



**Enfermera de Práctica  
Avanzada en la atención de  
personas con tratamientos  
complejos para la diabetes  
(EPA-TCD)**

**CONSEJERÍA DE SALUD  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**



**ESTRATEGIA DE CUIDADOS DE ANDALUCÍA**

**Coordinación:**

María Asunción Martínez Brocca

Nieves Lafuente Robles

Eduardo Mayoral Sánchez

Serafín Fernández Salazar

**Grupo de trabajo:**

Juan Carlos Huerga Domínguez

Marisa Amaya Baro

Teresa Hernández López

Carmen Ruiz Trillo

Concepción Candela Gómez

Isabel Ruiz González



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

**Edita:**

© 2018 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución 18, 41071 Sevilla

Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37

[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)

## **PRÓLOGO**

En las últimas décadas, en Andalucía, se está produciendo un significativo cambio en el perfil sociodemográfico de la población, que afecta directamente a la organización de la familia, de la comunidad y de los sistemas sanitarios. Paralelamente se ha producido el desarrollo de los planes formativos en el grado y postgrado de Enfermería. Ante esta situación, se ha hecho necesario reorientar los modelos de cuidados y el desarrollo de nuevas competencias y roles profesionales para lograr una atención sanitaria ágil, eficiente, sostenible y de calidad, adaptada a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

En el marco del desarrollo de nuevas competencias y nuevos roles profesionales se han definido en nuestro sistema sanitario perfiles específicos de Enfermeras de Práctica Avanzada (EPA). Las enfermeras que desarrollan este perfil son profesionales que ejercen un liderazgo clínico en el ámbito de su trabajo, con autonomía para la toma de decisiones complejas, basadas en la aplicación de la evidencia y en los resultados de la investigación a su práctica profesional. En su práctica integran cuatro roles: clínico experto, consultor, docente e investigador.

Los roles de EPA son definidos por el propio Sistema Sanitario de manera singular y específica, ya que pueden cambiar en relación a las necesidades de la ciudadanía, y al avance competencial de las enfermeras de Grado, por lo que su rol se deberá adaptar atendiendo al carácter cambiante de esas necesidades y de los problemas de salud existentes en un momento y contexto determinado. En este sentido, la Estrategia de Cuidados de Andalucía, pretende con este manual definir el perfil competencial y la provisión del servicio dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Nieves Lafuente Robles. Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía.

## **SUMARIO**

<b>1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>página 05</b>
<b>2. DEFINICIÓN DEL SERVICIO</b>	<b>página 07</b>
<b>3. PROVISIÓN DEL SERVICIO</b>	<b>página 10</b>
<b>4. PERFIL COMPETENCIAL DE LA EPA-TCD</b>	<b>página 13</b>
<b>5. EVALUACIÓN</b>	<b>página 17</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>página 19</b>

# 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION

## 1.1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica muy prevalente. La prevalencia de diabetes en la población adulta de Andalucía (18 años o más) es del 15.3%<sup>1,2</sup>. Del total, aproximadamente uno de cada tres personas con diabetes (5.3%) no sabe que la padece. Aunque esta proporción de diabetes no conocida es inferior en Andalucía respecto a la del resto de España, siguen siendo necesarias estrategias de detección precoz de la diabetes tipo 2. De acuerdo con estos datos, el número de personas adultas con diabetes en Andalucía sería de aproximadamente un millón, y de éstas estarían diagnosticadas unas 630.000, de las cuales entre el 90-95% corresponden a una DM tipo 2<sup>3</sup>.

Aunque la mortalidad por diabetes viene disminuyendo de forma progresiva y prácticamente lineal en las últimas décadas y esta disminución es significativamente mayor en nuestra Comunidad respecto a la experimentada en el resto de España<sup>3</sup>, sigue contribuyendo de forma manifiesta a la mortalidad total. Las complicaciones secundarias de la diabetes (IAM, ictus y amputaciones de miembros inferiores) suponen una causa frecuente de hospitalización, si bien el riesgo de hospitalización entre personas con diabetes por estas complicaciones se ha reducido notablemente en Andalucía en los últimos años. Las tasas de amputaciones de miembros inferiores siguen siendo elevadas, y sólo se objetiva cierta tendencia descendente en las mujeres<sup>3</sup>.

