

Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud

Visión esquemática de la
actualización de 2012

Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud

Visión esquemática de la
actualización de 2012

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-14-052-9

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud

Visión esquemática de la
actualización de 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Coordinadora científica

Sara Artola Menéndez

COMITÉ INSTITUCIONAL

EN REPRESENTACIÓN DE LAS CC.AA.

Andalucía: Manuel Aguilar Diosdado
Aragón: Ana Olga Martínez Arantegui
Asturias: Edelmiro Menéndez Torre
Canarias: Francisco José Hernández Díaz
Cantabria: Carlos Pesquera González
Castilla y León: Marcelino Galindo Jimeno
Castilla-La Mancha: José Luis López Hernández
Cataluña: Conxa Castell i Abat
Comunidad Valenciana: Miquel Catalá Bauset
Extremadura: Yolanda Tomé Pérez
Galicia: José Javier Ventosa Rial
Islas Baleares: Isabel M. Socias Buades
Madrid: Carmen Estrada Ballesteros
Murcia (Región de): Pedro Parra Hidalgo
Navarra (Comunidad Foral): Luis Forga Llenas
País Vasco: Carlos Sola Sarabia
La Rioja: Jesús Egido Perea

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Mercedes Vinuesa Sebastián
Subdirección general de Calidad y Cohesión
Sonia García de San José
Isabel Peña-Rey
Carmen Álvarez González
Liliana Benítez de Lugo Carrión
Observatorio de Salud de las Mujeres
Isabel Espiga López
Subdirección General de Salud Pública
María Villar Librada Escribano
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio
Pedro Arias Bohigas

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

Juan Manuel Ballesteros Arribas
Napoleón Pérez Farinós
Subdirección General de Cartera básica de Servicios y Fondo de Cohesión
Carmen Pérez Mateos
María Isabel Moreno Portela

INGESA (CEUTA Y MELILLA)

Sara Cristina Pupato Ferrari

APOYO TÉCNICO Y METODOLÓGICO

Carmen Álvarez González. Área de Acreditación y Auditoría. Subdirección General de Calidad y Cohesión. MSSSI.
Alberto Segura Fernández-Escribano Área de

Acreditación y Auditoría. Subdirección General de Calidad y Cohesión. MSSSI.

COMITÉ TÉCNICO

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Fernando Alonso Pérez

Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)
Ángel Cabrera Hidalgo

Sociedad Española de Diabetes (SED)
Mercedes Galindo Rubio

Clotilde Vázquez Martínez
Adela Rovira Loscos

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

Martín López de la Torre Casares

Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP)

Raquel Barrio Castellanos

Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Belén Zorrilla Torrás

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

Francisco Javier Ortiz Alonso

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)

Domingo Orozco Beltrán

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Ricardo Gómez Huelgas

Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

Carlos Miranda Fernández Santos

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

José Javier Mediavilla Bravo

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)

Mercedes Martínez Cortés

COLABORACIONES TÉCNICAS AL GRUPO DE REDACCIÓN:

Carmen Álvarez González (MSSSI)

Sara Artola Menéndez (CS Hereza. Madrid)

Raquel Barrios Castellanos (H Ramón y Cajal. Madrid)

Pedro Conthe Gutiérrez (H. Universitario Gregorio Marañón. Madrid)

Rosa Corcoy Plá (H. San Pau Barcelona)

Patxi Ezcurra Loiola (CS Zumaia. Guipúzcoa)

Josep Franch Nadal (ABS Raval Sud. Barcelona)

Mercedes Galindo Rubio (H. Clínico Universitario. Madrid)

Didac Mauricio Puente (H. de Lleida. Lerida)

Isabel Peña-Rey (MSSSI)

Wilfredo Ricart Engel (H J. Trueta. Gerona)

Rafael Rotaache del Campo (CS Alza. Guipúzcoa)

Laura Pruneda González (Apoyo técnico)

María Vázquez Torres (Apoyo técnico)

Índice

Presentación	9
Resumen ejecutivo	11
L1. Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria	13
L2. Diagnóstico Precoz	14
L3. Asistencia Integrada de las personas con Diabetes	15
L4. Abordaje de complicaciones	16
L5. Diabetes y gestación	17
L6. Formación, investigación e innovación	18
Evaluación	19

Presentación

La Estrategia en Diabetes fue aprobada en el Consejo Interterritorial del SNS en octubre de 2006, enmarcada dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de promover la mejora de la calidad de nuestro sistema sanitario. Esta Estrategia ha contribuido a elaborar, en todo el Estado, planes o programas de prevención y promoción de la salud, a promover tratamientos eficaces y a reforzar la investigación epidemiológica, básica y clínica.

