

Estrategias







Comunicación e información a la ciudadanía

JUSTIFICACIÓN

La ciudadanía representa el centro y la razón de ser del sistema sanitario. La satisfacción de sus necesidades y expectativas en salud se presenta como objetivo prioritario en este plan, que se confecciona bajo las bases de la transparencia, la información y la participación.

Puesto que la diabetes es una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas, se hace necesario un plan de información y comunicación, dirigido especialmente a los colectivos que se hallan directa o indirectamente relacionados con la diabetes.

Aunque la calidad técnica es un pilar básico de la atención sanitaria, otros elementos como la amabilidad, la empatía, el tiempo de espera y, sobre todo, el grado de información, son decisivos para satisfacer las expectativas de la ciudadanía.

El objetivo general de esta estrategia es facilitar la accesibilidad a la información sobre la diabetes y su prevención, tanto a la población general como a los colectivos implicados, promoviendo la toma de decisiones compartida entre profesionales y pacientes y/o su entorno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar el grado de conocimiento de la población general y con diabetes y de los colectivos profesionales sanitarios sobre la diabetes, especialmente, en los aspectos relacionados con la importancia del tratamiento, la prevención de complicaciones y el seguimiento del proceso.
2. Contribuir a mejorar el grado de conocimiento del equipo de dirección y gestión del PIDMA sobre la información que utilizan los colectivos mencionados.

ACTIVIDADES

Diseñar un Plan de Comunicación que contemple la continuidad de las acciones divulgativas previstas en el primer PIDMA, con especial énfasis en:

1. La realización de encuestas demoscópicas para:
 - 1.1. valorar el grado de conocimiento sobre diabetes entre los diferentes colectivos.
 - 1.2. valorar el grado de conocimiento del PIDMA entre profesionales del SSPA.

- 1.3. valorar la calidad de vida de las personas con diabetes.
2. La agilización de los sistemas de comunicación interactiva ya iniciados, mejorando y actualizando los contenidos de la web y el foro de diabetes, tanto para profesionales como para población general y personas afectadas, e incorporando:
 - 2.1. una versión explicativa del PIDMA que garantice el acceso a los contenidos a la ciudadanía, profesionales y pacientes con diabetes.
 - 2.2. un buzón de sugerencias sobre el desarrollo del PIDMA.
 - 2.3. adaptación de los contenidos para facilitar su accesibilidad a los grupos más vulnerables y/o desfavorecidos.
3. La publicación periódica de los avances y resultados del PIDMA de modo accesible a la población, a la comunidad científica y a los medios de comunicación.
4. El desarrollo de acciones formativas y de información sobre la diabetes y los recursos disponibles para su atención.

INDICADORES

- Resultados de las encuestas demoscópicas en población general, personas con diabetes y profesionales del SSPA.
- Número de acciones divulgativas realizadas, así como de entidades y participantes en las mismas.
- Número de visitas al área de la web institucional del SSPA relacionada con el PIDMA y de participantes en el foro de diabetes
- Presencia en el Portal de Salud de la Junta de Andalucía de un buzón de sugerencias sobre el PIDMA y número de sugerencias recibidas y contestadas.
- Presencia en el portal de Salud de la Junta de Andalucía de un sistema de votación sobre la valoración global del grado de satisfacción de la ciudadanía con el PIDMA y número de votaciones realizadas.
- Número de actividades realizadas con los medios de comunicación (notas de prensa, ruedas de prensa, eventos de impacto mediático).
- Tipo y número de publicaciones divulgativas del PIDMA.



Prevención y detección precoz

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es una enfermedad con elevada morbilidad y una importante causa de mortalidad prematura. La edad avanzada, la obesidad, la presencia de antecedentes familiares, el sedentarismo, el nivel socioeconómico bajo, la hipertensión arterial y la hiperlipemia son factores de riesgo que se asocian con frecuencia a la diabetes.

Por el momento, no se conocen medidas eficaces para la prevención de la DM 1. En relación con la DM 2, las modificaciones realizadas en el estilo de vida mediante una alimentación equilibrada, tipo dieta mediterránea, y un incremento en la actividad física han mostrado la máxima efectividad, disminuyendo la aparición de diabetes en más de un 50%. Además, esta estrategia de modificación en el estilo de vida también ha demostrado su eficacia en la prevención de otros importantes problemas de salud como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y determinados tipos de cánceres.

Las acciones en promoción de salud y prevención requieren la participación coordinada de diversas instituciones y entidades que actúen, de forma sinérgica, desde diversos sectores y niveles de intervención. En Andalucía, a través del Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada (PAFAE), del Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN) y del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA), se han desarrollado actividades para la promoción de un estilo de vida saludable, específicamente, en lo relativo a la promoción de una alimentación equilibrada, al fomento de la actividad física y a la prevención y tratamiento del tabaquismo.

El PAFAE es un plan de acción intersectorial que ha desarrollado el consejo dietético con dos niveles de complejidad de la intervención (básico e intensivo), y que, con una metodología de trabajo individual y grupal para ser desarrollada en los centros de Atención Primaria, tiene como objetivo general reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo, mediante la información sobre los riesgos para la salud y la formación en hábitos de vida saludables.

Aunque en el momento actual no existe justificación para realizar cribado de diabetes en la población general, sí es recomendable el cribado oportunista en personas con elevado riesgo. Este cribado se realiza mediante la determinación de la glucemia basal de forma integrada con el despistaje de otros factores de riesgo como hipertensión arterial, dislipemia o tabaquismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir el incremento de la incidencia de DM 2 y de sus complicaciones
2. Fomentar el diagnóstico precoz de la DM 2

ACTIVIDADES

1. Fomentar el desarrollo de los recursos, las actividades y los sistemas de registro previstos en el PAFAE y el PIOBIN, tanto dentro del SSPA (consejo dietético básico y avanzado) como en el ámbito intersectorial (otras consejerías, municipios, asociaciones, etc.)
2. En colaboración con el Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía (PIACA) se promoverá que en las consultas de Atención Primaria se lleve a cabo la detección y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
3. Impulsar el cribado oportunista de la DM 2 siguiendo los criterios establecidos en el PAI Diabetes tipo 2 y el sistema de evaluación que propone.

INDICADORES

- Prevalencia de sobrepeso y de obesidad en la población, por grupos de edad y sexo.
- Prevalencia de actividad física y sedentarismo en la población.
- Incidencia de DM 2, estimada a partir del consumo de fármacos específicos para la diabetes.
- Número y tipo de acciones conjuntas entre el PIDMA y los otros planes integrales (PAFAE, PIACA) involucrados en estrategias preventivas comunes.
- Porcentaje de población no diabética a la que se ha realizado el cribado de diabetes.



Atención sanitaria a las personas con diabetes: gestión del proceso asistencial

GESTIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DIABETES

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, la atención sanitaria está fundamentada en la gestión del PAI Diabetes. Es el elemento que asegura la atención compartida entre los diversos perfiles profesionales implicados, la adecuada utilización de los recursos y la participación de las personas con diabetes y su entorno en la toma de decisiones con el fin de conseguir una mejora de los resultados en salud y de la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Extender y completar la implantación del PAI Diabetes, con especial énfasis en la adecuación del mismo a las características locales y de la población, a la mejora de la coordinación entre AH y AP y a la potenciación de cuidados en las personas con diabetes
2. Generalizar la implantación de la Historia de Salud digital única.

ACTIVIDADES

1. Implantar los PAI Diabetes tipo 1 y Diabetes tipo 2, incluyendo, como mínimo, definición de objetivos compartidos, equipo multidisciplinar, asignación de funciones para cada perfil profesional implicado y profesional responsable en AP y AH.
2. Incluir la implantación y seguimiento del PAI en todos los acuerdos de gestión de todas las unidades de gestión clínica de AP y AH implicadas
3. Incluir la implantación y seguimiento del PAI en los contratos programa del SAS con los hospitales y con los distritos de AP
4. Asegurar la existencia de hospital de día de diabetes en cada Hospital de Especialidades, permitiendo así la accesibilidad de las personas con diabetes que lo precisen, según establece el PAI Diabetes. La atención en el hospital de día incluirá, como mínimo:
 - 4.1. debut de diabetes 1 sin cetoacidosis.
 - 4.2. inicio de tratamiento insulínico en embarazadas.

