



9. Definición estratégica del abordaje de la Diabetes Mellitus

La Consejería de Sanidad de Canarias asumió el compromiso con la ciudadanía de mejorar la atención de la Diabetes Mellitus llevando a cabo diferentes actuaciones, pero específicamente definiendo la estrategia de abordaje de la misma. Este compromiso de mejora se encuentra recogido tanto en la Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, como en el III Plan de Salud de Canarias, 2016-2017 y más recientemente en el Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias, el cual recoge las necesidades y propuestas de actuación expresadas por la sociedad canaria.

Además, esta estrategia se encuentra alineada con las directrices que establece la OMS en el Plan de acción mundial sobre ENT 2013-2020 y, adicionalmente, bajo el contexto actual de la pandemia de COVID-19, en el “Pacto Mundial contra la Diabetes” lanzado este año por la OMS, donde paralelamente a la atención a la pandemia, se precisa fortalecer y mejorar la atención a los pacientes con diabetes. Así mismo, se desarrolla en sinergia con la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud la cual tiene en cuenta la atención a la diabetes mellitus tanto desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud, como de atención asistencial.

La estrategia incorpora y desarrolla el modelo definido por el Servicio Canario de la Salud para la gestión de enfermedades crónicas adaptado a las características propias de la diabetes mellitus, considerando el abordaje integral y multidisciplinar de la atención a la diabetes y estableciendo un marco de colaboración entre los diferentes agentes e instituciones.

Para el desarrollo de la estrategia se ha llevado a cabo una primera fase de análisis de situación, en la que se ha tenido en cuenta la información y documentación existente y se ha dado continuidad a los procesos de reflexión ya iniciados por la Consejería de Sanidad y en la que han participado los profesionales sanitarios y los pacientes. En este sentido, se han realizado dos sesiones de trabajo con los profesionales y los pacientes orientadas a definir la estrategia de abordaje de la DM en Canarias.

En primer lugar, se definieron las bases de la estrategia, que constituyen el pilar sobre el que se asienta todo el desarrollo estratégico. Las bases engloban la misión y la visión del Servicio Canario de la Salud con relación a la atención de las personas con diabetes mellitus, así como los principios inspiradores que constituyen el marco de referencia para todas las actuaciones contempladas.

Posteriormente, se han establecido los ejes y líneas estratégicas sobre los que se articula el marco de acción, constituido por los proyectos y actuaciones definidas.

Ilustración 44: Pirámide de definición de la estrategia





9.1 Bases de la estrategia

9.1.1 Misión

La razón de ser de la Estrategia de abordaje de la Diabetes Mellitus en Canarias es:

Orientar la organización hacia un abordaje multidisciplinar e integral para la prevención, diagnóstico precoz y control de la diabetes mellitus con el fin de disminuir su incidencia, evitar las complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. A través de una asistencia holística, integrada y coordinada, el fomento de la corresponsabilidad y la implicación activa de las personas con diabetes en la gestión de su enfermedad, teniendo en cuenta los condicionantes familiares, socio económicos y culturales en nuestra comunidad.

9.1.2 Visión

Mediante la aplicación de esta estrategia el SCS aspira con relación a la atención de la diabetes mellitus a:

Lograr ser una región líder en la promoción de hábitos de vida saludable, la detección precoz de la diabetes mellitus y sus complicaciones. Con una apuesta clara por el cuidado integral, equitativo, centrado en el paciente diabético, una alta calidad científico-técnica y con foco en la educación terapéutica en diabetes que potencie la autonomía y la corresponsabilidad del paciente, facilitando la integración de los diferentes profesionales del SCS, incorporando el uso de nuevas tecnologías, con la finalidad de mejorar los cuidados de la persona con diabetes y su calidad de vida, obteniendo resultados en salud medibles.

9.1.3 Principios inspiradores

Los principios inspiradores que han motivado el desarrollo estratégico son los siguientes:

1. Centrada en la persona con un abordaje integral
2. Potenciando la participación y corresponsabilidad del paciente proporcionándole la información y herramientas necesarias para capacitarle en la toma de decisiones compartidas y autogestión de su enfermedad
3. Continuidad asistencial a través de una adecuada coordinación e integración entre profesionales y ámbitos asistenciales
4. Orientación de los procesos a la mejora de la calidad asistencial y a la mejora de resultados en salud
5. Equidad
6. Que contemple la perspectiva de género



7. Enfoque asistencial proactivo
8. Con participación de todos los elementos sociales e institucionales
9. Formación de los pacientes y profesionales
10. Innovación
11. Desarrollo de nuevas tecnologías y sistemas de información integrados
12. Sostenibilidad

9.2 Desarrollo estratégico

La estrategia se ha estructurado en cinco ejes estratégicos, que a su vez se articulan en 17 líneas estratégicas que dan lugar a 40 proyectos y 122 actuaciones.



Los ejes estratégicos se han establecido atendiendo a los condicionantes propios de la diabetes mellitus.

De esta forma, el eje estratégico nº 1 aborda la promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz, aspectos que resultan claves en una enfermedad como la diabetes donde un diagnóstico temprano y la actuación sobre los factores de riesgo modificables pueden, como en la DM2, incluso evitar o retrasar su aparición.

El eje estratégico nº 2 se orienta a garantizar una asistencia integrada a la persona con diabetes, contemplando la actuación colaborativa y coordinada intra e inter niveles asistenciales y atendiendo de forma holística a las necesidades de los pacientes.

El eje estratégico nº 3 plantea de forma específica la atención de las complicaciones para evitar en la medida de lo posible la aparición o retraso de las mismas, su detección precoz y manejo y atención adecuadas si se producen.

Se ha considerado conveniente establecer un 4º eje estratégico dedicado a la diabetes en la infancia, que tenga en cuenta la atención específica a la DM1 por su aparición en tramos de edad jóvenes, y a la DM2 por el incremento de su incidencia si bien no es una enfermedad prevalente en las edades infanto-juvenil.

Por último, también se considera prioritario avanzar en la mejora de la formación, la investigación y la innovación por lo que el 5º eje se ha dedicado a estos ámbitos.



Ilustración 45: Ejes estratégicos de la Estrategia de Abordaje de la Diabetes Mellitus en Canarias



9.2.1 Ejes y líneas estratégicas

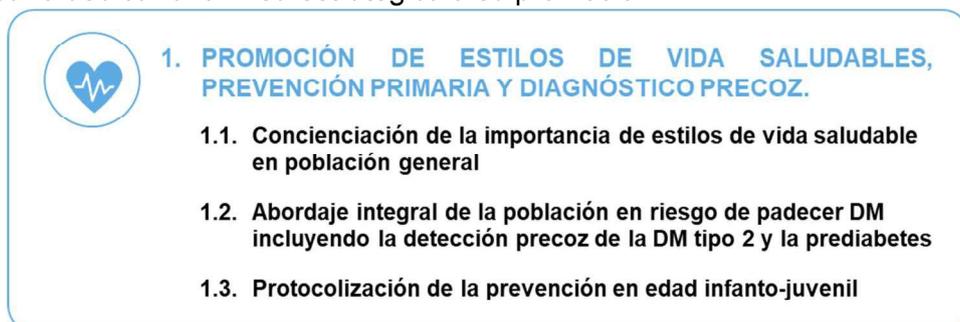
Eje estratégico nº 1 “Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz”

Este eje pretende hacer énfasis en la importancia que tiene la adquisición de hábitos saludables y las actuaciones de prevención para evitar o retrasar la aparición de la diabetes mellitus (DM2 y DMG) en la población, así como la detección precoz para el inicio del tratamiento adecuado y limitar la progresión de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida de las personas.

Para ello, se ha establecido una línea específica de concienciación en la población de la importancia que tiene la adquisición de hábitos saludables sobre su estado de salud y en la aparición de enfermedades como la diabetes mellitus. Para un mejor abordaje de este aspecto, se plantea la colaboración intersectorial entre diferentes instituciones y entidades que permita afrontarlo desde distintas perspectivas y de forma colaborativa para asegurar mejores resultados. Igualmente se propone potenciar las intervenciones de educación para la salud, tanto desde el ámbito comunitario como en el propio centro de salud, con carácter individual y grupal.