Las personas con diabetes requieren atención continuada por parte de un equipo multidisciplinar, siendo fundamental el desarrollo de un modelo basado en la gestión de casos de práctica avanzada en cuidados para la gestión eficaz de su salud y así poder prevenir en mayor medida las complicaciones agudas y las complicaciones crónicas que pueden aparecer.

En otro sentido los avances competenciales de la profesión enfermera adquiridos a través del grado universitario, especialidades, máster o doctorado sitúan a los profesionales de enfermería como referentes para impartir programas de educación terapéutica que consigan el mayor grado de autonomía y la mayor eficacia en la autogestión del plan terapéutico de las personas con diabetes y sus familias.

## 1.2 Justificación

La DM en Andalucía es un importante problema de salud y en el que todos los protagonistas (Ciudadanos, profesionales y autoridades sanitarias) deben unir esfuerzos para dar las respuestas adecuadas a las personas con diabetes.

Los pilares fundamentales del tratamiento de la DM, y en los que se sustenta la estrategia terapéutica para disminuir su morbi-mortalidad son la alimentación, la actividad física y el tratamiento farmacológico. Para la obtención de los objetivos terapéuticos es imprescindible, la participación activa de la persona con diabetes y su entorno y aquí es donde una enfermera experta, con conocimientos específicos desarrolla un papel fundamental, capacitando a las personas con diabetes y a sus familias para que gestionen su plan terapéutico, resolver los problemas diarios a los que se enfrentan, colaborar activamente con su equipo de salud y mejorar los resultados clínicos y su calidad de vida para que puedan prevenir y/o retrasar las complicaciones de la DM de un modo costo-efectivo<sup>4</sup>.

Consultando estrategias para disminuir la comorbilidad y mortalidad de las personas con DM, en relación con el tipo de atención recibida, cabe destacar:

- Que la atención a personas con terapia bolo-basal en régimen de hospitalización por enfermeras especialmente capacitadas en el contexto de un equipo de trabajo interdisciplinar muestra una disminución de la glucemia media<sup>5</sup>.
- Que la International Society of Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) recomienda que los profesionales de salud que atiendan a niños y adolescentes con diabetes y/o a sus cuidadores acrediten una formación especializada en los principios y la práctica de la enseñanza y educación para implementar con éxito enfoques conductuales para promover la autogestión<sup>6</sup>.
- La Sociedad Española de Diabetes (SED) afirma que debido a la complejidad del tratamiento de la diabetes y la necesaria toma de decisiones activa de las personas afectadas en el automanejo del plan terapéutico se hace necesario, una preparación académica específica y la expertez necesaria donde se contemple una enfermera de practica avanzada, tal como existe en otros países.
- El Plan Integral de Diabetes de Andalucía recoge entre sus líneas de acción “promover la existencia de profesionales con perfil de Enfermería de Práctica Avanzada de forma progresiva en los centros de Atención Hospitalaria” para el abordaje de los casos complejos de diabetes<sup>3</sup>.
- La Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), se solicitó recientemente al Ministerio de sanidad, la creación y establecimiento de una especialidad terapéutica en diabetes, ya que, consideran crucial el papel que juega la enfermera experta en esta patología<sup>7</sup>.

En el proceso de actualización del Plan Integral de Diabetes, actualmente en marcha, se ha incorporado un análisis de percepciones (vivencias, expectativas y necesidades) de las personas con diabetes y sus familiares y cuidadores sobre la atención que reciben. En este análisis, los

ciudadanos transmiten una elevada satisfacción cuando adquieren una capacidad de autocuidado adecuada gracias a la educación terapéutica recibida; al mismo tiempo, transmiten una clara percepción de que los profesionales precisan para ello competencias específicas y avanzadas e identifican en ellas una importante área de mejora. Por lo tanto, es un compromiso del SSPA, el desarrollo de la enfermera de practica avanzada en la atención a personas con diabetes, convirtiéndose Andalucía, en la primera comunidad autónoma de nuestro país en impulsar estas nuevos Roles en las enfermeras. Una de las líneas estratégicas del Plan Integral de Cuidados de Andalucía<sup>8</sup> (PiCuida) y del Plan integral de diabetes (PIDMA) es el diseño y extensión de la implantación de este nuevo rol de Enfermeras de practica Avanzada (EPA) para dar una respuesta personalizada y de calidad.

