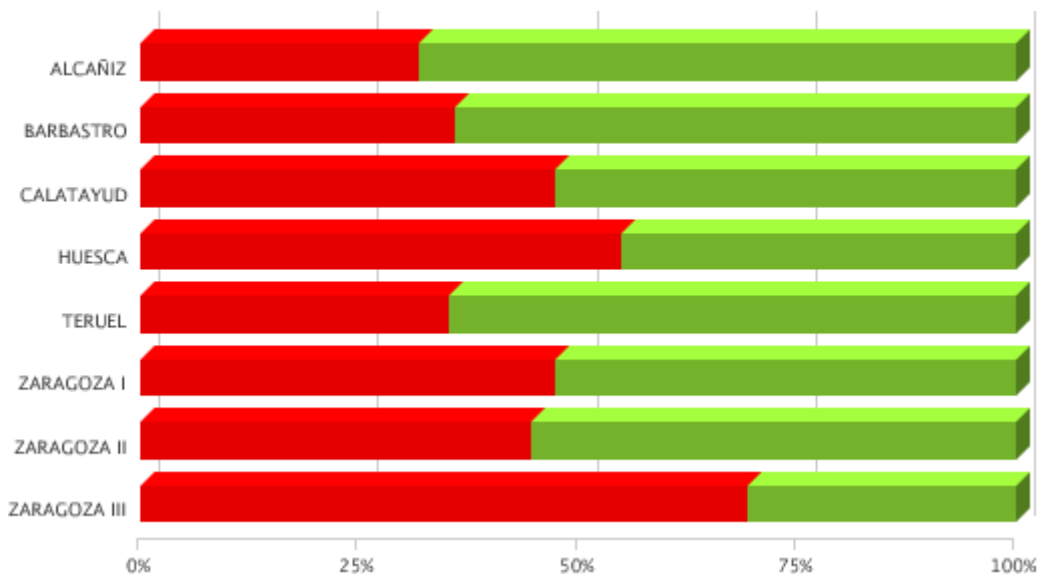


**REVISIÓN HBA1C (6 MESES)**

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	3.364	58,96%	2.342	41,04%	5.706	100,00%
BARBASTRO	4.126	51,49%	3.887	48,51%	8.013	100,00%
CALATAYUD	1.593	41,80%	2.218	58,20%	3.811	100,00%
HUESCA	3.012	40,72%	4.385	59,28%	7.397	100,00%
TERUEL	3.286	54,98%	2.691	45,02%	5.977	100,00%
ZARAGOZA I	6.077	43,71%	7.825	56,29%	13.902	100,00%
ZARAGOZA II	11.993	45,95%	14.108	54,05%	26.101	100,00%
ZARAGOZA III	9.284	41,86%	12.894	58,14%	22.178	100,00%
<b>Total</b>	<b>42.735</b>	<b>45,91%</b>	<b>50.350</b>	<b>54,09%</b>	<b>93.085</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón, en 2022 un 45,91% (36,63% en 2021) de pacientes con diabetes tenían determinación de **hemoglobina glicosilada** realizada en los últimos 6 meses. Alcanzando, por sectores, un máximo 58,98% y un mínimo de 40,72%, frente al 42,91% y 32,73% de 2021.

## REVISIÓN MICROALBUMINURIA

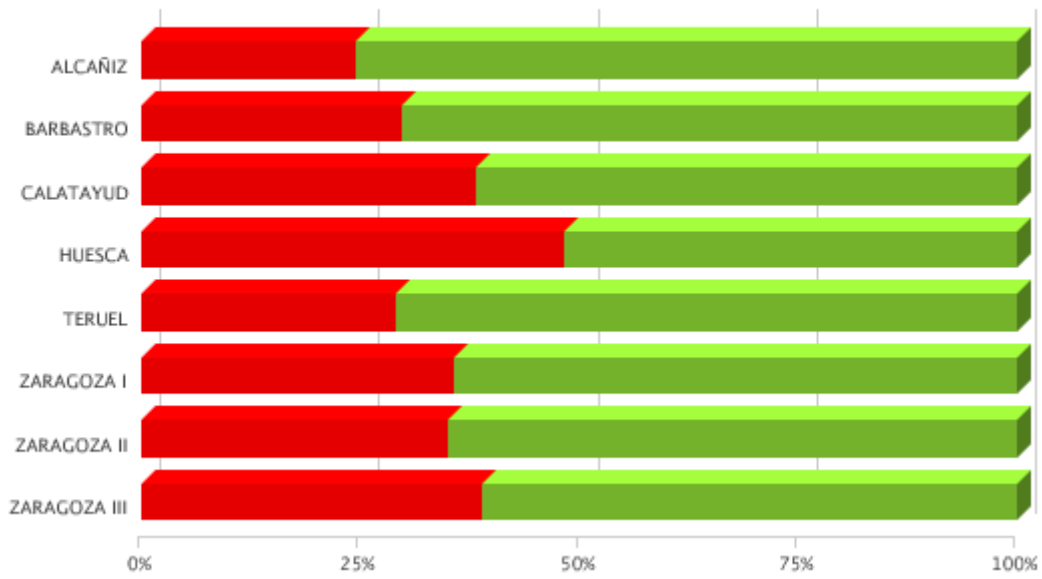


## REVISIÓN MICROALBUMINURIA

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	3.768	68,22%	1.755	31,78%	5.523	100,00%
BARBASTRO	5.010	64,01%	2.817	35,99%	7.827	100,00%
CALATAYUD	1.967	52,72%	1.764	47,28%	3.731	100,00%
HUESCA	3.286	45,17%	3.988	54,83%	7.274	100,00%
TERUEL	3.712	64,75%	2.021	35,25%	5.733	100,00%
ZARAGOZA I	7.158	52,65%	6.438	47,35%	13.596	100,00%
ZARAGOZA II	14.102	55,34%	11.382	44,66%	25.484	100,00%
ZARAGOZA III	6.593	30,57%	14.977	69,43%	21.570	100,00%
<b>Total</b>	<b>45.596</b>	<b>50,25%</b>	<b>45.142</b>	<b>49,75%</b>	<b>90.738</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón, se ha realizado determinación de **microalbuminuria** en los últimos 12 meses al 50,25% (45,35% en 2021) de pacientes con diabetes, con un rango entre sectores que va desde un máximo de 68,22% a un mínimo de 30,57%, frente al 61,66% y 18,95% 2021.

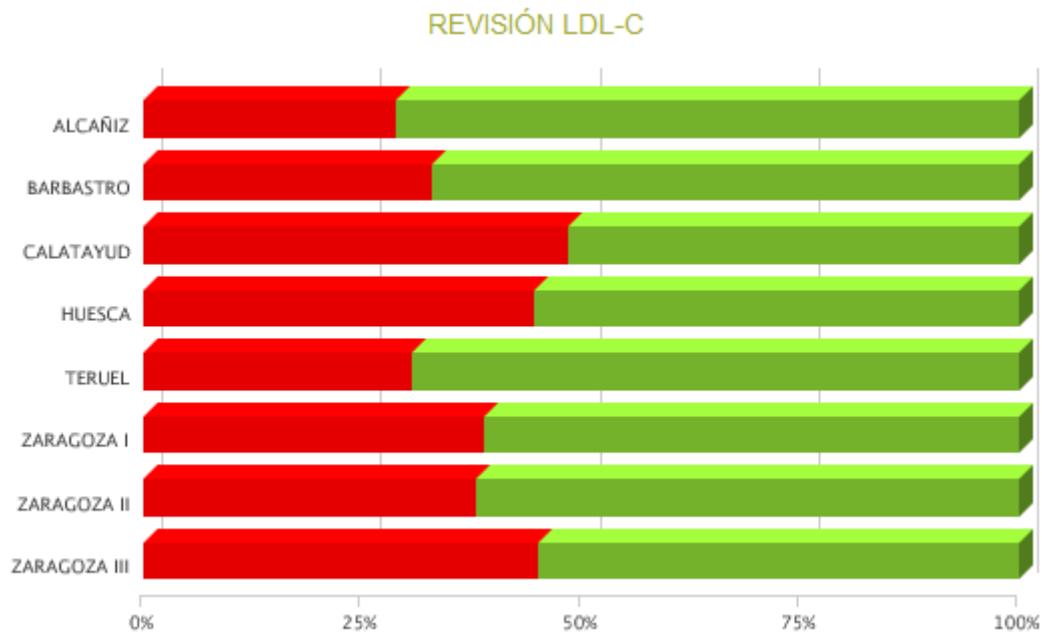
REVISIÓN FGR



REVISIÓN FGR

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	4.171	75,52%	1.352	24,48%	5.523	100,00%
BARBASTRO	5.497	70,23%	2.330	29,77%	7.827	100,00%
CALATAYUD	2.302	61,70%	1.429	38,30%	3.731	100,00%
HUESCA	3.754	51,61%	3.520	48,39%	7.274	100,00%
TERUEL	4.073	71,04%	1.660	28,96%	5.733	100,00%
ZARAGOZA I	8.727	64,19%	4.869	35,81%	13.596	100,00%
ZARAGOZA II	16.547	64,93%	8.937	35,07%	25.484	100,00%
ZARAGOZA III	13.180	61,10%	8.390	38,90%	21.570	100,00%
<b>Total</b>	<b>58.251</b>	<b>64,20%</b>	<b>32.487</b>	<b>35,80%</b>	<b>90.738</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón, se realizó determinación de **Filtrado Glomerular** en los últimos 12 meses al 64,20% (61,72% en 2021) de pacientes con diabetes, con un rango entre sectores que va desde un máximo de 75,52 % y un mínimo de 61,10% frente a 68,41% y 57,62% de 2021.

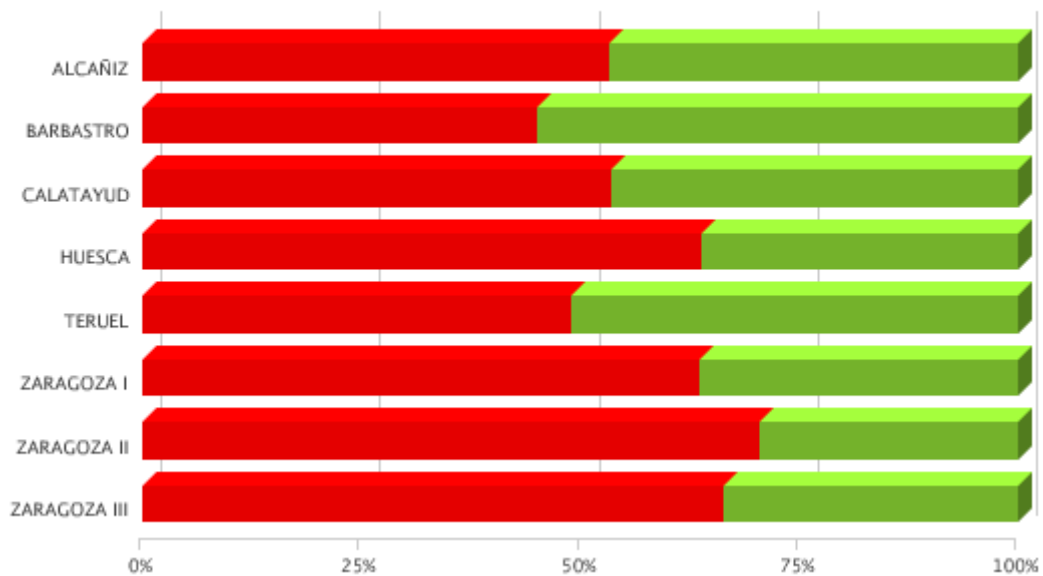


REVISIÓN LDL-C

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	2.423	71,22%	979	28,78%	3.402	100,00%
BARBASTRO	3.276	67,02%	1.612	32,98%	4.888	100,00%
CALATAYUD	1.122	51,40%	1.061	48,60%	2.183	100,00%
HUESCA	2.505	55,33%	2.022	44,67%	4.527	100,00%
TERUEL	2.460	69,33%	1.088	30,67%	3.548	100,00%
ZARAGOZA I	5.590	61,19%	3.546	38,81%	9.136	100,00%
ZARAGOZA II	9.805	62,04%	5.999	37,96%	15.804	100,00%
ZARAGOZA III	7.707	55,01%	6.303	44,99%	14.010	100,00%
<b>Total</b>	<b>34.888</b>	<b>60,68%</b>	<b>22.610</b>	<b>39,32%</b>	<b>57.498</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón hay 71,22 % (51,17% en 2021) de pacientes diabéticos con **determinación de colesterol LDL** realizado en los últimos 12 meses, con un rango entre sectores que va desde un máximo 71,22% y un mínimo de 51,40%, frente al 65,95% y 47,53 % de 2021.