Asimismo, se contempla el desarrollo de actuaciones encaminadas a la detección precoz de la prediabetes y la DM2 mediante la protocolización y sistematización del cribado oportunista, el apoyo de los sistemas de información y una mayor sensibilización de los profesionales sanitarios.

Debido a la importancia que tiene la adquisición de hábitos saludables desde edades tempranas para prevenir la aparición de la DM2 en la población adulta se ha considerado necesario dedicar una línea estratégica a su promoción.





Eje estratégico nº 2 “Asistencia integrada a la persona con diabetes”

Mediante este eje se pretende abordar el proceso asistencial de los pacientes que tienen diabetes desde una perspectiva global de la persona y de forma coordinada entre todos los profesionales responsables implicados en su atención. Para ello, se contempla la definición del proceso asistencial integrado (PAI) de la diabetes que establezca tanto el marco de actuación organizativo como de práctica clínica y que reduzca la variabilidad existente actualmente. En el marco del proceso se tendrá en cuenta, el seguimiento de la adherencia del tratamiento por parte del paciente, el control integral del riesgo cardiovascular, el control metabólico óptimo, etc. Asimismo, el PAI incorporará el modelo de coordinación y comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales implicados en el tratamiento y seguimiento del paciente, que tengan en cuenta objetivos comunes de atención. Del mismo modo, en la definición de los circuitos asistenciales, se promoverá la alta resolución y la ambulatorización en la atención a la diabetes.

Además, por su propia especificidad se establece una línea estratégica que tenga en cuenta las implicaciones de la diabetes durante la gestación, considerando tanto la necesidad de establecer actuaciones de prevención en mujeres fértiles, como la atención durante todo el embarazo.

De la misma forma, también se dedica una línea estratégica a la educación terapéutica en diabetes con el objetivo de reforzar las acciones de información e instrucción de los pacientes en todo lo relativo al manejo y gestión de su enfermedad, favoreciendo además la toma de decisiones compartidas con su profesional sanitario. Así, entre otros aspectos, se pretende facilitar que los pacientes sepan interpretar los resultados del autoanálisis de la glucemia capilar y actuar en función de los resultados, favoreciendo un óptimo manejo terapéutico por parte del paciente.

Otro aspecto importante que afecta a las personas con diabetes es el impacto que genera la enfermedad, especialmente cuando aparecen complicaciones, en su vida social y laboral, y por ello la estrategia ha definido una línea estratégica en este ámbito.



2. ASISTENCIA INTEGRADA A LA PERSONA CON DIABETES

- 2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes
- 2.2. Diabetes y embarazo
- 2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad
- 2.4. Integración social y laboral

Eje estratégico nº 3 “Abordaje de complicaciones”

El abordaje de las complicaciones es clave para evitar las descompensaciones agudas (cetoacidosis, hiperglucemia o hipoglucemias), o bien que las complicaciones crónicas asociadas a la enfermedad evolucionen hasta ocasionar la aparición de discapacidades (pérdida de visión debido a la retinopatía diabética o amputaciones de miembros



inferiores a causa de enfermedades vasculares periféricas), así como la posibilidad de sufrir muerte prematura (debido a enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o renales).

Por este motivo, se contempla una línea estratégica orientada a la formación de los pacientes en el manejo de las posibles complicaciones, para mejorar su calidad de vida. Igualmente, se establece una línea centrada en la identificación precoz de las complicaciones, así como el adecuado seguimiento de las mismas para evitar que su evolución provoquen secuelas irreversibles en el paciente (entre otras actuaciones se contempla el cribado y seguimiento de las complicaciones metadiabéticas).

Finalmente, se considera especialmente relevante la atención de aquellas personas que se encuentran en una situación de alta complejidad, por lo que se plantea potenciar la figura de enfermería gestora de casos, así como la definición de circuitos y protocolos asistenciales centrados en la atención a estos pacientes.



3. ABORDAJE DE COMPLICACIONES

- 3.1. Prevención terciaria de la DM**
- 3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones**
- 3.3. Atención a las personas con diabetes en procesos de alta complejidad**

Eje estratégico nº 4 “Diabetes en edad pediátrica”

Las particularidades propias de la diabetes en la edad pediátrica justifican que la estrategia contemple un eje estratégico dedicado a este aspecto. De esta forma, se ha articulado una línea estratégica que incide en la necesidad de gestionar al paciente diabético pediátrico desde una perspectiva homogénea de su proceso asistencial y atendiendo a las necesidades propias de estos pacientes, incluyendo la etapa de transición de jóvenes a adultos.

De la misma forma, se ha establecido una línea estratégica orientada a la atención del paciente pediátrico con diabetes mellitus 1, que es la más prevalente en estas edades. Esta línea contempla tanto el diagnóstico precoz, como la educación terapéutica, como la definición del proceso asistencial específico de la DM1 en niños, entre otras áreas de actuación. Igualmente, contemplando los mismos aspectos se ha desarrollado una línea estratégica dedicada al proceso asistencial a la DM2 en el paciente pediátrico.

Adicionalmente se ha incorporado una línea estratégica con el objetivo de adecuar el entorno familiar y educativo de los pacientes pediátricos con diabetes a sus circunstancias. Para ello, se contemplan proyectos de enfermería escolar y de educación terapéutica de forma conjunta con familiares.



4. DIABETES EN EDAD PEDIÁTRICA

- 4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico**
- 4.2. Diabetes Mellitus tipo 1**
- 4.3. Diabetes Mellitus tipo 2**
- 4.4. Diabetes en la escuela y en el entorno familiar y social**

Eje estratégico nº 5 “Formación, investigación e innovación”

La línea estratégica dedicada a la innovación y las tecnologías de la información promueve la mejora de la disponibilidad de la información compartida del paciente entre niveles asistenciales con el objetivo de favorecer el seguimiento y la continuidad asistencial, así como la coordinación de actuaciones entre los diferentes profesionales.

Por otro lado, también se persigue la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, como la implantación de soluciones en movilidad y nuevos modelos de relación con los profesionales a través de la tecnología. Otro aspecto relevante es favorecer la identificación y adopción de buenas prácticas clínicas en diabetes.

Asimismo, también se propone la mejora de los sistemas de información encaminados a facilitar el registro y la evaluación de los resultados en salud, favoreciendo el diseño de un cuadro de mandos global que permita monitorizar la evolución de la diabetes y facilite la planificación de actuaciones y la toma de decisiones. Se contempla también la puesta en marcha de un sistema de difusión de la información entre los profesionales.

La línea estratégica de formación y docencia, promueve el diseño de una estrategia de formación continua que tenga en cuenta especialmente las principales necesidades existentes. Por ello, se plantea llevar a cabo un despliegue de formación en diabetes para todos los profesionales implicados en el proceso de atención, así como otras específicas orientadas a mejorar el conocimiento sobre tratamientos, hábitos saludables, etc. Además, se contempla la puesta en marcha de un programa de formador de formadores en el ámbito de la educación terapéutica en diabetes, que asegure la capacitación de los profesionales en este ámbito. Adicionalmente, se plantea la existencia de un banco de recursos en diabetes accesible para los profesionales.

A través de la línea estratégica de investigación, se pretende potenciar la investigación epidemiológica y clínica en diabetes en Canarias.



5. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

- 5.1. Innovación y tecnologías de la información**
- 5.2. Formación y docencia**
- 5.3. Investigación**



9.2.2 Proyectos y actuaciones

Los ejes y líneas estratégicas se desarrollan a través de 40 proyectos.