En el caso concreto del abordaje de la Diabetes, en el contexto internacional, el rol de EPA se viene desarrollando en diferentes países:

- Estados Unidos<sup>9</sup>, desde 1986, año que inicia la certificación «Board Certified-Advanced Diabetes Manager», Debe renovarse cada 5 años, mediante examen, y acreditar al menos 1.000 h de práctica profesional.
- Canadá<sup>10</sup> también aplica desde 2004, el «Canadian Diabetes Educador Certification Board» título acreditado como curso universitario con tres niveles de formación y con renovación de competencias cada 5 años.
- Australia<sup>11</sup>, desarrolló un posgrado, de acuerdo con los estándares del Australian Diabetes Educators Association, que se complementa con 1800 horas de experiencia en educación terapéutica en diabetes.
- En Europa<sup>12</sup> la acreditación como profesional de enfermería especialista en diabetes, puede obtenerse mediante un diploma impartido por la Foundation of European of Nurses in Diabetes (FEND), el «European Nurses Diabetes Collaborative University Programme»

## **2. DEFINICIÓN DEL SERVICIO.**

### **2.1. Definición de la EPA-TCD.**

Las enfermeras que se incorporan a la EPA-TCD deben ser profesionales con las competencias reconocidas para cualquier EPA y con conocimiento clínico experto en el abordaje de personas con tratamientos complejos en diabetes.

Son enfermeras capaces de prestar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia disponible, valorando la epidemiología clínica y los estándares de calidad internacionales para esta práctica clínica, garantizando una utilización correcta de los recursos disponibles.

Deben destacar entre sus competencias la capacidad de ejercer como consultor para profesionales, pacientes y/o familia; con una importante labor docente, encaminada a extender su práctica al resto de la comunidad enfermera; realizando acciones formativas continuadas y sistemáticas, para intentar llegar a todas las enfermeras clínicas, especialmente de Atención Primaria y residencias socio-sanitarias; generando mejora continua de este grupo profesional en la prevención y abordaje de las personas con Diabetes con alta complejidad.

A su vez tienen generar conocimiento, a través de la investigación, ejerciendo en definitiva un liderazgo transformacional que mejore la atención a las personas con heridas crónicas en el contexto donde se encuentren.

## **2.2. Filosofía del servicio**

El trabajo interdisciplinar y en equipo es el elemento básico. Se ofrece un entorno centrado en la persona y familia desde una perspectiva de atención biopsicosocial, buscando el mayor bienestar y calidad de vida posibles. Promueve la auto-responsabilidad, la autonomía y el autocuidado como pilar para la recuperación física y emocional y la reincorporación a su proyecto de vida, además de contribuir a la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes.

## **2.3. Visión del servicio**

- Orientar el servicio hacia la excelencia en los cuidados.
- Garantizar el acceso a los recursos sanitarios.
- Fomentar la corresponsabilidad como garante de la sostenibilidad del sistema sanitario.
- Coordinar la actuación de cada profesional que interviene en el caso, siendo el marco de referencia de los sistemas sanitarios en materia de atención a las personas con heridas crónicas o en situación de riesgo de padecerlas.

## **2.4. Misión del servicio**

- Ofrecer cuidados integrales centrados en la persona, con un servicio de calidad que responda a sus valores, sus necesidades y sus expectativas.
- Promover su autorresponsabilidad e independencia.



- Contribuir, en el seno del equipo de salud, a la toma de decisiones compartidas.
- Colaborar en la continuidad del proceso asistencial.
- Contribuir desde su aportación específica a la mejora de la calidad de vida y al logro de los objetivos del plan terapéutico.
- Asegurar un uso eficiente de los recursos.