Las Estrategias en Salud, son instrumentos de utilidad para los servicios de salud, los profesionales y los pacientes que contienen recomendaciones de mejora de manera consensuada para todo el Sistema Nacional de Salud. Son herramientas que promueven los principios de equidad y cohesión territorial, porque su propósito es garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso, en las mismas condiciones, a las actuaciones y procedimientos efectivos para la mejora de la salud y de la calidad de vida, y sobre las que existe consenso sobre su eficiencia.

La diabetes está asociada a la prevalencia de unos factores de riesgo sobre los que hay que actuar, promoviendo estilos y hábitos de vida saludables y fomentando la actividad física y la dieta equilibrada para evitar complicaciones agudas y crónicas que tengan un impacto elevado en los servicios sanitarios y en la calidad y esperanza de vida de las personas que la padecen.

El Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia realizó la evaluación que ha permitido elaborar su actualización, contando con el consenso y el trabajo conjunto, tanto de las Comunidades Autónomas, como de las Sociedades científicas, asociaciones de pacientes, expertos relacionados independientes y técnicos de las diferentes direcciones del Ministerio de Sanidad. Con esta nueva Estrategia en Diabetes, aprobada en el pasado Consejo Interterritorial del 29 de febrero de 2012, se busca consolidar la mejora de la atención que reciben los pacientes con diabetes y sus familiares en todos los servicios de salud que integran el SNS, incorporando objetivos y recomendaciones específicas para la diabetes tipo 1 y una línea estratégica dedicada a la Diabetes gestacional y pregestacional.

Este documento es fruto de la cooperación y representa una labor de acuerdo y consenso entre el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad y representantes de todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.), sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales expertos. Por ello, quisiera manifestar mi más sincero agradecimiento a todos ellos, en especial a la Dra. Sara Artola Menéndez, coordinadora

científica de la Estrategia, ya que sin su dedicación y esfuerzo no hubiera sido posible disponer de este valioso instrumento que sin duda contribuirá a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con diabetes y sus familias.

Doña Ana Mato Adrover
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Resumen Ejecutivo

Las cifras son concluyentes, la diabetes mellitus (DM) afecta a más de 366 millones de personas en el mundo, es la primera causa de ceguera, tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante) y amputación no traumática en los países occidentales; y se asocia a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte. En 2011, los costes sanitarios debidos a la DM se calcularon en 465 billones de dólares (11% del gasto sanitario). La prevalencia mundial estimada por la International Diabetes Federation (IDF) es del 8,3%. Esta misma organización estima para España una prevalencia de 8,1, basada en 4 estudios españoles. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud (EES) en España del año 2009, el porcentaje de personas que declaran haber padecido diabetes es del 6,4%. Los datos del estudio di@bet.es (en población adulta española y diseñado para el estudio de DM 2) en España la sitúan casi en el 14%. La diabetes tipo 2 (DM 2) representa el 90% de los casos. Pero el mayor problema lo constituye el ritmo de crecimiento. Las previsiones para las próximas décadas debido al incremento mundial de la obesidad, y la vida sedentaria calculan proporciones pandémicas de DM 2. Para el 2030 se prevé que uno de cada 10 adultos tendrá diabetes. La diabetes mal controlada acelera las complicaciones y la mortalidad prematura, el tratamiento precoz y multifactorial retrasa la aparición de complicaciones y mejora la calidad y esperanza de vida. Los Estados deben abordar intervenciones conjuntas y multidisciplinares dirigidas a la mejor planificación y tratamiento, con especial atención a la prevención.

