

La relevancia del T.C.A.E. en la mejora de la eficiencia de un programa de cribado de la retinopatía diabética en Tarragona

M^a Dolores Navarrete Cobacho y M^a del Brezo Garcia Casares, TCEs. Tarragona.

Resumen del Primer Premio del XXI Certamen Nacional de Investigación FAE (trabajo completo en www.fundacionfae.org)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Retinopatía Diabética (RD) cumple los criterios para establecer un programa de cribado, ya que constituye un problema serio para la salud, tiene una fase asintomática, el tratamiento es seguro, efectivo y aceptado universalmente y el coste de la intervención precoz es menor que el tratamiento de la patología.

La detección y el tratamiento precoz de la Retinopatía Diabética disminuyen en un 90% el riesgo de pérdida visual severa. Un 25% de diabéticos padecen algún grado de retinopatía. Con la duración de la enfermedad aumenta la incidencia y se calcula que tras 20 años de evolución más del 90% presentará algún grado de retinopatía.

La realización de retinografías en los centros de Atención Primaria y la interpretación de la misma por los médicos de medicina general constituyen un método para la detección precoz de la RD, ya que hasta un 70% de los diabéticos no presentan retinopatía y dicho cribado mejora la eficiencia de los servicios de oftalmología derivando a estos solo los casos que necesitan pruebas complementarias o tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir el papel que desempeña el Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE) en la implementación de un cribado para la RD en la población de enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) del campo de Tarragona, así como poner de manifiesto la mejora en la eficiencia del cri-

bado, a partir del incremento en participación y responsabilidades del TCE en los diferentes procesos y tareas que implican el cribado de la RD.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- CRIBADO POBLACIONAL

El cribado poblacional es una actividad de práctica médica y la OMS la define como "identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida".

Es una medida de prevención secundaria cuya finalidad básica es disminuir la incidencia de complicaciones de una patología.

El objetivo es conseguir un diagnóstico precoz a través de la medida de la presión ocular, la agudeza visual y la toma de imágenes del fondo de ojo con la cámara no miátrica, para detectar prematuramente los síntomas que podrían desencadenar ceguera.

La población diana sobre la que se realizan las citadas pruebas son

pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus, población de riesgo que podría desarrollar dicha patología.

1.2.- RETINOPATÍA DIABÉTICA

Es la enfermedad ocular diabética más común. Tanto la diabetes tipo 1 como la tipo 2 pueden llegar a producir lesiones en los vasos sanguíneos que suministran sangre a la retina, provocando daño en la misma. Dicho desarrollo de alteraciones micro-vasculares va precedido después de entre 5 o 10 años de hiperglucemias crónicas, pudiendo derivar en ceguera si no se hace una detección precoz, de aquí la importancia de recibir un control de la visión con regularidad.

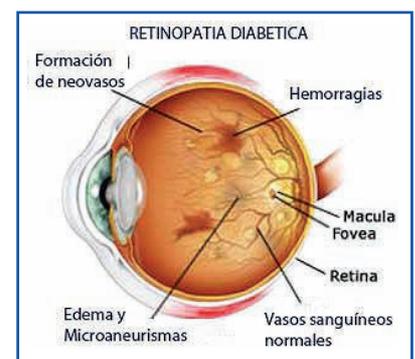


Fig. 1.- Ilustración de ojo con retinopatía diabética.

1.3.- CÁMARA NO MIDRIÁTICA

Es una cámara fotográfica que permite tomar imágenes de la retina y, de manera general, del fondo de ojo, sin necesidad de dilatar previamente la pupila, es decir, sin necesidad de inducir una midriasis, de aquí su nombre.

Es un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico por imagen en aquellos pacientes susceptibles de ser causa de retinopatía por Diabetes Milletus.



Cada vez se utilizan más en el control periódico de las complicaciones oculares de esta enfermedad crónica.

La implantación de un programa de cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria, mediante la retinografía no midriática, incrementa el número de pacientes estudiados.

La retinopatía diabética tiene una prevalencia del 21% en la po-

Certamen

blación diabética, y es la primera causa de ceguera en población menor de 65 años en los países desarrollados.