- 4.3. descompensaciones graves que no requieren ingreso hospitalario.
- 4.4. inicio de tratamiento intensivo con infusores subcutáneos de insulina.
- 4.5. tratamiento del pie diabético de evolución tórpida.

INDICADORES

- Porcentaje de centros sanitarios con historia clínica digital implantada, desglosados por AP y AH.
- Porcentaje de la población general cubierta por centros con historia clínica digital implantada
- Porcentaje de centros sanitarios con PAI Diabetes implantado, desglosados por AP y AH.
- Porcentaje de la población estimada con diabetes incluida en el PAI Diabetes.
- Indicadores de calidad del PAI Diabetes.
- Hospitales con Servicio de Endocrinología que prestan atención a las personas con diabetes en modalidad de hospital de día.
- Número de pacientes que reciben atención en régimen de hospital de día, para cada una de las indicaciones establecidas en el proceso.
- Hospitales de día de diabetes con atención de mañana y tarde.



EVALUACIÓN DEL CONTROL METABÓLICO

JUSTIFICACIÓN

Los resultados aportados por el estudio UKPDS en DM 2 y el DCCT en DM 1 demuestran que optimizando el control metabólico se reducen las complicaciones agudas y se previene la aparición o progresión de las complicaciones crónicas. La reducción del riesgo de estas complicaciones se correlaciona con el descenso de la HbA1c obtenido con un modelo de tratamiento intensivo frente al convencional. La intervención con estrategias multifactoriales y el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en la DM 2 puede disminuir en más del 50% la aparición de complicaciones micro y macrovasculares y reducir el riesgo de mortalidad por todas las causas.

La realización de autoanálisis de glucemia capilar y la determinación de HbA1c constituyen la base del control metabólico y la guía para el diseño terapéutico. La consecución de los objetivos clínicos requiere una sólida motivación y participación de las personas con diabetes y un ejercicio de corresponsabilidad entre profesionales y pacientes. Se trata, por tanto, de una responsabilidad compartida, en la que el nivel de motivación, habilidades y destrezas de las partes es fundamental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Optimizar y evaluar periódicamente el control metabólico de las personas con diabetes para reducir las complicaciones agudas y prevenir el desarrollo o progresión de las complicaciones crónicas.
2. Garantizar la calidad y estandarización de las técnicas y procedimientos analíticos utilizados para valorar el control metabólico de la diabetes (glucemia, HbA1c), tanto en las determinaciones realizadas por los laboratorios como en las técnicas de autocontrol en sangre capilar.
3. Mejorar la accesibilidad y el uso racional del material para autocontrol (tiras reactivas, lances, agujas)

ACTIVIDADES

1. Establecer un plan para asegurar la calidad y estandarización de las determinaciones de glucemia y de HbA1c en laboratorio y en sangre capilar, que incluya los siguientes criterios:
 - 1.1. Para las determinaciones de glucemia en plasma venoso: Centrifugado de las muestras en el punto de origen entre 30-60 minutos después de la extracción y conservación en

nevera (4-6° C) hasta su llegada al laboratorio para su medición por métodos enzimáticos.

- 1.2. Para las determinaciones de glucemia capilar con glucómetros en los centros sanitarios: control de calidad continuo, dependiente de los laboratorios de bioquímica de referencia, con el objetivo de mantener un Coeficiente de Variación (CV) < 7%.
- 1.3. Para la determinación de HbA1c se acreditarán los laboratorios según los criterios del National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP)
2. Impulsar el seguimiento de las recomendaciones de los PAI Diabetes respecto a la valoración del control metabólico y su periodicidad
3. Ofertar la determinación en consulta de HbA1c en sangre capilar como método rápido de valoración del control de la diabetes en la infancia y en el embarazo, así como en situaciones de discapacidad.
4. Asegurar que exista al menos un hospital de referencia en cada provincia acreditado para la instauración de tratamientos con infusores subcutáneos de insulina.
5. Elaborar y difundir información sobre uso racional de tiras reactivas y garantizar la accesibilidad de los métodos de control mediante valoración del consumo.

INDICADORES

- Evaluación periódica, mínima semestral, de la determinación de HbA1c y sus resultados, con desagregación por provincias, áreas sanitarias y centros.
- Tasas de ingresos hospitalarios por complicaciones agudas de la diabetes (hipoglucemias graves, cetoacidosis, descompensación hiperosmolar, acidosis láctica).
- Tasas de ingresos hospitalarios por complicaciones crónicas de la diabetes y sus formas (úlceras de miembros inferiores, amputaciones, ictus, infarto agudo de miocardio), con desagregación por provincias y hospitales.
- Centros de extracción periférica que centrifugan la muestra sanguínea.
- Centros sanitarios con sistema de control de calidad de los glucómetros propios.
- Existencia de al menos un hospital de referencia acreditado según el NGSP en el Nivel I (coeficiente de variación < 3%).



- Laboratorios de bioquímica con acreditación de sus equipamientos para la determinación de HbA1c según el NGSP en el Nivel II (coeficiente de variación < 4%).
- Hospitales acreditados para la instauración y seguimiento de tratamientos con infusores subcutáneos de insulina.

RETINOPATÍA DIABÉTICA

JUSTIFICACIÓN

La retinopatía diabética (RD) no cursa con síntomas visuales al inicio de su instauración, de forma que, cuando aparece, suele hallarse en estado muy avanzado. La fotocoagulación por láser reduce los casos de ceguera en más del 60%, si se realiza en estadios no muy graves. La prevención de la RD se basa en el control de sus factores de riesgo, fundamentalmente la hiperglucemia y la hipertensión arterial.

Siguiendo las normas del PAI Diabetes, la detección de RD debe realizarse en la DM 1 a partir de los 5 años del diagnóstico en pacientes puberales y postpuberales, con periodicidad anual; y en la DM 2, desde el momento del diagnóstico, con periodicidad anual en pacientes de alto riesgo y cada 2 años en quienes se clasifican como de bajo riesgo.

En el PAI Diabetes se contempla el seguimiento de las personas con DM 1 en la AH y el de las personas con DM 2, mayoritariamente, en AP, representando la mayor parte de la población con diabetes y una mayor dificultad para acceder a los sistemas de cribado de RD. Esta situación ha mejorado desde la instauración del Programa de Detección Precoz de la Retinopatía Diabética (PDPRD) mediante retinografía digital no midriática, iniciado en AP durante la vigencia del primer PIDMA. El Programa está dirigido a identificar pacientes de riesgo que requerirán un posterior examen para confirmar el diagnóstico y valorar el tratamiento mediante retinografías que proporcionan archivos de imágenes que pueden ser almacenadas y valoradas desde cualquier punto del sistema sanitario. De esta forma se hace posible el cribado de la RD en los periodos recomendados y el tratamiento precoz de las personas que lo necesiten, se evitan desplazamientos innecesarios y se facilita la coordinación entre AP y AH.

El objetivo general de esta estrategia es reducir la disminución de la agudeza visual y la incidencia de ceguera en las personas con diabetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Prevenir la aparición de retinopatía en pacientes con diabetes.
2. Mejorar la detección de la retinopatía diabética en estadios precoces y susceptibles de tratamiento, garantizando la accesibilidad de toda la población con diabetes.
3. Instaurar el tratamiento y seguimiento adecuados de las complicaciones oculares de la diabetes.

ACTIVIDADES

1. Impulsar el control estricto de los factores de riesgo de retinopatía.
2. Desarrollar y completar el plan de formación de profesionales previsto en el PDPRD. Este plan incluye:
 - 2.1. Formación en la realización, lectura e interpretación de la retinografía digital y en el manejo de la aplicación informática de soporte al mayor número posible de profesionales involucrados. Se pretende que hayan recibido formación específica al menos el 30% de profesionales de medicina de AP y AH.
 - 2.2. Inclusión de los talleres acreditados del PDPRD dirigidos a profesionales como actividad fija en los programas anuales de formación de los Distritos de Atención Primaria/Áreas Sanitarias y AH.
 - 2.3. Elaboración de los contenidos en soporte CD asegurando su divulgación.
3. Impulsar la actualización del PAI Diabetes, adaptándolo a la existencia del PDPRD, para normalizar la actividad profesional en cuanto a clasificación, indicación de pruebas complementarias, tratamiento y seguimiento de la RD, incorporando la evidencia disponible a los protocolos de actuación.
4. Identificar una persona responsable del PDPRD en todos los Distritos de Atención Primaria. Entre sus funciones estará la realización de controles periódicos de la situación de las pruebas no estudiadas o no valoradas (no finalizadas) y el análisis de los motivos.
5. Garantizar que la totalidad de profesionales que desarrollan actividades del PDPRD cuenten con fácil acceso, progresivamente, preferentemente en consulta, a un puesto informático que permita la lectura e interpretación de las imágenes.