Ejes / Líneas /proyectos	
 1.PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN PRIMARIA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ	
1.1. Concienciación de la importancia de estilos de vida saludable en población general	1.1.1. Coordinación intersectorial de las intervenciones para la concienciación sobre la importancia de los hábitos saludables en la prevención de la diabetes y sus consecuencias 1.1.2. Promoción de hábitos saludables en población general a través de actividades comunitarias (HS/D) 1.1.3. Establecimiento de actuaciones individuales de educación para la salud en población general y con especial atención a la personas con factores de riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus
1.2. Abordaje integral de la población en riesgo de padecer DM incluyendo la detección precoz de la DM tipo 2 y la prediabetes	1.2.1. Fomento en Atención Primaria de forma sistemática del cribado de DM tipo 2 y de la detección de otros factores de riesgo cardiovascular 1.2.2. Implantación de estrategias para mejorar la identificación precoz de personas con DM tipo 2 no conocidas
1.3. Protocolización de la prevención en edad infanto-juvenil	1.3.1. Abordaje de la prevención de la obesidad infanto-juvenil
 2.ASISTENCIA INTEGRADA A LA PERSONA CON DIABETES	
2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes	2.1.1. Definición e implantación del PAI de diabetes 2.1.2. Establecimiento de estrategias para un mejor control metabólico 2.1.3. Incremento de la resolutiveidad 2.1.4. Optimización del tratamiento y facilitación de la adherencia terapéutica
2.2. Diabetes y embarazo	2.2.1. Diabetes pregestacional 2.2.2. Control y seguimiento de la Diabetes Gestacional
2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad	2.3.1. Elaboración e implementación de programas estructurados de educación terapéutica para el paciente y sus familiares 2.3.2. Aplicación de tecnologías para mejorar el autocuidado 2.3.3. Potenciar el paciente activo en diabetes 2.3.4. Evaluación de la calidad de las actuaciones de educación y análisis de los resultados en salud
2.4. Integración social y laboral	2.4.1. Inclusión social y laboral de personas con diabetes
 3. ABORDAJE DE COMPLICACIÓN	
3.1. Prevención terciaria de la DM	3.1.1. Protocolización y consenso de la prevención terciaria



3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e	3.2.1. Adecuación de la organización 3.2.2. Complicaciones agudas
Ejes / Líneas /proyectos	
integrada del paciente con complicaciones	3.2.3. Control integral del riesgo cardiovascular del paciente con diabetes 3.2.4. Incorporación de forma sistemática la exploración de los pies en las personas con diabetes y el seguimiento periódico según el nivel de riesgo 3.2.5. Cribado de retinopatía: continuidad de RETISALUD 3.2.6. Otras complicaciones crónicas
3.3. Atención a las personas con diabetes en procesos de alta complejidad	3.3.1. Abordaje de las personas con diabetes con complicaciones de alta complejidad
4. DIABETES EN EDAD PEDIÁTRICA	
4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico	4.1.1. Definición del proceso de atención integrado al Paciente Pediátrico 4.1.2. Elaboración de criterios para garantizar la adecuada transición de los pacientes de los servicios de pediatría al de adulto 4.1.3. Actuaciones de mejora de la práctica asistencial 4.1.4. Definición del proceso de atención a otros tipos de diabetes (no DM1 y DM2)
4.2. Diabetes Mellitus tipo 1	4.2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes mellitus tipo 1 en la edad pediátrica
4.3. Diabetes Mellitus tipo 2	4.3.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes mellitus tipo 2 en la edad pediátrica
4.4. Diabetes en la escuela y en el entorno familiar y social	4.4.1. Plan de manejo de la diabetes en los ámbitos escolar, familiar y social
5. FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	
5.1. Innovación y tecnologías de la información	5.1.1. Disponibilidad de información compartida relativa al paciente con diabetes entre AP y atención hospitalaria 5.1.2. Incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas con criterio de eficiencia (pacientes pediátricos y adultos) 5.1.3. Identificación de nuevos modelos organizativos para la implantación eficiente de buenas prácticas clínicas en diabetes 5.1.4. Mejora de los sistemas de información para facilitar el registro y la evaluación de los datos
5.2. Formación y docencia	5.2.1. Diseño de un programa formación continua adaptado a las necesidades de los profesionales de los diferentes ámbitos y niveles asistenciales relacionados con la diabetes 5.2.2. Creación de un espacio digital o banco de recursos, de fácil acceso para los profesionales, de todos los recursos disponibles para la atención a la diabetes
5.3. Investigación	5.3.1. Investigación epidemiológica 5.3.2. Investigación clínica



Para cada uno de los proyectos se ha definido una ficha descriptiva con los objetivos que se pretenden alcanzar y las actuaciones previstas para ello.

Proyecto	
1.1.1. Coordinación intersectorial de las intervenciones para la concienciación sobre la importancia de los hábitos saludables en la prevención de la diabetes y sus consecuencias	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz	1.1. Concienciación de la importancia de estilos de vida saludable en población general
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicar a otras organizaciones en la promoción de hábitos saludables en la población. • Establecer acuerdos con dichas organizaciones para el desarrollo de actuaciones orientadas a favorecer la adopción de estilos de vida saludable en la población. • Mejorar el conocimiento de la población sobre los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus. 	
<p>Actividades:</p> <p>1.1.1.1. Incentivar actuaciones de promoción de hábitos saludables de forma conjunta con otras entidades, tales como consejerías, cabildos y ayuntamientos que permitan obtener sinergias y alcanzar mejores resultados en salud.</p> <p>1.1.1.2. Promover el establecimiento de un marco legislativo que desincentive el consumo de aquellos alimentos que puedan generar problemas de salud y favorezca una alimentación saludable.</p> <p>1.1.1.3. Favorecer acuerdos de colaboración con la industria alimentaria para favorecer la adopción de patrones de elaboración de productos más saludables y con menor contenido calórico.</p> <p>1.1.1.4. Colaborar con las sociedades científicas en el diseño de actuaciones de promoción de hábitos de vida saludable.</p>	

Proyecto	
1.1.2. Promoción de hábitos saludables en población general a través de actividades comunitarias (HS/D)	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz	1.1. Concienciación de la importancia de estilos de vida saludable en población general

**Objetivos:**

- Favorecer el desarrollo de intervenciones comunitarias y de proximidad que sensibilicen a la población en la adquisición de hábitos de vida saludables.
- Disponer de un mapa de recursos accesible tanto para la población como para los profesionales de la salud, que integre las actividades saludables disponibles en los diferentes municipios.

Actividades:

- 1.1.2.1. Favorecer la alimentación saludable y la actividad física en la población mediante el desarrollo de charlas, talleres, medios de comunicación, campañas, entre otras acciones en el ámbito comunitario.
- 1.1.2.2. Difundir entre los profesionales de la salud el mapa de activos saludables como recurso terapéutico para sus pacientes.

Proyecto**1.1.3. Establecimiento de actuaciones individuales de educación para la salud en población general y con especial atención a las personas con factores de riesgo para el desarrollo de Diabetes Mellitus****Eje Estratégico****Línea Estratégica**

1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz

1.1. Concienciación de la importancia de estilos de vida saludable en población general

Objetivos:

- Identificar pacientes en riesgo de desarrollar diabetes en las consultas de Atención Primaria.
- Mejorar los hábitos de salud de las personas en situación de riesgo a través de actuaciones sistematizadas de los profesionales de Atención Primaria.
- Disponer de una oferta consolidada de actuaciones formativas de carácter grupal en los Centros de Salud en lo relativo a la Educación para la Salud.