## REVISIÓN TA

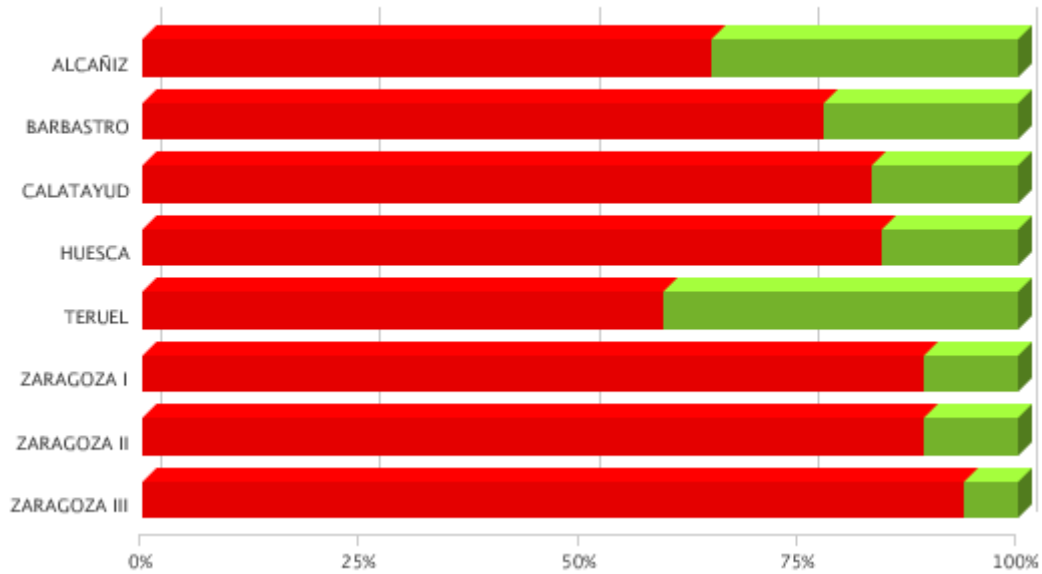


## REVISION TA

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	2.580	46,71%	2.943	53,29%	5.523	100,00%
BARBASTRO	4.303	54,98%	3.524	45,02%	7.827	100,00%
CALATAYUD	1.735	46,50%	1.996	53,50%	3.731	100,00%
HUESCA	2.637	36,25%	4.637	63,75%	7.274	100,00%
TERUEL	2.920	50,93%	2.813	49,07%	5.733	100,00%
ZARAGOZA I	4.961	36,49%	8.635	63,51%	13.596	100,00%
ZARAGOZA II	7.549	29,62%	17.935	70,38%	25.484	100,00%
ZARAGOZA III	7.273	33,72%	14.297	66,28%	21.570	100,00%
<b>Total</b>	<b>33.958</b>	<b>37,42%</b>	<b>56.780</b>	<b>62,58%</b>	<b>90.738</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón 37,42% (32,97 % en 2021) de pacientes diabéticos tenía registro de, al menos, tres tomas de **Presión Arterial** realizadas en los últimos 12 meses, con un rango entre sectores que va desde un máximo 54,98% y un mínimo 29,62%, frente al 49,01 % y 26,37 % de 2021.

REVISIÓN PIE DIABÉTICO

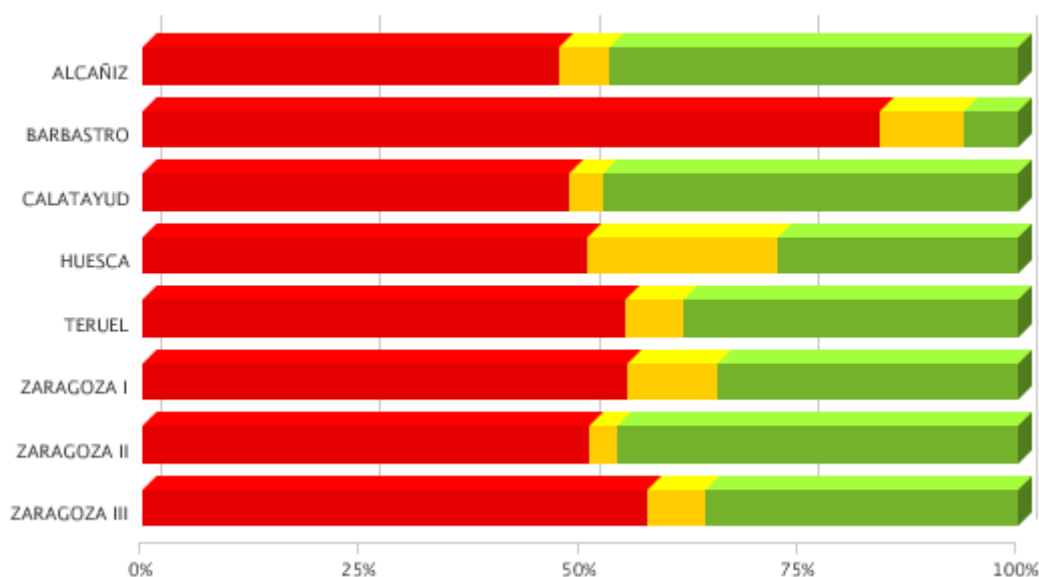


REVISIÓN PIE DIABÉTICO

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	2.707	49,01%	2.816	50,99%	5.523	100,00%
BARBASTRO	2.607	33,31%	5.220	66,69%	7.827	100,00%
CALATAYUD	1.018	27,28%	2.713	72,72%	3.731	100,00%
HUESCA	1.439	19,78%	5.835	80,22%	7.274	100,00%
TERUEL	3.056	53,31%	2.677	46,69%	5.733	100,00%
ZARAGOZA I	2.501	18,40%	11.095	81,60%	13.596	100,00%
ZARAGOZA II	4.098	16,08%	21.386	83,92%	25.484	100,00%
ZARAGOZA III	4.559	21,14%	17.011	78,86%	21.570	100,00%
<b>Total</b>	<b>21.985</b>	<b>24,23%</b>	<b>68.753</b>	<b>75,77%</b>	<b>90.738</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón hay un 24,23% (14,61 % en 2021) pacientes con diabetes con **evaluación del riesgo de pie** realizada en los últimos 12 meses, con un rango entre sectores que va desde un máximo de 53,31% y un mínimo de 16,08%, frente al 34,93 % y 6,29 % de 2021.

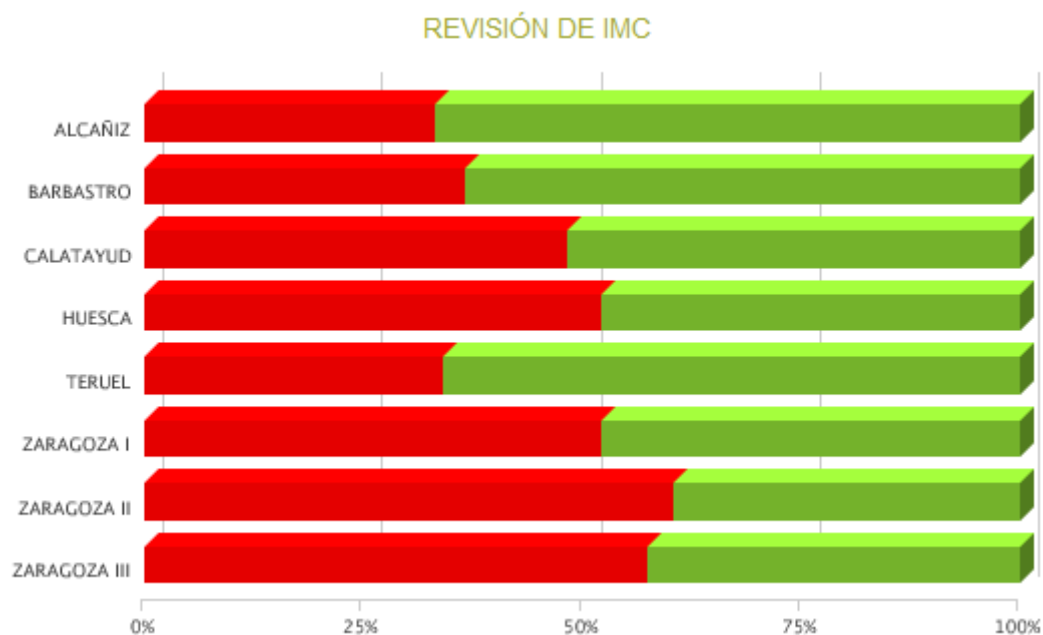
## RETINOGRAFÍA



## RETINOGRAFÍA

Sector	●		●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	1.801	46,68%	218	5,65%	1.839	47,67%	3.858	100,00%
BARBASTRO	338	6,21%	516	9,49%	4.585	84,30%	5.439	100,00%
CALATAYUD	1.162	47,29%	97	3,95%	1.198	48,76%	2.457	100,00%
HUESCA	1.367	27,44%	1.083	21,74%	2.532	50,82%	4.982	100,00%
TERUEL	1.499	38,27%	255	6,51%	2.163	55,22%	3.917	100,00%
ZARAGOZA I	3.455	34,42%	1.027	10,23%	5.557	55,35%	10.039	100,00%
ZARAGOZA II	8.248	45,66%	577	3,19%	9.238	51,14%	18.063	100,00%
ZARAGOZA III	5.384	35,68%	993	6,58%	8.714	57,74%	15.091	100,00%
<b>Total</b>	<b>23.254</b>	<b>36,42%</b>	<b>4.766</b>	<b>7,46%</b>	<b>35.826</b>	<b>56,11%</b>	<b>63.846</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón a un 36,42% (29,03 % en 2021) de pacientes diabéticos se les ha realizado la prueba de **retinografía** en 24 meses (verde), un 7,46% (16,29% en 2021) entre 24 y 36 meses (amarillo) y un 56,11 (54,68 % en 2021) en más de 36 meses(rojo). El rango entre sectores es muy amplio en 24 meses de un máximo de 46,68% y un mínimo 6,21%. Entre 24 y 36 (amarillo) es de máximo 21,74% y mínimo 3,19% y en más de 36 meses 84,30% máximo y 47,67 mínimo, si bien este indicador con elevado porcentaje en amarillo y rojo indica demora de la prueba.

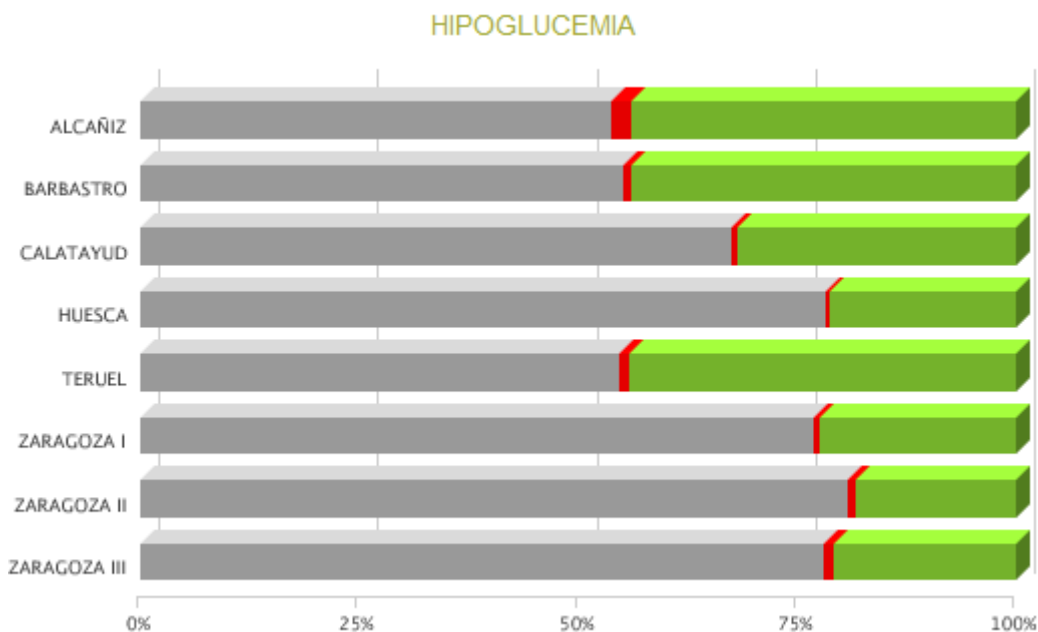


REVISIÓN DE IMC

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	3.627	66,75%	1.807	33,25%	5.434	100,00%
BARBASTRO	4.875	63,28%	2.829	36,72%	7.704	100,00%
CALATAYUD	1.891	51,64%	1.771	48,36%	3.662	100,00%
HUESCA	3.413	47,77%	3.732	52,23%	7.145	100,00%
TERUEL	3.744	65,99%	1.930	34,01%	5.674	100,00%
ZARAGOZA I	6.377	47,80%	6.964	52,20%	13.341	100,00%
ZARAGOZA II	9.897	39,52%	15.146	60,48%	25.043	100,00%
ZARAGOZA III	8.939	42,58%	12.055	57,42%	20.994	100,00%
<b>Total</b>	<b>42.763</b>	<b>48,05%</b>	<b>46.234</b>	<b>51,95%</b>	<b>88.997</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón 48,05% (42,03 % en 2021) de pacientes diabéticos tienen calculado el **índice de masa corporal** en los últimos 12 meses, con un rango entre sectores que va desde un máximo de 66,75% y un mínimo de 39,52%, frente al 58,13 % y 35,32 % de 2021.