6. Promover modificaciones en la aplicación informática de soporte del PDPRD que permitan mejorar el rendimiento diagnóstico, el control de calidad y el seguimiento de pacientes según el grado de retinopatía.
7. Incluir las actividades del PDPRD en cartera de servicios.
8. Asegurar que la dotación de retinógrafos digitales no midriáticos de los Distritos de Atención Primaria garantice el acceso de las personas con diabetes.
9. Adecuar los recursos humanos de AP disponibles para la realización de retinografías por profesionales con competencias específicas.
10. Promover la colaboración entre el SSPA y las asociaciones de personas con discapacidad (ONCE), mediante convenios de colaboración en relación a los pacientes con ceguera por RD.

INDICADORES

- Número de retinógrafos por distrito de AP y por centro hospitalario (dotación y localización de los retinógrafos).
- Movilizaciones anuales de retinógrafos por distrito de AP.
- Coberturas de pacientes que se incluyen en el PDPRD, con desagregación por provincias, áreas sanitarias y centros.
- Número y porcentaje de pruebas finalizadas y de pruebas pendientes de realización, estudio, revisión por oftalmología, cita en oftalmología o recitación.
- Número y porcentaje de pruebas derivadas a oftalmología y de pruebas finalizadas, pendientes de revisión o en espera de cita.
- Resultados de la interpretación de las pruebas finalizadas: diagnóstico y grados de retinopatía.
- Número de talleres de formación en técnica de la retinografía digital y número de profesionales que han recibido formación.
- Número de talleres de formación en lectura e interpretación de la retinografía digital y número de profesionales que han recibido formación.

PIE DIABÉTICO

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es la causa más frecuente de amputación de miembros inferiores después de los traumatismos. Las personas con diabetes tienen un riesgo de amputación de 20-40 veces mayor que las personas sin diabetes. Los cuidados del pie junto con el control metabólico, la corrección de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y el tratamiento precoz del pie diabético complicado son claves para prevenir tales consecuencias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir la prevalencia e incidencia de pie diabético.
2. Detectar y captar de forma precoz a pacientes con pie de riesgo.
3. Disminuir el número de amputaciones por pie diabético.
4. Promover la rehabilitación y reinserción en la vida social y laboral.
5. Disminuir la mortalidad y morbilidad asociadas al pie diabético y mejorar la calidad de vida.

ACTIVIDADES

1. Impulsar el seguimiento de las recomendaciones establecidas en el PAI diabetes con especial énfasis en:
 - 1.1. Educación diabetológica y cuidados del pie en población de riesgo.
 - 1.2. Exploración periódica del pie adaptada a la catalogación del riesgo.
 - 1.3. Creación de grupos multidisciplinarios coordinados por Endocrinología para la atención al pie diabético en todos los centros hospitalarios.
 - 1.4. Atención a pacientes con pie diabético de evolución tórpida en régimen de hospital de día.
2. Impulsar y extender la atención podológica en las situaciones contempladas en el concierto establecido con profesionales de podología.



3. Asegurar la valoración por rehabilitación de pacientes con afectación funcional grave o amputación por pie diabético.

INDICADORES

- Tasas de ingresos hospitalarios por úlcera de miembros inferiores o amputación.
- Prevalencia de pie diabético y de riesgo.
- Porcentaje de pacientes con exploración de neuropatía (monofilamento, diapasón) y medición de índice tobillo-brazo.
- Número, diagnósticos y distribución de pacientes que se atienden en consultas de podología.
- Número, diagnósticos y distribución de pacientes que se atienden en consultas de rehabilitación.
- Número de grupos multidisciplinarios coordinados por Endocrinología para la atención al pie diabético en los centros hospitalarios.
- Número de pacientes que han recibido educación diabetológica individual o grupal orientada a los cuidados del pie.
- Porcentaje de pacientes con pie diabético o de riesgo, en cuya historia digital se hallen registrados valoración funcional / discapacidad / dependencia.

RIESGO CARDIOVASCULAR

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad y morbilidad en la población con diabetes.

La diabetes es un factor de riesgo cardiovascular independiente y causal, que, además de incrementar el riesgo de ECV de 2-4 veces, determina un peor pronóstico. Por otra parte, la diabetes se asocia, habitualmente, a otros factores (hipertensión, dislipemia, obesidad) que multiplican el riesgo de ECV de forma exponencial.

El control estricto e integral de estos factores de riesgo, incluido el control glucémico, ha demostrado reducir la morbimortalidad cardiovascular de forma notable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Promover estrategias de prevención en la población con diabetes relacionadas con estilos de vida saludables, especialmente, en aspectos ligados a la alimentación y la actividad física.
2. Promover y facilitar la detección precoz de los factores de riesgo vascular en las personas con diabetes.
3. Potenciar el control de los factores de riesgo vascular en las personas con diabetes.
4. Promover y facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad cardiovascular (ECV) en las personas con diabetes.

ACTIVIDADES

1. Impulsar el seguimiento de las recomendaciones relacionadas con la diabetes que se establecen en el PAI Riesgo Vascular y en el PIACA, con especial énfasis en las siguientes:
 - 1.1. Priorizar actividades relacionadas con la prevención cardiovascular en AP.
 - 1.2. Garantizar la valoración del riesgo cardiovascular en todas las personas con diabetes.
 - 1.3. Elaborar e integrar en DIRAYA una herramienta para la estimación del riesgo vascular, homogénea y válida para personas con y sin diabetes.
 - 1.4. Valorar sistemáticamente el cumplimiento terapéutico en las visitas de seguimiento y poner en marcha estrategias para mejorarlo.
2. Desarrollar herramientas integradas en la historia clínica que permitan obtener, de manera fácil y rápida, información detallada sobre detección y grado de control de los factores de riesgo vascular en las personas con diabetes, así como sistemas automatizados de alertas y recordatorios.
3. Incluir en la cartera de servicios de AP actividades dirigidas a personas con diabetes y riesgo vascular alto y a otros grupos especialmente vulnerables o en situación de desventaja, como analfabetismo, dependencia o bajo nivel socioeconómico.
4. Completar la dotación de los centros de AP y AH con los recursos necesarios que permitan la exploración vascular de miembros inferiores y la mejora del diagnóstico de enfermedad vascular periférica.
5. Desarrollar un programa de formación en competencias para la exploración vascular de miembros inferiores, dirigido a profesionales de AP y AH.



INDICADORES

- Número y descripción de las actividades de prevención (PAFAE).
- Porcentaje de personas con diabetes en las que se han identificado los factores de riesgo vascular principales (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, obesidad).
- Porcentaje de personas con diabetes que tienen control adecuado de los factores de riesgo vascular principales (hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, obesidad).
- Porcentaje de personas con diabetes que tienen ECV establecida.
- Porcentaje de personas con diabetes que tienen estimado el nivel de riesgo vascular.
- Porcentaje de personas con diabetes que tienen un nivel de riesgo vascular alto o muy alto.

NEFROPATÍA DIABÉTICA

JUSTIFICACIÓN

El daño renal progresivo que conduce al deterioro de la función renal y a una posible insuficiencia renal terminal, es una complicación grave de la diabetes. La nefropatía diabética es la causa más frecuente de insuficiencia renal terminal en los países occidentalizados. Y las personas con nefropatía diabética tienen, además, un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular y de mortalidad.

El marcador más precoz de la enfermedad renal es la microalbuminuria. La prevalencia de microalbuminuria en las personas con diabetes es del 20-30%. Sin intervención, más del 80% de pacientes con DM 1 y el 20-40% de pacientes con DM 2 progresarán a nefropatía manifiesta. El riesgo de desarrollar nefropatía aumenta con la edad, la duración de la diabetes y el mal control glucémico. Otros factores de riesgo son las cifras elevadas de tensión arterial, el tabaquismo y la dislipemia.

