

ples: nefropatía, retinopatía y neuropatía periférica. Ingresa en planta de hospitalización por cuadro de cetoacidosis diabética. Al ingreso Hba1c de 15,3%. Durante el ingreso tras tratamiento con insulina iv, mejoría de control glucémico. A los 9 días de ingreso, comienza con cuadro de edemas de los 4 miembros, distensión y dolor abdominal. A la exploración presentó una talla inferior a la esperada (150 cm), leve sobrepeso (59 kg) y gran hepatomegalia. Las pruebas de funcionamiento hepático mostraron un aumento de transaminasas (GOT 359 UI/L, GPT 210 UI/L) y fosfatasa alcalina (190 UI/L). Se descartó etiología viral y autoinmune. Se realizó una ecografía abdominal donde se evidencia una gran hepatomegalia homogénea hiperecogénica. Se decide realizar biopsia hepática percutánea, donde se evidenció un parénquima hepático con arquitectura conservada, con hepatocito con citoplasma amplio, claro, con membrana llamativa y algunos núcleos vacíos de aspecto glucogénico. Los citoplasmas muestran intensa tinción con ácido periódico de Schiff (PAS), pero negatividad para PAS-diastasa, confirmando el depósito de glucógeno citoplasmático. Siendo el diagnóstico más probable la glucogénesis hepática secundaria a diabetes. El síndrome de Pierre Mauriac descrito en el año 1930, se caracteriza por retraso del crecimiento, apariencia cushingoide, hepatomegalia e hipertransaminasemia, en paciente con DM1 con descontrol crónico. La edad de presentación más habitual suele ser en la adolescencia, aunque han sido descritos casos tanto en niños como adultos. El diagnóstico de dicha hepatopatía requiere alta sospecha clínica y se debe corroborar con biopsia hepática la presencia de acumulación de glucógeno. Dicha acumulación de glucógeno en los hepatocitos, es en parte causada por largos periodos de hiperglucemia, en los que la glucosa entra en el hepatocito independientemente de insulina y se convierte en glucógeno.

Discusión: Actualmente el síndrome de Mauriac es una causa rara de hepatopatía, debido a las mejorías en control y tratamiento de los pacientes con DM1. No obstante algunos casos son descritos en personas con situaciones sociales complicadas o sin cumplimiento terapéutico. Se trata de un cuadro reversible tras mejoría de control glucémico con adecuada insulinización.

P-145. CUMPLIMIENTO DE METAS EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL MEDIANTE EL MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

E.O. Videa Irias, M.A. Ramos Guifarro y G. Zaldivar

CAMI Clínica de Atención Médica Integral, Tegucigalpa, Honduras.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) son consideradas hoy en día las enfermedades con mayor riesgo de morbimortalidad en el mundo. Entre sus complicaciones destacan: eventos cardiovasculares, enfermedad renal, hipoperfusión coronaria, así como lesiones en órganos diana. Un diagnóstico temprano, junto al logro de metas es significativo para disminuir el riesgo de dichas complicaciones.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de las metas en el control de la presión arterial según los parámetros de las guías ISH (Sociedad Internacional de Hipertensión) 2020 empleando el monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) en un grupo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo 2 (DM2) de la consulta de clínica de diabetes, Hospital Escuela, Honduras.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Universo y muestra. Anualmente asisten 2.000 pacientes a la consulta externa de Endocrinología del HEU de los cuales un 90% presentan diabetes mellitus tipo 2 y de ellos el 42,72% tiene HTA. El Intervalo de confianza es de 95% con un margen de error de 5%, resultando en una muestra de 94 pacientes para efectos de la inves-

tigación, se analizaron los datos del estudio de prevalencia del patrón circadiano no dipper de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en la consulta de diabetes del hospital escuela, Año 2017 a los cuales se dio un seguimiento a tres años en busca de complicaciones cardiovasculares tempranas.