Presentamos el documento de actualización de la Estrategia en DM del SNS. El documento consta de un análisis de situación de la Diabetes en el mundo y en España y el desarrollo del abordaje de la enfermedad a través de las diferentes Líneas Estratégicas. Se ha decidido agrupar la DM1 y DM2, ya que comparten muchos aspectos en relación a la asistencia y complicaciones, señalando aquellos objetivos y recomendaciones concretas de cada tipo y se considera la diabetes durante la gestación como una línea estratégica individualizada que permita incluir la Diabetes Gestacional (DG) y la Diabetes Pregestacional (DPG) con un seguimiento específico. Se han redefinido y propuesto nuevos objetivos y recomendaciones.

El objetivo general es contribuir a frenar la incidencia creciente de la DM en España, mejorar la esperanza y la calidad de vida de los pacientes así como disminuir la mortalidad por DM. El documento original se estructura en tres bloques de contenidos: I) Análisis de Situación, en el que se aborda los datos de prevalencia, determinantes en salud, complicaciones, mortalidad y costes. II) El desarrollo de las Líneas Estratégicas, que destaca una línea

primordial cuyo objetivo básico es revertir la incidencia progresiva de diabetes y disminuir la mortalidad junto a las seis Líneas Estratégicas: 1) Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria, 2) Diagnóstico Precoz, 3) Asistencia integrada, 4) Abordaje de las Complicaciones, 5) Diabetes y Gestación, 6) Formación investigación e innovación. Y III) Evaluación. Con un total de 29 Objetivos y 55 Indicadores para su evaluación. En la visión esquemática se presenta un resumen de los apartados II y III.

En resumen, el documento refleja el resultado del acuerdo alcanzado para implementar su desarrollo y ayudar a mejorar el abordaje integral de la diabetes en toda España. La próxima reevaluación elaborará una nueva actualización que permita ir incorporando los avances y las nuevas vías necesarias para el objetivo primordial de frenar la progresión y complicaciones de la DM.

Desearía sinceramente agradecer a todos y cada uno de los participantes en la elaboración de esta actualización y espero que sea un paso más hacia delante que contribuya al proceso continuo de prevención y tratamiento de la DM, como un servicio a las personas que constituyen el centro de nuestra atención.

Sara Artola Menéndez
Coordinadora Científica de la Estrategia en Diabetes del SNS

L1. Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria

01. Disminuir la prevalencia de **sobrepeso y obesidad** en población infantil y adulta, mejorando los resultados obtenidos en las pasadas encuestas.

02. Aumentar el porcentaje de población que realiza **actividad física**, mejorando los resultados obtenidos en las pasadas encuestas.

03. Incrementar el consumo de **fruta y verdura**, mejorando los resultados obtenidos en las pasadas encuestas.

04. Mejorar entre la población general el conocimiento sobre diabetes, los factores de riesgo implicados y su prevención, priorizando las intervenciones que se centren en la disminución del gradiente social en relación a la prevención de esta enfermedad.

05. Promover la **lactancia materna** para que las madres que lo deseen puedan amamantar de forma exclusiva durante los 6 primeros meses y continuar hasta los 2 años o más.

Promover estrategias relacionadas con estilos de vida saludables: alimentación equilibrada y actividad física individualizada, de acuerdo con la Estrategia NAOS y con perspectiva de equidad para evitar que la efectividad de las mismas sea menor en los grupos sociales más desfavorecidos y con mayor prevalencia de hábitos no saludables y otras estrategias en población de riesgo de DM2.

Fomentar la detección sistemática y homogénea de factores de riesgo para la diabetes para poder intervenir a través de los programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente en el ámbito de la AP.

Promover la lactancia materna en los centros de salud y los hospitales públicos y llevar a cabo buenas prácticas de atención a las madres que deciden amamantar para que lo consigan con éxito.

Impulsar la realización de campañas institucionales, a través de las CC.AA y el MSSSI, con el objeto de informar y sensibilizar a población sobre la promoción de la lactancia materna.