Actividades:

- 1.1.3.1. Potenciar en el marco del programa de Aulas de la Salud, el desarrollo de sesiones grupales orientadas a la prevención de la Diabetes Mellitus.
- 1.1.3.2. Diseñar programas de educación para la salud de carácter individual en Diabetes Mellitus.
- 1.1.3.3. Estandarizar la educación individual de los pacientes en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

Proyecto**1.2.1. Fomento en Atención Primaria de forma sistemática del cribado de DM tipo2 y de la detección de otros factores de riesgo cardiovascular****Eje Estratégico****Línea Estratégica**



1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz	1.2. Abordaje integral de la población en riesgo de padecer DM incluyendo la detección precoz de la DM tipo 2 y la prediabetes
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Identificar de forma precoz a la población con DM tipo 2 o prediabetes, favoreciendo la captación de los pacientes en consulta. 	
<ul style="list-style-type: none"> Adaptar los sistemas de información como herramientas de apoyo a la detección de pacientes en situación de riesgo. 	
Actividades: <p>1.2.1.1. Homogeneizar la actuación integral de los Equipos de Atención Primaria sobre los pacientes con factores de riesgo detectados y difundir entre los profesionales.</p> <p>1.2.1.2. Potenciar el cribado oportunista, a través de la realización de la glucemia sobre poblaciones que presentan mayor riesgo de padecer prediabetes o DM2, así como pacientes mayores de 45 años.</p> <p>1.2.1.3. Favorecer la inclusión de automatismos en la historia clínica que alerten a los profesionales sanitarios sobre los pacientes que precisen una intervención asistencial.</p> <p>1.2.1.4. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la detección precoz de la prediabetes y la DM2.</p>	

Proyecto	
1.2.2. Implantación de otras estrategias para mejorar la identificación precoz de personas con DM tipo 2 no conocidas	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz	1.2. Abordaje integral de la población en riesgo de padecer DM incluyendo la detección precoz de la DM tipo 2 y la prediabetes
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Favorecer la captación de los pacientes en situación de riesgo que no son usuarios de los centros de salud. Implicar a los profesionales de Atención Primaria en la captación de estos pacientes. 	
Actividades: <p>1.2.2.1. Elaborar un plan para identificar a las personas en riesgo de padecer DM2 que acuden regularmente al centro de salud.</p> <p>1.2.2.2. Sensibilizar a los profesionales del Equipo de Atención Primaria en la necesidad de identificar dentro de su cupo a las personas que se encuentran en riesgo de padecer DM2 y que no han sido valoradas previamente en consulta.</p>	



Proyecto	
1.3.1. Abordaje de la prevención de la obesidad infanto-juvenil	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
1. Promoción de estilos de vida saludables, prevención primaria y diagnóstico precoz	1.3. Protocolización de la prevención en edad infanto-juvenil
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la prevalencia de la obesidad en la población infanto-juvenil. • Garantizar el abordaje sistematizado por parte de los profesionales de la salud de la obesidad infanto-juvenil. • Favorecer la educación nutricional y la actividad física desde las escuelas. 	
Actividades: <p>1.3.1.1. Incrementar las intervenciones poblacionales de los Equipos de Atención Primaria en los centros educativos para abordar la educación nutricional y la actividad física en niños en etapa escolar.</p> <p>1.3.1.2. Evaluar y reforzar la implantación del protocolo de abordaje de la obesidad infantil y juvenil.</p> <p>1.3.1.3. Actualizar las tablas de percentiles del IMC para la infancia de acuerdo a los Estándares de Crecimiento Infantil establecidos por la OMS para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad.</p>	

Proyecto	
2.1.1. Definición e implantación del PAI de diabetes	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Organizar los circuitos de atención a la Diabetes Mellitus, y potenciar el abordaje compartido y coordinado entre niveles asistenciales. • Favorecer la homogeneización de la práctica clínica. • Formar y difundir entre los profesionales el PAI de diabetes. • Realizar un piloto del PAI de diabetes, con el objetivo de identificar áreas de mejora y garantizar el éxito de su implantación global en Canarias. 	

**Actividades:**

- 2.1.1.1. Apoyar a los Equipos de Atención Primaria en la labor de coordinación del proceso asistencial del paciente con diabetes, favoreciendo la comunicación entre niveles asistenciales.
- 2.1.1.2. Protocolizar la evaluación inicial de los pacientes con DM, así como la elaboración del plan terapéutico individualizado tanto en lo relativo al tratamiento farmacológico como la educación terapéutica en diabetes y difundir entre los profesionales implicados.
- 2.1.1.3. Asegurar que el plan terapéutico incorpora los objetivos de control individualizados para cada paciente, siendo accesible y compartido entre los diferentes profesionales sanitarios responsables de la atención mediante canales de comunicación y coordinación rápidos y efectivos.
- 2.1.1.4. Garantizar la existencia y accesibilidad de protocolos, programas y guías de actuación actualizados que unifiquen criterios diagnósticos y terapéuticos y constituyan el marco de referencia para el SCS en las diferentes tipologías de DM, y sean comunes para los distintos niveles asistenciales y conocidos por los profesionales sanitarios.
- 2.1.1.5. Estandarizar los criterios de control de los factores de riesgo asociados, fijando los objetivos de buen control para la tensión arterial, el IMC, el perfil lipídico y la glucemia, y dar a conocer los mismos entre los profesionales sanitarios.
- 2.1.1.6. Homogeneizar la atención terapéutica compartida entre niveles asistenciales y establecer los criterios de derivación para que el paciente sea atendido en cada

momento por el recurso asistencial más adecuado de acuerdo a sus circunstancias clínicas.

- 2.1.1.7. Protocolizar el manejo de la hipoglucemia, especialmente en lo relativo a la prevención, el reconocimiento de los signos y síntomas para su detección precoz, y el tratamiento, y dar a conocer dicho protocolo entre los profesionales sanitarios.
- 2.1.1.8. Adaptar de forma progresiva los sistemas de información para incorporar los aspectos más relevantes definidos en el PAI y facilitar su evaluación.
- 2.1.1.9. Llevar a cabo la implantación del PAI mediante el desarrollo de implantaciones piloto previas que estén lideradas por un grupo de despliegue experto que permita identificar áreas de mejora a solventar en su extensión futura.

Proyecto**2.1.2. Establecimiento de estrategias para un mejor control metabólico****Eje Estratégico****Línea Estratégica**

2. Asistencia integrada a la persona con diabetes

2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes

Objetivos:

- Favorecer la recogida adecuada de la información clínica del paciente, así como el seguimiento de la HbA1c.

Actividades:

- 2.1.2.1. Asegurar que el paciente y sus familiares conocen la importancia de llevar a cabo un control adecuado y registro óptimo de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y de otros factores de riesgo cardiovascular para mantener un buen estado de salud.
- 2.1.2.2. Sensibilizar a los profesionales sanitarios para adaptar las intervenciones clínicas al ritmo de vida del paciente y su entorno con el fin de interferir lo mínimo posible.



Proyecto	
2.1.3. Incremento de la resolutivead	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar las iniciativas ya existentes que favorecen una mayor resolutivead en ambos niveles asistenciales. • Mejorar la calidad de la atención a los pacientes a través de una mayor accesibilidad, la reducción de desplazamientos y tiempos de espera, la simplificación de los circuitos, entre otros. • Garantizar la coordinación efectiva entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria y dentro de un mismo nivel asistencial. 	
<p>Actividades:</p> <p>2.1.3.1. Desarrollar consultas virtuales/interconsultas integradas entre las diferentes unidades de atención al paciente con diabetes, tanto entre Atención Primaria y Hospitalaria, como entre el hospital y su hospital de referencia.</p> <p>2.1.3.2. Promover los consultores especialistas tanto pertenecientes al servicio hospitalario de Endocrinología y Nutrición como a otras especialidades implicadas en la atención al paciente con diabetes, ya sea de forma presencial o virtual.</p> <p>2.1.3.3. Impulsar la figura de la enfermera gestora de casos en primaria, para la valoración, manejo, coordinación y seguimiento de los pacientes con diabetes.</p> <p>2.1.3.4. Elaborar y difundir entre los profesionales sanitarios un decálogo de recomendaciones en lo relativo a “NO hacer”.</p> <p>2.1.3.5. Definir circuitos específicos para la atención y seguimiento de las situaciones clínicas más frecuentes en el marco asistencial de la DM.</p> <p>2.1.3.6. Estandarizar la elaboración de los informes de continuidad asistencial y de cuidados tras el alta hospitalaria, garantizando el conocimiento de su existencia y el acceso a los mismos por parte de los profesionales implicados (EAP, enfermera gestora de casos, especialista de Endocrinología y Nutrición, etc.).</p> <p>2.1.3.7. Asegurar la dotación adecuada en los centros de salud del aparataje (doppler, electrocardiógrafos...) y del instrumental necesario para la atención integral de la diabetes en el marco de Atención Primaria.</p>	