Resultados: El porcentaje de pacientes con HTA no controlados según las guías ISH aplicando los parámetros de medición del MAPA para 24 horas fue del 60% (56), el 41% (39) presentaron un patrón circadiano no dipper, del total de los pacientes estudiados el 9% (8) tuvo una complicación cardiovascular a 3 años del estudio, siendo estas las complicaciones encontradas: 3 de ellos presentaron infarto agudo de miocardio de los cuales 1 falleció, 5 desarrollaron insuficiencia renal crónica actualmente en manejo con hemodiálisis, los pacientes que presentaron complicaciones todos se encontraron en el grupo de personas no controladas de sus niveles de presión arterial. El mayor porcentaje de pacientes no controlados se encontró en las mediciones nocturnas del MAPA en un 62% (58).

Conclusiones: Dos tercios de la población estudiada por medio del MAPA tienen cifras tensionales en parámetros no deseados; lo que condiciona un mayor riesgo para presentar una complicación cardiovascular, sumado a que la mayor parte de los pacientes presentaron un patrón circadiano no dipper incrementándose a un más la probabilidad de eventos fatales, seña un reto para realizar los ajustes terapéuticos y seguimientos efectivos a los pacientes que presentan estas comorbilidades crónicas.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

P-146. DIABENET: FORMACIÓN INNOVADORA EN DIABETES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

A. Bujanda Sainz de Murieta y C. Azagra Rey

Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.

Introducción y objetivos: La diabetes es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo. Por ello, la mayoría de las enfermeras tratarán con estos pacientes en algún momento de su carrera profesional. En muchas ocasiones, serán las encargadas de proporcionar acompañamiento y educación en el manejo de la enfermedad en distintos contextos sanitarios. La formación continua de estos profesionales es fundamental, ya que el tratamiento de la diabetes está en constante evolución. Con este propósito se crea Diabenet, una plataforma digital e interactiva a la que pueden acceder en cualquier momento y desde cualquier lugar para ampliar sus conocimientos y compartir experiencias con otros colegas. El objetivo general del estudio es diseñar y evaluar una formación online innovadora sobre diabetes para el personal de enfermería. Y como objetivos específicos se plantea generar un espacio de colaboración entre las enfermeras participantes, medir la satisfacción tras la realización de la formación y evaluar la adquisición de conocimientos al finalizar la formación.

Material y métodos: Tras observar las necesidades sobre educación diabetológica del personal de enfermería, se diseñó una formación online entre los meses de febrero y junio de 2022, que podían completar en cualquier momento. La plataforma constaba de varias secciones: casos clínicos audiovisuales con preguntas interactivas. Tareas a entregar. Recursos de utilidad para profesionales sanitarios. Foro. Ranking individual y por equipos (en función de su lugar de trabajo). Finalmente, se realizó un test de conocimientos tipo test con 33 preguntas y 4 posibles respuestas donde solo una era correcta, ponderado sobre 10 puntos. También se evaluó la satisfacción mediante una encuesta cuantitativa a través de una escala Likert

del 1 al 10 (siendo 1 “Nada adecuado” y 10 “Totalmente adecuado”). Fue acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Resultados: Un total de 145 enfermeras finalizaron la formación participando activamente en el foro, compartiendo experiencias y/o exponiendo sus dudas. En cuanto a la satisfacción, las puntuaciones medias se presentan en la tabla. Respecto al test de conocimientos, la nota mínima fue de 7,88 y la nota máxima de 10 puntos, concentrándose la mayoría de las puntuaciones entre 8,94 y 9,47.

Contenido trabajado	9,32
Metodología de enseñanza	9,14
Conocimiento adquirido	9,04
Utilidad	9,10
Duración del curso	8,96
Tareas propuestas	8,44
Interacción con la tutora	8,34
Valoración global	9,22

Conclusiones: Esta intervención permite demostrar que las enfermeras participaron activamente en el foro, compartiendo experiencias y exponiendo sus dudas. Además, mostraron un nivel conocimiento adecuado en el manejo de la diabetes y su nivel de satisfacción tras la realización de la formación fue muy positivo, destacando el contenido trabajado y la metodología propuesta.

P-147. LIPODISTROFIAS: UNA PESADILLA PARA EL BUEN CONTROL DE LA DIABETES

M.Á. Villahoz Iglesias, M. Camarero Erdoiza,
A. Zarandona del Campo y U. Pérez Domínguez

Hospital Universitario Galdakao Usánsolo, Galdakao, España.