Aunque la mayoría de comunidades autónomas recomienda la revisión bianual del fondo de ojo a todos los diabéticos, y a pesar de la importancia de un cribado periódico de esa patología en los pacientes, una parte importante no sigue las recomendaciones de ese cribado.

1.4.- INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

El Instituto Catalán de la Salud nace como entidad gestora de la Seguridad Social para desarrollar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribúan a la Generalitat de Cataluña en materia sanitaria para ejecutar los servicios que se les habían traspasado con la Ley 12/1983, 14 de julio.

El Instituto Catalán de la Salud es la empresa pública de servicios más grande de Cataluña con casi 39.000 profesionales, que prestan servicio a casi 6 millones de personas. Con presencia en toda Cataluña a través de las gerencias territoriales, que constituyen los máximos órganos de dirección gestión del conjunto de centros, servicios e instituciones sanitarias en la delimitación territorial.

Las diferentes gerencias territoriales, su población de influencia y

los diferentes recursos asistenciales se muestran en tabla (Fig.2).

1.4.1- La Atención Primaria en el ICS

El equipo de Atención Primaria (EAP) está formado por un conjunto multidisciplinar de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud y la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.

Cada equipo da servicio a una población de referencia. El Área Básica de Salud (ABS) es el ámbito territorial de referencia de un equipo de atención primaria. El equipo está ubicado en el CAP y se desplaza a los consultorios locales que forman parte del ABS.

1.4.2.- Centro de Atención Primaria Jaume I (Tarragona)

UBICACIÓN

El Área Básica Sanitaria de Tarragona 3 comprende el ámbito territorial del municipio de Tarragona por el río Francolí, Avda. de Roma, Plaza Imperial Tarraco, Rambla Nova, C/ de Cristóbal Colón, C/ de Reding, C/ de

DIVISIÓN DE GERENCIAS	CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIOS LOCALES	HOSPITALES	PROFESIONALES	POBLACIÓN
ALTO PIRINEO Y ARAN	6	66	0	179	42.000
BARCELONA	54	0	3	11.200	1.200.000
CAMPO DE TARRAGONA	21	74	1	2.670	340.000
CATALUÑA CENTRAL	39	109	4	1.500	403.000
GERONA	34	109	1	3.300	80.000
LERIDA	23	163	1	3.000	400.000
METROPOLITANA NORTE	84	22	1	7.800	1.400.000
METROPOLITANA SUR	56	0	2	7.900	1.300.000
TIERRAS DEL EBRO	21	48	1	1.300	200.000
	338	591	14	38.849	5.365.000

Fig. 2.-Tabla de datos: Recursos y población de influencia ICS.

DIVISIÓN DE GERENCIAS	CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIOS LOCALES
ALTO PIRINEO Y ARAN	6	66
BARCELONA	54	0
CAMPO DE TARRAGONA	21	74
CATALUÑA CENTRAL	39	109
GERONA	34	109
LERIDA	23	163
METROPOLITANA NORTE	84	22
METROPOLITANA SUR	56	0
TIERRAS DEL EBRO	21	48
	338	591

Fig. 3.-Tabla de datos: Recursos por gerencias en primaria del ICS.

Pons de Icart, la prolongación de la C/ de Pons de Icart hasta el mar Mediterráneo.

ORGANIZACIÓN

El equipo humano que presta sus servicios en el CAP Jaume I de Tarragona está formado por un total de 56 personas (1 Director EAP, 1 Adjunto de Enfermería, 1 Referente de Gestión, 19 Médicos de Medicina General, 2 Odontólogos, 19 Diplomados de Enfermería, 3 TCE, 1 Celador y 9 Técnicos Auxiliares Administrativos).

El horario durante el cual se prestan servicios en el CAP Jaume I es de lunes a viernes de 8:00 h a 21:00 h, y los sábados por la mañana únicamente de 8 a 15 horas para la atención de urgencias.