Proyecto	
2.1.4. Optimización del tratamiento y facilitación de la adherencia terapéutica	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que no existen discrepancias, duplicidades o interacciones en la medicación de los pacientes a lo largo de su proceso asistencial. • Favorecer la confianza y fidelidad del paciente en los tratamientos prescritos. • Dotar al paciente de herramientas de apoyo que le ayuden a gestionar su tratamiento. 	
<p>Actividades:</p> <p>2.1.4.1. Elaborar un protocolo para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con diabetes por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.</p> <p>2.1.4.2. Asegurar el proceso de conciliación de la medicación en las transiciones del paciente por los diferentes niveles y unidades asistenciales, tanto en el ingreso como en el alta, mediante acciones de sensibilización e implicación de los profesionales sanitarios.</p> <p>2.1.4.3. Asegurar que el paciente y sus familiares conocen la importancia de llevar a cabo un control adecuado y registro óptimo de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) para mantener un buen estado de salud.</p> <p>2.1.4.4. Valorar conjuntamente con el paciente y explicar de forma detallada el plan terapéutico individualizado con el objetivo de favorecer su adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico.</p> <p>2.1.4.5. Impulsar el uso de herramientas que faciliten al paciente la gestión de su enfermedad y la adherencia al tratamiento prescrito.</p>	
Proyecto	
2.2.1. Diabetes pregestacional	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.2. Diabetes y embarazo
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento en las mujeres con diabetes de los riesgos asociados a la enfermedad durante el embarazo. • Favorecer la planificación del embarazo en mujeres con diabetes mellitus. 	
<p>Actividades:</p> <p>2.2.1.1. Homogeneizar la atención a la diabetes pregestacional definiendo y delimitando las implicaciones de la enfermedad durante el embarazo y tras el parto.</p> <p>2.2.1.2. Estandarizar la información a las mujeres con diabetes en edad fértil, para favorecer el desarrollo de actuaciones preventivas y la planificación de forma adecuada con los profesionales sanitarios en caso de embarazo.</p> <p>2.2.1.3. Desarrollar actuaciones orientadas a favorecer la adquisición de los hábitos de vida saludables.</p>	



Proyecto	
2.2.2. Control y seguimiento de la Diabetes gestacional	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.2. Diabetes y embarazo
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la adherencia al tratamiento terapéutico prescrito y al autocontrol de la enfermedad. • Garantizar el seguimiento y control de la mujer durante todo el proceso de embarazo atendiendo a sus circunstancias clínicas y nivel de riesgo, de acuerdo a la evidencia científica. • Asegurar el seguimiento y control adecuado de los recién nacidos tras el parto. • Establecer un plan de seguimiento sistematizado de la mujer tras el parto de acuerdo a las guías de práctica clínica y el PAI definido. 	
<p>Actividades:</p> <p>2.2.2.1. Elaborar un protocolo conjuntamente con los profesionales implicados, que aborde desde una perspectiva multidisciplinar, el tratamiento y seguimiento de las mujeres con diabetes gestacional durante todo el embarazo y tras el parto, con especial atención a los casos complejos.</p> <p>2.2.2.2. Favorecer la difusión del protocolo entre todos los profesionales asistenciales implicados en el proceso de atención de las mujeres con diabetes gestacional.</p>	

Proyecto	
2.3.1. Elaboración e implementación de un programa de educación terapéutica para el paciente y sus familiares	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de programas estructurados de educación terapéutica en diabetes adaptados a las diferentes etapas de la enfermedad, tanto de carácter individual como grupal. • Favorecer la participación de los pacientes y sus familiares en las iniciativas de educación terapéutica en diabetes. • Desarrollar herramientas y recursos educativos que faciliten el autoaprendizaje de los pacientes en el manejo de su enfermedad. 	

**Actividades:**

- 2.3.1.1. Definir programas estructurados de educación terapéutica individual para abordar el debut en la diabetes, la identificación de signos básicos, la profundización familiar, entre otros.
- 2.3.1.2. Promover la adquisición de habilidades por parte del paciente para la gestión y manejo de la diabetes, mediante el autocontrol de determinados aspectos, tales como, el peso, el examen de pies, la presión arterial y el autoanálisis de los niveles de glucosa.
- 2.3.1.3. Favorecer el registro y seguimiento en la historia clínica del paciente de la educación terapéutica en diabetes impartida.
- 2.3.1.4. Elaborar y poner a disposición de los pacientes tutoriales con contenido de educación terapéutica y cuidados de la salud.

Proyecto**2.3.2. Aplicación de tecnologías para mejorar el autocuidado****Eje Estratégico****Línea Estratégica****2. Asistencia integrada a la persona con diabetes****2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad****Objetivos:**

- Incentivar a los pacientes a utilizar las nuevas tecnologías en la autogestión y manejo de su enfermedad.
- Utilizar los diferentes sistemas de alertas/avisos para favorecer la adherencia del paciente a su tratamiento y seguimiento asistencial.

Actividades:

2.3.2.1. Sensibilizar a los profesionales sanitarios y a las asociaciones de pacientes para que recomienden a los pacientes con DM el uso de nuevas tecnologías seguras y

reconocidas en el sector que permitan al paciente el seguimiento y la autogestión de la enfermedad.

2.3.2.2 Optimizar el tratamiento farmacológico según las recomendaciones existentes en base a criterios de uso racional del medicamento.

2.3.2.3. Promover el uso de los sistemas de alerta existentes en las herramientas tecnológicas actuales, para favorecer la adherencia al tratamiento (recordatorios de toma de medicación, de actividad física, ...) y al seguimiento asistencial (recordatorio de citas y pruebas médicas).

Proyecto**2.3.3. Potenciar el paciente activo en diabetes****Eje Estratégico****Línea Estratégica****2. Asistencia integrada a la persona con diabetes****2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad**

**Objetivos:**

- Promover el apoyo y la implicación social de pacientes y familiares a través de la formación entre iguales.
- Favorecer la implicación de las asociaciones de pacientes, como elemento de apoyo.
- Extender y consolidar las iniciativas ya existentes con relación al paciente activo (Escuela de pacientes).
- Favorecer el desarrollo de iniciativas de paciente activo en el ámbito comunitario y/o en los centros de salud, identificando y formando a potenciales pacientes activos, facilitando espacios y tutelando las actuaciones formativas.

Actividades:

- 2.3.3.1. Implicar a los profesionales en la detección de pacientes con habilidades de empatía y comunicación, para incentivarlos a participar en sesiones de educación grupal como pacientes activos.
- 2.3.3.2. Extender y potenciar la Escuela de Pacientes de Canarias en el ámbito de la DM.

Proyecto**2.3.4. Evaluación de la calidad de las actuaciones de educación y análisis de los resultados en salud****Eje Estratégico****Línea Estratégica**

2. Asistencia integrada a la persona con diabetes

2.3. Educación terapéutica en diabetes, autocuidado y corresponsabilidad

Objetivos:

- Disponer de un modelo de evaluación de acciones de educación terapéutica y paciente activo con indicadores de procesos y resultados.
- Adoptar un modelo de mejora continua que permita perfeccionar las actuaciones en base a los resultados y las áreas de mejora detectadas en las evaluaciones.
- Conocer el nivel de satisfacción de los participantes con las acciones realizadas.

Actividades:

- 2.3.4.1. Establecer un modelo de evaluación que permita valorar la calidad y el impacto de las actuaciones de educación terapéutica y del paciente activo, que contemple:
- La recogida de forma sistemática de las opiniones de los pacientes y sus familiares acerca de las actuaciones de educación terapéutica en diabetes con el objetivo de valorar el grado de satisfacción de los participantes con las mismas.
 - El diseño de un cuadro de indicadores, que permita valorar el desarrollo de las actuaciones de educación, así como medir los resultados en salud de las mismas.
- 2.3.4.2. Definir un procedimiento de mejora que permita perfeccionar las acciones formativas de acuerdo a las áreas de mejora identificadas.