Tanto el control glucémico intensivo como el control de la tensión arterial retrasan el comienzo y la progresión de la nefropatía diabética. A pesar de los esfuerzos para prevenir y retrasarla, hay una continua y creciente necesidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS) entre las personas con diabetes. Una vez instaurado, el riesgo de morbimortalidad es muy superior al de la población general.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Detectar precozmente la nefropatía diabética (ND) y realizar su estratificación.
2. Conseguir un adecuado control metabólico de la diabetes y de los factores de riesgo de nefropatía (hipertensión arterial, dislipemia y tabaco principalmente).
3. Iniciar el TRS cuando esté indicado en el momento adecuado y en condiciones óptimas (acceso vascular o peritoneal), como elección libre e informada.
4. Mantener el seguimiento recomendado en el PAI Tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante Renal.

ACTIVIDADES

1. Asegurar el seguimiento de las recomendaciones relacionadas con la nefropatía diabética que se establecen en el PAI de Diabetes y TRS/TR con especial énfasis en:
 - 1.1. Utilización en todos los laboratorios de métodos validados de cribado de la microalbuminuria (concentración de albúmina en primera orina de la mañana, cociente albúmina/creatinina)
 - 1.2. Remisión a nefrología cuando la estimación del filtrado glomerular sea < 30 ml/min (fórmulas de MDRD y de Cockcroft-Gault) o se diagnostique ND establecida.
 - 1.3. Inclusión precoz en TRS de pacientes con diabetes (con un aclaramiento de creatinina estimado en torno a 15 ml/min).
 - 1.4. Información a las personas candidatas a TRS de todas las opciones terapéuticas disponibles.
 - 1.5. Realización del acceso vascular al menos 3 meses antes de su entrada en diálisis.
 - 1.6. Detección de las personas candidatas a trasplante renopancreático en fase de enfermedad renal crónica avanzada (antes de iniciar TRS mediante diálisis).
2. Adoptar la clasificación de la National Kidney Foundation (NKF) **(21, 22)** como criterio de calidad sobre el grado de afectación de la función renal, incorporándola al módulo del proceso diabetes en DIRAYA.
3. Impulsar la integración funcional de la totalidad de profesionales que juegan un papel en la prevención y atención a la ND para garantizar la continuidad asistencial prevista en los PAI relacionados (diabetes; TRS/TR). Entre las medidas a potenciar se encuentran las siguientes:



- 3.1. Facilitar el seguimiento compartido entre Nefrología, AP y Endocrinología de todas las personas con diabetes en TRS (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal).
 - 3.2. Promocionar las consultas hospitalarias de acto único (Endocrinología y Nefrología) para la atención a pacientes con diabetes en TRS.
 - 3.3. Habilitar canales de comunicación fluida entre AP y AH para consulta y asesoramiento entre profesionales y para facilitar las derivaciones de pacientes, incluyendo la comunicación telefónica y/o telemática.
4. Asegurar la disponibilidad de los criterios de inclusión en lista de espera de trasplante riñón/páncreas en todas las consultas de prediálisis y en los centros de diálisis de Andalucía.
 5. Disponer de un registro actualizado de pacientes con diabetes y nefropatía desde la fase de enfermedad renal crónica avanzada (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) y de todas las personas sometidas a TRS, en colaboración con la Coordinación Autónoma de Trasplantes.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con diabetes y nefropatía diabética.
- Número y porcentaje de pacientes con nefropatía diabética en TRS.
- Número y porcentaje de pacientes en TRS (con o sin diabetes) a los que se realiza trasplante renal o renopancreático.
- Consultas hospitalarias de acto único de Nefrología y Endocrinología.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y DE SALUD MENTAL

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de diabetes supone para las personas que la padecen y su entorno una importante carga psicológica e interfiere en la correcta realización de los cuidados y del tratamiento.

La valoración preliminar del estado psicológico y social debe ser incluida como parte del abordaje integral de la persona con diabetes. Ello implica la necesidad de entrenar a los colectivos de profesionales en técnicas de comunicación, de entrevista motivacional y de recomendaciones, así como en el reconocimiento de los problemas psicológicos específicos mediante un enfoque formal y estructurado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ayudar a asumir adecuadamente el impacto psicológico de la diabetes a las personas afectadas y su entorno.
2. Impulsar el apoyo psicológico en los casos de diabetes que aparecen durante la infancia y juventud.
3. Sensibilizar a todos los grupos profesionales implicados sobre la importancia de considerar los aspectos psicoemocionales para mejorar el control de la diabetes y asegurar la capacitación para su manejo.

ACTIVIDADES

1. Incluir el apoyo psicoemocional en todos los programas de educación diabetológica.
2. Incorporar en los PAI de Diabetes criterios de calidad sobre la evaluación y apoyo psicoemocional que debe prestarse a las personas afectadas y su entorno, con atención especial a:
 - 2.1. Valoración preliminar del estado psicológico y social como parte del manejo integral de la persona con diabetes, sobre todo en la población infantil y juvenil.
 - 2.2. Facilitación de circuitos para la remisión de los casos más graves a especialistas en salud mental con conocimientos en la atención a las personas con diabetes.
3. Impulsar, dentro del plan de formación del PIDMA, la capacitación de profesionales en técnicas de comunicación, entrevista motivacional y consejo, con programas adaptados a los diferentes perfiles.
4. Promover una atención específica en las personas con trastornos de salud mental que puedan ser responsables de inestabilización de la diabetes.

INDICADORES

- Número de programas de educación diabetológica con atención a aspectos psicoemocionales.
- Actividades formativas orientadas a técnicas de comunicación y entrevista motivacional.
- Pacientes que se derivan a especialistas de salud mental.



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

JUSTIFICACIÓN

El deficiente control de la diabetes se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones buco-dentales, sobre todo de enfermedad periodontal, xerostomía, caries, halitosis y aumento de la susceptibilidad a las infecciones. A su vez, la enfermedad periodontal dificulta el control metabólico de la diabetes y predispone a la pérdida espontánea de piezas dentarias, repercutiendo en la calidad de vida de las personas afectadas y en los costes para el sistema sanitario.

La mayoría de las complicaciones bucodentales de la diabetes son susceptibles de prevención y de tratamiento adecuado en los estadios iniciales. La promoción de la salud oral mediante la diaria y adecuada higiene bucal y el mantenimiento de la salud bucodental contribuyen a mejorar la calidad de vida y el control metabólico, a reducir la proporción de fracasos terapéuticos y a disminuir la morbilidad. Por ello, es preciso desarrollar un programa de salud oral que abarque, de forma multidisciplinar, los aspectos de promoción de la salud oral y diagnóstico precoz, el abordaje diagnóstico y terapéutico en los diferentes niveles asistenciales y que sea accesible a toda la población destinataria con criterios de equidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la salud bucodental de las personas con diabetes.
2. Mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los problemas de salud bucodental asociados a la diabetes.
3. Mejorar el acceso a la atención odontológica a la población diabética con criterios de equidad.

ACTIVIDADES

1. Incorporar a los programas de educación diabetológica contenidos relativos a técnicas de higiene oral y control de la placa bacteriana; conocimientos sobre dieta cariogénica y factores de riesgo de caries y enfermedad periodontal.
2. Fomentar las revisiones anuales sistemáticas incluyendo la determinación de índices de salud buco-dental, el raspado y alisado en caso de periodontitis, la eliminación de focos sépticos, el tratamiento precoz de infecciones oportunistas y la indicación de saliva artificial en caso de xerostomía.

3. Fomentar la captación de la población infantil y juvenil con diabetes para la Prestación Asistencial Dental ofertada por la Consejería de Salud
4. Desarrollar en los distritos de AP las medidas necesarias para que las personas con diabetes y patología oral aguda sean atendidas antes de las 48 horas.
5. Incorporar en los PAI relacionados (DM 1 y 2 y Embarazo, parto, puerperio) criterios de calidad en relación con la atención odontológica de pacientes con diabetes.