1.4.3- Alcance servicio CNM en el CAP Jaume I

El servicio de la cámara no midriática del EAP Jaume I, además de al propio centro, ofrece asistencia a 8 centros más de Tarragona-Valls:

- ABS Constantí
- ABS Morell
- ABS T1 (La Canonja/Bonanvista)
- ABS T2 (Torreforta- La Granja)

- ABS T5 (Sant Pere i Sant Pau)
- ABS T6 (Tarraco)
- ABS Salou
- ABS T7 (Sant Salvador)

2.- CRIBADO RD EN EL C.A.P. JAUME I

2.1 - ANTECEDENTES

El servicio de CNM del CAP Jaime I, se puso en funcionamiento en el año 2007, pero no es hasta 2015 cuando se establecen los protocolos para efectuar un cribado del RD en la población de influencia. Durante la primera mitad del 2015 se establecen los parámetros que registrarán el cribado y se dotan los recursos técnicos y humanos, comenzando la realización del mismo en junio de 2015.

2.2 - OBJETIVOS DEL CRIBADO

Conseguir el cribado sistemático bianual de todos los pacientes en el área de influencia servicio CNM del ABS Jaume I, diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II, y aquellos que en anteriores controles fueron normales, para posibilitar una detección precoz de la patología ocular propia del paciente diabético y una rápida de-

rivación al servicio de oftalmología.

El objetivo es realizar las siguientes pruebas a cada uno de los pacientes:

- Medida de la tensión ocular.
- Agudeza visual.
- Test de la rejilla de Amsler.
- Toma de imágenes del fondo de ojo con CNM.

2.3- POBLACIÓN OBJETIVO

La población sobre la que se pretende establecer el cribado es la conformada por los pacientes diagnosticados con DM2, en cada uno de los centros de Atención Primaria, a los que el CAP Jaume I da cobertura con su servicio de CNM, siendo en este caso un total de 5.093 pacientes. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de pacientes DM2 por centro, y el total de los mismos.

La prevalencia de la DM2 en la zona de estudio es de un 3,4% de la población total. La prevalencia por CAP, se muestra en la figura 5.

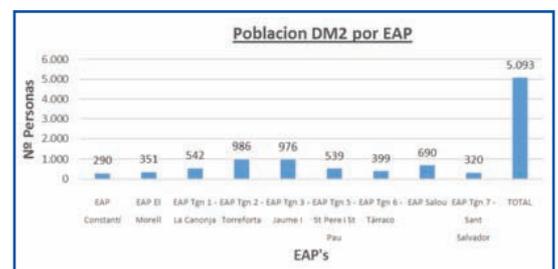


Fig. 4.-Población diagnosticada DM2 en 2016 por CAP en el área Tarragona- Valls.

EAP's	Poblacion Total	Poblacion DM2	% DM2
EAP Constantí	6.844	290	4,2%
EAP El Morell	10.924	351	3,2%
EAP Tgn 1 - La Canonja	14.328	542	3,8%
EAP Tgn 2 - Torreforta	27.043	986	3,6%
EAP Tgn 3 - Jaume I	26.454	976	3,7%
EAP Tgn 5 - St Pere i St Pau	16.578	539	3,3%
EAP Tgn 6 - Tarraco	13.382	399	3,0%
EAP Salou	25.260	690	2,7%
EAP Tgn 7 - Sant Salvador	9.542	320	3,4%
TOTAL	150.355	5.093	3,4%

Fig. 5.- Población diagnosticada DM2 en 2016 por CAP en el área Tarragona- Valls.

2.4 - CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO

Desde la puesta en marcha del cribado para la RD en el CAP Jaume I, se establecieron unos criterios en base a los cuales los pacientes se incluían o excluían del alcance del cribado. Estos criterios se detallan a continuación

2.4.1 Criterios de inclusión

- Nuevos pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo II.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, sin patologías oculares.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, con exploración oftalmológica normal y más de un año desde la última visita en oftalmología.

2.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes diabéticos tipo I.
- Pacientes diabéticos que presenten retinopatía diabética leve, moderada, severa o proliferada.
- Edema Macular.
- Cataratas en estado avanzado que dificulten la visualización del fondo de ojo.
- Presión intraocular alta o Glaucoma.
- Pacientes que presentan procesos inflamatorios o infecciosos oculares.
- Patología ocular en la que hagan seguimiento en el servicio de oftalmología.
- Poca colaboración por parte del paciente por problemas o enfermedades de base que lo in-

habilitan para las pruebas (imposibilidad de desplazamiento pacientes adscritos en servicio Atención Domiciliaria, Parkinson, Demencia, etc).

- Mayores de 80 años.