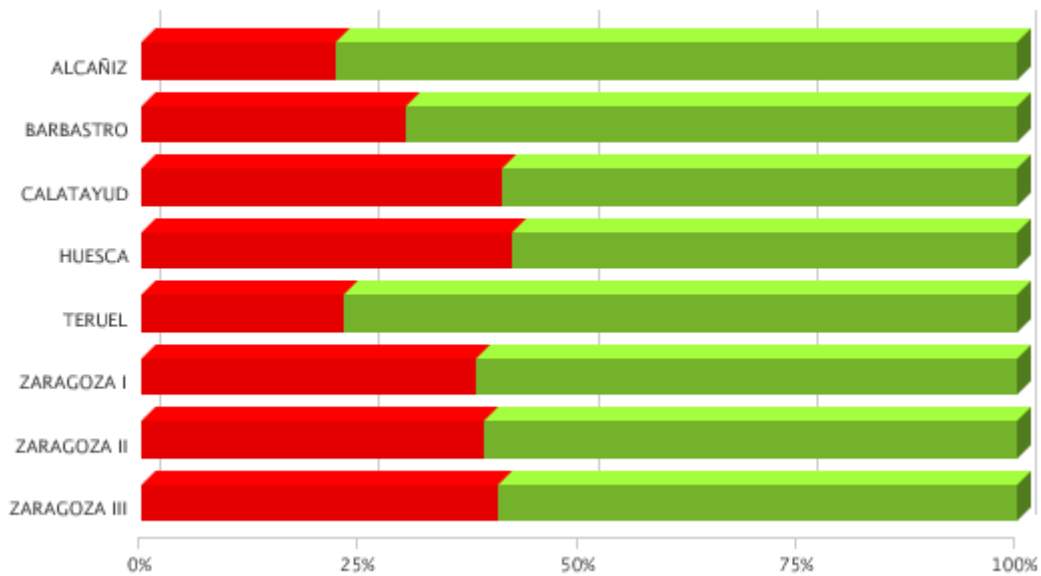


**HIPOGLUCEMIA**

Sector	●		●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	2.531	44,04%	119	2,07%	3.097	53,89%	5.747	100,00%
BARBASTRO	3.526	43,82%	79	0,98%	4.441	55,20%	8.046	100,00%
CALATAYUD	1.217	31,73%	30	0,78%	2.588	67,48%	3.835	100,00%
HUESCA	1.575	21,19%	36	0,48%	5.822	78,33%	7.433	100,00%
TERUEL	2.666	44,05%	74	1,22%	3.312	54,73%	6.052	100,00%
ZARAGOZA I	3.117	22,32%	116	0,83%	10.733	76,85%	13.966	100,00%
ZARAGOZA II	4.803	18,32%	260	0,99%	21.161	80,69%	26.224	100,00%
ZARAGOZA III	4.666	20,92%	218	0,98%	17.419	78,10%	22.303	100,00%
<b>Total</b>	<b>24.101</b>	<b>25,75%</b>	<b>932</b>	<b>1,00%</b>	<b>68.573</b>	<b>73,26%</b>	<b>93.606</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón a un 73,26% (78,65 % en 2021) de pacientes diabéticos **no se les ha preguntado sobre la existencia de episodios de Hipoglucemia** (gris) en los últimos 6 meses y de los que, si han sido preguntados, el 25,75% (20,63% en 2021) no han tenido episodio de hipoglucemia y el 1% (0,72 % en 2021) si han tenido algún episodio de hipoglucemia en los últimos 6 meses. El rango entre sectores de pacientes que no se les ha preguntado por episodios de hipoglucemia ha oscilado entre un máximo de 80,69% y un mínimo de 53,89%, frente al 85,02% y 61,47 % de 2021, si bien en este indicador no se discrimina pacientes con o sin tratamiento que pueden producir hipoglucemias.

## COBERTURA INSUFICIENTE

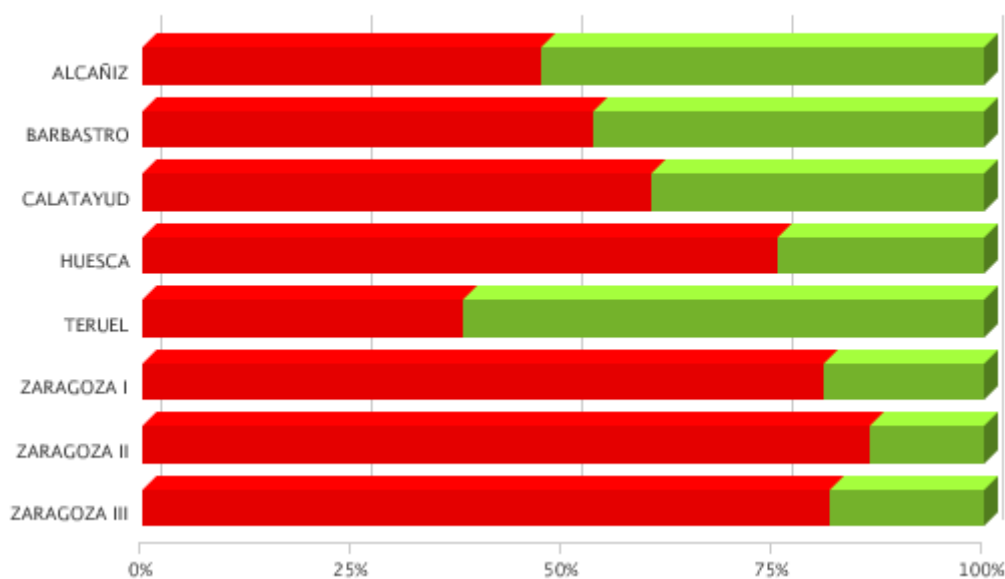


## COBERTURA INSUFICIENTE

Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	4.445	77,83%	1.266	22,17%	5.711	100,00%
BARBASTRO	5.605	69,84%	2.420	30,16%	8.025	100,00%
CALATAYUD	2.247	58,91%	1.567	41,09%	3.814	100,00%
HUESCA	4.274	57,69%	3.134	42,31%	7.408	100,00%
TERUEL	4.606	76,95%	1.380	23,05%	5.986	100,00%
ZARAGOZA I	8.619	61,88%	5.310	38,12%	13.929	100,00%
ZARAGOZA II	15.896	60,82%	10.239	39,18%	26.135	100,00%
ZARAGOZA III	13.153	59,21%	9.061	40,79%	22.214	100,00%
<b>Total</b>	<b>58.845</b>	<b>63,12%</b>	<b>34.377</b>	<b>36,88%</b>	<b>93.222</b>	<b>100,00%</b>

En Aragón a un 63,12 (55,48 % en 2021) de pacientes con diabetes se les ha realizado Revisión **hemoglobina glicosilada** (6 meses), Revisión **Pie Diabético** (12 meses) y Revisión **Colesterol LDL** (12 meses), con un rango entre sectores que va desde un máximo de 77,83% y un mínimo de 57,69% frente al 66,29 % y 49,10 % de 2021.

## DIABETES CONOCIMIENTOS



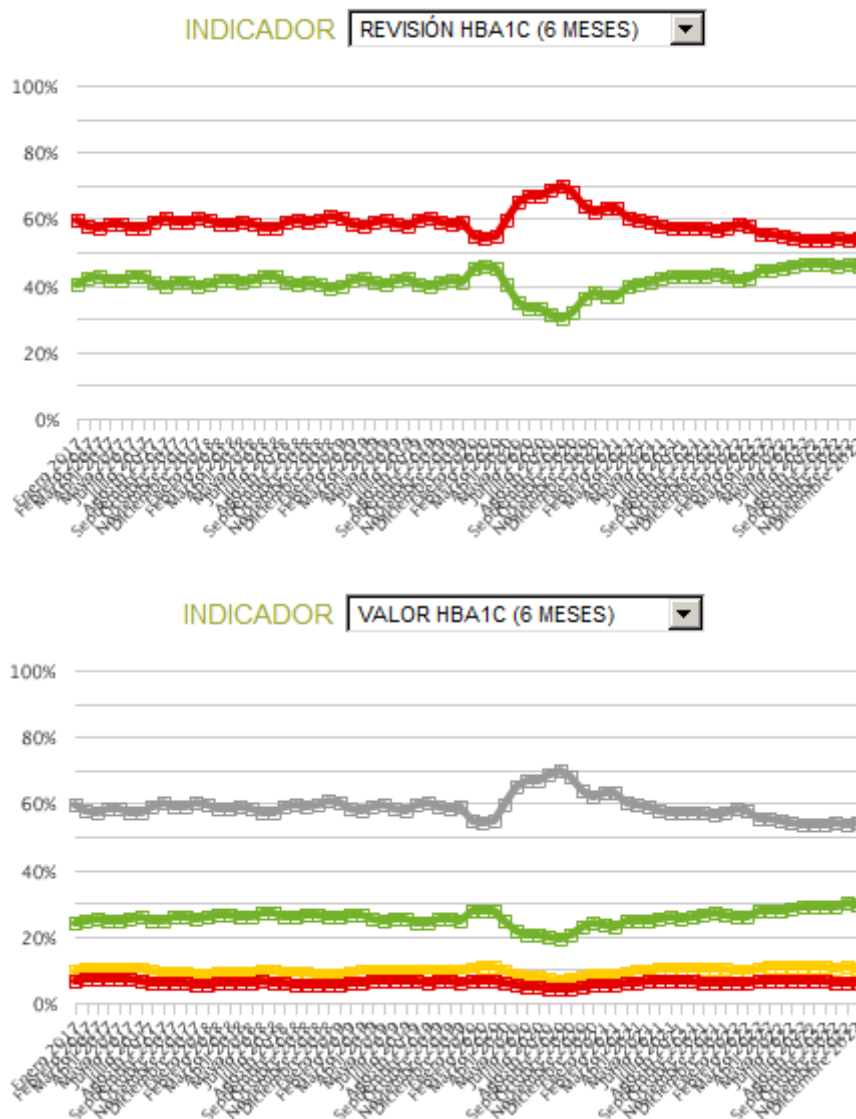
Sector	●		●		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
ALCAÑIZ	2.884	52,68	2.591	47,32	5.475	100,00
BARBASTRO	3.583	46,44	4.132	53,56	7.715	100,00
CALATAYUD	1.452	39,42	2.231	60,58	3.683	100,00
HUESCA	1.756	24,43	5.432	75,57	7.188	100,00
TERUEL	3.520	61,87	2.169	38,13	5.689	100,00
ZARAGOZA I	2.635	19,17	11.113	80,83	13.748	100,00
ZARAGOZA II	3.490	13,53	22.306	86,47	25.796	100,00
ZARAGOZA III	3.935	18,36	17.499	81,64	21.434	100,00
<b>Total</b>	<b>23.255</b>	<b>25,63</b>	<b>67.473</b>	<b>74,37</b>	<b>90.728</b>	<b>100,00</b>

En Aragón a un 25,63 (22,19 % en 2021) de pacientes con diabetes se les ha evaluado **conocimientos deficientes** sobre su enfermedad, con un rango entre sectores que ha oscilado entre un máximo de 52,68 y un mínimo de 13,53, frente al 56,43% y 12,53 %, de 2021. Este indicador debe ser revisado, ya que es un indicador de acuerdo de gestión que se calcula de forma diferente al resto y se ha informado en la reunión anual del grupo de diabetes que este indicador no se está calculando bien.

Como se puede observar ha habido un aumento en el seguimiento de todas las personas con diabetes, los valores de los indicadores cayeron en 2020 y ha ido aumentando en 2021 y 2022, pero en algunos de ellos no hemos llegado a recuperar los datos que teníamos en 2019. Se puede observar gran variabilidad entre sectores en todos los indicadores, si bien en los tres sectores de Zaragoza capital las coberturas son inferiores al resto de Aragón en la mayoría de los indicadores.

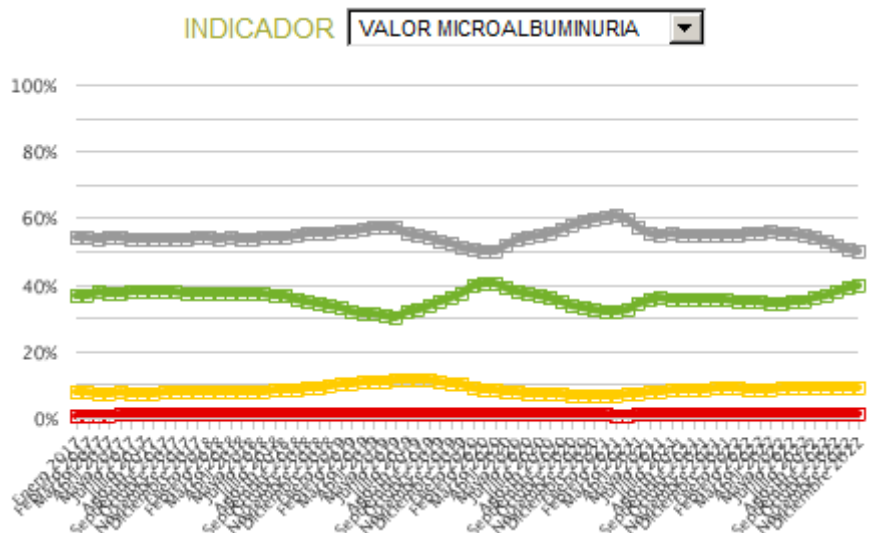
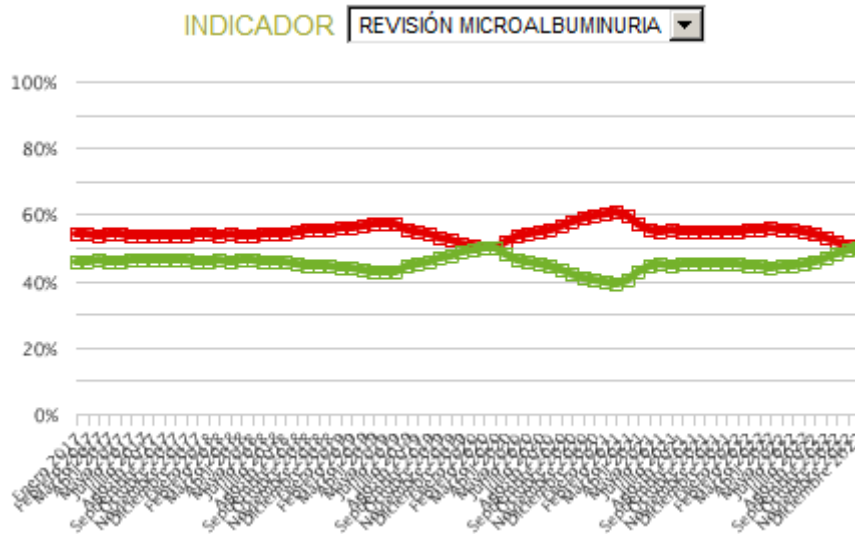
## 2.4 EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE PROCESO PERIODO 2017-2022 ARAGÓN