Impulsar la realización de campañas institucionales, a través de las CC.AA. y el MSSSI con el objeto de informar y sensibilizar a población sobre hábitos alimentarios, actividad física saludable y deshabituación tabáquica.

Definir y desarrollar pautas de intervención sobre Factores de Riesgo en coordinación con las pautas de prevención de RCV, obesidad y algunos tipos de cáncer de modo conjunto y diseñadas y evaluadas con perspectiva de equidad.

Todas las administraciones deberán promover, en sus actuaciones, el abordaje de la salud en todas las políticas, en relación a los beneficios que se derivan de la alimentación saludable y la actividad física.

L2. Diagnóstico Precoz	
<p>06. Fomentar la detección sistemática de factores de riesgo en Atención Primaria para propiciar el diagnóstico precoz en los grupos de riesgo.</p>	<p>Impulsar el uso y la explotación anual de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).</p> <p>Aprovechar la consulta periódica infantil para sensibilizar sobre los síntomas típicos de DM1 y para la detección precoz de la enfermedad.</p> <p>Se recomienda el cribado anual de DM2 por medio de glucemia basal en la población de riesgo definida por: antecedentes familiares de primer grado, sobrepeso u obesidad, HTA, dislipemia, DG o patología obstétrica, GBA, TAG o miembros de etnias de alta prevalencia (población africana, asiática y latinoamericana).</p>
<p>07. Alcanzar un adecuado porcentaje de cobertura del cribado de DM2 en poblaciones de riesgo.</p>	<p>Impulsar el desarrollo y la puesta en marcha efectiva de sistemas de alerta informáticos para detectar a la población susceptible de cribado.</p> <p>Favorecer la monitorización y seguimiento del cribado por medio de glucemia plasmática en ayunas cada 3 años a la población mayor de 45 años dentro de un programa estructurado de prevención cardiovascular.</p> <p>No se recomienda el cribado capilar poblacional sistemático.</p>
<p>08. Disminuir la cetoacidosis como motivo de diagnóstico de la enfermedad en la población.</p>	<p>Impulsar la detección de DM1 tanto a nivel hospitalario como de Atención Primaria.</p> <p>Impulsar, a nivel hospitalario la identificación de la cetoacidosis en el marco de debut de la DM1.</p> <p>Realizar desde el ámbito sanitario campañas para prevenir la aparición de cetoacidosis en los pacientes a riesgo.</p>

L3. Asistencia Integrada de las personas con Diabetes

09. Favorecer un adecuado control de los FRCV valorando PA, hiperlipemia, IMC y hábito tabáquico.

Impulsar la base de datos clínicos de AP (BDCAP) para que permita la obtención de la información necesaria relacionada con la diabetes.

Facilitar el seguimiento de pacientes con DM2 a través de herramientas informáticas de aviso para el cumplimiento de las recomendaciones de las GPC.

Facilitar la existencia de una historia clínica única informatizada para los distintos niveles de atención en las CC.AA.

010. Lograr un adecuado control glucémico, valorando las cifras de HbA1c.

Favorecer la accesibilidad mediante promoción de la asistencia global, la extensión de programas de dispensación crónica de medicación, implantación de aplicaciones telemáticas o consulta telefónica y la inclusión de la población con diabetes con características socio culturales específicas.

Favorecer, cuando estén indicados y cumpla criterios predeterminados, la accesibilidad a sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI).

011. Garantizar la estandarización de técnicas y procedimientos analíticos (glucemia, HbA1c), en determinaciones del laboratorio y autoanálisis en sangre capilar.

Promover la utilización de técnicas estandarizadas del control de la HbA1c según las indicaciones de la IFCC.

012. Favorecer el autocuidado y participación activa de las personas con DM y sus familias a través de ET en el control de su enfermedad.

Asegurar una ET individualizada, en función del tipo de DM, la presencia de complicaciones y el nivel sociocultural.

Favorecer la inclusión de aspectos odontológicos y de higiene dental en los programas de ET.

013. Favorecer una atención integral que incluya sus aspectos psicológicos, sociales y de su entorno.

Impulsar talleres formativos comunes a AP y AE para unificar criterios de tratamiento y seguimiento de pacientes.