2.5 - RECURSOS HUMANOS

El equipo designado para la realización de las pruebas estaba formado por 3 personas:

- 1 Facultativo Medicina General: Responsable de la interpretación de los resultados de las pruebas.
- 1 Diplomado en Enfermería: Responsable de la realización de las pruebas.
- 1 TCE: Soporte a la preparación de agendas y realización pruebas.

Además del personal indicado, también se cuenta con el apoyo de:

- Personal administrativo del ABS.
- Soporte informático del ICS.

2.6 - RECURSOS TÉCNICOS

Los recursos técnicos dotados para la realización de las pruebas son:

- Tonómetro computarizado CT-80 TOPCOM.
- Cámara retinal no mediática TRC-NW6S TOPCOM.
- Optotipo retroiluminado.
- Software de gestión de fotografías, datos clínicos.
- Habitación adaptada.

2.7- PROCEDIMIENTOS REALIZACIÓN PRUEBAS

2.7.1 Procedimiento Toma Tensión Ocular con Tonómetro NW65 Topcom

El profesional visualiza y enfoca el ojo a través de un monitor incorporado al tonómetro automático Topcon CT 80; la medición de la presión intraocular se realizará de forma fácil y cómoda.

2.7.2 Procedimiento Prueba Agudeza Visual con Optotipo Retroiluminado

Instrucciones para la realización del test de agudeza visual:

1. Para comprobar la agudeza visual lejana, deberá situarse al paciente en la distancia señalizada de la pantalla.
2. La prueba se realizará monocularmente: primero la realizaremos en un ojo y después en el otro, tapando siempre el ojo no examinado.

3. Si el paciente dispone de compensación óptica (gafas o lentillas) para visión lejana, debe utilizarlas.

4. Se tomará una segunda medida con las gafas estenopecas.

Resultados del test de agudeza visual:

1. Deberá distinguir correctamente cada letra.
2. La última línea será su valor referencial de agudeza visual en cada caso.

2.7.3 Procedimiento Test Rejilla de Amsler

El test de la rejilla de Amsler es una forma rápida y fácil de evaluar la visión central de la retina (visión

de la mácula). La mácula se caracteriza por tener la mayor concentración de conos de la retina. Estos foto-receptores son los responsables de la definición o resolución visual.

El comportamiento de la mácula es análogo al de una pantalla de proyección. En nuestro ojo, córnea y cristalino actuarían como un proyector y mácula como el lienzo sobre el cual se proyecta.

Así pues, cualquier tipo de alteración que diera lugar a una deformación, degeneración y/o atrofia de la mácula, dará como resultado una imagen alterada, distorsionada o deformada.

Instrucciones para realizar el Test de la Rejilla de Amsler

1. Se le da al paciente el cartón con la ilustración, le pedimos que extienda el brazo hasta dejar unos 35 cm de distancia de sus ojos.
2. Si utiliza corrección ocular, debe ponérsela.
3. La prueba debe realizarse de forma monocular (primero un ojo y después el otro).
4. Le pedimos que mire fijamente el punto central de la rejilla, sin dejar de ver el punto central.
5. Le pedimos que nos notifique si ve alguna alteración, distorsión o deformación en la cuadrícula.

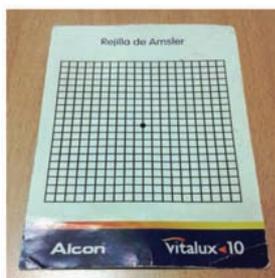


Fig. 6. Rejilla de Amsler.

6. Si el paciente observa alguna anomalía se anotará como resultado de la prueba "POSITIVO", en caso contrario, el resultado de la prueba es "NEGATIVO".

2.7.4 Procedimiento Toma Imágenes Fondo Ojo con CNM NW6S Topcom

Para llevar a cabo la exploración, la cámara debe estar instalada en una habitación oscura con el propósito de conseguir la mejor midriasis fisiológica por la oscuridad.

El profesional visualiza y enfoca el fondo de ojo a través de un monitor incorporado al sistema de imagen de 45 grados de la retina, que incluye la pupila, la mácula y las arcadas vasculares temporales.

Las retinografías pueden ser repetidas las veces que sean necesarias para obtener una imagen nítida.