## **2.5. Atributos del servicio:**

- Personalización del servicio: entendida la personalización como guía, acompañamiento y referencia profesional durante todo el proceso, de la persona y su entorno de cuidados.
- Liderazgo: las EPA-TCD deben ser las profesionales que garanticen el derecho a una atención sanitaria que ponga al servicio de la persona con diabetes todos los recursos técnicos y humanos en función de sus necesidades, sean de prevención, o de atención a su proceso, teniendo en cuenta los recursos disponibles.
- Gestión eficiente en la atención, prevención, diagnóstico y tratamiento independientemente del contexto asistencial y social de las personas con diabetes.
- Optimización de los recursos diagnósticos, preventivos y terapéuticos dirigidos a las personas con heridas crónicas y aglutinar la actividad investigadora y docente en materia de los cuidados de la diabetes de su área de influencia.

## **2.6. Valores profesionales**

Las profesionales que desarrollan la EPA-TCD asumen establecer su relación con ciudadanía, profesionales, y organizaciones de acuerdo los valores del SSPA:

- Considerar a la ciudadanía como centro del sistema sanitario: opinión como elemento de mejora continua para la toma de decisiones y apuesta por un marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales de la salud.
- Respeto, para reconocer y aceptar las opiniones y valores de ciudadanía, profesionales, y organizaciones.
- Integridad, manteniendo la confidencialidad y la privacidad de la población que se atiende.

- Colaboración, en el compromiso de trabajar por el logro de soluciones mutuamente aceptables con ciudadanía, profesionales, y organizaciones.
- Excelencia, con el compromiso por lograr los mejores resultados basados en la mejor evidencia
- Promoción del desarrollo profesional.
- Capacidad de adaptación a los nuevos requerimientos sociales y de salud.

En resumen, deben poner en juego todos los valores que el sistema sanitario espera de ellas: liderazgo, confianza, trabajo en equipo, comunicación, respeto a la persona, confidencialidad, integridad, responsabilidad social y sostenibilidad.

### **3. PROVISION DEL SERVICIO**

#### **3.1 Objetivos**

##### **Objetivo general**

- Asegurar una atención integral, individualizada y de calidad que de respuesta a las necesidades específicas de la persona con TCD y su familia garantizando la continuidad asistencial.

##### **Objetivos específicos**

1. Proporcionar cuidados desde una perspectiva personalizada e integral a la población diana para que alcancen el mayor grado de autonomía posible.
2. Potenciar la educación terapéutica individual y grupal, como herramienta clave para garantizar el autocuidado.
3. Promover la figura del paciente activo en el ámbito sanitario y comunitario.
4. Impulsar la formación y el apoyo entre iguales a través del impulso a las escuelas de pacientes.
5. Participar en actividades de formación continuada para los profesionales del área de referencia.
6. Colaborar en la formación de grado y postgrado de profesionales de enfermería.
7. Desarrollar, actividades de investigación en la gestión eficaz de la salud en personas con diabetes y difundir los resultados de las mismas.

8. Orientar las actividades en torno a los cuidados a personas con diabetes hacia la obtención de los mejores resultados en salud posibles, a través de la participación en las unidades de gestión clínica (UGC).

Como se detalla la EPA-TCD tiene funciones asistenciales, de investigación, docencia y de gestión, con el fin de promover la salud y el bienestar de personas con diabetes y sus familiares.

### **3.2 Población diana de la EPA-TCD**

La población susceptible de intervención de la EPA-TCD son personas con diabetes compleja, entendiendo la complejidad como la dificultad en el manejo del plan terapéutico tanto al inicio como durante el seguimiento.

Por lo tanto la población diana de la EPA-TCD es:

- Personas con Diabetes tipo 1 (DM1), en todas las etapas de su vida, incluida la edad pediátrica
- Mujeres gestantes con diabetes:
  - Diabetes pregestacional.
  - Diabetes gestacional que no consigue objetivos de control metabólico y/o con criterios obstétricos de gestación complicada.
- Personas con Diabetes tipo 2 (DM2) en tratamiento con múltiples dosis de insulina que no alcanzan los objetivos de control tras la aplicación de las recomendaciones en atención primaria.
- Personas con diabetes que precisan valoración y reajuste del plan terapéutico como consecuencia de enfermedades comórbidas y/o tratamientos hiperglucemiantes
- Personas con pie diabético según las recomendaciones establecidas en el Proceso Asistencial Integrado Diabetes

#### **3.2.1 Consultoría: circuitos de acceso y derivación**

Son situaciones clínicas que en el marco del equipo interdisciplinar requieren actuaciones específicas por la EPA-TCD:

- Diabetes tipo 1 de inicio y/o que requiere insulinización intensiva inmediata.
- Intensificación del control metabólico en personas con DM1 y en personas con DM2 en tratamiento con múltiples dosis de insulina.