Promover la implementación en las CC.AA. de protocolos de actuación específicos para el tratamiento y seguimiento de la DM en niños, ancianos y población migrante.

014. Definir el modelo de la integración plena de la niña y el niño con DM1 en la escuela.

Promover la constitución de equipos multidisciplinarios de diabetes y embarazo compuestos al menos por profesionales de obstetricia endocrinología, medicina familiar y comunitaria y enfermería.

Asegurar la ET para garantizar el adecuado autocontrol de la diabetes por el niño, sus padres o tutores.

015. Favorecer la transición reglada de pacientes con DM1 desde Pediatría a los Servicios de AP y Endocrinología.

Favorecer el desarrollo de un protocolo específico de DM1 en la escuela (colegios, campamentos, deportes...) teniendo en cuenta la atención a las posibles emergencias.

Promover la integración plena de la niña y el niño con DM en actividades sociales.

Potenciar la atención continuada de la niña y el niño con DM1 intra y entre niveles asistenciales.

L4. Abordaje de complicaciones

016. Facilitar la detección precoz de retinopatía, nefropatía y pie diabético.

Favorecer la accesibilidad a retinógrafos no miótricos digitalizados en los servicios sanitarios asistenciales para la detección de la retinopatía diabética y prevención de la ceguera. Promover el cribado de DG en la semana 24-28 de la gestación.

Fomentar la elaboración y puesta en marcha de programas de educación y cuidados del pie en población de riesgo en las CC.AA.

Impulsar la exploración neurovascular del pie en el paciente con diabetes en Atención Primaria para poder establecer el grado de riesgo de desarrollar úlcera e indicar las medidas preventivas, de tratamiento y de seguimiento adecuadas.

017. Disminuir la morbilidad por complicaciones secundarias a la DM.

Promover la implementación en las CC.AA. de protocolos de actuación específicos para el tratamiento y seguimiento de la DM en pacientes con comorbilidad.

Priorizar la importancia y la necesidad de codificar la DM, en el CMBD, en especial como diagnóstico secundario, debido a que pocas veces es primario.

Favorecer la atención integral a las y los pacientes con DM hospitalizados por causas ajenas a su diabetes, mediante la participación en su asistencia de profesionales expertos en diabetes.

L5. Diabetes y gestación

018. Alcanzar una buena planificación de la gestación en mujeres con **DPG** basado en un adecuado control glucémico utilizando el valor de HbA1c y otros factores de riesgo presentes.

Promover protocolos de planificación de la gestación en mujeres con DPG, tanto en AE como AP.

Incluir la promoción activa de la lactancia materna y de las buenas prácticas de atención a las madres que deciden amamantar en el protocolo de seguimiento de las gestantes con diabetes durante su embarazo y parto.

019. Garantizar el cribado universal al 100% de las mujeres gestantes.

Promover el cribado de DG en la semana 24-28 de la gestación.

020. Garantizar el diagnóstico de DG con **criterios homogéneos**.

Utilizar los criterios comunes para la realización del cribado universal de DG. Promover la sistematización de los resultados perinatales en nacidos de mujeres con diabetes.

021. Reducir la prevalencia de complicaciones de la DG y DPG durante el embarazo, parto y puerperio proporcionando **asistencia específica**.

Diagnosticar precozmente las malformaciones fetales en las gestantes con diabetes.

Potenciar el seguimiento periódico de mujeres con DG previa siguiendo las recomendaciones del programa PAPPs de RCV.

022. Realizar seguimiento postparto en **mujeres con DG, reclassificando la situación metabólica a través de la prueba de tolerancia a la glucosa después del parto y valorando otros FRCV**.

Realizar un completo seguimiento postparto en las mujeres gestantes con diabetes que incluya la planificación familiar y, en las mujeres con DG, la reevaluación de la tolerancia a la glucosa a las 6 semanas.

L6. Formación, Investigación e innovación

023. Impulsar la formación continuada sobre DM tanto en AP como en AE.

Potenciar la interconsulta entre AP y AE, utilizándola como herramienta formativa, incorporando las nuevas tecnologías.