El análisis de la retinografía se realizará posteriormente, sin presencia física del paciente por su médico de medicina general, responsable de la petición.

2.8 - CIRCUITO ASISTENCIAL

- o Los pacientes con DM son derivados al servicio de la cámara no midriática por su equipo de atención primaria mediante petición ECAP (programa de historia clínica informatizada utilizado por todos los profesionales de la red de atención primaria del ICS).
- o La citación se realiza desde su ABS (área básica de salud).
- o La prueba es realizada por el equipo diseñado de Jaime I.
- o Una vez realizada las pruebas, son remitidos todos los datos e imágenes mediante el programa TOPCONIMAGEnet a la historia del paciente.

- o Se citan en las agendas de MG territorial para la valoración y seguimiento por parte del Oftalmólogo en caso de sospecha de patología.

3.- EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez transcurrido un año desde la implantación del cribado (junio 2015) para la RD en el EAP Jaume I, en junio de 2016 se hace un análisis del rendimiento del mismo para evaluar la evolución y la situación con respecto al objetivo, de cara al planteamiento e implementación de mejoras que permitan cumplir el objetivo de completar las pruebas a los 5.093 pacientes de DM2 en junio de 2017.

El análisis se hace en base a los registros de citaciones y asistencia a las pruebas, que se cumplimentan por el personal que realiza las mismas. En los cuales se registran los siguientes datos:

FECHA	IDENTIFICACION PACIENTE	EDAD	SEXO	ABS PROCEDENCIA	PAATOLOGIA	FECHA ÚLTIMA RETINOGRAFIA	CONTROL OFTALMOLOGIA	AMODIASIS FARMACOLOGICA	ASISTENCIA A LA PRUEBA
-------	-------------------------	------	------	-----------------	------------	---------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------

Fig. 7- Datos registrados en estadillos seguimiento.

Los datos disponibles se compilan, procesan y analizan estadísticamente, desprendiéndose del análisis (ver fig. 8) las siguientes conclusiones:

- 1.- La **citación de pacientes** ha estado durante el periodo junio 2015 – mayo 2016 un **15% por debajo del objetivo**.
- 2.- La **realización de las pruebas** ha estado en este periodo un **41% por debajo del objetivo**.
- 3.- Hay un alto **absentismo de los pacientes (30%)** a los que se cita para la realización de las pruebas y no se presentan para la realización de las mismas.
- 4.- El análisis de los datos refleja que durante el primer año de ejecu-

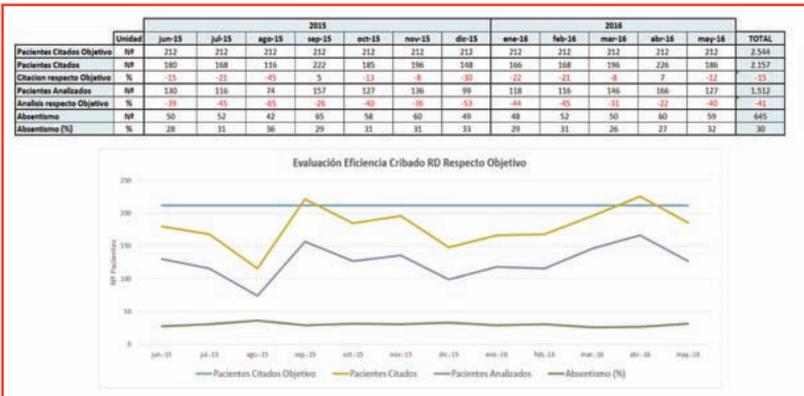


Fig. 8 - Evaluación Cribado RD Junio 2015 - Mayo 2016.

ción del cribado para la RD, se acumula un retraso de 4,3 meses (130 días).

4.- ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS

A la vista de los resultados obtenidos durante el primer año de aplicación del cribado de la RD en el EAP Jaume I, se hace necesario un replanteamiento de la situación y recursos asignados a la realización del cribado, que permitan mejorar la eficiencia y el rendimiento, de forma que se pueda reconducir la situación, haciendo posible cumplir el objetivo de realizar las pruebas pertinentes a todos los pacientes DM2, en los dos años previstos (fecha límite: junio 2017).