Objetivos: Identificar zonas de lipodistrofia, y corregir puntos a mejorar en las técnicas de inyección de insulina que realizan las personas que tienen DM.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en la recogida de datos con cuestionario ad hoc a pacientes con DM > 18 años y tratamiento con insulina. Valoramos técnica de inyección y examinamos zonas de administración para reconocer táctil o visualmente si hay signos de lipodistrofia y se enseña a identificar, prevenir y qué hacer cuando se detectan, dando importancia al chequeo periódico del buen uso para evitar la fidelización de malas prácticas. Las asociaciones estudiadas entre las variables categóricas se evaluaron mediante test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher. Hallazgos estadísticos a través del software SAS System v 9.4. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Reclutadas 86 personas: 61,63% hombres, edad media 49,18 ($\pm 16,04$) años. Mediana del tiempo desde inicio de tratamiento con la insulina 9,84 (7,72-10,02) años. Lipodistrofia y distribución: abdomen (55,29%), muslos (47,06%), brazos (45,88%) y nalgas (8,24%). Educación en técnicas de inyección de insulina 68,60% la recibe hace > 1 año y 4,65% refiere no recibirla. 70,52% cambian las agujas cada > 3 pinchazos. Utilización técnica correcta: 97,67% carga correctamente; 94,19% ángulo adecuado; 81,40% inyecta correctamente; 23,26% no tiempo de espera y 8,14% inyección por encima de ropa. Global, 56,98% aplican correctamente los cinco ámbitos de evaluación arriba mencionados. 11,63% inyecta zonas no adecuadas: clavícula. 74,42% conocen qué es una lipodistrofia. De éstos 71,87% se inyecta la insulina en zonas de lipodistrofia ($p = 0,51$). El 63,95% cree que puede afectar el inyectarse en zonas de lipodistrofia. El 50% explora las zonas de inyección. Zonas comunes de inyección:

abdomen (80,23%), muslos (75,58%), brazos (60,47%) y nalgas (30,23%). El 53,48% emplean al menos 3 zonas distintas de inyección, y el 19,77% lo hace en las 4 zonas. Motivos de utilización de esas zonas: comodidad (53,49%); costumbre (23,26%); ser menos dolorosa, recomendación (en ambas 17,44%) y prevención de lipodistrofia (11,63%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre inyectarse en todas las localizaciones y pincharse por prevención de lipodistrofia (un 23,53% de los que se pinchan en todas las zonas lo hacen por prevención, $p = 0,12$). El 47% de los pacientes rota siempre o casi siempre las zonas de inyección, y esta práctica se encuentra relacionada con el uso de mayor número de localizaciones de inyección ($p = 0,01$). El 54,65% no utiliza zonas amplias para la inyección. El 50% se inyecta en zonas de lipodistrofia y nunca el 24,42%.

Conclusiones: Se detectan deficiencias en conocimientos y habilidades de técnica de inyección. Saben qué es una lipodistrofia 3/4 partes y aun así un 71,87% se inyectan en esas zonas, por lo que hemos comenzado a educar en su reconocimiento.

P-148. PROGRAMA EDUCATIVO TERAPÉUTICO ESTRUCTURADO PARA AGENTES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN AL ALUMNADO CON DM1 EN EL MEDIO ESCOLAR

E. Civitani Monzón, M.P. Ferrer Duce, M.T. García Castellanos,
A. de A. Muñoz, M. Vara Callau y M. Ferrer Lozano

Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Objetivos: Transmitir información básica y directa al personal docente desde el equipo sanitario que atiende a los niños con diabetes tipo 1 (DM1). Reducir la ansiedad que pueda generar la atención del niño con diabetes en el colegio.