- Descompensaciones de la diabetes que pueden manejarse en el ámbito ambulatorio.
- Programación de gestación en mujeres con diabetes.
- Diabetes gestacional que precisa insulinización y/o intensificación de su control metabólico.
- Soporte al alta hospitalaria en personas con diabetes compleja, que asocian fármacos hiperglucemiantes y/o en situaciones de fragilidad.
- Atención al pie diabético de presentación grave, según los criterios de derivación establecidos por el PAI Diabetes para los Hospitales de Día de Diabetes/Unidades de Pie Diabético.
- Entrenamiento, implantación y seguimiento de terapia con sistemas de infusión continua de insulina y/o otras tecnologías avanzadas en el control glucémico de la persona con diabetes.
- Cribado de complicaciones crónicas: retinopatía diabética, neuropatía sensitiva y detección de pie de riesgo y arteriopatía periférica de miembros inferiores.

### **3.2.2. Flujos de derivación al equipo:**

Es necesaria la definición de vías clínicas adaptadas localmente para la puesta en marcha de la figura EPA-TCD. Serán aspectos generales comunes al modelo de implantación local:

- Posibilidad de derivación desde los Equipos de AP, áreas de Urgencias, Hospitalización y área de consultas externas de AH.
- Recepción del caso, valoración integral, cribado de complicaciones si procede y detección inicial de necesidades por parte de la EPA-TCD. Propuesta del plan terapéutico y valoración conjunta por el equipo interdisciplinar.
- Planificación y puesta en marcha del programa de Educación Terapéutica específico para cada caso por parte de la EPA-TCD.
- Gestión de la actividad EPA-TCD en agenda específica, que permita su registro y planificación.
- Canal de comunicación ágil (telefónico/telemático) entre los equipos de AP y la EPA-TCD integrada en el equipo interdisciplinar



### 3.3. Formación, generación y transferencia del conocimiento

La EPA-TCD realizará un análisis de la situación de su área de influencia, y priorizará, junto con la Dirección de su Área, las prioridades formativas y de capacitación para la mejora de los cuidados del equipo de salud de su área de influencia.

Por otro lado, también generará conocimiento, a través del análisis de los resultados de su práctica, participación en proyectos de investigación, difundiendo los resultados de su práctica clínica a través de artículos científicos y participación en congresos.

## 4. PERFIL COMPETENCIAL DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS COMPLEJOS DE DIABETES

Respecto del perfil competencial de la EPA-TCD debemos tener en cuenta dos consideraciones: 1) para acceder al puesto se requiere conocimiento experto en el área de cuidados para el que se define, formación específica (acreditada y adquirida mediante formación continuada o posgrado específica) y experiencia clínica (mínimo de tiempo en el área clínica considerada), de tal forma, que puedan asegurarse las competencias mínimas que debería tener la EPA correspondiente; 2) el ejercicio profesional de la EPA-TCD estará sujeto a acreditación continua, por lo que los/las profesionales que realicen su labor en este ámbito tendrán a su disposición el manual de acreditación elaborado por la ACSA<sup>13</sup>. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía define la

Competencia profesional como la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean. La competencia se manifiesta a través del conjunto de comportamientos, causalmente relacionados con un desempeño, que da respuesta eficiente a las exigencias planteadas en el estándar establecido<sup>13</sup>.