### Hemoglobina glicosilada



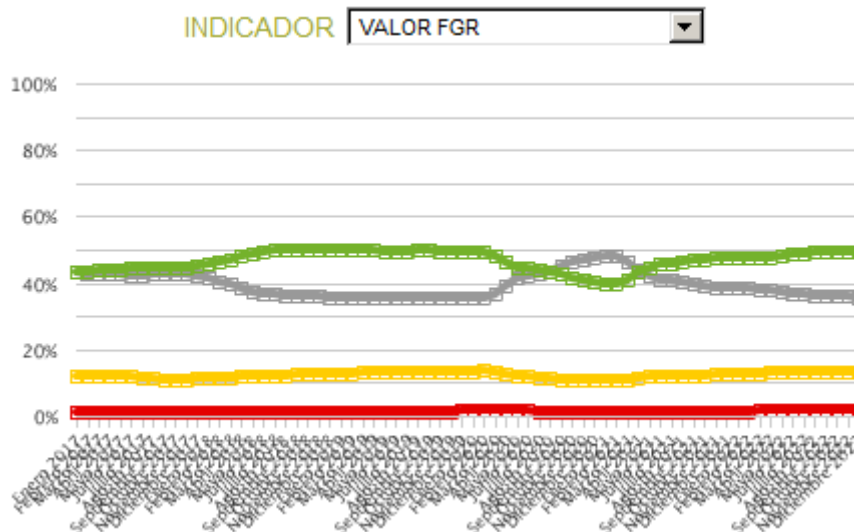
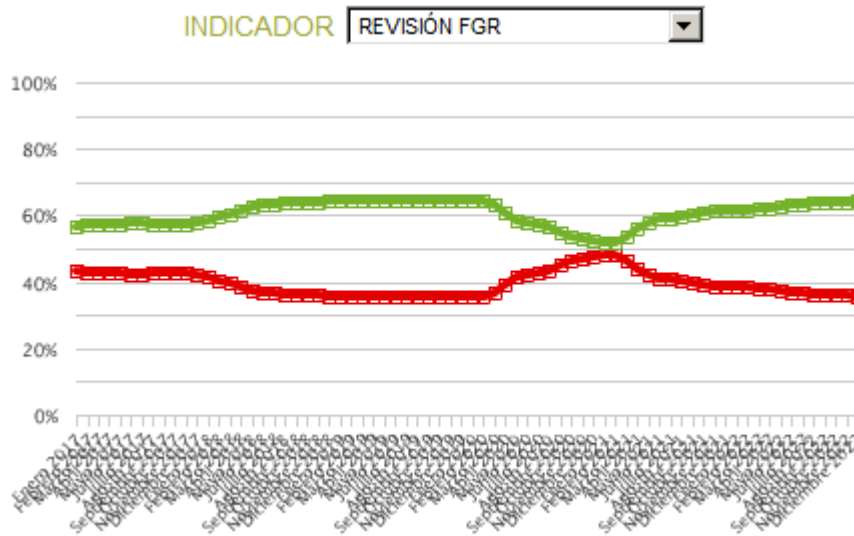
Observamos una situación estable desde 2017 pero hay una tendencia descendente en la petición semestral de hemoglobina glicosilada, que se inicia en marzo de 2020, coincidiendo con la primera ola de la pandemia, si bien se observa una recuperación que se inicia en octubre de 2020 y ha continuado en 2021 y 2022. En cuanto a valores se observa que al aumentar la petición de pruebas, aumentan los valores normales (verde) y en menor medida el resto.

## Microalbuminuria



Se observa una tendencia ascendente desde el inicio hasta 2017 que luego se estabiliza. En 2018 comienza una tendencia descendente que se relaciona con el hecho de que algunos laboratorios comenzaron a informar el resultado de forma cualitativa y ese dato no puede ser captado por el cuadro de mando, tal y como está definida su obtención. Además, existían en 2019 todavía sectores que no incluían el cociente albúmina creatinina en el perfil de diabetes, que lo han incorporado a final de 2019. Esto explica la tendencia ascendente muy acusada que aparece a final de 2019. Sin embargo, coincidiendo con la primera ola de la pandemia, se inicia un importante descenso en marzo de 2020 con un discreto aumento continuado en 2021 y un ascenso llamativo en 2022 al incluir el sector Zaragoza 3 el cociente albúmina/creatinina en el perfil de diabetes. Observamos que con el aumento de peticiones en 2019, 2021 y 2022 aumentaron los resultados normales, pero también la microalbuminuria, por lo que se está detectando enfermedad renal oculta.

### Filtrado Glomerular



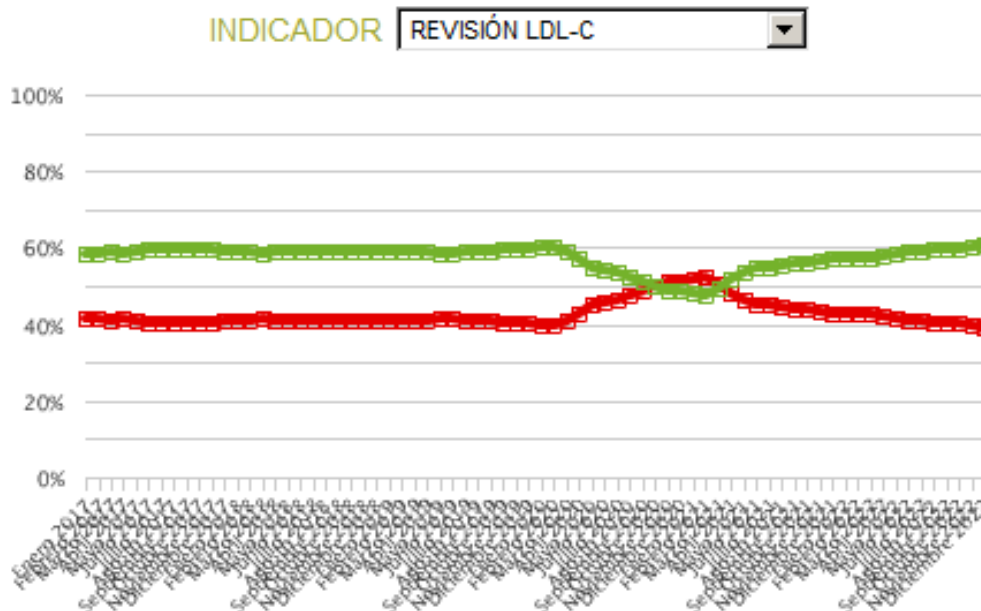
Se observa un aumento en las tendencias en 2017, llegando en 2019 a un incremento entorno al 20% con respecto al inicio, lo que nos puede dar idea de la cobertura analítica anual en los pacientes con diabetes tipo 2, ya que suele pedirse conjuntamente con otros parámetros, la caída en 2020 se va recuperando en 2021 y de forma continuada en 2022. Al igual que en los otros indicadores, el aumento de peticiones se traduce en aumento del % de resultados normales, aunque también hay un cambio de tendencia en la insuficiencia renal moderada a partir del incremento de las determinaciones, por lo que parece que se está detectando más la enfermedad renal.

Presión arterial

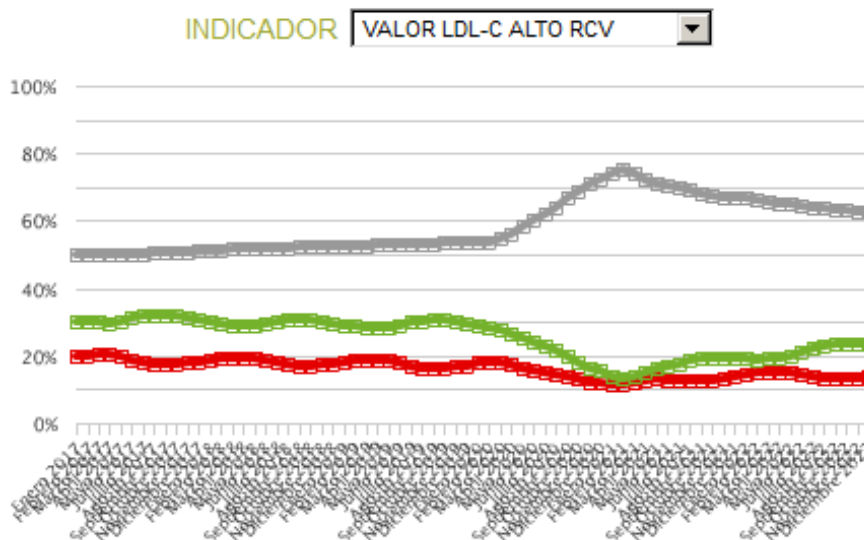


Este indicador ha permanecido estable desde el inicio, aunque observamos una tendencia descendente desde 2018 que es muy pronunciado a partir de marzo de 2020, que se ha ido recuperando en 2021 y de manera continuada en 2022. En cuanto a valores observamos una tendencia cíclica en el indicador del buen control mayor en los meses de verano, pero al descender los controles en marzo de 2020 también han caído sobre todo los valores normales y algo menos los patológicos, recuperándose más valores normales en 2021 y 2022.

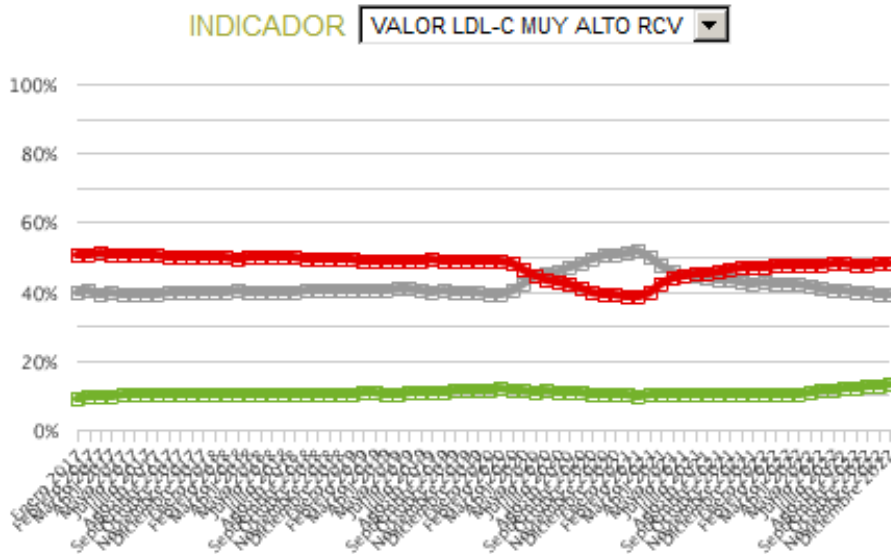
Colesterol LDL



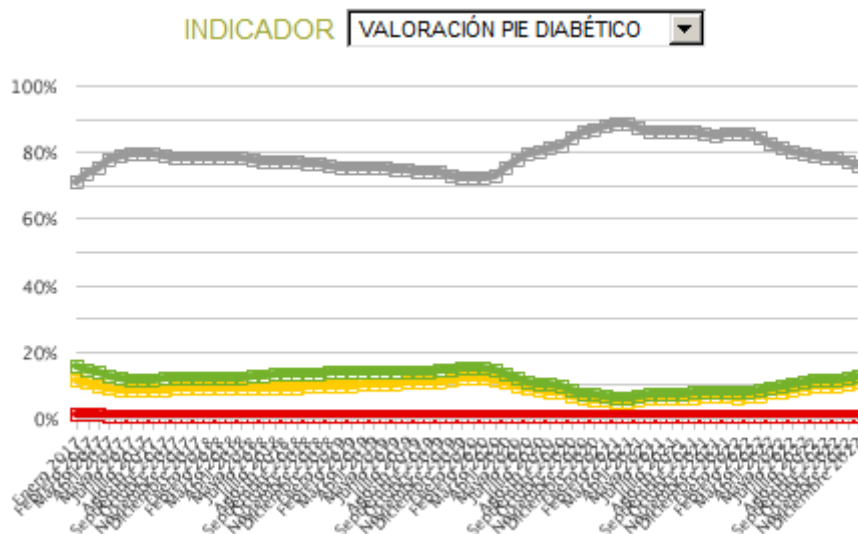
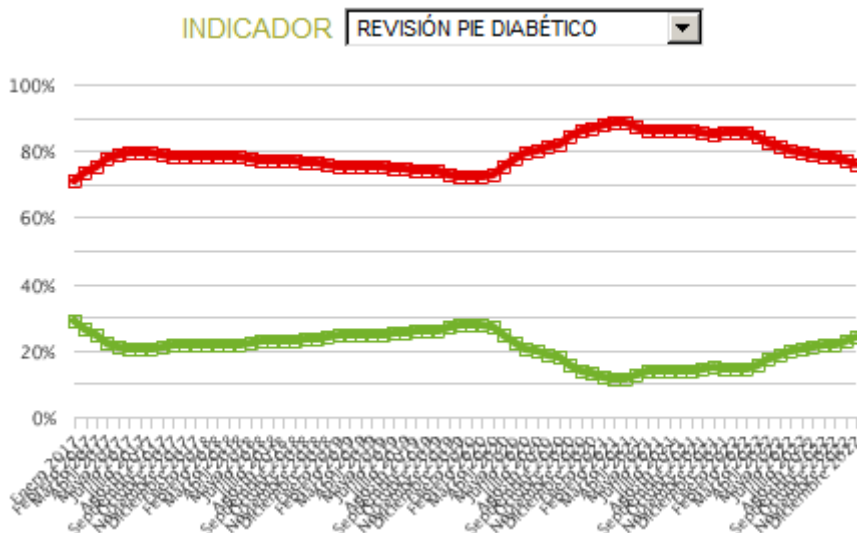
Este es el parámetro que más se pedía desde antes de disponer del cuadro de mandos diabetes, se mantenía estable hasta marzo de 2020 que sufre un descenso importante, que parece estabilizarse en diciembre de 2020 y aumentar en 2021 y ha seguido aumentando en 2022. Se observaba hasta marzo de 2020 una tendencia mantenida de mejor grado de control en ambos indicadores, que han caído al hacerse menos controles en 2020 y se recupera en 2021 y 2022.