INDICADORES

- Registros de actividad y frecuentación de la atención odontológica a la población con diabetes.
- Inclusión de la prestación odontológica a las personas con diabetes en la Cartera de Servicios de AP.

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud (EPS) es esencial en el abordaje terapéutico de las personas con diabetes, ya que mejora el control metabólico y reduce las complicaciones agudas y crónicas y la hospitalización. Para cumplir adecuadamente los objetivos propuestos en el presente PIDMA, han de desarrollarse programas efectivos de educación en todos los ámbitos asistenciales.

El tratamiento de la diabetes es complejo y exige una participación activa de las personas afectadas que tienen el derecho y el deber de tomar importantes decisiones sobre sus cuidados y tratamiento. La EPS pretende proporcionar las herramientas necesarias para implicar a las personas con diabetes en el tratamiento y manejo de su enfermedad, en los términos de co-responsabilidad que requiere el pacto terapéutico establecido entre pacientes y profesionales de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ofertar a todas las personas con diabetes una educación diabetológica adecuada, equitativa e integral.



2. Fomentar la educación diabetológica entre las personas involucradas en el cuidado de las personas con diabetes, tanto de forma directa (entorno, personas cuidadoras) como indirecta (profesorado, monitoras y monitores juveniles, personal responsable de entrenamientos deportivos, etc.).
3. Facilitar la educación diabetológica entre iguales, fomentando la participación de pacientes en las asociaciones de ayuda mutua y la colaboración de profesionales de la salud en las tareas educativas.

ACTIVIDADES

1. Diseñar y difundir un Programa Común de Educación Diabetológica estructurado, con contenidos y formatos adecuados a las características y capacidades diferenciales de las personas a las que se destine (programas para distintos tipos de diabetes, edad, sexo, personas con dificultades de lectoescritura, con problemas de idioma, personas con discapacidad visual, auditiva, etc.)
2. Dotar a las unidades de Endocrinología y a los distritos de un número de profesionales con formación en educación diabetológica suficientes para dar cobertura generalizada en el sistema (al menos una persona por centro, responsable de la Educación Diabetológica grupal y de orientar la individual)
3. Garantizar el acceso a la educación y tecnología necesaria para el autocontrol, según características específicas de cada persona, para alcanzar el mayor grado de autonomía posible.
4. Organizar y realizar las actividades educativas, tanto en el ámbito sanitario como fuera de él (centros educativos, asociaciones de ayuda mutua, municipios...).
5. Priorizar la oferta del Consejo Dietético Intensivo a las personas con diabetes.
6. Habilitar un sistema de atención telefónica en los centros de salud y consultas de hospitales, cubierto por profesionales de enfermería en jornada ordinaria, para abordar y responder a problemas relacionados con los autocuidados en la diabetes.
7. Desarrollar programas de formación acreditada conjuntos para personal sanitario de AP y AH sobre educación diabetológica, creando para ello una estrategia de formación de formadoras y formadores accesible en cualquier centro del SSPA.
8. Facilitar en diversos soportes e idiomas la suficiente información actualizada y validada sobre los cuidados de las personas con diabetes con el fin de que logren la máxima autonomía (soporte papel, páginas web, blog, foros, SMS, teléfono, correo electrónico...)
9. Analizar las preguntas más frecuentes y elaborar un repertorio de preguntas y respuestas accesible -a través de *Salud Responde* y de *Informarse.es.salud*, mediante el desarrollo de algoritmos consensuados por equipos profesionales expertos en el consejo sobre diabetes.

10. Promover la participación de las personas con diabetes en talleres, cursos, charlas, colonias y reuniones formativas de las asociaciones de ayuda mutua.
11. Fomentar las actividades de educación diabetológica entre iguales.
12. Desarrollar actividades formativas y protocolos de atención compartida con personas involucradas, de alguna forma, en el cuidado de menores con diabetes, como personal educativo, monitores y monitoras de campamentos y de instalaciones deportivas, etc.

INDICADORES

- Porcentaje de personas con diabetes que han recibido el programa completo de educación diabetológica, desagregados por centros de salud y hospitales, sexo, edad y zonas con necesidades específicas (ZNTS, concentraciones étnicas...)
- Proporción de centros de salud y hospitales con educación para la salud grupal en diabetes.
- Funcionamiento y registros de actividad de la nueva línea en Salud 24 horas.
- Número y distribución de actividades de formación en educación diabetológica dirigidas a profesionales de la salud y a miembros de asociaciones de ayuda mutua.
- Número y tipo de recursos educativos elaborados, validados y distribuidos.
- Número de centros sanitarios que tienen identificado profesional responsable de la educación diabetológica, desglosados en AP y AH.
- Dotación de profesionales de educación diabetológica. Número/ 100.000 habitantes (por área sanitaria).
- Proporción de agendas de enfermería con espacios protegidos para educación diabetológica.
- Número de intervenciones educativas grupales en las que se realiza evaluación pre y postintervención.
- Existencia de líneas permanentes para el consejo diabetológico dentro de la Plataforma *Informarse.es.Salud*.
- Desarrollo, implantación y registros de actividad del programa de seguimiento telefónico en centros sanitarios.



Situaciones especiales

INFANCIA

JUSTIFICACIÓN

La DM 1 es la segunda enfermedad crónica y el trastorno endocrino-metabólico más frecuente en la infancia. El retraso en el diagnóstico puede conllevar situaciones graves de desequilibrio metabólico, con alto riesgo de morbimortalidad. Por ello, es importante establecer estrategias programadas de actuación con el fin de promover el diagnóstico precoz, el tratamiento y seguimiento adecuado y la integración social.

Requiere el manejo por un equipo multidisciplinar experto en diabetes infantil, con una adecuada coordinación entre AH y AP, que valore las necesidades de cada paciente en edad pediátrica en todas y cada una de las etapas del desarrollo y que cumpla con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar el diagnóstico y la atención precoz, para reducir los episodios de cetoacidosis diabética como forma de comienzo de la enfermedad.
2. Promover la atención continuada de la DM 1 en la infancia y adolescencia por un equipo multidisciplinar y experto, que incluya el apoyo psicológico a cada paciente y su entorno.
3. Facilitar la adquisición de tiras reactivas y otros materiales de autocontrol específicos para cada edad.
4. Mejorar la atención a la diabetes en la infancia fuera de los centros sanitarios, promoviendo la integración social.
5. Promover la transición organizada, planificada y acordada entre el equipo pediátrico y el de población adulta, tanto en AH como en AP.
6. Detectar situaciones de riesgo social y establecer las respuestas adecuadas para cada caso.

ACTIVIDADES

1. Promover campañas informativas basadas en el reconocimiento precoz de los síntomas de presentación de la diabetes en la infancia, dirigidas a profesionales de centros sanitarios y educativos.

2. Establecer un sistema de información de la DM 1, basado en el registro del tipo de diabetes en la historia de salud, con implantación progresiva de sistemas específicos de identificación de la diabetes en la infancia.
3. Establecer áreas de capacitación específicas en Endocrinología pediátrica, a considerar en el sistema de acreditación de los centros.
4. Elaborar un protocolo de actuación y un plan específico de formación para profesionales de los centros educativos, en coordinación con otros Planes Integrales y con la Consejería de Educación.
5. Dotar a los centros escolares con los recursos necesarios para la valoración y tratamiento de las descompensaciones agudas de la diabetes.
6. Realización de un informe de transición/alta de Pediatría para Endocrinología en la Historia de Salud digital, con especial atención a adolescentes con riesgo de pérdida de seguimiento, en coordinación con AP.
7. Desarrollo de sesiones conjuntas entre el equipo de atención pediátrica y el de población adulta para las personas transferidas y su recaptación.

INDICADORES

- Tasas de ingreso hospitalario por cetoacidosis.
- Existencia de personal de pediatría y enfermería experto en diabetes pediátrica por centro hospitalario.
- Número de centros educativos de cualquier nivel con información básica de diabetes infantil.
- Número de centros educativos con personal sanitario con capacitación para atender a menores con diabetes.
- Centros educativos en los que existen menores con diabetes con informe individualizado para su cuidado en el centro.
- Porcentaje de centros hospitalarios que tienen protocolo de transición de pacientes de Pediatría para Endocrinología de población adulta y lo aplican.
- Número y distribución por centros de talleres de manejo básico de la diabetes para profesionales de la educación.