En este sentido, teniendo en cuenta la definición de dominios competenciales de la EPA desarrollada por Sastre – Fullana et al<sup>14</sup>; y el Marco de Desarrollo Competencial de las enfermeras y enfermeros el SSPA<sup>15</sup>, la EPA-TCD comprende los siguientes atributos que la definen<sup>15</sup>:

- a) Liderazgo, ejerciendo como referente para el abordaje de la complejidad de los cuidados en su ámbito y con autonomía de decisión para la resolución de problemas relacionados con el perfil de pacientes que atiende.
- b) Coordinación de la atención compleja, organizando los componentes del plan asistencial y adaptando la atención sanitaria a las necesidades de los pacientes y personas que les cuidan, realizando una gestión proactiva de problemas de salud, activando los recursos para cubrir necesidades y actuando como intermediario/a de servicios para la resolución de problemas y maximizando la continuidad asistencial.
- c) Consultoría para otros profesionales y referente para su aprendizaje.
- d) Motor de cambio a través de su liderazgo, para promover innovaciones, mejorando la práctica clínica a través de la transferencia de conocimiento y evidencias en su entorno asistencial e influyendo en la modificación de estilos de práctica y la orientación a la calidad.
- e) Promoción de la investigación en su ámbito de práctica.

#### **4.1 Competencias**

Teniendo en cuenta la propuesta de competencias para la EPA de Gestión de Casos de Miguélez-Chamorro et al<sup>16</sup> se propone el siguiente marco competencial para la EPA-TCD:

ÁREA COMPETENCIAL	COMPETENCIA
<b>1 investigación y Práctica Basada en la Evidencia</b>	<p>1.1 Identifica las prioridades de investigación en su área de práctica.</p> <p>1.2 Participa en proyectos de investigación de manera activa como IP o colaborador.</p> <p>1.3 Evalúa su práctica clínica y la del equipo y organización, teniendo en cuenta la última evidencia científica disponible.</p> <p>1.4 Muestra compromiso con la difusión de los hallazgos científicos en la práctica.</p> <p>1.5 Utiliza estrategias de intervención efectivas para el cambio de conducta profesional y de trabajo en equipo para promover la adopción de prácticas e innovaciones basadas en la evidencia en el ejercicio de su atención.</p>
<b>2- Liderazgo Clínico y Profesional</b>	<p>2.1 Lidera en el equipo y en la organización la innovación dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención de los cuidados a personas con Diabetes.</p> <p>2.3 Identifica y/o resuelve problemas de salud complejos y/o inestables mediante la colaboración y consulta con el equipo multidisciplinar.</p> <p>2.4 Identifica las necesidades de adecuación a nuevos escenarios tecnológicos y normativos.</p> <p>2.5 Promociona y potencia un ambiente que favorezca el aprendizaje efectivo.</p> <p>2.6 Lidera el diseño de los programas y materiales que favorezcan la autogestión del plan terapéutico dirigido a las diferentes necesidades culturales.</p>
<b>3- Relaciones interprofesionales y Consultoría</b>	<p>3.1 Promueve una atención sanitaria interprofesional, centrada en la persona y su familia a nivel individual y organizacional.</p>

	<p>3.2 Colabora con los equipos de AP para facilitar la adecuada continuidad de cuidados de las situaciones complejas en el domicilio (intervenciones previas al alta, telecuidados e intervención conjunta con profesionales de AP en situaciones específicas).</p> <p>3.3 Participa en colaboración con los equipos de AP en la detección, inclusión en la unidad y/o resolución de problemas relacionados con la población diana.</p> <p>3.4 Interviene de forma proactiva para promover el trabajo colaborativo (de forma presencial o vía telemática) con los equipos de AP que mejore los resultados en salud en personas con diabetes en el área de influencia.</p> <p>3.5 Desarrolla y/o utiliza soluciones tecnológicas de soporte para potenciar el trabajo colaborativo con los profesionales del área.</p> <p>3.6 Sirve como consultor para el desarrollo y la evaluación de los programas de educación terapéutica del área de referencia.</p>
<p><b>4- Práctica Clínica Avanzada y Gestión de Cuidados. Gestión de la Calidad, Seguridad y sostenibilidad</b></p>	<p>4.1-Desarrolla planes de cuidados personalizados basados en la evidencia para dar respuesta a las necesidades individuales y familiares, de la población diana.</p> <p>4.2-Implementa estrategias para capacitar a la población diana en la autogestión del plan terapéutico.</p> <p>4.3-Adapta los cuidados a la diversidad cultural.</p> <p>4.4-Realiza el cribado del pie de riesgo, la enfermedad arterial periférica y la retinopatía en la población diana.</p> <p>4.5-Interviene en las situaciones complejas que provoquen la evolución tórpida en el pie diabético para la resolución efectiva del problema.</p> <p>4.6-Indica y prescribe productos para la automonitorización y/o medicamentos según las características de calidad del Proceso Asistencial Integrado Diabetes</p> <p>4.7-Ajusta medicamentos hipoglucemiantes, en el marco de la Prescripción colaborativa.</p>