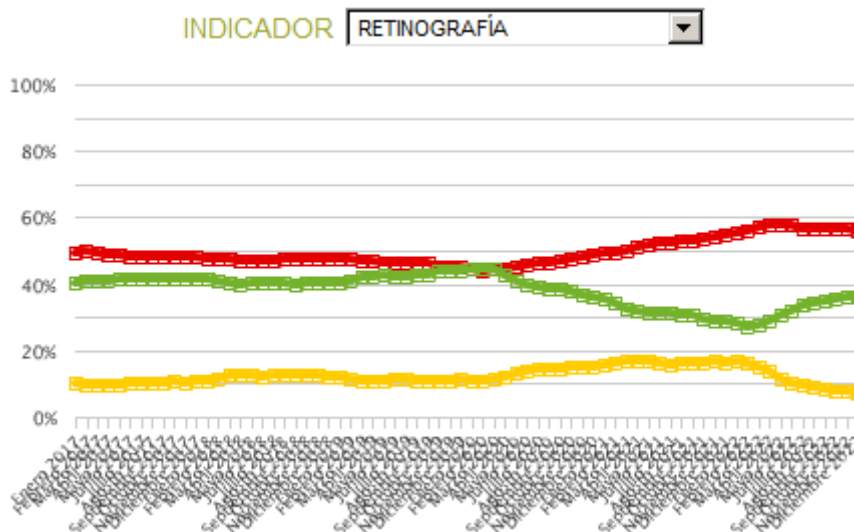
Pie diabético



La tendencia de este indicador refleja el cambio que se produjo en su definición, ya que, hasta 2016, se evaluaba la cumplimentación de la inspección del pie. A partir de entonces se cambió el indicador, evaluando la cumplimentación del registro del riesgo del pie, lo que condujo a una tendencia descendente durante todo 2017 para comenzar un cambio de tendencia a ascendente en 2018, con especial repunte en 2019, es posible esté relacionado con la realización de un proyecto de mejora en el sector Zaragoza 2 que ,por el tamaño de su población, influyo de forma significativa en el resto de Aragón.

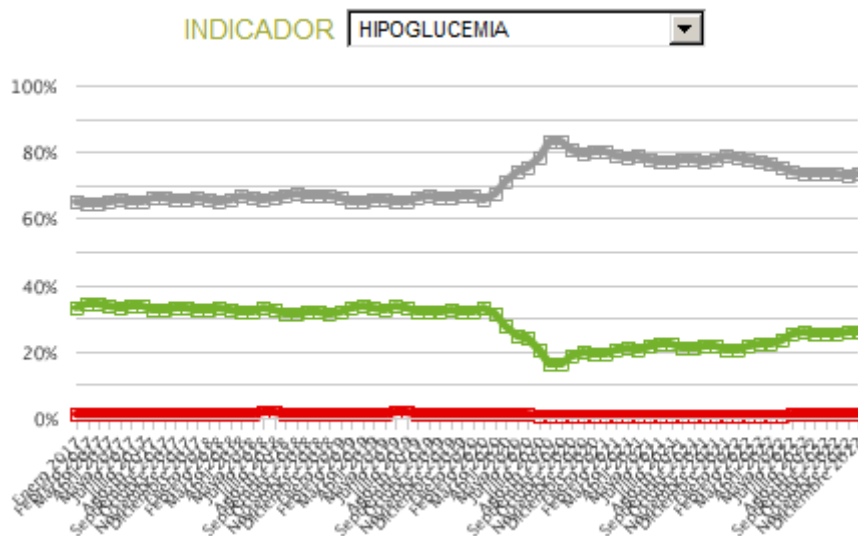
Sin embargo, desde marzo de 2020 este indicador ha sufrido una caída importante, sigue siendo uno de los indicadores con peor resultado, a pesar de una ligera recuperación en 2021, continuada en 2022. Los sectores de Zaragoza son los que tienen resultados más bajos.

### Retinografía



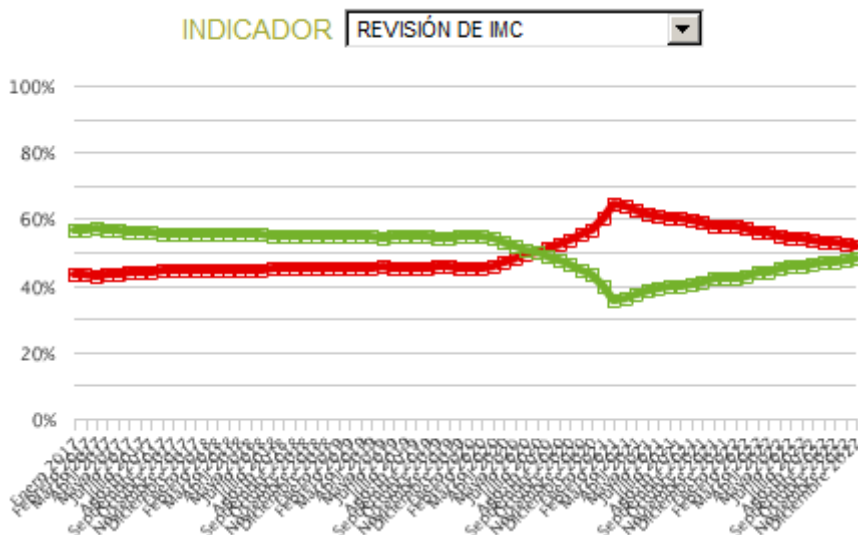
El indicador ha mantenido una tendencia ascendente desde su inicio y en 2019 se inició un nuevo cambio de tendencia ascendente, que es posible esté relacionado con la incorporación de nuevos sectores al cribado sistemático. Sin embargo, ha caído desde marzo de 2020 la revisión a los 2 años y han aumentado los plazos en la realización de la prueba a los más de 2 e incluso más de 3 años, no se ha recuperado en 2021 donde se observa un aumento de revisión en el periodo 24-36 meses. En 2022 se aprecia que se están acortando los tiempos en la realización de la prueba hacia los 24 meses (verde) y que se ha estabilizado la tendencia de más de 36 meses (rojo), con descenso de los pacientes que se les realiza la prueba entre 24 y 36 meses (amarillo).

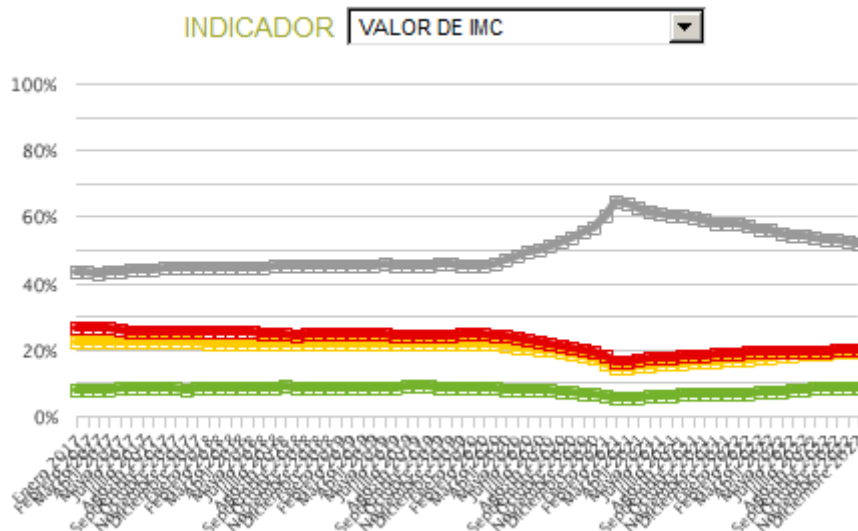
## Hipoglucemia



Si atendemos al color gris, que indica que **no se ha preguntado al paciente sobre episodios de hipoglucemia**, desde el inicio observamos una tendencia que desciende de manera continua moderada, con una subida importante a partir de marzo de 2020, que va disminuyendo a partir de noviembre de 2020 y se mantiene en 2021 y 2022. Este dato es difícil de interpretar ya que solo habría que preguntar a los pacientes con tratamiento hipoglucemiante.

## Índice de masa corporal (IMC)





Este indicador es de nueva creación en 2019 y cómo podemos ver permanecía estable sin embargo, tiene una caída importante coincidiendo con la primera ola de la pandemia y se va recuperando en 2021 y ha seguido ascendiendo en 2022. En cuanto a resultados en valor de IMC las tendencias son estables con cifras similares en sobrepeso y obesidad, menor en normopeso. A partir de 2020 al disminuir la medición del IMC, disminuye también la detección de sobrepeso y obesidad, se ha ido recuperando en 2021 y 2022..

El análisis de estos indicadores requiere tener en cuenta algunas consideraciones:

- ✓ La información se obtiene de la Historia Clínica de Atención Primaria(OMI-AP), por lo que datos de parámetros analíticos de los pacientes en seguimiento por endocrinología no se van a ver reflejados en los indicadores, a no ser que el paciente los haya facilitado y el profesional registrado en OMI-AP.
- ✓ La decisión de seguimiento de las personas con diabetes no es competencia exclusiva de los profesionales, ya que esta decisión es compartida con los pacientes. Los profesionales pueden informar a los pacientes de la necesidad de seguimiento, pero hay pacientes que libremente deciden no seguir las recomendaciones de seguimiento o prefieren hacerlo en otro proveedor de asistencia sanitaria, por lo que, en muchos casos, no se dispone de los datos de seguimiento a no ser que los facilite el paciente.
- ✓ Las principales guías internacionales de diabetes recomiendan que se individualice el seguimiento de los pacientes con pluripatología, priorizando con el propio paciente los aspectos más relevantes del seguimiento de su enfermedad, lo que puede hacer que en algún indicador concreto (por ejemplo HBA1C en los últimos seis meses) se alargue en algunos pacientes el período de revisión.

RESUMEN DE ANÁLISIS DE INDICADORES
1.Prevalencias más bajas en los sectores Zaragoza y Huesca.
2. Tras la caída de indicadores de cobertura en 2020 durante la pandemia SARS - CoV-2(COVID 19), sobre todo los que requerían de una actividad presencial, estos indicadores han mejorado en 2021 y 2022, pero aún no hemos recuperado datos de 2019
3.Cobertura de indicadores están más bajas en los sectores de Zaragoza
4 Se ha recuperado en 2022 la determinación de microalbuminuria y FGR ambos indicadores influyen en la detección de patología renal.
5. Sigue siendo baja la exploración del pie a los pacientes con diabetes, en todos los sectores. pero más relevante en sectores Zaragoza, si bien en 2022 se ha producido un incremento de casi 10 puntos en Aragón (24,23% en 2022 y 14,61 % en 2021), hay mucho margen de mejora en la evaluación del riesgo del pie.
6.La cobertura de tres determinaciones de la Presión Arterial en el último año, no se esta recuperando desde la pandemia, lo que puede ser indicador indirecto de menor seguimiento, en una enfermedad que cursa con elevada mortalidad cardiovascular.
7 Se detectan peores resultados de cobertura en indicadores que requieren ser revisados cada 6 meses( HBA1c y registro de episodios de hipoglucemia)
8. Los indicadores que requieren consulta presencial son los que se han ido recuperando más en 2021 y 2022 (toma de presión arterial, exploración del pie, retinografía e IMC), si bien todos los indicadores se han mejorado en 2022..
9. Se debe mantener la colaboración con los laboratorios de bioquímica para parametrizar de forma adecuada los datos analíticos y los indicadores que los monitorizan
10. Es preciso seguir mejorando la estrategia de atención al pie diabético en Aragón en todo su potencial, tal y como se definió, con una red asistencial completa, que incluya la figura del podólogo.
11. Necesidad de incrementar el cribado de retinopatía en población diabética, en 2022 se ha aumentado pruebas realizadas en 24 meses, pero se mantienen plazos superiores a 36 meses.
12 Necesidad de seguir con el Plan de formación de los profesionales, para un mejor seguimiento de los pacientes.