- Número y distribución por centros de programas de divulgación de la diabetes.
- Casos recaptados en las sesiones conjuntas de Pediatría/Endocrinología de población adulta.
- Registro de DM 1 en la Historia de Salud digital.
- Número de centros sanitarios y escolares dotados de glucómetros capilares y tiras de cetonemia para la valoración de descompensaciones agudas.
- Número de niños y niñas con DM 1 a los que se les emite la “tarjeta de diabetes”.
- Número y distribución por centros de documento-informe individualizado para el centro escolar.

LA MUJER CON DIABETES EN EDAD FÉRTIL O EMBARAZADA

JUSTIFICACIÓN

La diabetes es la condición patológica más frecuentemente asociada al embarazo. El 1-3% de las mujeres en edad fértil padecen diabetes y, alrededor del 5-10% de las embarazadas desarrollan diabetes gestacional. Esta condición se acompaña de potenciales complicaciones tanto para la madre como para el feto, lo que justifica el desarrollo de estrategias específicas para retrasarlas y/o evitarlas.

El riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión arterial, dislipemias y, por tanto, enfermedad cardiovascular, es mayor en este grupo poblacional, por lo que resulta conveniente su seguimiento postparto.

Por otra parte, en las mujeres con diabetes previa (diabetes pregestacional) es preciso planificar la gestación para reducir el riesgo de complicaciones perinatales en la criatura recién nacida y/o en la madre, planteando un programa de anticoncepción segura y eficaz hasta conseguir el perfil metabólico óptimo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Detectar la diabetes durante el embarazo y tras el parto, con criterios homogéneos.
2. Diagnosticar precozmente las malformaciones fetales en las gestantes con diabetes.

3. Reducir la morbilidad y la mortalidad materno-fetal en las mujeres con diabetes pregestacional.
4. Disminuir la tasa de cesáreas en gestantes con diabetes.
5. Disminuir la variabilidad en el seguimiento de las gestantes con diabetes pregestacional y gestacional.

ACTIVIDADES

1. Organizar equipos multidisciplinares de diabetes y embarazo de referencia para cada área geográfica. Estarán compuestos, al menos, por profesionales de Obstetricia, Endocrinología y Enfermería (educador(a) / matron(a)).
2. Realizar consejo preconcepcional, con el apoyo de materiales informativos, y ofertar un método anticonceptivo apropiado hasta conseguir un control metabólico óptimo en todas las mujeres con diabetes en edad fértil.
3. Planificar la gestación en las mujeres con diabetes, cuando expresen su deseo de quedar embarazadas.
4. Establecer un plan de calidad para garantizar el cribado y diagnóstico de diabetes a todas las embarazadas, de acuerdo con los criterios establecidos en los PAI Diabetes.
5. Solicitar la HbA1c con periodicidad mensual en las gestantes con diabetes, ofertándoles la determinación en sangre capilar.
6. Ofertar tras el parto un método anticonceptivo adecuado para evitar embarazos no planificados.
7. Reclassificar la diabetes tras el parto y la lactancia.

INDICADORES

- Porcentaje de mujeres con diabetes en edad fértil a las que se facilita consejo preconcepcional.
- Porcentaje de gestaciones planificadas en mujeres con diabetes.
- Porcentaje de gestaciones con HbA1c preconcepcional < 7%.
- Porcentaje de mujeres embarazadas en las que se ha realizado cribado de diabetes.
- Centros que cumplen el plan de calidad establecido para cribado de diabetes gestacional.



- Equipos funcionales de diabetes y embarazo en las áreas hospitalarias: número y distribución.
- Tasas de ingresos durante el embarazo y puerperio en mujeres con diabetes pregestacional, diabetes gestacional y sin diabetes.
- Tasas de niñas y niños recién nacidos con problemas neonatales relacionados con la diabetes (bajo peso al nacer, macrosomía, muerte intraútero, problemas fetales relacionados con otras enfermedades maternas) en mujeres con diabetes pregestacional, con diabetes gestacional y sin diabetes.
- Tasas de cesáreas en mujeres con diabetes pregestacional, diabetes gestacional y en mujeres sin diabetes.
- Número de centros en los que se realiza el test de sobrecarga oral de glucosa.
- Tasa de mujeres a las que se les ha realizado una ecografía en una unidad de diagnóstico prenatal.
- Número de mujeres con diabetes gestacional reclasificadas tras el parto.

PACIENTES RESIDENTES EN INSTITUCIONES O CON DEPENDENCIA

JUSTIFICACIÓN

Las personas institucionalizadas (residencias de mayores, residencias de personas con discapacidad, centros de desintoxicación, centros de protección de menores, comunidades terapéuticas, prisiones...) reciben atención sanitaria a través de otros organismos, pudiendo resultar ésta heterogénea y/o desigual.

Por otra parte, las complicaciones crónicas de la diabetes desembocan, con frecuencia, en situaciones de discapacidad que pueden limitar la autonomía de la persona y su capacidad para realizar el tratamiento y los autocuidados.

Tanto la atención a pacientes que residen en instituciones como dependientes debe realizarse por un equipo sanitario multidisciplinar, capacitado para detectar y cubrir todas las necesidades de atención requeridas. Permanecen vigentes todos los objetivos, actividades, tipos de profesionales y tiempos aplicados en los centros sanitarios del SSPA y la atención sólo diferirá en lo referente a su ubicación o a la adaptación a la discapacidad que les limita, entre las cuales destacan por su frecuencia e importancia, las amputaciones de miembros inferiores, la disminución de la capacidad visual y el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal (diálisis, trasplantes).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ofertar a las personas con diabetes institucionalizadas o en situación de dependencia o discapacidad una atención adecuada, adaptada a su edad, sexo y nivel cognitivo y funcional.

ACTIVIDADES

1. Se crearán o adecuarán los circuitos de atención y seguimiento de las personas con diabetes institucionalizadas y/o en situación de dependencia mediante:
 - 1.1. Identificación de las personas candidatas y su situación cognitiva y funcional (enfermería de enlace, trabajo social...).
 - 1.2. Información a los equipos básicos de atención primaria.
2. Se llevará a cabo un plan de formación, que incorpore el enfoque de género, con contenidos específicos dirigido a las personas cuidadoras.

INDICADORES

- Porcentaje de personas con diabetes en instituciones y en situación de discapacidad identificados.
- Porcentaje de personas con diabetes atendidas en domicilio por profesionales de medicina y enfermería de atención primaria.
- Número y distribución de personas cuidadoras que reciben actividades de formación específicas.



Sistemas de información y evaluación

JUSTIFICACIÓN

El SSPA cuenta con un sistema de información sanitaria que está compuesto de varios subsistemas que recogen, procesan y distribuyen información, cuya finalidad es el análisis epidemiológico, el diseño de actuaciones, la gestión de los recursos sanitarios y la evaluación de los planes y programas. Estos registros se complementan con otras fuentes de información no rutinarias (Encuesta Andaluza de Salud, etc.)

En el caso específico de la diabetes, el sistema de información sanitaria en su conjunto debe ser capaz de:

- *proporcionar los datos necesarios para estimar la magnitud del problema en Andalucía.*
- *conocer la distribución de los factores determinantes o de riesgo.*
- *detectar desigualdades e inequidades.*
- *valorar la accesibilidad y utilización de los servicios preventivos y asistenciales.*
- *conocer el impacto de las intervenciones sanitarias.*
- *analizar la disponibilidad de recursos y las cargas de costes.*
- *mejorar la accesibilidad de la información a las y los profesionales.*
- *evaluar la implantación y desarrollo del PIDMA.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contar con la información necesaria para el análisis epidemiológico de la diabetes, el diseño de actuaciones preventivas y asistenciales, la gestión de los recursos sanitarios y la evaluación del PIDMA en cada una de sus estrategias.
2. Disponer de un “mapa” de los subsistemas de información del SSPA que permita obtener los datos de forma eficiente e integrada.