	<p>4.8-Evalúa la adaptación psicosocial, incluyendo estrategias de afrontamiento.</p> <p>4.9-Identifica situaciones comórbidas que pueden requerir manejo específico por Salud Mental, con especial atención a los trastornos de conducta alimentaria.</p> <p>4.10- Establece redes de apoyo efectivas para la población diana.</p> <p>4.11- Transmite información actualizada sobre la oferta de asociaciones de ayuda mutua a los pacientes, sus familiares y cuidadores.</p> <p>4.12- Colabora en las actividades de la escuela de pacientes y fomenta su desarrollo.</p>
<p><b>5- Docencia y Formación Continuada</b></p>	<p>5.1 Utiliza la información obtenida a través de análisis de situación, en actividades formativas o estratégicas para mejorar el desempeño profesional de los compañeros del área de influencia.</p> <p>5.2 Forma a los profesionales de su área de influencia en la adquisición de conocimientos y habilidades para ayudarles en el desarrollo de competencias para la gestión eficaz de la salud de las personas con diabetes.</p> <p>5.3 Diseña estrategias innovadoras para mejorar la efectividad y la mejora continuidad de cuidado a las personas incluidas en su población diana.</p> <p>5.4 Utiliza los resultados de la mejora de calidad para iniciar cambios en la práctica y el sistema de atención sanitaria.</p>

## 5. EVALUACIÓN

### Perfil de la población diana.

- N° de Pacientes incluidos en el servicio de EPA-TCD segregados por sexo y grupo de edad.
- N° de personas que cuidan incluidas en el servicio segregadas por sexo y grupo de edad.

### Captación y seguimiento de la población diana:

- Número de personas remitidas desde atención primaria/ Número de personas atendidas en el servicio de la EPA-TCD en el mismo periodo de tiempo.
- Número de personas remitidas desde servicios de hospital (Hospitalización, Consultas Externas, Urgencias) / Número de pacientes incluidos en el servicio EPA-TCD.
- N° de Consultorías realizadas y documentadas.
- N° de Consultas de seguimiento virtual (telefónico/telemático) realizadas.

**Resultados finales (sobre población incluida en el servicio EPA-TCD):**

- Hospitalización:
  - Tasa de ingresos por diabetes (código de diabetes como diagnóstico principal).
  - Tasa de ingresos por complicaciones agudas (cetoacidosis, descompensación hiperosmolar, hipoglucemias).
  - Tasa de ingresos por amputaciones mayores y menores
- Consultas en Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias por complicaciones agudas

**Resultados intermedios (porcentaje de cumplimiento de cada objetivo en la población incluida en el servicio EPA-TCD):**

- Control glucémico:
  - % de pacientes que alcanzan HbA1c < 7%
  - % de pacientes que alcanzan HbA1c < 8%
- % de gestaciones programadas en mujeres con diabetes

**Fomento de estilos de vida saludable (en la población incluida en el servicio EPA-TCD):**

- % de personas que consiguen una buena adherencia a la dieta mediterránea (puntuación > 9 en cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea).
- % de personas que pasan de inactividad física o sedentarismo a algún grado de actividad física (evaluado mediante cuestionario IPAQ).
- % de personas que abandonan el hábito tabáquico.

**Resultados en salud sobre la población diana:**

- Autocontrol de la Diabetes (NOC 1619)<sup>17</sup>
- Resiliencia personal (1309)
- Afrontamiento de problemas (1302)
- Bienestar del cuidador principal (2508)

**Entorno cuidador:**

- N° de pacientes en servicio de EPA TCD en el año con persona cuidadora identificada/Nª pacientes incluidos en servicio.
- N° de personas que cuidan con Diagnóstico de Enfermería (DDE)<sup>18</sup> "Cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC)<sup>19</sup>: Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.
- N° de personas que cuidan con DDE "Riesgo de cansancio Rol del Cuidador" con intervenciones (NIC): Fomento de la implicación familiar y apoyo al cuidador principal.
- N° de personas que cuidan y/o familias con intervenciones: Mejorar el afrontamiento familiar.
- Apoyo al cuidador, Guías del SS, Grupos de apoyo, Enseñanza a cuidados directos, Fomentar la implicación familiar, Participación decisiones sanitarias/ N° cuidadoras incluidas en el servicio.