Proyecto	
2.4.1. Inclusión social y laboral de personas con diabetes	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
2. Asistencia integrada a la persona con diabetes	2.4. Integración social y laboral
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el acceso al apoyo psicológico a las personas con diabetes. • Identificar personas con diabetes que puedan estar en situación de vulnerabilidad social. • Apoyar a las empresas en el desarrollo de campañas informativas sobre la DM. • Apoyar a las asociaciones de pacientes con diabetes en las acciones que desarrollen en el ámbito de la no discriminación de las personas diabéticas en el acceso a puestos de trabajo. 	
<p>Actividades:</p> <p>2.4.1.1. Favorecer la atención psicológica de los pacientes y sus familiares con el objetivo de abordar el impacto psicosocial de la diabetes en la persona (aprender a convivir con la enfermedad y mejorar su calidad de vida, favorecer la adquisición de los hábitos saludables y la adherencia al tratamiento, saber afrontar las diferentes emociones y adaptarse a los cambios que puede conllevar la enfermedad).</p> <p>2.4.1.2. Complementar la atención psicológica con la implicación de otros profesionales (trabajadores sociales, enfermería de enlace...) que permita el abordaje integral de los factores psicosociales del paciente, así como, afrontar situaciones de vulnerabilidad (pobreza, soledad, dependencia, etc.).</p> <p>2.4.1.3. Establecer líneas de colaboración con los profesionales sanitarios de las empresas para desarrollar campañas informativas sobre la DM en el entorno laboral.</p>	

Proyecto	
3.1.1. Protocolización y consenso de la prevención terciaria	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
3. Abordaje de complicaciones	3.1. Prevención terciaria de la DM
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el conocimiento de los pacientes sobre el manejo de las complicaciones y la prevención de los factores de riesgo asociados a las mismas. • Favorecer la detección precoz de las complicaciones mediante el control y seguimiento de forma sistematizada de los factores de riesgo asociados. 	

**Actividades:**

- 3.1.1.1. Diseñar programas estructurados de educación terapéutica del paciente en diabetes, tales como, evitar o retrasar la aparición de complicaciones (estandarización del seguimiento, divulgación, formación, ...), así como su manejo si aparecen.
- 3.1.1.2. Favorecer la disponibilidad por parte de los profesionales de la información integrada y homogénea de los pacientes.
- 3.1.1.3. Establecer medidas para la detección y control de los factores de riesgo (hipertensión arterial, tabaco, dislipemia, ...).
- 3.1.1.4. Sistematizar periódicamente el control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular.
- 3.1.1.5. Promover una adecuada ingesta hídrica para prevenir en los pacientes cualquier situación de riesgo de deshidratación.

Proyecto**3.2.1. Adecuación de la organización****Eje Estratégico****Línea Estratégica****3. Abordaje de complicaciones****3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones****Objetivos:**

- Garantizar la disponibilidad de unidades especializadas para la atención de casos complejos de pacientes con diabetes.
- Adaptar la atención a la diabetes a las necesidades de perfiles específicos de pacientes (fragilidad, dependencia, etc.).
- Favorecer la atención especializada del paciente a través de unidades específicas.
- Ordenar el flujo de los pacientes en situación de prioridad clínica.

Actividades:

- 3.2.1.1. Crear unidades especializadas de atención a la diabetes y definir unidades de referencia para la derivación de casos complejos, estableciendo los circuitos y modelo de derivación de pacientes.
- 3.2.1.2. Favorecer la constitución de consultas monográficas que contemplen un modelo de actuación protocolizado, estandarizado y evaluado.
- 3.2.1.3. Definir e implantar de forma consensuada con los profesionales sanitarios normas de actuación específicas según el perfil del paciente para una adecuada priorización de la atención: paciente frágil, dependiente, etc.
- 3.2.1.4. Ordenar los circuitos de derivación urgente y preferente mediante el diseño y difusión de actuaciones específicas.
- 3.2.1.5. Favorecer el desarrollo de un modelo funcional entre los servicios de endocrinología y los equipos de atención primaria, que garantice atención integrada e integral de los pacientes y el acceso a la información compartida.



Proyecto	
3.2.2. Complicaciones agudas	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
3. Abordaje de complicaciones	3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Optimizar la atención de los pacientes con diabetes que presentan complicaciones agudas. 	
Actividades: <p>3.2.2.1. Identificar de forma temprana la hipoglucemia, la hiperglucemia severa, y la cetosis, la cetoacidosis y el coma hiperosmolar, favoreciendo un adecuado manejo de las mismas.</p>	

Proyecto	
3.2.3. Control integral del riesgo cardiovascular del paciente con diabetes	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
3. Abordaje de complicaciones	3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Asegurar el seguimiento adecuado del riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes. 	
Actividades: <p>3.2.3.1. Favorecer que los profesionales sanitarios lleven a cabo la valoración de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes de forma sistemática, proporcionándoles herramientas de apoyo en la historia clínica.</p>	

Proyecto	
3.2.4. Incorporación de forma sistemática la exploración de los pies en las personas con diabetes y el seguimiento periódico según el nivel de riesgo	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
3. Abordaje de complicaciones	3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Mejorar el conocimiento de los profesionales en lo relativo al tratamiento de la neuropatía y especialmente al manejo del pie diabético. 	



- Mejorar la atención de los pacientes que padecen pie diabético y reducir la tasa de amputaciones.

Actividades:

- 3.2.4.1. Favorecer la atención adecuada de la neuropatía y potenciar la formación docente a los residentes de medicina y enfermería.
- 3.2.4.2. Impulsar la homogeneidad en la atención al pie diabético para mejorar la exploración física, asegurar el registro de la actividad y potenciar la formación docente a los residentes de medicina y enfermería.

Proyecto**3.2.5. Cribado de retinopatía: continuidad de RETISALUD****Eje Estratégico****Línea Estratégica****3. Abordaje de complicaciones****3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones****Objetivos:**

- Mejorar la cobertura poblacional del programa RETISALUD.
- Detectar de forma automática pacientes con diabetes para los que es recomendable la realización del cribado de retinopatía diabética.

Actividades:

- 3.2.5.1. Reforzar las actuaciones de captación de los pacientes con diabetes al objeto de aumentar la tasa de cobertura del programa RETISALUD.
- 3.2.5.2. Implementar sistemas de alerta en la historia clínica que detecten a los pacientes candidatos de participar en el cribado de retinopatía diabética, de acuerdo a la evidencia científica.

Proyecto**3.2.6. Otras complicaciones crónicas****Eje Estratégico****Línea Estratégica****3. Abordaje de complicaciones****3.2. Diagnóstico precoz y asistencia integral e integrada del paciente con complicaciones****Objetivos:**

- Retrasar la progresión de la nefropatía diabética, y reducir el número de pacientes en tratamiento de diálisis y de trasplantes asociados.
- Mejorar la atención de otras complicaciones crónicas asociadas a la DM.

**Actividades:**

3.2.6.1. Favorecer que desde los equipos de atención primaria se informe a los pacientes con diabetes de los problemas de salud bucodental asociados a la patología.

3.2.6.2. Estandarizar de acuerdo a la evidencia científica la atención a la nefropatía diabética, mediante el refuerzo de los programas de cribado, el diagnóstico precoz y la

adecuación del plan terapéutico, y el seguimiento compartido entre los Equipos de Atención Primaria y los servicios de Nefrología y Endocrinología y Nutrición.

3.2.6.3. Favorecer el desarrollo de actuaciones orientadas a la detección precoz y tratamiento de otras complicaciones crónicas de la diabetes.