ACTIVIDADES

1. Elaborar un diagrama de las fuentes y flujos de información, tanto del propio SSPA como externos, para cubrir las necesidades de información del PIDMA
2. Establecer procedimientos de recuperación, tratamiento, análisis y distribución de los datos, que permitan conocer la prevalencia, incidencia y complicaciones de la diabetes por tipos, estratos de edad y sexo, territorio y nivel socioeconómico.
3. Revisar y adaptar los subsistemas de información sobre mortalidad y morbilidad (incluyendo la tasa de ceguera).
4. Análisis de las Encuestas de Salud Nacional y Andaluza desde la perspectiva del análisis de los estilos de vida y de los factores de riesgo para la diabetes.
5. Establecer los procedimientos necesarios para que en la Historia de Salud digital Diraya:
 - 5.1. Se facilite el registro de los datos del PAI Diabetes de forma integrada con el seguimiento habitual de pacientes
 - 5.2. Se incorporen sistemas automatizados de alertas/recordatorios, obtención de listados y sistemas de recaptación de pacientes
 - 5.3. Se facilite y agilice la explotación de los datos e indicadores registrados
6. Definir una metodología para cuantificar el volumen de servicios relacionados con la asistencia a la diabetes incluyendo recursos materiales y humanos.
7. Impulsar el desarrollo tecnológico de los sistemas de información para que permita la integración de las fuentes y la accesibilidad a la información, garantizando la seguridad de la misma.
8. Facilitar el acceso de profesionales de la salud a la información sobre recursos, prevalencia, incidencia y morbimortalidad de las personas con diabetes.

INDICADORES

- Informe anual sobre prevalencia, incidencia, complicaciones y mortalidad (global y prematura) de la diabetes, por provincia y área sanitaria.
- Informe bienal por sexo, edad, territorio y nivel económico, sobre el consumo de fruta o verduras, la distribución del índice de masa corporal y la realización de ejercicio con regularidad.



- Informe anual sobre oferta, demanda, actividad y demora asistencial en AH; y número de visitas del PAI diabetes en Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería en AP por paciente y año.
- Informe semestral de evaluación del grado de cumplimiento de las normas de calidad del PAI Diabetes por distintos niveles de desagregación hasta la clave médica.
- Informe anual sobre las tasas de incidencia de cetoacidosis, descompensación hiperosmolar, amputaciones, enfermedad cardiovascular (ictus, infarto agudo de miocardio), insuficiencia renal y ceguera.
- Informe con el mapa de recursos y los costes asociados al tratamiento y la prevención de la diabetes.
- Disponibilidad de información on-line actualizada sobre recursos materiales y humanos en el Portal de Diabetes.
- Existencia de sistemas de alerta en la historia de salud.
- Posibilidad de obtención de listados desde la historia de salud.
- Informe sobre desigualdades.

Investigación en diabetes

JUSTIFICACIÓN

La investigación permite incrementar el conocimiento sobre la patogenia e historia natural de la diabetes y las posibles intervenciones efectivas para el control de la enfermedad y sus complicaciones. Es necesario potenciarla para garantizar el avance hacia la prevención y curación de la enfermedad, así como para la mejora continua de la calidad asistencial.

Muchas de las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas en diabetes están basadas sólo en consensos y recomendaciones de grupos expertos, por lo que resulta necesario obtener evidencias científicas más sólidas sobre estrategias de actuación a través de una investigación clínica de calidad.

El objetivo general de esta estrategia es el fomento de la investigación epidemiológica, clínica y preclínica en diabetes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fomentar la investigación en:
 - 1.1. Estudios de incidencia de DM 1 y su relación con el medio ambiente.
 - 1.2. Estudios de prevalencia de DM 2 y sus complicaciones, con especial interés en la diabetes no diagnosticada (diabetes oculta).
 - 1.3. Estudios de incidencia de complicaciones agudas y crónicas.
 - 1.4. Estudios de bases moleculares de la patogenia de la diabetes tipo 1 y 2.
 - 1.5. Estudios de métodos y aplicación de la educación diabetológica.
 - 1.6. Estudios de prevención de diabetes tipo 1 y 2.
 - 1.7. Estudios de aplicación de la telemedicina al control de la diabetes.
2. Potenciar la actividad investigadora en diabetes de tipo transversal, integradora, donde se fundan múltiples disciplinas y niveles socio-sanitarios.



ACTIVIDADES

1. Continuar potenciando las líneas de investigación en diabetes del programa marco de investigación en salud de Andalucía.
2. Fomentar la formación de personal investigador en diabetes, cuidando la equidad en el acceso a las actividades formativas.
3. Fomentar la creación y desarrollo de infraestructuras, facilitando la formación de redes de investigación a nivel autonómico, nacional e internacional en áreas relacionadas con la diabetes.
4. Establecer estrategias que faciliten el traspaso de los resultados obtenidos a la práctica clínica, priorizando los proyectos que lo incluyan.
5. Fomentar líneas de investigación en servicios de salud que permitan:
 - 5.1. Identificar barreras en profesionales para seguir las recomendaciones de las guías clínicas en diabetes.
 - 5.2. Identificar barreras en las personas con diabetes para la adherencia al tratamiento y el seguimiento.
 - 5.3. Medir la efectividad de las distintas estrategias para superar las barreras (en profesionales y pacientes).
 - 5.4. Establecer indicadores para monitorizar la calidad de la atención a pacientes con diabetes, la variabilidad en la práctica clínica y las desigualdades en la atención asistencial (sesgos de género, inequidades geográficas y por grupos específicos de población).
 - 5.5. Valorar la efectividad del cribado de la retinopatía con diferentes métodos.
 - 5.6. Valorar la efectividad de los sistemas de infusión continua de insulina y de monitorización continua de glucosa.

INDICADORES

- Producción científica total alcanzada y evaluación del impacto bibliográfico.
- Proyectos competitivos (financiados por agencias evaluadoras) logrados con proyectos clínico-epidemiológicos, básicos y de servicios de salud.

- Consensos o Guías de Práctica Clínica publicados en relación con los trabajos realizados.
- Número y descripción de patentes.
- Grupos de investigación en diabetes incorporados a redes RETIC o CIBER.



Formación y desarrollo profesional

JUSTIFICACIÓN

El modelo de desarrollo profesional que se propone en el Plan de Calidad del SSPA se basa en la gestión por competencias. Disponer de profesionales competentes para la realización de sus funciones permite garantizar la mejor respuesta posible a las necesidades de salud de la ciudadanía en condiciones de equidad.

Es preciso desarrollar un plan de formación que garantice la calidad de las actividades, consolidando un modelo de acreditación que sitúe a las y los profesionales como protagonistas de todo su proceso formativo, promoviendo la elaboración de planes individualizados de formación que permitan conjugar las motivaciones personales y profesionales con las necesidades del sistema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la competencia profesional de todos los colectivos involucrados en la prevención y atención a la diabetes
2. Asegurar la calidad y la accesibilidad de las actividades formativas que se lleven a cabo al amparo del PIDMA.

ACTIVIDADES

1. Incorporar esta estrategia en el Plan de Formación del SSPA
2. Elaborar un Plan de Formación del PIDMA que desarrolle, de forma coordinada y en línea con el sistema de formación del SSPA, todas las acciones propuestas.
3. Elaborar o actualizar el mapa de competencias de las profesiones relacionadas con la prevención y la atención a la diabetes.
4. Impulsar la colaboración con universidades u otras instituciones relacionadas para incluir elementos docentes y formativos en concordancia con las necesidades detectadas y las medidas propuestas en el PIDMA.
5. Potenciar el conocimiento de la diabetes entre las competencias a adquirir dentro del Programa Común Complementario para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud (PCCEIR) del SSPA.

6. Fomentar la extensión de la formación en diabetes a otras profesiones que puedan estar involucradas en la información, formación o cuidado de personas con diabetes.
7. Elaborar un catálogo de recursos docentes en diabetes, accesible en la Web y actualizado periódicamente, para organizar los recursos disponibles relacionados con las competencias a desarrollar y la metodología docente a utilizar.