#### **Indicadores relacionados con el área del conocimiento.**

- Formación impartida (Profesionales y pacientes).
- Proyectos de investigación financiados en convocatorias públicas y en concurrencia competitiva en los que ha participado.
- Participación en la elaboración de guías para el sistema sanitario público Andaluz
- Publicación de artículos en revistas especializadas, difusión de comunicaciones, elaboración de capítulos para libros, o libros completos.

#### **Indicadores relacionados con la calidad de vida.**

- Calidad de vida percibida (EsDQOL).
- Índice de sobre carga del cuidador (Zarit o índice de esfuerzo del rol cuidador).

#### **Indicadores relacionados con la satisfacción del servicio**

- Satisfacción del paciente/usuario (3014)

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1 Valdés S, García-Torres F, Maldonado-Araque C, Goday A, Calle-Pascual A, Soriguer F, et al. Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular en Andalucía. Comparación con datos de prevalencia nacionales. Estudio [Di@bet.es](http://Di@bet.es). Rev Esp Cardiol 2014;67:442-448.

2 Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the [Di@bet.es](http://www.diabetologia.com) Study. *Diabetologia* 2012;55:88-93.

3 Plan Integral de Diabetes de Andalucía [Recurso electrónico]: Actualización 2016. Consejería de Salud, 2016 [citado 20 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/pidma3.pdf>

4 Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*. 2013;36(July 2012):1630–7

5 Mackey PA, Boyle ME, Walo PM, Castro JC, Cheng M-R, Cook CB. Care directed by a specialty-trained nurse practitioner or physician assistant can overcome clinical inertia in management of inpatient diabetes. *Endocr Pract* [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Mar 14];20(2):112–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24013999>

6 Swift PGF. Diabetes education in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2009;10 Suppl 1:51–7

7 FEDE pide a Sanidad crear una especialidad terapéutica en diabetes y mejorar la igualdad en el tratamiento entre CCAA [Internet]. [citado 20 diciembre 2018]. Disponible en: [http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/FEDE-Sanidad-especialidad-tratamiento-CCAA\\_0\\_1932000521.html](http://www.telecinco.es/informativos/sociedad/FEDE-Sanidad-especialidad-tratamiento-CCAA_0_1932000521.html)

8 Lafuente-Robles N, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Ayuso-Fernández M, Morcillo-Muñoz Y, et al. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2015 [citado 28 diciembre de 2018]. Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)

9 National Certification Board for Diabetes Educators [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbde.org/>

10 Canadian Diabetes Educator [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.cdec.ca/exams/exam-handbook-documentaion/>

11 Australian Diabetes Educators Association. Australian Diabetes Educators Association Credential [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.adea.com.au/credentialling/credentialled-diabetes-educators/>

12 Federation of European Nurses in Diabetes. FEND-ENDCUP [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.fend.org/projects/fend-endcup>

13 Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Programa de Certificación de Competencias Profesionales. Consejería de salud de Andalucía. 2017 [citado 28 de diciembre 2018] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/guia-del-usuario-para-la-certificacion-de-competencias-profesionales.pdf>

14 Sastre-Fullana P; Morales-Asencio JM; Sesé-Abad A; Bennasar-Veny M; Fernández-Domínguez JC; De Pedro-Gómez J. Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument (APNCAI): clinimetric validation. *BMJ Open* 2017;7:e013659. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013659.

15 Fernández-Salazar S, Lafuente-Robles N, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM. Desarrollo competencial de las enfermeras y enfermeros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2018 [citado 15 enero de 2019]. Disponible en: [www.picuida.es](http://www.picuida.es)

16 Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2018 Sep [citado 25 Sep 2018]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862118302134>

17 Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013.

18 NANDA International; Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.

19 Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C., Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Ed. Madrid: Elsevier; 2013.