Ante esta situación, la Dirección del EAP Jaume I decide potenciar los recursos dotados para la realización del cribado, utilizando los recursos internos disponibles y dando más protagonismo y responsabilidad a los TCAE en el proceso de cribado:

1.- Se aumenta el equipo humano encargado del cribado:

- Se pasa de 1 Diplomado en Enfermería a 2.
- Se pasa de 1 TCE a 2.

2.- Se forma a los 2 TCE en la realización de las diferentes pruebas

analíticas, siempre y cuando no sea necesaria la midriasis farmacológica (en caso de ser necesaria, se citará de nuevo al paciente en una de las franjas horarias en las que realizan las pruebas los Diplomados en Enfermería).

3.- Se encarga a los TCE el diseño de un estadillo que permita sistematizar el registro de los resultados de las pruebas.

4.- Se encarga a los TCE la realización de un Protocolo de Limpieza y Mantenimiento del Tonómetro CT-80 Topcom y de la Cámara No Mi-driática TRC- NW65 Topcom, con el objetivo de maximizar la disponibilidad de los equipos para la realización de las pruebas.

5.- Se establece un sistema de llamadas "recordatorio" a los pacientes para intentar reducir el absentismo en las pruebas. Las llamadas las realizará el personal administrativo el día antes de la prueba.

4.1 - Formación TCE's

La formación de los TCE's involucrados en el cribado de la RD se establece en un período de 3 meses, y los aspectos que comprende esta formación son:

- o Programa informático de registro de historias clínicas (HCAP).
- o Optotipos.

o Retinógrafo TOPCON TRC-NW65.

o Tonómetro TOPCON CT-80.

o Programa de registros de imágenes TOPCONIMAGEnet: almacena las imágenes en servidor. Se debe hacer el traspaso de forma manual de las mismas en la historia clínica.

o Realización de pruebas: Presión intraocular, agudeza visual, rejilla de Amsler, fotografías de fondo de ojos.

o Registro de los resultados de las pruebas en las historias de los pacientes.

o Actuación frente a dudas y casos urgentes.

o Programación de los pacientes.

o Agendas de cribado ocular.

5.- EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS MEJORAS INTRODUCIDAS

Las mejoras introducidas en el procedimiento del cribado, se preparan durante el tercer trimestre de 2016, implementándose una vez completada la formación de los TCE, en octubre de 2016.

En enero de 2017 se vuelve a realizar un análisis de la situación para contrastar el resultado de las acciones correctoras implementadas. En este caso se analizan los resultados de las pruebas llevadas a cabo durante el último trimestre de 2016.

Del análisis de los datos registrados durante el cuarto trimestre de 2016, se desprende:

1.- La citación de pacientes ha estado durante el periodo octubre 2016 – diciembre 2016 un **89% por encima del objetivo**.

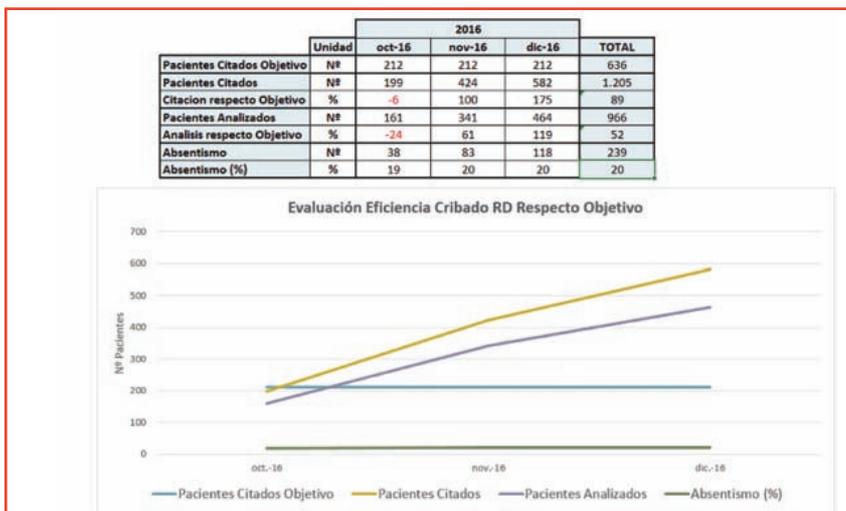


Fig. 9 - Evaluación Cribado RD 4º trimestre 2016.