Impulsar, dentro del plan de formación continuada de profesionales de AP y AE el desarrollo de programas, protocolos y actividades conjuntas para la capacitación en ET de los pacientes, incidiendo en técnicas de comunicación, entrevista motivacional y consejo, con programas adaptados a los diferentes perfiles y favorecer la asistencia.

024. Promover y facilitar la investigación básica en DM.

Facilitar el acceso de los profesionales de AP y AE a cursos de formación continuada en Diabetes y Gestación para adquirir y mantener su capacitación en el abordaje de la diabetes y el embarazo.

Analizar en cada contexto las prioridades relativas a la formación continuada de las y los profesionales y establecer cursos específicos.

025. Promover y facilitar la investigación clínica en DM.

Mantener la existencia de una estructura estable de investigación interautonómico (CIBERDEM (CIBERONB)).

Potenciar los estudios epidemiológicos longitudinales, cooperativos y multicéntricos, en relación con los factores de riesgo de la DM y sus complicaciones micro y macrovasculares.

026. Promover la investigación sobre prácticas para prevenir la diabetes, en población de alto riesgo de padecer la enfermedad.

Potenciar la investigación traslacional.

Facilitar la implantación de herramientas terapéuticas, diagnósticas y preventivas con evidencia científica a la práctica asistencial habitual.

027. Promover la implantación rápida de los resultados de investigación en DM en la práctica clínica.

Potenciar la investigación traslacional.

Facilitar la implantación de herramientas terapéuticas, diagnósticas y preventivas con evidencia científica a la práctica asistencial habitual.

028. Promover estudios de desigualdades existentes en el cuidado y la atención del paciente con diabetes.

Realizar actividades y estudios para visibilizar el esfuerzo de las personas cuidadoras y la importancia de potenciar los autocuidados.

029. Fomentar estudios con enfoque de género para conocer las diferencias en el comienzo y desarrollo de la diabetes en hombres y mujeres.

Potenciar la investigación sobre desigualdades en la salud de pacientes diabéticos, entre otras, las desigualdades de género, clase social, etnia o lugar de residencia.

Favorecer la puesta en marcha de unidades y grupos de investigación integrada de la DM en AP y en AE de las CC.AA. que permita una integración funcional y efectiva entre investigadores y labores investigadores a todos los niveles (promoción de la salud, epidemiología, investigación básica, clínica y asistencial).

Evaluación

La evaluación, entendida como un proceso sistemático y continuo que diseña y proporciona información científicamente válida, fiable y útil para la toma de decisiones constituye un elemento indispensable dentro de la Estrategia en Diabetes del SNS y se entiende como parte integrante de la misma para la mejora continua e imprescindible en el camino hacia la excelencia. Acorde con la desagregación por sexo de los indicadores, la evaluación de la Estrategia integrará la perspectiva de género de manera que se pueda ir avanzando en la identificación y explicación de las diferencias entre mujeres y hombres en este ámbito.

Línea Estratégica	Objetivo	Indicadores
Indicadores Globales	Generales	Prevalencia de DM autodeclarada
		Prevalencia de DM registrada en Atención Primaria
		Tasa de mortalidad por DM ajustada por edad
		Tasa de mortalidad prematura por DM ajustada por edad
1. Promoción de estilos de vida saludables y prevención primaria	Objetivo 1	Prevalencia de sobrepeso
		Prevalencia de obesidad
	Objetivo 2	Prevalencia de sedentarismo
	Objetivo 3	Porcentaje de personas que consumen fruta a diario
		Porcentaje de personas que consumen verdura a diario
	Objetivo 4	Realización de acciones sobre promoción de la salud
	Objetivo 5	Número de hospitales y centros de salud acreditados por la IHAN
		Porcentaje de niños y niñas que han recibido lactancia materna durante al menos 6 meses
		Promedio de días de lactancia materna recibida
	2. Diagnóstico precoz	Objetivo 6
Objetivo 7		Cobertura de cribado en sujetos > 45 años
3. Asistencia Integrada de los pacientes	Objetivo 9 Objetivo 10	Prevalencia de obesidad en personas con diabetes de 16 años y más
		Prevalencia de HTA en personas con diabetes de 16 años y más
		Prevalencia de hipercolesterolemia en personas con diabetes de 16 años y más