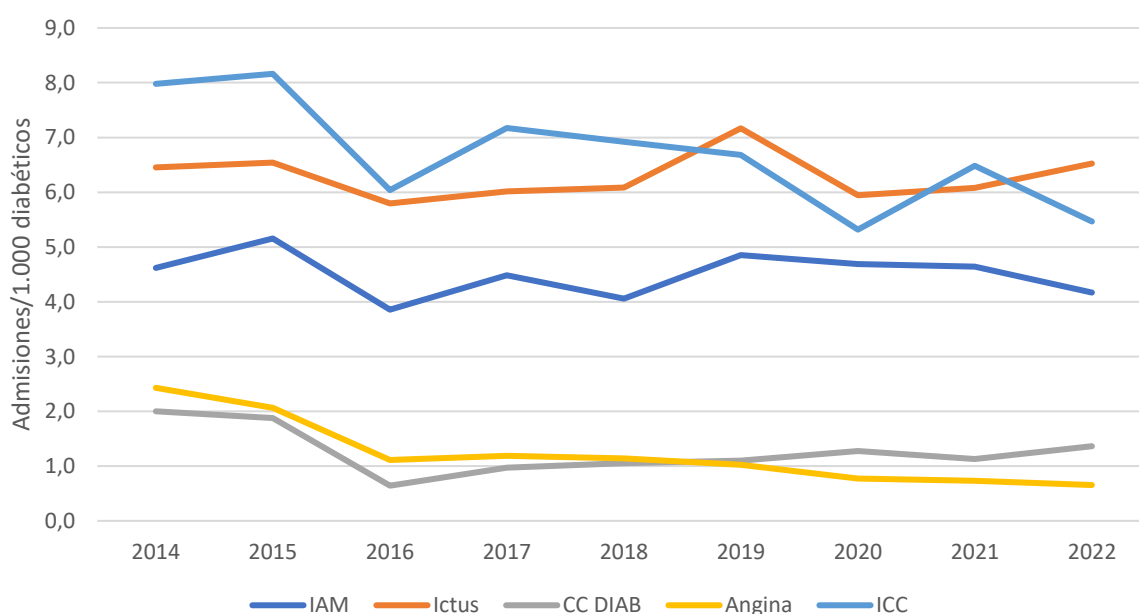
Los indicadores del cuadro de mandos de diabetes, sufrieron en 2020 un descenso importante en las coberturas, especialmente en los que se monitorizan semestralmente y requirieron atención presencial, se han recuperado coberturas en 2021 y de forma

general y continuada en 2022, pero no hemos alcanzados los datos de 2019. Sin duda la saturación asistencial y la disminución de las visitas presenciales en Atención Primaria en 2020, supuso una disminución en el seguimiento de los pacientes con diabetes, que se ha ido recuperando en 2021 de manera lenta y de forma continuada en 2022. Es importante poner en valor a los profesionales que toman una actitud proactiva en el seguimiento de estos pacientes. Es clave el papel de enfermería en el seguimiento periódico del paciente diabético, derivando a consulta médica aquellos pacientes que presenten anomalías en su seguimiento, según esta establecido en el Plan de Atención Integral a personas con Diabetes Mellitus de Aragón. Para ello el cuadro de mandos de diabetes puede servir de ayuda, ya que facilita listados de pacientes que tienen pruebas pendientes.

### 4.3 Indicadores de complicaciones por Diabetes

*Consideraciones metodológicas sobre la interpretación de las tasas 2014-2022.* En 2016 entró en vigor a nivel nacional la nueva clasificación de diagnósticos y procedimientos CIE-10, reemplazando a la CIE-9 previa, obligando a una traducción de los indicadores de CIE-9 a CIE-10. Esta traducción no siempre resulta inequívoca ya que la nueva clasificación supone un cambio tanto cualitativo como cuantitativo de los diagnósticos y procedimientos definidos. Por otra parte, en los primeros años de utilización de CIE-10 (2016, 2017 y 2018) en Aragón no se alcanzó el 100% de cobertura en la codificación (e.j. un 10% de los episodios codificados carecía de diagnósticos asociados en 2016, un 2% en 2017 y el 3,7% en 2018).. Tanto el cambio cualitativo de la codificación, como su intensidad y cobertura parcial de los episodios pueden afectar a las tasas de 2016 y, en menor medida, a las de 2017 y 2018.

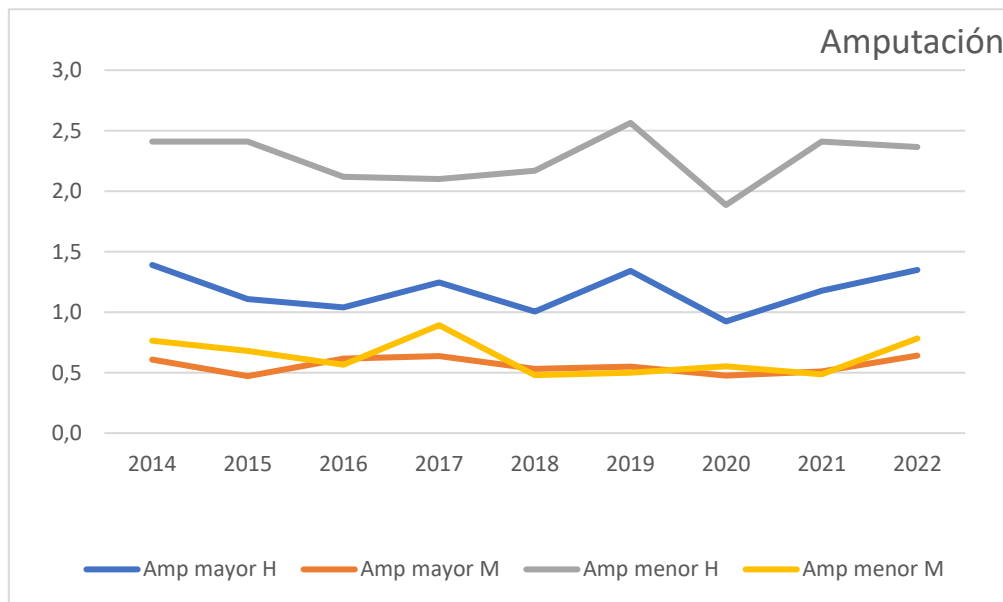
### Evolución de las hospitalizaciones por complicaciones en población diabética mayor de 15 años durante el período 2014-2022.



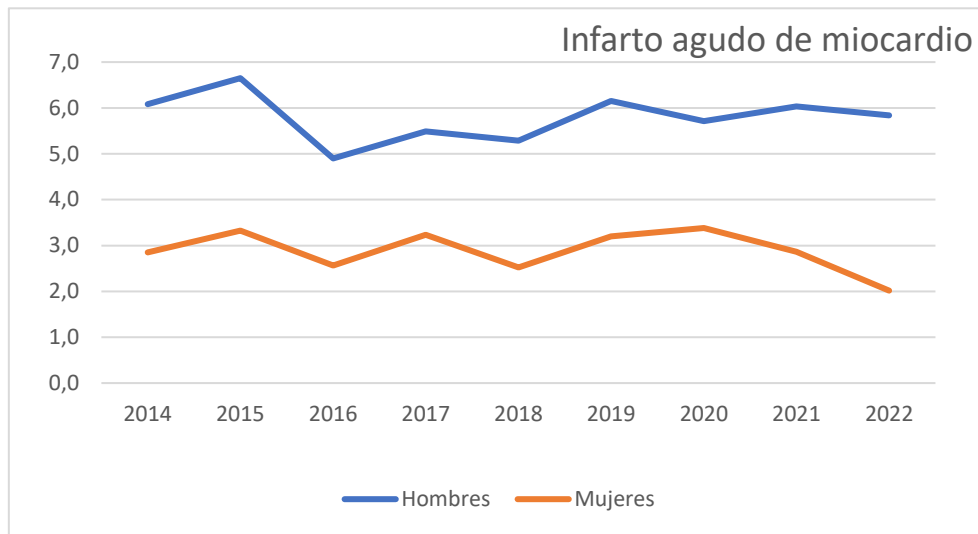
		Pob+15	Nº CASOS (HOSPITALIZACIONES)							ASAS (HOSPITALIZACIONES/1.000 PERSONAS CON DIABETES)										
			Amp p mayor	menor	IAM	Ictus	CC DIAB	Angina	ICC_DM : renal	Amp mayor	menor	IAM	Ictus : DIAB	Angina	ICC renal					
2014	Hombre	46051	164	64	111	280	296	93	137	235	18	3,6	1,4	2,4	6,1	6,4	2,0	3,0	5,1	0,4
2015	Hombre	46919	155	52	113	312	319	81	107	291	17	3,3	1,1	2,4	6,6	6,8	1,7	2,3	6,2	0,4
2016	Hombre	48172	141	50	102	236	292	27	52	211	8	2,9	1,0	2,1	4,9	6,1	0,6	1,1	4,4	0,2
2017	Hombre	49025	157	61	103	269	291	48	65	276	18	3,2	1,2	2,1	5,5	5,9	1,0	1,3	5,6	0,4
2018	Hombre	49770	151	50	108	263	319	49	63	287	18	3,0	1,0	2,2	5,3	6,4	1,0	1,3	5,8	0,4
2019	Hombre	50700	185	68	130	312	377	57	52	252	21	3,6	1,3	2,6	6,2	7,4	1,1	1,0	5,0	0,4
2020	Hombre	50919	136	47	96	291	302	63	41	218	18	2,7	0,9	1,9	5,7	5,9	1,2	0,8	4,3	0,4
2021	Hombre	52697	184	62	127	318	346	61	47	270	18	3,5	1,2	2,4	6,0	6,6	1,2	0,9	5,1	0,3
2022	Hombre	54103	188	73	128	316	356	62	37	246	19	3,5	1,3	2,4	5,8	6,6	1,1	0,7	4,5	0,4
2014	Mujeres:	37920	51	23	29	108	246	75	67	435	2	1,3	0,6	0,8	2,8	6,5	2,0	1,8	11,5	0,1
2015	Mujeres:	38223	42	18	26	127	238	79	69	404	5	1,1	0,5	0,7	3,3	6,2	2,1	1,8	10,6	0,1
2016	Mujeres:	38958	46	24	22	100	213	29	45	315	4	1,2	0,6	0,6	2,6	5,5	0,7	1,2	8,1	0,1
2017	Mujeres:	39243	57	25	35	127	240	38	40	357	3	1,5	0,6	0,9	3,2	6,1	1,0	1,0	9,1	0,1
2018	Mujeres:	39644	39	21	19	100	225	45	39	332	3	1,0	0,5	0,5	2,5	5,7	1,1	1,0	8,4	0,1
2019	Mujeres:	39987	41	22	20	128	273	43	41	354	6	1,0	0,6	0,5	3,2	6,8	1,1	1,0	8,9	0,2
2020	Mujeres:	39915	40	19	22	135	238	53	29	265	3	1,0	0,5	0,6	3,4	6,0	1,3	0,7	6,6	0,1
2021	Mujeres:	41244	40	21	20	118	225	45	22	339	5	1,0	0,5	0,5	2,9	5,5	1,1	0,5	8,2	0,1
2022	Mujeres:	42151	59	27	33	85	272	69	26	280	9	1,4	0,6	0,8	2,0	6,5	1,6	0,6	6,6	0,2
2014	Total	83971	215	87	140	388	542	168	204	670	20	2,6	1,0	1,7	4,6	6,5	2,0	2,4	8,0	0,2
2015	Total	85142	197	70	139	439	557	160	176	695	22	2,3	0,8	1,6	5,2	6,5	1,9	2,1	8,2	0,3
2016	Total	87130	187	74	124	336	505	56	97	526	12	2,1	0,8	1,4	3,9	5,8	0,6	1,1	6,0	0,1
2017	Total	88268	214	86	138	396	531	86	105	633	21	2,4	1,0	1,6	4,5	6,0	1,0	1,2	7,2	0,2
2018	Total	89414	190	71	127	363	544	94	102	619	21	2,1	0,8	1,4	4,1	6,1	1,1	1,1	6,9	0,2
2019	Total	90687	226	90	150	440	650	100	93	606	27	2,5	1,0	1,7	4,9	7,2	1,1	1,0	6,7	0,3
2020	Total	90834	176	66	118	426	540	116	70	483	21	1,9	0,7	1,3	4,7	5,9	1,3	0,8	5,3	0,2
2021	Total	93941	224	83	147	436	571	106	69	609	23	2,4	0,9	1,6	4,6	6,1	1,1	0,7	6,5	0,2
2022	Total	96254	247	100	161	401	628	131	63	526	28	2,6	1,0	1,7	4,2	6,5	1,4	0,7	5,5	0,3

\*Numerador: Episodios del CMBD consolidado AtlasVPM; Denominador: Población diabética extraída del cuadro de mando de diabetes del Salud 2014-2022. Nº de casos y hospitalizaciones por 1000 personas con diabetes

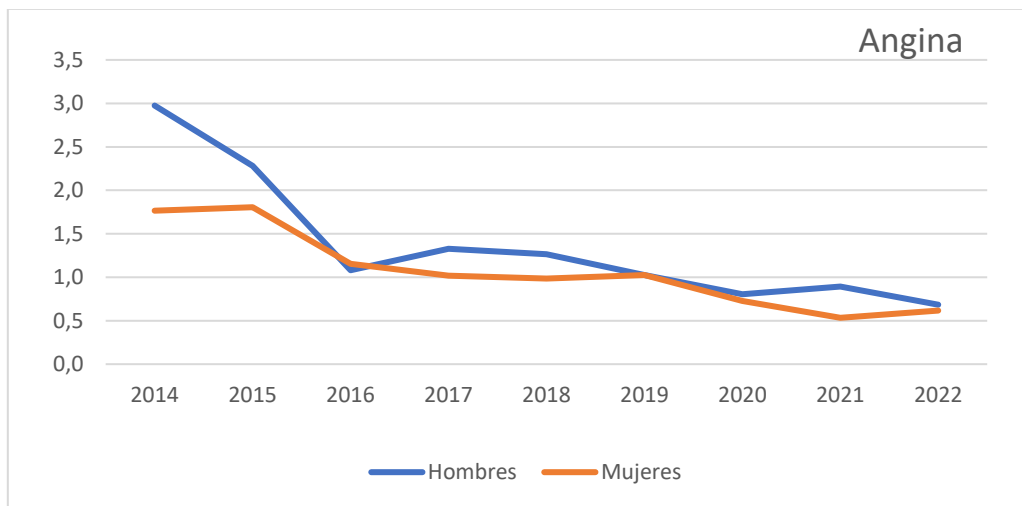
### Amputaciones de miembros inferiores



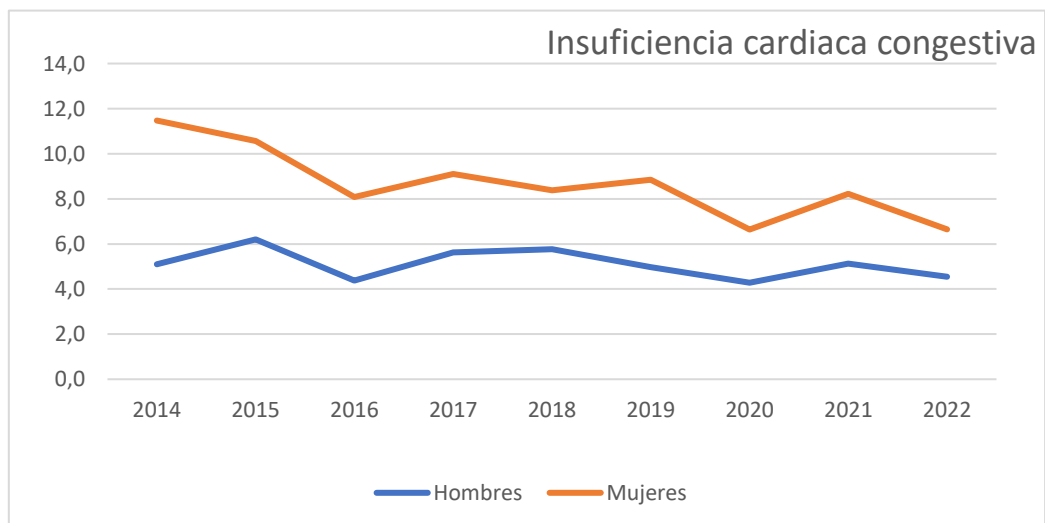
### Hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio



### Hospitalizaciones por angina de pecho

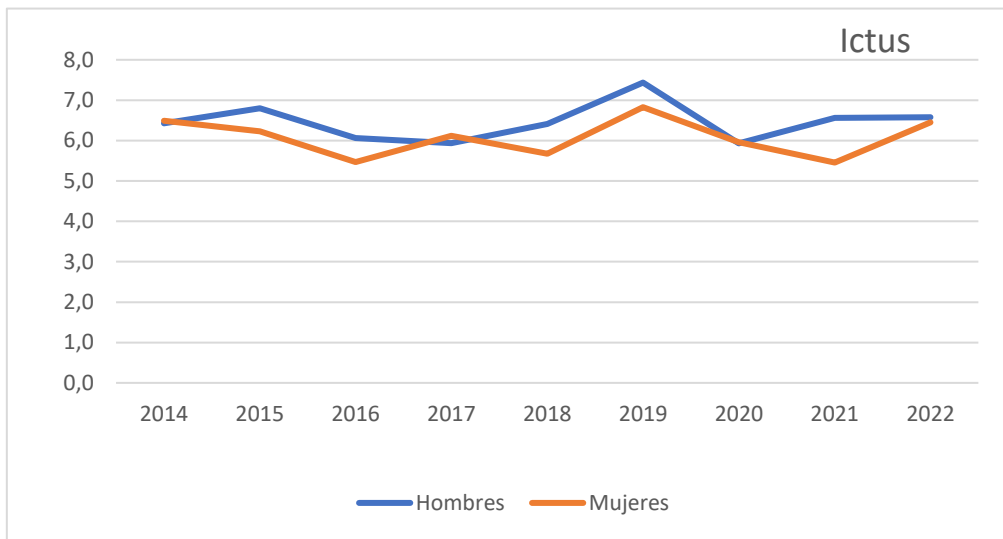


### Hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca congestiva

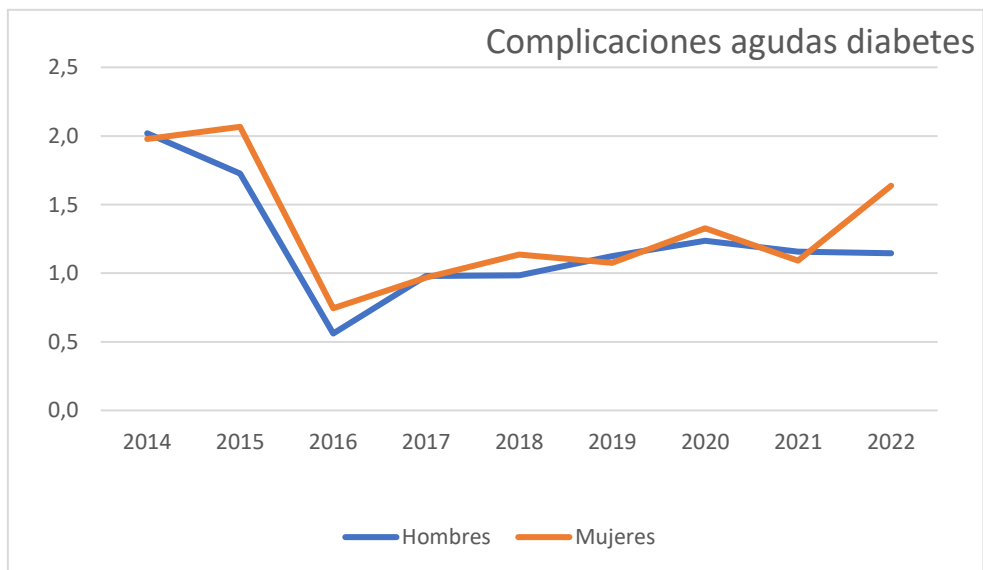




### Hospitalizaciones por ictus



### Hospitalizaciones por complicaciones agudas de la diabetes



**RESUMEN DE ANÁLISIS DE INDICADORES**

En el año 2022 hubo un descenso en las tasas de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (-16%), angina (-11%) e infarto (-10%) respecto al año anterior. Por el contrario aumentaron las admisiones por complicaciones agudas de la diabetes (21%), amputaciones (8%) e ictus (7%), debido principalmente al aumento de casos entre mujeres con diabetes.

Como en años anteriores, durante 2022, los hombres con diabetes presentan mayores tasas de amputaciones y admisiones por infarto agudo de miocardio que las mujeres. Por el contrario las mujeres con diabetes sufrieron más admisiones por insuficiencia cardíaca congestiva y complicaciones agudas que los hombres. En el caso de las admisiones por ictus y angina, las tasas de hospitalización fueron similares.

El aumento de las tasas de amputación fue más evidente entre las mujeres con diabetes, sobre todo en el caso de las amputaciones menores. A pesar de este aumento, los hombres siguen sufriendo hasta 2,5 veces más amputaciones que las mujeres.

Las tasas de admisión por ictus y complicaciones agudas de la diabetes en las mujeres con diabetes aumentaron un 18% y 50% respectivamente en 2022, mientras que se mantuvieron estables en el caso de los hombres con diabetes.

Las tendencias en admisiones por angina no programadas **han descendido significativamente desde 2014**, aunque en 2022 hubo un ligero aumento de estas admisiones entre las mujeres con diabetes.

Las tendencias en hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva también **han tenido un descenso significativo desde 2014** y en este caso la tendencia de bajada se mantuvo en 2022, con un descenso del 19% y 11% en mujeres y hombres respectivamente.

**No se detectan cambios significativos en las tendencias del resto de indicadores.**

## 5.MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS

El sistema de información de mortalidad parte de los boletines estadísticos de defunción que completan los médicos. Dado que estos boletines tienen varios usos, hay varias administraciones implicadas que actúan coordinadamente.

En Aragón, la coordinación está regulada desde 2014 por un convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST) del Departamento de Economía y Empleo y el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón (Orden de 31 de enero publicada en el Boletín Oficial de Aragón nº40 de 26/02/2014).

La asignación y codificación de la causa básica de muerte y el análisis de los datos para la obtención de indicadores sanitarios se realizan en la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad. Un avance importante ha sido la incorporación de la herramienta de codificación automática IRIS, vigente en España para la Estadística Defunciones según la Causa de Muerte desde el año 2014, tras la decisión de España de incorporarse a la norma Eurostat (Statistical Office of the European Union), con el fin de mejorar la comparabilidad internacional de las estadísticas de mortalidad. Sin embargo, continúa siendo necesaria la valoración individual de todos ellos por el personal técnico especializado.

El empleo de tasas ajustadas, a la nueva población estándar europea por este método, permite realizar comparaciones con distintos territorios sin estar mediatizados por la estructura de la pirámide de población. Las tasas se expresan por 100.000 habitantes.

Años potenciales de vida perdidos (APVP), como indicador de mortalidad prematura, para Aragón por sexo en personas con Diabetes Mellitus. Este indicador expresa, los años que ha dejado de vivir una persona fallecida prematuramente entre 1-69 años de edad. Las Tasas de APVP ajustadas, por el método directo, a la población europea para Aragón por sexo en personas con Diabetes Mellitus. Las tasas se expresan por 100.000 habitantes.

El análisis del presente informe está basado en la “causa básica de la defunción”. Según la Organización Mundial de la Salud la causa básica de la defunción es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. El último informe de mortalidad disponible es de 2021.

Se utiliza la población por sexo y edad del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero del año de estudio, proporcionada por el IAEST

<https://www.aragon.es/-/registro-de-mortalidad>

<https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/MORTALIDAD+EN+ARAG%C3%93N+2021.pdf/41016164-3823-5158-2d40-b7d1e1ff5a66?t=1683286236832>

En Aragón los fallecimientos de personas con Diabetes Mellitus en 2021 ha sido 422, algo superior a 2020 que fueron 395, su distribución ha sido 237 mujeres y 185 hombres, lo que representa un 2,9 (2,4 en 2020) sobre el total de defunciones, con una tasa bruta de 31,8 (29,7 en 2020) y una tasa ajustada a la población europea de 22 (21,1 en 2020) por 100.000 habitantes, ambas tasas están por encima de las tasas de España 23,8 y 20,73 respectivamente, siguiendo el mismo patrón en la mortalidad por sexo.

**Tabla 1. Mortalidad por diabetes en Aragón. 2021**

Sexo	Número casos	% sobre total defunciones	Tasa bruta	Tasa ajustada
Hombres	185	2,5	28,2	26,6
Mujeres	237	3,3	35,3	18,3
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>	<b>2,9</b>	<b>31,8</b>	<b>22,0</b>

Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

**Tabla 2. Mortalidad por diabetes en España. 2021**

Sexo	Número casos	Tasa bruta	Tasa ajustada
Hombres	4.848	20,9	23,2
Mujeres	5.900	24,4	16,6
<b>TOTAL</b>	<b>10.748</b>	<b>22,7</b>	<b>19,6</b>

Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

En cuanto años potenciales de vida perdidos (APVP), con 28 defunciones de personas con diabetes de 1 a 69 años, en Aragón en 2021 son 187 años perdidos en total (143 en hombres y 45 en mujeres), con una tasa bruta de 17 y una tasa ajustada de 15,2, con mayor incremento en mujeres.

**Tabla 3: Años potenciales de vida perdidos (APVP). Aragón 2021**

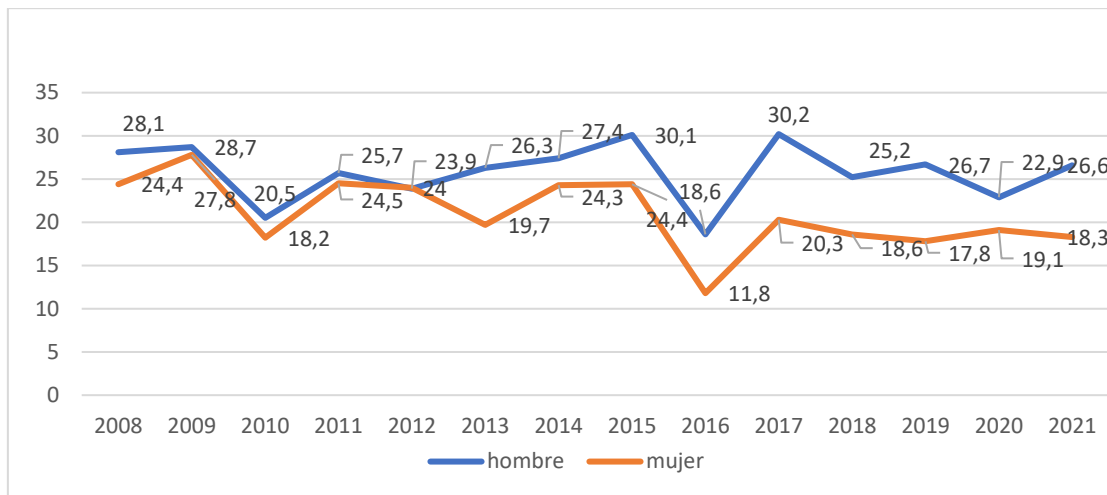
Sexo	Número casos	APVP	Tasa bruta	Tasa ajustada
Hombres	25	143	25,5	23,6
Mujeres	3	45	8,2	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>187</b>	<b>17</b>	<b>15,2</b>

Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

### 5.1 Tasas ajustadas de Mortalidad

En Aragón desde el incremento de 2017, que se producía tras un descenso importante en 2016, quizás influido por los registros, ha habido un descenso en la mortalidad. Tras el ligero ascenso de 2019 en hombres y en mujeres en 2020, en 2021 ha habido un ascenso de mortalidad en hombres, con una tasa de 26, y un ligero descenso en mujeres con tasa de 18,3 (22,9 y 19,1 respectivamente en 2020)

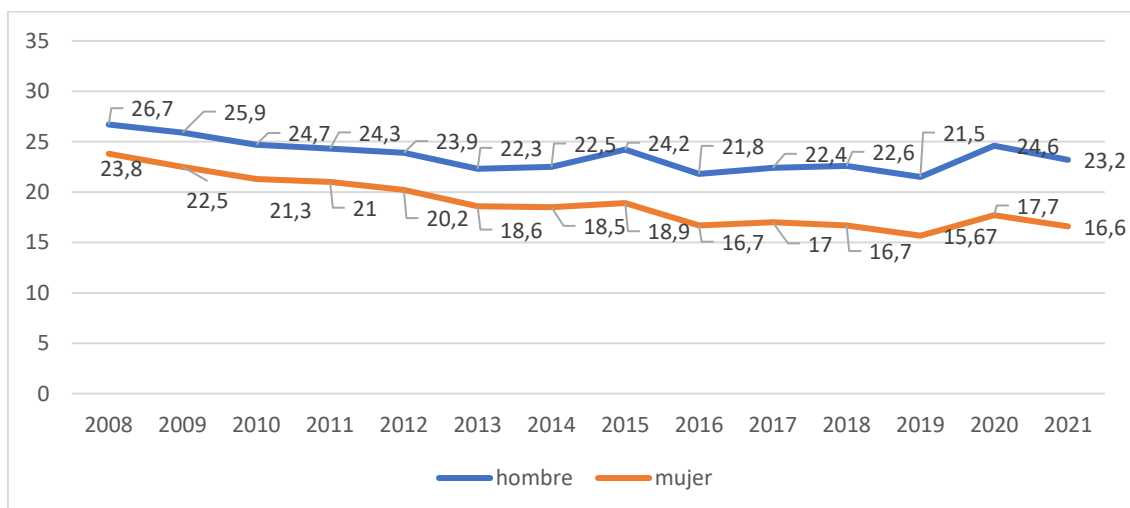
Gráfico 1. Evolución de tasas ajustadas de Mortalidad por Diabetes Mellitus. Aragón por sexo



Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

En España también se objetiva un descenso mantenido de la mortalidad por diabetes en los últimos años, si bien en 2020 se produce un ascenso tanto en hombres como en mujeres, con descenso de mortalidad en 2021 en ambos sexos.