Material y métodos: Desde 2019 hasta 2022 se han realizado 6 ediciones del programa educativo en DM1 para docentes (4 presenciales y 2 virtuales) en coordinación con el centro de formación al profesorado del Servicio de Educación. Se realizan en un único día, con una duración de 5 h y son impartidas por el equipo de la Unidad de diabetes pediátrica (3 pediatras endocrinólogos y 2 enfermeras educadoras). La sesión está estructurada en dos partes: 1. Exposición de contenidos teóricos: “Qué es la diabetes”, “Tratamiento de la diabetes”, “Cuidados o necesidades en el colegio” (medición de glucosa capilar, sensores de glucosa, pautas de insulinización, alimentación saludable y dieta por raciones, complicaciones y resolución de casos de emergencia, manejo de la diabetes durante el ejercicio). 2. Talleres simultáneos: demostración práctica en grupos sobre: “Alimentación saludable y dieta por raciones”, “Tratamiento hipoglucemias y manejo del glucagón”, y “Dispositivos tecnológicos para control de la glucemia y suministro de insulina”. Se entrega documento como resumen a todos los asistentes. Al finalizar la sesión cumplimentan el Cuestionario de Evaluación y satisfacción a través del Código QR con una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 muy baja valoración y 5 muy alta.

Resultados: En las 6 ediciones han participado 302 personas. 84% mujeres y 16% varones, con una edad media 39,86 $\pm 8,8$ años, el 66% de los asistentes tenían menos de 15 años de experiencia profesional. El 69,7% asiste para adquirir nuevas habilidades y el 32,5% de ellos ha tenido en sus aulas algún alumno con DM1. El 71,9% valora como muy relevante para su profesión este curso. El 84% valora con 5 que el contenido de la sesión ha sido claro y el 79,3% puntúa con 5 la posibilidad de aplicación práctica. Los participantes valoran con un 4,9 la parte teórica y con un 4,8 la parte práctica. Todos los asistentes han valorado con un 5 el grado de satisfacción y en recomendarlo a otros compañeros.

Conclusiones: La realización de cursos al profesorado ha tenido una gran aceptación, generando lista de espera para participar en

cada nueva edición. La estructura y contenidos de las sesiones están muy bien valoradas lo que ha conseguido aumentar la seguridad de los docentes en sus actuaciones. En futuras ediciones se evaluará el nivel de conocimientos adquiridos durante el curso con el objetivo de mejorar la atención a los niños con diabetes en el medio escolar.

P-149. TALLER EDUCATIVO PARA ADOLESCENTES CON BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA

I. Marchueta Elizagarate, E. Escobedo Mesas, E. Pérez Navarro, N. García Lafuente, A.L. Gómez Gila y C. Navarro Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en la adolescencia, con un uso creciente de la bomba de infusión continua de insulina (BICI). Un buen nivel de conocimientos repercutirá en la adquisición de autonomía del adolescente. Nuestro objetivo fue evaluar grado de conocimiento sobre BICI en adolescentes e impacto de un taller formativo.

Material y métodos: Diseño cuasiexperimental de tipo pre-post test mediante un cuestionario de elaboración propia de 14 preguntas, que incluía numerosos casos prácticos. Se incluyó una muestra de adolescentes con DM1 portadores de BICI. La formación incluía un recordatorio de todo lo referente a la DM1 y la BICI durante 2h.

Resultados: Se incluyeron 18 adolescentes (50% varones) con una edad mediana de 15 años (Q1-Q3: 15-16 años). Fueron diagnosticados a los 3 años de mediana (Q1-Q3: 1-7 años), eran portadores de BICI durante 7 ± 3 años, el 66,6% tenían BICI con medidor continuo de glucosa y el 33,3% eran portadores de BICI en sistema de asa híbrida. El indicador de gestión de glucosa era de 7,05% (Q1-Q3: 6,9-7,4%) con una variabilidad media del $35,5\% \pm 6,5$ y un tiempo en rango del $70\% \pm 12,4$. Los resultados de las preguntas del cuestionario quedan reflejados en la tabla. Tras la formación, sobre un total de 14 puntos, la media aumentó desde $7,9 \pm 1,5$ a $9,2 \pm 2,5$ puntos ($p = 0,028$).

Conclusiones: El taller educativo resultó beneficioso con una mejora de la puntuación global del test posterior, y particularmente en áreas concretas como el cálculo de ratio y conocimiento de objetivos glucémicos. Por otro lado, también resultó de interés para conocer los puntos con peor formación donde debemos seguir incidiendo en próximas intervenciones educativas.