INDICADORES

- Diseño e implantación del Plan de Formación.
- Existencia de mapas de competencias de especialistas en formación revisados.
- Mapas para la acreditación de la competencia profesional de la Agencia de Calidad revisados.
- Documentos de los programas formativos de pregrado y postgrado en los diferentes ámbitos de formación para todas las titulaciones.
- Número de acuerdos de colaboración con facultades y escuelas universitarias.
- Incorporación de competencias en diabetes en el PCCEIR.
- Formación orientada al seguimiento del PAI Diabetes entre las competencias a desarrollar durante el periodo formativo de especialistas en formación.
- Número y descripción de las actividades de formación continuada desarrolladas al amparo del PIDMA.
- Número y descripción de profesionales que realizan actividades de formación continuada desarrolladas al amparo del PIDMA.
- Catálogo de recursos docentes accesible en la red.
- Actualización programada del catálogo de recursos docentes.



Potenciación del Sistema Sanitario Público de Andalucía para la atención a la diabetes

JUSTIFICACIÓN

Los sistemas sanitarios desarrollan un doble enfoque dirigido tanto a la atención sanitaria asistencial como a actividades de promoción de la salud y prevención. La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos requiere la participación de equipos multidisciplinares y de una adecuada dotación tecnológica.

Es necesario continuar avanzando en la disminución de las diferencias en la percepción del problema y en las expectativas por parte de profesionales y pacientes. Mientras que los colectivos profesionales suelen centrar su interés en la efectividad y la eficiencia de sus actuaciones, los grupos de pacientes muestran una mayor preocupación por aspectos relacionados con la accesibilidad, la continuidad de los cuidados y la comprensión de la comunicación que reciben.

Por tanto, desde el PIDMA se continuará con la adecuación de la oferta de servicios para las personas con diabetes a través de una reordenación, incremento y actualización de los recursos humanos y tecnológicos, aprovechando las innovaciones tecnológicas disponibles y logrando a su vez el mejor equilibrio organizativo posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Facilitar y mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios.
2. Adecuar progresivamente la organización y los recursos humanos para dar respuesta a las necesidades asistenciales, en función del lugar de residencia y características de la población a atender.
3. Aumentar y adecuar progresivamente, con criterios de racionalización, los recursos materiales necesarios para dar respuesta a las necesidades asistenciales.

ACTIVIDADES

1. Establecer las medidas necesarias para garantizar una correcta atención mediante citas programadas de las personas con diabetes.
2. Garantizar que la totalidad de profesionales que intervienen en la atención a pacientes con diabetes tenga acceso a:

- 2.1. Las herramientas y el material de apoyo necesario para la educación diabetológica.
 - 2.2. Las técnicas diagnósticas básicas necesarias para conseguir un buen control metabólico: determinación de HbA_{1c} venosa y capilar y perfil lipídico.
 - 2.3. Las técnicas diagnósticas básicas para la detección precoz de las complicaciones crónicas: microalbuminuria, optotipos, retinografía digital, monofilamento de Semmens-Wenstein o diapasón y equipos doppler portátiles.
3. Establecer las medidas necesarias para una adecuación progresiva de los recursos humanos a las actividades planteadas, atendiendo a los siguientes estándares:
 - 3.1. Existencia en cada centro de al menos un enfermero o enfermera con formación específica en educación diabetológica (con dedicación preferente en el caso de profesionales de hospitales).
 - 3.2. Número de personas con diabetes asignados a cada cupo de medicina de familia que permita asegurar una correcta atención.
 - 3.3. Atención en régimen de hospital de día de diabetes en todos los hospitales de especialidades.
 - 3.4. Presencia de unidades autónomas de Endocrinología y Nutrición en cada hospital de especialidades, con al menos un/a especialista con dedicación especial a la diabetes que garantice, específicamente, la atención a la diabetes y embarazo y el programa de infusores continuos de insulina.
 - 3.5. Inclusión de la atención endocrinológica en los hospitales comarcales a través de acuerdo de colaboración con las Unidades de Endocrinología de referencia.
 - 3.6. Presencia de al menos un/a pediatra, con formación específica en diabetes, en todos los centros hospitalarios.
 4. Garantizar que las personas con diabetes hospitalizadas reciban una atención adecuada, con independencia del motivo de ingreso.
 5. Promover la creación de equipos hospitalarios multidisciplinares de atención a pacientes con especial complejidad (trasplante de páncreas, pie diabético de evolución tórpida, vitrectomías...)
 6. Establecer medidas encaminadas a mejorar la accesibilidad de las personas con diabetes al material fungible para el autocontrol, así como a la racionalización de su dispensación y uso.



7. Elaborar y difundir una guía sobre el uso racional de los recursos para pacientes y profesionales de la salud.
8. Habilitar un sistema multicanal dirigido a pacientes y profesionales para atender sus demandas mediante un servicio de información de 24 horas, a través de *Salud Responde*.

INDICADORES

- Tasa de especialistas de Endocrinología, Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería en AH y AP, respectivamente.
- Número de profesionales de Enfermería con formación específica en educación diabetológica y dedicación preferente, en AP y en AH, según área sanitaria.
- Número de centros de AP con disponibilidad de herramientas y técnicas diagnósticas básicas para el control metabólico y la detección de complicaciones crónicas, por área sanitaria.
- Elaboración y difusión de una guía de uso racional de los recursos.
- Consumo de tiras reactivas para autoanálisis de glucemia.
- Número de actividades de formación en el uso de telemedicina realizadas.
- Procedimientos de telemedicina activos en relación con la diabetes, por área sanitaria.
- Número y tipo de productos multimedia relacionados con la diabetes

Asociaciones de ayuda mutua y diabetes

JUSTIFICACIÓN

Las asociaciones de pacientes con diabetes desarrollan una labor de gran importancia en nuestra sociedad. El conocimiento de la realidad que rodea a las personas afectadas les posibilita para actuar como un vehículo de transmisión de su problemática a la organización sanitaria, al tiempo que contribuyen a sensibilizar a la sociedad acerca del proceso. Además, aportando su propia experiencia, contribuyen a la mejora de la calidad de vida de quienes padecen esta enfermedad (y de sus familias), ayudándoles, sobre todo en fases iniciales, a aceptarla y a convivir con ella.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Asegurar la participación de las personas con diabetes, representadas en sus asociaciones, en el diseño, implantación y evaluación del PIDMA.
2. Mejorar el conocimiento que las personas con diabetes tienen de los recursos existentes y fomentar la corresponsabilidad en el uso de los servicios sanitarios.
3. Facilitar que las asociaciones participen en la sensibilización de la población general sobre los problemas que plantea la diabetes y sus complicaciones, especialmente en temas relacionados con la promoción de la salud.
4. Promover la creación de asociaciones de pacientes con diabetes en áreas donde aún no existan.
5. Establecer canales de comunicación eficaces para facilitar el intercambio de información y cooperación entre los centros dependientes del SSPA y las asociaciones.
6. Facilitar la educación diabetológica entre iguales, fomentando la participación de pacientes en las asociaciones y la colaboración de profesionales de la salud en las tareas educativas.

ACTIVIDADES

1. Promover la participación de las asociaciones en las comisiones de compra del material de autoanálisis en los distritos sanitarios.
2. Realizar acciones formativas dirigidas a asociaciones de pacientes y familiares en relación con la diabetes y con aspectos de promoción de la salud y prevención.



3. Elaborar y difundir en las asociaciones y en la comunidad un censo de recursos existentes relacionados con la diabetes.
4. Elaborar y difundir, en colaboración con las asociaciones, campañas de información para la población general sobre la prevención de diabetes y la educación terapéutica (publicaciones, folletos explicativos, intervenciones en prensa, radio, internet, etc.)
5. Fomentar el asociacionismo por el personal sanitario de los centros.
6. Elaborar acuerdos de colaboración entre centros y asociaciones.
7. Fomentar la participación de pacientes en los grupos de mejora del PAI Diabetes.
8. Realizar actividades para conocer expectativas y necesidades de las personas con diabetes.
9. Crear un grupo mixto de trabajo SSPA y Asociaciones para elaborar un acuerdo de colaboración mutua.

INDICADORES

- Número de distritos sanitarios que tienen incorporados miembros de asociaciones en sus comisiones locales de compras.
- Acciones formativas dirigidas a las asociaciones: tipo, número, asistencia, descripción.
- Actuaciones informativas o divulgativas dirigidas a la población: número, tipo, asistencia.
- Número de áreas sanitarias que tienen incorporados representantes de las asociaciones en los grupos de mejora del PAI.
- Acuerdo de colaboración mutua SSPA y Asociaciones.