2.- La realización de las pruebas ha estado en este periodo un **52% por encima del objetivo**.

3.- Persiste un **alto absentismo de los pacientes (20%)**, pero se mejoran 10 puntos con respecto a la situación previa, en el que el valor era del 30%

4.- El análisis de los datos refleja que durante el cuarto trimestre de 2016, el retraso acumulado se reduce desde los 4,3 meses (130 días) a ser de **3,1 meses (99 días)**. De esta forma, haciendo la extrapolación de los resultados del cuarto trimestre de 2016 a los dos primeros trimestres de 2017, se cumplirá el objetivo de completar las pruebas a la población DM2 en un periodo de 2 años.

En la Fig. 10 se muestra la evolución del Programa de Cribado, suponiendo que durante 2017 se trabaja con la media de los resultados obtenidos en noviembre y diciembre de 2016, una vez finalizada la implementación de las mejoras. Como se puede observar, esto permite que se cumplan los objetivos iniciales, fijados para el cribado de la RD.

6.- CONCLUSIONES

Una vez analizados y estudiados los datos expuestos en los puntos anteriores, las principales conclusiones que se pueden extraer son:

- Un TCE entrenado puede realizar la exploración oftalmológica básica del paciente (toma de presión intraocular, exploración de la agudeza visual y

toma de imágenes del fondo del ojo) ya que dichas técnicas son sencillas, lo que implica mejor gestión de las agendas y de los recursos humanos, observándose un aumento del rendimiento y eficiencia del Programa de Cribado, desde que se establece una mayor implicación y responsabilidad al TCE en los procesos.

- El absentismo por parte de los pacientes sigue siendo muy elevado aunque disminuyó al depositar la responsabilidad del control de citaciones sobre el TCE en un 10%, en los 2 primeros meses. Es razonable que siga disminuyendo de continuar la responsabilidad del control de citaciones en la figura del TCE, así como la organización de agendas, por la paulatina reducción de días transcurridos entre la citación y la fecha de realización de las pruebas.

- Gracias a los cambios introducidos, potenciando el papel del TCE, el servicio de Cribado Ocular ofrecerá cobertura bianual a todos los pacientes con DM2 II en los plazos establecidos (junio de 2017), corrigiéndose la desviación detectada durante el primer año del programa.

- El papel del TCE resulta clave para conseguir una mejora en la calidad asistencial, traducido en una optimización del coste para la sociedad, derivado de una optimización de los recursos materiales y humanos, puestos en juego.

En resumen, podemos concluir que la figura del TCE resulta clave para que se alcancen los objetivos establecidos en el cribado de la RD, desde que se le asigna un mayor protagonismo en la planificación, control y ejecución de las pruebas, poniéndose de manifiesto que, con la adecuada formación, los TCE pueden realizar con eficiencia tareas de mayor "valor añadido" a las realizadas tradicionalmente en el ámbito de la atención primaria.

Ver Bibliografía utilizada por el autor y anexos en www.fundacionfae.org.

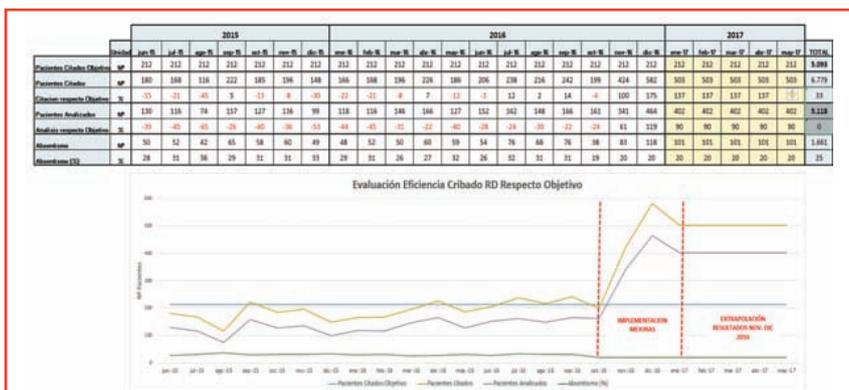


Fig. 10- Evolución rendimiento cribado. Impacto de las mejoras implementadas. Extrapolación de resultados.