P-150. PLANIFICACIÓN DE LA CONSULTA TELEMÁTICA EN EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES, EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

J.M. Rodríguez Carretero^a, M. Cruces Pernia^a, R. Calle Moreno^a, C. Barrero Molins^a, M. Burguillos Durán^a, R. García Habernau^b y T. Flores Morgado^a

^aCentro de Salud, Talavera la Real, España. ^bCentro de Salud Ciudad Jardín, Badajoz, España.

Introducción: Cuando hablamos de teleconsulta (TC), nos centramos habitualmente en la consulta a distancia entre un profesional sanitario y su paciente con diabetes, aunque se trata de un concepto más amplio y se solapa con el concepto de salud digital. Por ello, es necesario, considerar la teleconsulta entre el profesional sanitario-paciente con diabetes como un concepto más amplio. En nuestro entorno rural, incluimos la monitorización remota, pero también las e-consultas entre distintos niveles asistenciales y coordinación con otras administraciones como la educativa, que es especialmente útil, para responder a las necesidades del niño con diabetes escolarizado e incluso la formación virtual. Sin embargo, es necesario implementar acciones que lleven a un consenso en la práctica clínica habitual en el uso de estas tecnologías.

Objetivos: Unificar la metodología con la que se imparte educación terapéutica mediante teleconsulta. Conocer las características de la teleconsulta y los tipos de consulta que podemos realizar en remoto. Gestión y manejo óptimo de cada una de las fases de la teleconsulta. Identificación de pacientes que pueden ser candidatos para llevar a cabo este tipo de consultas. Conocer la legislación vigente. Adquirir conocimientos sobre las herramientas digitales disponibles. Mejorar la transmisión de pautas de educación diabetológica básica y avanzada a través de la teleconsulta.

Material y métodos. Se ha redactado un programa estructurado de educación terapéutica, integrando la teleconsulta en este proceso educativo; siguiendo los siguientes pasos: 1. Decidiendo en qué parte del programa educativo se puede integrar la educación terapéutica telemática. 2. Establecer cómo se lleva a cabo: sistema y metodología; contenidos; evaluación del proceso (valoración de los conocimientos adquiridos, satisfacción del paciente, impacto en el control metabólico...). 3. Selección del paciente: valorar las necesidades tecnológicas para el acceso del paciente. Formación previa sobre el sistema que se utilizará. 4. Protocolizar el servicio telemático dentro de la agenda de la actividad asistencial.

Tabla P-149

Preguntas	% acierto antes	% acierto después	p
¿Qué insulina utiliza el sistema?	83%	94%	0,3
¿Qué glucemias están dentro de objetivo?	61%	94%	0,02
Caso práctico: cálculo de bolo corrector manualmente	56%	72%	0,24
Caso práctico: cálculo de bolo en comida durante hipoglucemia manualmente	6%	6%	0,75
Caso práctico: toma de decisiones relacionado con la actividad física	28%	22%	0,5
Caso práctico: manejo de temporal basal	72%	78%	0,5
Caso práctico: contabilizar raciones	78%	89%	0,33
Caso práctico: cálculo de ratios	56%	94%	0,009
Caso práctico: hipoglucemia	61%	72%	0,36
Caso práctico: hiperglucemia	89%	83%	0,5
Caso práctico: desconexión	67%	78%	0,35
Caso práctico: simulacro de actividad fuera de lo habitual	17%	35%	0,19
Caso práctico: pauta de actuación en desconexión > 8 h	44%	59%	0,31
Caso práctico: toma de decisiones relacionado con la actividad física	94%	100%	0,51
Puntuación global (0-14)	$7,9 \pm 1,5$ puntos	$9,2 \pm 2,5$ puntos	0,028

Resultados. Casi todos los profesionales implicados (del ámbito sanitario y educativo) y los pacientes asignados cumplieron los indicadores prefijados. La satisfacción del programa fue elevada.

Conclusiones: La teleconsulta es una herramienta que complementa al proceso educativo en diabetes. Independientemente del medio, debe integrarse en el programa educativo estructurado de educación terapéutica, adaptado al tipo de diabetes y a las necesidades del paciente. Antes de iniciar la formación es necesario que el profesional y el paciente estén familiarizados con el sistema utilizado. Es importante que se utilicen sistemas de comunicación e interacción bidireccionales entre paciente y profesional sanitario. Se pueden combinar diferentes tipos de sistemas de formación telemáticos en un mismo programa educativo.