Gráfico 2. Evolución de tasas ajustadas de Mortalidad por Diabetes Mellitus. España por sexo



Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

A continuación se presentan gráficos del informe Mortalidad 2022 en Aragón Dirección General de Salud Pública:

Gráfico 3 tasas ajustadas de mortalidad en Aragón. 2021 Hombres

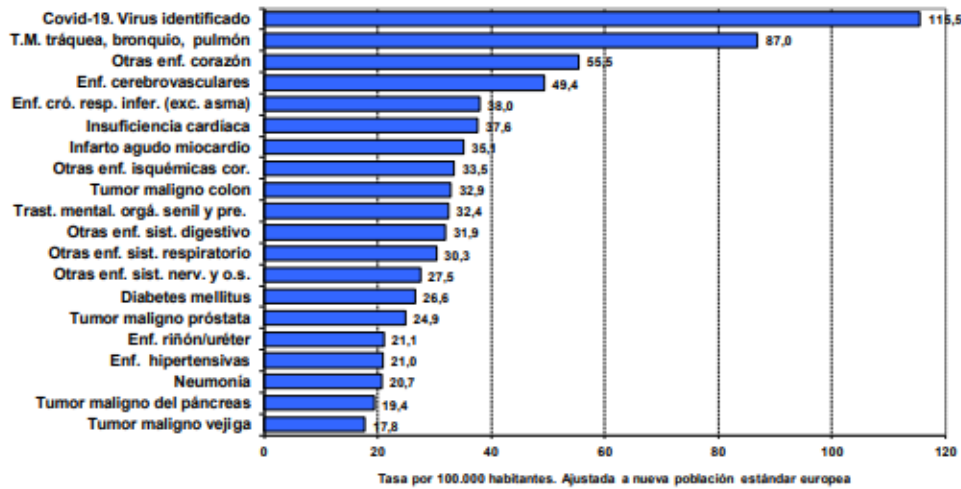


Gráfico 4 Tasas ajustadas de mortalidad en Aragón 2021. Mujeres

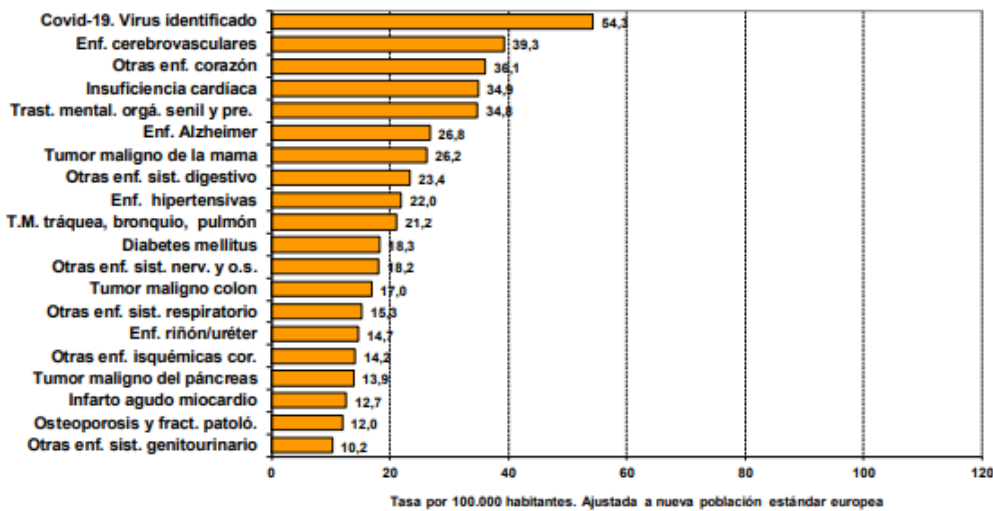
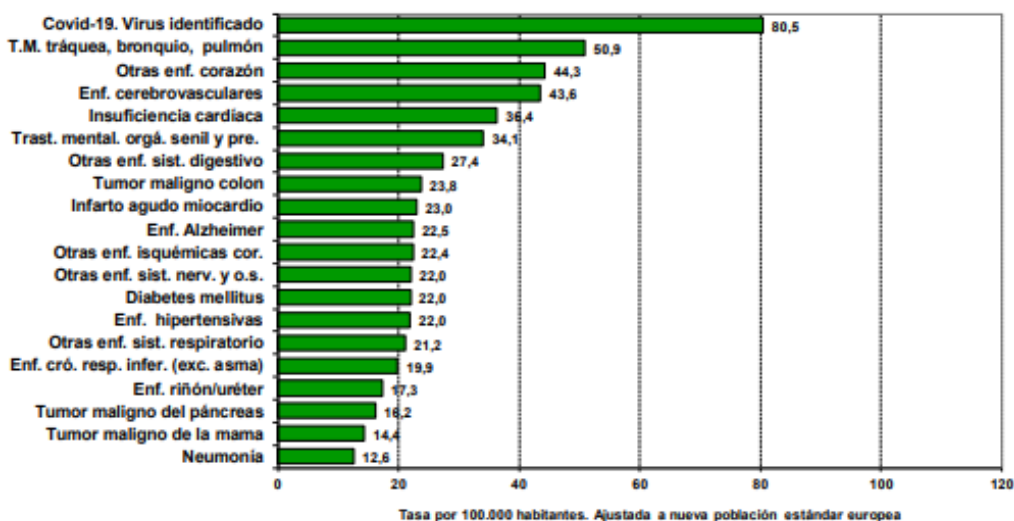


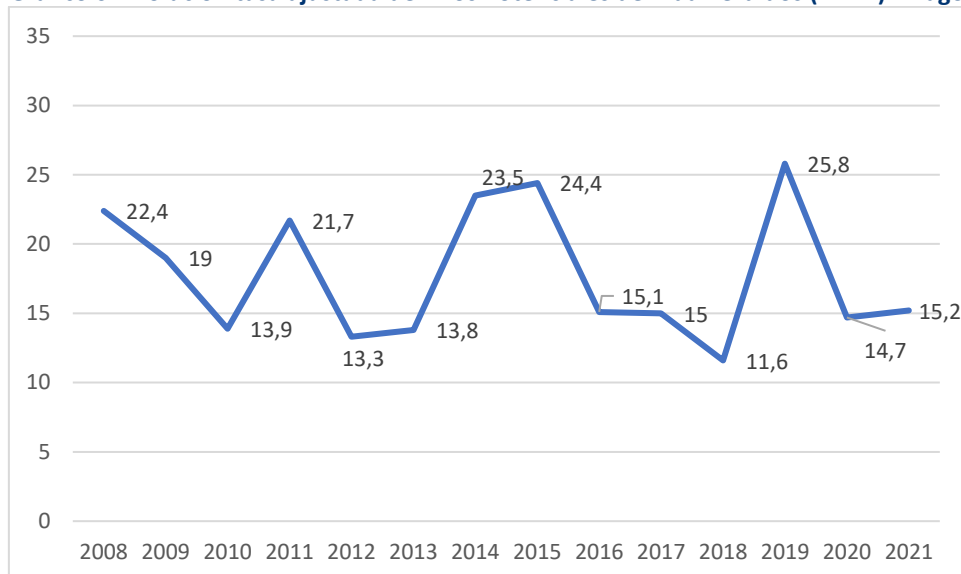
Gráfico 5 Tasas ajustadas de mortalidad en Aragón 2021. Total



## 5.2 Tasas ajustadas de Años potenciales de vida perdidos (APVP)

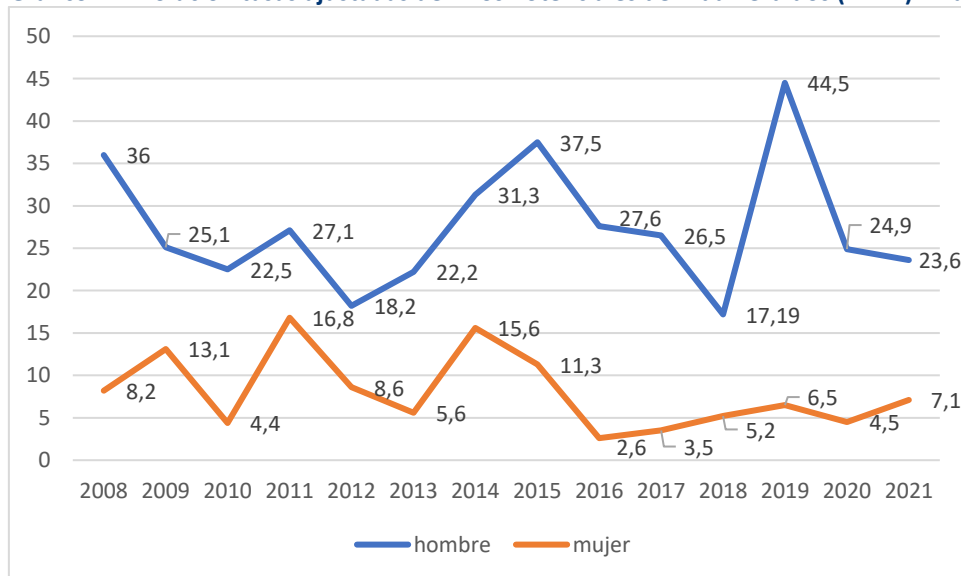
En el periodo 2008-2021, ha habido picos de subida con caídas posteriores en años potenciales de vida perdidos (APVP) para ambos sexos. Sin embargo, en 2019 se observa un incremento en las tasas ajustadas de APVP de 1 a 69 años con un valor de 25,8 dando lugar a un tercer pico sobre todo por el aumento de tasas en varones (44,5), que disminuye en 2020 con una tasa global de 14,7, que sube ligeramente en 2021 a 15,2 con una disminución varones (23,6) y ascenso en mujeres (7,1).

**Gráfico 6. Evolución tasa ajustada de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Aragón**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

**Gráfico 7. Evolución tasas ajustadas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Aragón por sexo**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón  
Tasas ajustadas a la nueva población europea (Eurostat 2013) por 100.000 habitantes

## 5. OBJETIVOS PLAN DE DIABETES 2022-2024

- Implementación completa del “Plan de atención integral a personas con Diabetes Mellitus en Aragón 2021”, siendo fundamental garantizar una atención compartida entre los distintos profesionales que atienden al paciente.
- Desarrollo de registros en HCE sobre Plan de diabetes que mejore la continuidad asistencial de los pacientes en el ámbito de la atención primaria y especializada
- Sistemas de Información integrados para la obtención de indicadores en el seguimiento de los pacientes en atención primaria y hospitalaria, sus complicaciones y resultados en salud vinculados a prescripción.
- Fomentar actividades preventivas, encaminadas fundamentalmente a la prevención y control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, resumidas en cambios en el estilo de vida, basado en una alimentación equilibrada, actividad física frecuente y abandono del tabaco.
- Implementación, en todos los sectores, la lectura de la retinografía a través de HCE y selección de pacientes para cribado mediante captación sistemática.
- Consolidación del proyecto de atención al pie diabético para toda la Comunidad Autónoma.
- Extender a todos los sectores sanitarios y profesionales los programas de educación terapéutica en diabetes (individual y grupal).
- El desarrollo del proyecto del paciente experto, en colaboración con la Escuela de Salud de Aragón de la Dirección General de transformación digital, innovación y derechos de los usuarios. Es importante la implicación de los pacientes en la gestión de su enfermedad
- Incorporar indicadores informados por los pacientes (PROMs y PREMs). Es un reto para todos los sistemas sanitarios, integrar estos métodos dentro de la gestión clínica.
- Desarrollar un enfoque estratégico de atención a la Insuficiencia cardiaca, como se ha hecho con otras patologías (ictus, infarto), que pueda repercutir en una mejor detección y control en los pacientes diabéticos.
- Mantener la formación continuada de los profesionales en todos los procesos que establece el Plan de atención integral a las personas con Diabetes Mellitus en Aragón