Proyecto**3.3.1. Abordaje de las personas con diabetes con complicaciones de alta complejidad****Eje Estratégico****Línea Estratégica****3. Abordaje de complicaciones****3.3. Atención a las personas con diabetes en procesos de alta complejidad****Objetivos:**

- Facilitar la transición del paciente por los diferentes niveles asistenciales a través del apoyo de la enfermera gestora de casos.
- Ordenar la atención a los pacientes complejos, simplificando los circuitos y promoviendo el desarrollo de actuaciones compartidas.
- Facilitar la identificación de pacientes de alta complejidad y necesidades de intervención específicas con el apoyo de los sistemas de información.

Actividades:

3.3.1.1. Desarrollar la gestión de casos entre Atención Primaria y Hospitalaria, mediante la implementación de la figura de la enfermera gestora de casos, para la atención de la persona con diabetes y otras comorbilidades asociadas.

3.3.1.2. Establecer circuitos de asistencia para la atención de forma compartida entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales de los pacientes de alta complejidad.

3.3.1.3. Establecer sistemas de alertas para la identificación temprana de los pacientes con diabetes de alta complejidad que requieren necesidades de atención específica al ingreso en un centro hospitalario cualquiera que sea el motivo u otros contactos asistenciales.

Proyecto**4.1.1. Definición del proceso de atención integrado al Paciente Pediátrico****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico**

**Objetivos:**

- Organizar los circuitos de atención a la Diabetes Mellitus en la edad pediátrica.
- Potenciar el abordaje compartido y coordinado entre niveles asistenciales del paciente pediátrico.
- Favorecer la homogeneización de la práctica clínica en lo relativo a la atención al paciente con DM en edad pediátrica.

Actividades:

- 4.1.1.1. Definir el modelo de atención compartida entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, estableciendo los criterios de derivación para que el paciente pediátrico con diabetes sea atendido en cada momento por el recurso asistencial más adecuado de acuerdo a sus circunstancias clínicas.
- 4.1.1.2. Homogeneizar la evaluación inicial de los pacientes pediátricos con DM, así como la elaboración del plan terapéutico individualizado tanto en lo relativo al tratamiento farmacológico como a la educación terapéutica en diabetes y difundir entre los profesionales implicados.
- 4.1.1.3. Garantizar la existencia y accesibilidad de protocolos, programas y guías de actuación actualizados que unifiquen criterios diagnósticos y terapéuticos y constituyan el marco de referencia para el SCS en las diferentes tipologías de DM, y sean comunes para los distintos niveles asistenciales y conocidos por los profesionales sanitarios.
- 4.1.1.4. Estandarizar los criterios de control de los factores de riesgo asociados, fijando los objetivos de buen control para la tensión arterial, el IMC, el perfil lipídico y la glucemia, y dar a conocer los mismos entre los profesionales sanitarios.

Proyecto**4.1.2. Elaboración de criterios para garantizar la adecuada transición de los pacientes de los servicios de pediatría al de adulto****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico****Objetivos:**

- Planificar el proceso de transición del paciente pediátrico para garantizar la continuidad en el seguimiento médico y el adecuado control metabólico.
- Facilitar la coordinación entre los médicos responsables (derivador y receptor) para el establecimiento de pautas consensuadas de tratamiento y objetivos de control.
- Informar adecuadamente al paciente y a sus familiares sobre las implicaciones del proceso de transición.

**Actividades:**

- 4.1.2.1. Establecer un procedimiento que permita planificar de forma estructurada el proceso de transición de los pacientes pediátricos desde unidades de atención infantiles hasta unidades de adultos, asegurando la continuidad terapéutica del paciente. Este procedimiento contemplará la definición de una consulta específica para la valoración, al menos en una ocasión, del paciente en periodo de transición de forma conjunta entre el pediatra y el endocrinólogo.
- 4.1.2.2. Asegurar la disponibilidad de un informe clínico específico de transición que contenga la información clínica relevante del paciente.
- 4.1.2.3. Definir un modelo de comunicación e información al paciente sobre cómo se va a llevar a cabo el proceso de transición.

Proyecto**4.1.3. Actuaciones de mejora de la práctica asistencial****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico****Objetivos:**

- Favorecer la homogeneidad de la práctica clínica en las diferentes áreas de salud.
- Facilitar la accesibilidad y resolutivez de las consultas de endocrinología pediátrica.
- Realizar el seguimiento de la adherencia al tratamiento terapéutico prescrito.

Actividades:

- 4.1.3.1. Establecer las guías clínicas de referencia para el SCS en el ámbito de la diabetes, que sirvan de marco de actuación común para todos los profesionales implicados en el proceso de atención a los pacientes con diabetes.
- 4.1.3.2. Reorganizar las consultas externas de atención al paciente con diabetes, para en la medida de lo posible favorecer el acto único y la eficiencia de la atención.
- 4.1.3.3. Desarrollar actuaciones para favorecer la adherencia al tratamiento orientadas al paciente pediátrico con diabetes y a sus familiares.

Proyecto**4.1.4. Definición del proceso de atención a otros tipos de diabetes (no DM1 y DM2)****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.1. Gestión del paciente diabético pediátrico****Objetivos:**

- Identificar de forma precoz a los pacientes con otros tipos de DM.
- Asegurar los circuitos de derivación adecuados y la coordinación entre niveles asistenciales para otros tipos de DM.

**Actividades:**

4.1.4.1. Establecer mecanismos que permitan canalizar adecuadamente a los pacientes pediátricos con una sospecha diagnóstica de tipología de diabetes poco frecuente, con el objetivo de obtener un diagnóstico temprano y pautar el tratamiento adecuado.

Proyecto**4.2.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes mellitus tipo 1 en la edad pediátrica****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.2. Diabetes Mellitus tipo 1****Objetivos:**

- Identificar de forma temprana a los pacientes pediátricos con DM1.
- Asegurar la educación terapéutica del paciente pediátrico y sus familiares.
- Organizar los circuitos de atención a la DM1.
- Garantizar el adecuado manejo de las complicaciones agudas.

Actividades:

- 4.2.1.1. Desarrollar e implantar un procedimiento de actuación para la detección de la DM tipo 1 en la edad pediátrica.
- 4.2.1.2. Diseñar programas de educación terapéutica en DM1 dirigidos al paciente pediátrico y su familia que prevean intervenciones formativas a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente y atendiendo a las diferentes etapas.
- 4.2.1.3. Poner a disposición de los pacientes pediátricos con DM1 y sus familias un modelo de atención vía telefónica u online que permita contactar con un profesional de enfermería de referencia para la resolución de consultas o incidencias.
- 4.2.1.4. Homogeneizar la atención a las complicaciones agudas en los pacientes pediátricos con el objetivo de favorecer su adecuado manejo por parte de los profesionales sanitarios.

Proyecto**4.3.1. Proceso asistencial integrado de la diabetes mellitus tipo 2 en la edad pediátrica****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.3. Diabetes Mellitus tipo 2****Objetivos:**

- Identificar de forma temprana a los pacientes pediátricos con DM2.
- Asegurar la educación terapéutica del paciente pediátrico y sus familiares.
- Reducir la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en pacientes pediátricos con DM2.

**Actividades:**

- 4.3.1.1. Desarrollar e implantar un procedimiento de actuación para la detección y el diagnóstico precoz de la DM tipo 2 en la edad pediátrica.
- 4.3.1.2. Diseñar programas de educación terapéutica en DM2 dirigidos al paciente pediátrico y su familia que prevean intervenciones formativas a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente y atendiendo a las diferentes etapas.
- 4.3.1.3. Favorecer la adopción, por parte de los profesionales sanitarios, de las recomendaciones establecidas por el SCS en lo relativo al abordaje de la obesidad infantil y juvenil en Canarias.

Proyecto**4.4.1. Plan de manejo de la diabetes en los ámbitos escolar, familiar y social****Eje Estratégico****Línea Estratégica****4. Diabetes en edad pediátrica****4.4. Diabetes en la escuela y en el entorno familiar y social****Objetivos:**

- Favorecer la educación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente pediátrico con DM y sus familiares en los centros de salud.
- Asegurar la atención de los pacientes pediátricos con DM en el ámbito escolar.