P-151. PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO: IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

C.A. Ruiz Trillo, P. Santa Cruz Álvarez, M.J. Estepa Osuna, G. López Gallardo, R.E. Varela Rubio, A. Gallego Espina y A. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Objetivos: Mejorar la atención a pacientes diabéticos hospitalizados. Unificar medidas de control y tratamiento mediante la difusión e implementación de protocolos que faciliten el control glucémico en diversos escenarios clínicos. Mejorar el registro de las glucemias capilares y pautas de insulina administrada en la historia digital.

Material y métodos: Diseño del Plan de Mejora en sucesivas fases: 1ª fase: formación de grupo de trabajo multidisciplinar; Análisis de situación. 2ª fase: revisión de protocolos y material docente. 3ª fase: diseñar plan de formación; difusión del plan de mejora. 4ª fase: implementación del plan. Inicio marzo de 2021. 5ª fase: evaluación. Mediante indicadores descritos en documento. La implantación del Plan se realiza paulatinamente en todas las UGC del hospital. Apoyo Institucional: Direcciones Asistenciales Comisión Central de Calidad (CCC).

Resultados: Se han actualizado y aprobados los protocolos por la CCC. Se ha adaptado al Programa de Prescripción electrónica (Athos®) los protocolos que incluyen tratamiento con insulinas. Se realizan vídeos y presentaciones para el curso formativo. Se diseña un formato de “pildoras formativas” dirigidas a enfermería y facultativos. Creación de espacio en la intranet del Hospital para disponer todo el material del Plan: presentaciones, vídeos, etc. Se realiza correo electrónico masivo a los profesionales para realizar la máxima difusión del Plan de mejora. Resultados de indicadores: 1. Formación de profesionales: 100% de los profesionales formados en las unidades implantadas. 2. Control glucémico (70-180): preevaluación, 31%. Posevaluación el 66%. 3. Adecuación de la prescripción: preevaluación, 30%. Posevaluación el 87%. 4. Registro ECC de glucemias capilares y pauta de insulina administrada: Registro GC pre 57%. Pos 94%. Registro IA pre, 19%. Pos, 79%.

Conclusiones: La implementación de las medidas propuestas en nuestro Plan de Mejora han sido efectivas, tras la evaluación de indicadores en una fase previa y posterior a la implantación del plan. Han sido determinantes el compromiso de profesionales y el apoyo institucional.

P-152. EMPEZANDO TRATAMIENTO CON SISTEMA ASA CERRADA: EXPECTATIVAS Y REALIDAD

M.P. Real de la Cruz, A.C. Enríquez Cejudo, M.M. Correa Casado, M.P. Moreno Salmerón, M.D. Cobo Romero, J. Momblan de Cabo y J.L. Gómez Llorente

Hospital Materno Infantil-Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

Objetivos: Comparar el control glucémico al inicio y tras 3 meses de llevar el sistema integrado. Analizar incidencias más frecuentes el inicio del tratamiento con asa cerrada. Analizar estado satisfacción con el nuevo tratamiento respecto a las expectativas previas.

Material y métodos: Análisis estadístico del estado glucémico de los pacientes que iniciaron tratamiento con asa cerrada en el año 2022 tomado de los informes de MCG y de Carelink a los 3 meses. Variables: edad, sexo, TIR, TBR, CV. N = 9. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas en busca de incidencias y resolución. Valoración del cumplimiento de las expectativas recogidas en la primera sesión de formación estructurada y entrevista de preguntas abiertas a los 3 meses: análisis de los problemas surgidos, sentimientos, descanso...