Línea Estratégica	Objetivo	Indicadores
3. Asistencia Integrada de los pacientes	Objetivo 9 Objetivo 10	Prevalencia de consumo de tabaco en personas con diabetes de 16 años y más
		Número medio de otros FRCV concurrentes con diabetes
		Control adecuado de hemoglobina glicada (HbA1c)
		Sistemas de alerta informática para el control del paciente con DM
	Objetivo 11	Porcentaje de laboratorios con protocolos estandarizados de HbA1c
	Objetivo 12	Número de programas específicos de ET con pacientes y/o familiares
		Número y porcentaje de centros AP/AE con actividades ET
		Número y porcentaje de centros sanitarios que implementan programas de educación para pacientes con DG y/o DPG
	Objetivo 13	Número de pacientes con DM que utilizan sistemas de infusión continua (ISC)
		Número de programas específicos de ET que incorporan la perspectiva de género
	Objetivo 14	Número de centros escolares con protocolo de DM1
	Objetivo 15	Circuito asistencial de transición de pediatría a medicina de Familia y Endocrinología en el protocolo de atención a la DM1
	4. Abordaje de complicaciones	Objetivo 16
Tasa de pacientes con DM en diálisis		
Tasa de trasplante renal en pacientes con DM		
Tasa de trasplante de páncreas		
Número de campañas de prevención de pie diabético		
Tasa de altas por amputaciones de MMII en personas con DM		
Objetivo 17 Objetivo 8		Tasa de altas por complicaciones agudas de la diabetes
		Tasa de altas por cetoacidosis en la población
		Tasa de hospitalización por IAM en pacientes con DM
	Tasa de hospitalización por ictus en pacientes con DM	
5. Diabetes y Gestación	Objetivo 18	Número de CC.AA. que cuentan con protocolos específicos para la planificación de la gestación en mujeres con DPG
	Objetivo 19 Objetivo 20	Número de áreas sanitarias que incluyen criterios para el cribado de DG
		Criterios de diagnóstico de DG utilizados
	Objetivo 21	Porcentaje de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres con DM
	Objetivo 22	Número de áreas sanitarias que reclasifican la DG previa

Línea Estratégica	Objetivo	Indicadores
6. Formación, Investigación e Innovación	Objetivo 23	Formación continuada en diabetes
		Formación específica para impartir ET
		Formación en técnicas de comunicación y entrevista motivacional
		Formación continuada en gestación diabética
		Incorporación del acceso a la interconsulta on-line
	Objetivo 24	Número de proyectos de investigación sobre DM con financiación nacional o autonómica
	Objetivo 25	Número de publicaciones nacionales/internacionales de resultados en diabetes
	Objetivo 26	
	Objetivo 27	
	Objetivo 28	Porcentaje de proyectos de investigación financiados donde existe colaboración entre atención primaria y especializada
	Objetivo 29	Porcentaje de proyectos financiados que incluyen estudios de desigualdades sociales y de género en DM
		Número de publicaciones que incorporan estudios de desigualdades sociales y de género en DM

La Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue aprobada en el Consejo Interterritorial del SNS en octubre de 2006. Posteriormente, tras el trabajo de su Comité de Seguimiento y Evaluación, se elaboró una actualización, aprobada en febrero de 2012. Esta Estrategia es fruto del acuerdo y consenso entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, representantes de las Comunidades Autónomas, sociedades científicas y profesionales, asociaciones de pacientes y personas expertas. En ella se establecen objetivos y recomendaciones a asumir por las administraciones públicas, los servicios de salud y sus profesionales, encaminados a la promoción y prevención de la salud, y a la mejora de la calidad de la atención sanitaria de las personas con diabetes y sus familiares.

El presente documento proporciona una visión esquemática de la Estrategia en Diabetes del SNS actualmente en vigor, la aprobada en 2012.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es