Actividades:

- 4.4.1.1. Apoyar las intervenciones de los equipos de Atención Primaria en los centros escolares, relativas a la educación terapéutica en diabetes básica, así como las complicaciones agudas.
- 4.4.1.2. Coordinar con la Consejería de Educación la implantación y desarrollo de la enfermera escolar.
- 4.4.1.3. Incorporar al grupo familiar y/o cuidadores, a los procesos de Educación Terapéutica para favorecer el abordaje del impacto de la diabetes en la familia.

Proyecto**5.1.1. Disponibilidad de información compartida relativa al paciente con diabetes entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria****Eje Estratégico****Línea Estratégica****5. Formación, investigación e innovación****5.1. Innovación y tecnologías de la información****Objetivos:**

- Adaptar la historia clínica para el correcto seguimiento y control de la DM, de forma multidisciplinar y compartida, incorporando herramientas de apoyo al profesional.
- Favorecer la accesibilidad de los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente con DM a la información clínica del mismo.

**Actividades:**

- 5.1.1.1. Adecuar la historia clínica para garantizar el seguimiento y control de los pacientes.
- 5.1.1.2. Garantizar el acceso compartido a la información clínica del paciente desde todos los ámbitos de atención y servicios profesionales que intervienen en el proceso.
- 5.1.1.3. Definir formularios de recogida de información que sean comunes entre los diferentes niveles asistenciales, tanto para la detección, como la exploración y el seguimiento de situaciones clínicas específicas.
- 5.1.1.4. Facilitar la derivación de los pacientes con diabetes a las distintas especialidades hospitalarias implicadas en el proceso de atención.

Proyecto**5.1.2. Incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas con criterios de eficiencia (pacientes pediátricos y adultos)****Eje Estratégico****Línea Estratégica****5. Formación, investigación e innovación****5.1. Innovación y tecnologías de la información****Objetivos:**

- Favorecer la accesibilidad de los pacientes a las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas con criterios de equidad y eficiencia.
- Promover la adopción y familiarización de los pacientes y profesionales con las innovaciones y nuevas tecnologías.
- Incentivar el uso de las soluciones en movilidad por parte de los pacientes y facilitar la disponibilidad de la información generada por los pacientes en su historia clínica.

Actividades:

- 5.1.2.1. Incorporar de forma progresiva tecnología avanzada para el control glucémico de la diabetes, basada en criterios de eficiencia.
- 5.1.2.2. Fomentar el uso de nuevas tecnologías entre los pacientes y profesionales, dotando de más contenido y funcionalidades a la historia clínica de los pacientes, miHistoria.
- 5.1.2.3. Facilitar la descarga/integración en miHistoria, de datos procedentes de soluciones en movilidad.
- 5.1.2.4. Promover el uso de soluciones en movilidad entre los pacientes con diabetes como herramienta para la mejora de su salud y la autogestión de su enfermedad.

Proyecto**5.1.3. Identificación de nuevos modelos organizativos para la implantación eficiente de buenas prácticas clínicas en diabetes****Eje Estratégico****Línea Estratégica****5. Formación, investigación e innovación****5.1. Innovación y tecnologías de la información**



Objetivos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Poner a disposición de los profesionales sanitarios del SCS un mapa de buenas prácticas en diabetes. • Apoyar la adopción de buenas prácticas clínicas en diabetes en las diferentes áreas de salud. 	
Actividades:	
5.1.3.1. Establecer un canal web del SCS para la difusión de buenas prácticas clínicas en diabetes entre los profesionales sanitarios.	
Proyecto	
5.1.4. Mejora de los sistemas de información para facilitar el registro y la evaluación de los datos	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
5. Formación, investigación e innovación	5.1. Innovación y tecnologías de la información
Objetivos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Consensuar un modelo de registro de información clínica en DM homogéneo para los diferentes sistemas de información de las áreas de salud. • Disponer de un registro único a nivel regional. • Asegurar la calidad de los registros de información clínica en DM en los sistemas de información. • Favorecer la accesibilidad a los profesionales sanitarios y a las autoridades sanitarias a información básica sobre el estado de situación de la DM en Canarias. 	
Actividades:	
5.1.4.1. Establecer un procedimiento sistematizado para la recogida de información estructurada, que garantice el registro de información común para todos los pacientes con DM y la calidad de la misma.	
5.1.4.2. Incluir los registros estructurados de recogida de información en las herramientas de trabajo diaria.	
5.1.4.3. Desarrollar un registro de diabetes a nivel regional.	
5.1.4.4. Establecer un cuadro de mandos global de monitorización de la evolución de la diabetes y favorecer la accesibilidad al mismo o el feedback a los profesionales, así como la toma de decisiones/planificación de actuaciones en el ámbito de la diabetes por parte de las autoridades sanitarias.	

Proyecto	
5.2.1. Diseño de un programa formación continua adaptado a las necesidades de los profesionales de los diferentes ámbitos y niveles asistenciales relacionados con la diabetes	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
5. Formación, investigación e innovación	5.2. Formación y docencia

**Objetivos:**

- Facilitar a los profesionales la adquisición de conocimientos y habilidades y actitudes para la formación de pacientes.
- Promover la formación de los profesionales en la prevención de los factores de riesgo.
- Mejorar y actualizar el conocimiento de los profesionales en el tratamiento terapéutico.

Actividades:

5.2.1.1. Formar y actualizar el conocimiento de los profesionales con relación al tratamiento terapéutico de la diabetes, tanto farmacológico como no farmacológico, y los diferentes recursos existentes con relación a estos últimos.

5.2.1.2. Formar de forma específica y consensuar el uso de fármacos antidiabéticos entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales.

5.2.1.3. Diseñar acciones de formación y actualización de los profesionales en técnicas y herramientas educativas, impulsando el enfoque motivacional.

5.2.1.4. Favorecer la capacitación de los profesionales para realizar intervenciones de educación para la salud y educación terapéutica en diabetes desde un enfoque motivacional y especialmente en:

- Abordaje de la obesidad.
- Intervenciones mínimas en tabaco a los pacientes DM2 fumadores.
- Creación de programas de autorresponsabilidad en las personas con diabetes.
- Prevención, protocolos y técnicas y herramientas para la prevención terciaria.

5.2.1.5. Fomentar la formación de formadores, asegurando la existencia de una enfermera con experiencia en educación diabetológica, que forme a los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de su área de salud.

Proyecto

5.2.2. Creación de un espacio digital o banco de recursos, de fácil acceso para los profesionales, de todos los recursos disponibles para la atención a la diabetes

Eje Estratégico**Línea Estratégica**

5. Formación, investigación e innovación

5.2. Formación y docencia

Objetivos:

- Facilitar el acceso de los profesionales sanitarios al catálogo de recursos disponibles en Canarias en el ámbito de la DM.

Actividades:

5.2.2.1. Poner a disposición de los profesionales un espacio web en el que de forma estructurada puedan acceder a los diferentes recursos que en el marco de atención a la diabetes están disponibles en Canarias.



Proyecto	
5.3.1. Investigación epidemiológica	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
5. Formación, investigación e innovación	5.3. Investigación
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Favorecer el desarrollo de actividades de investigación en el ámbito de la epidemiología de la diabetes mellitus, sus complicaciones crónicas y comorbilidades. 	
Actividades: <p>5.3.1.1. Incentivar la investigación epidemiológica de la diabetes en las convocatorias de proyectos de investigación de la Consejería de Sanidad.</p> <p>5.3.1.2. Ofrecer apoyo metodológico y asesoramiento a los profesionales para el desarrollo de actividades de investigación epidemiológica en diabetes.</p>	

Proyecto	
5.3.2. Investigación clínica	
Eje Estratégico	Línea Estratégica
5. Formación, investigación e innovación	5.3. Investigación
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Apoyar la realización de proyectos de investigación clínicas en DM. 	
Actividades: <p>5.3.2.1. Promover el desarrollo de ensayos clínicos en el ámbito de la diabetes.</p> <p>5.3.2.2. Facilitar el acceso a los profesionales a las actividades de investigación en diabetes.</p>	