Resultados: De los 9 pacientes que iniciamos terapia el año 2022 con asa cerrada 4 son mujeres y 5 varones, perteneciendo 4 al grupo de edad < 4 años, 4 de 4-10 años y 1 > 10 años. En todos los pacientes ha habido mejoría en el control glucémico estadísticamente significativo con el nuevo tratamiento en un incremento en positivo del TIR y negativo en el incremento de TBR y CV, siendo más evidente en los pacientes > 4 años. Las incidencias más frecuentes que consultaron fue mal control, acodamiento de cánula, picos de hiperglucemia. El seguimiento se realiza tanto de forma telemática como presencial, según necesidades: refuerzo de formación en bomba, ajuste de ratio, protocolo de hipo/hiperglucemia para evitar rebotes, cambio de cánula a oblicua si lo precisa. Por otro lado del análisis de cumplimiento de expectativas cabe destacar que a partir de los 3 meses el 100% de las familias están satisfechas con el tratamiento resaltando que en el primer mes el 50% pensó al menos 1 vez volver a multidosis. Al preguntarles por el motivo dijeron que sonaban mucho las alarmas y habían tenido problemas de cánula, picos de hiperglucemia, les creaba ansiedad el manejar un sistema al que no estaban acostumbrados. A partir del 2 mes se sintieron más seguros con el sistema, dominan cambio de cánula, tubo y reservorio, confían en la bomba, suenan menos alarmas y han empezado “a dormir por la noche”, incluso que en algún momento “olvidan” que su hijo tiene diabetes.

Conclusiones: Los sistemas de asa cerrada son una alternativa para el tratamiento de niños con diabetes cada vez más demandado ya que mejoran la eficacia del tratamiento y la autonomía del paciente, incluso en niños y adolescentes. El uso de las redes sociales ha incrementado de forma exponencial la demanda de estos sistemas. La formación y el apoyo continuado de los pacientes, por parte de su equipo y educadores es clave para el uso competente de estas tecnologías avanzadas.

P-153. PROGRAMA DE ATENCIÓN Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL METABÓLICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2 (DM2) EN ATENCIÓN DOMICILIARIA (ATDOM)

D. Romero Godoy, M. Pereira García^a, S. Catalán Sánchez-Celenín^a, A. López Ramírez^a, M.D. Rodríguez Garrido^b, S. Mohamed Amar^c y L. Fernández Redondo^a

^aCAP Mas Font, Viladecans, España. ^bCAP Gavà 1, Gavà, España.

^cCAP Molí Nou, Sant Boi de Llobregat, España.

Introducción y objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que actúa de forma progresiva y su prevalencia aumenta con la edad. Dos tercios de las personas con DM2 incluidas en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) corresponden a población en situación de complejidad con alta carga de multimorbilidad. Trastornos como el deterioro cognitivo, insuficiencia renal, depresión, limitaciones funcionales... empeoran su calidad de vida y dificultan el autocuidado de la diabetes provocando un deterioro del control glucémico. En el año 2022 se decidió crear un

programa estructurado de atención y educación terapéutica conducido por la educadora de diabetes (ED) y las enfermeras de ATDOM en nuestro centro de atención primaria con el objetivo de proporcionar una atención integral de calidad, planteando objetivos individualizados, fomentando el autocuidado, evitando efectos adversos y teniendo en cuenta las características biopsicosociales, la perspectiva familiar y el entorno de la persona. Caracterizar a los pacientes DM2 incluidos en el programa de ATDOM. Describir los resultados de las actuaciones realizadas por parte del equipo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, mediante una revisión de las historias clínicas de los pacientes DM2 incluidos en el programa ATDOM en nuestro centro desde enero de 2022 a enero de 2023.

Resultados: El 37,9% de pacientes incluidos en ATDOM presentan DM2 con una edad media de $83,46 \pm 6,97$ años, 60,9% mujeres e IMC $30,86 \pm 6,93$ kg/m². El 85% presentan limitación funcional, 66,66% complicaciones macrovasculares, 51,7% insuficiencia renal crónica, 25,2% demencia y el 27,66% depresión. Tras la valoración individual el 31% presentaba un mal control metabólico. El 85,18% mejoró en términos de HbA1c previa de $8,98 \pm 1,42\%$ y una HbA1c al año de $7,29 \pm 1,14\%$ ($p < 0,05$). El 59,25% viven solos o presentan problemática sociofamiliar ($p < 0,05$); siendo del 25% en aquellos pacientes con control metabólico adecuado. Un 19,54% presentaba episodios de hipoglucemia, un 27,58% un control metabólico excesivo y un 12,6% mala adherencia al tratamiento. Se realizó en un 42,5% de los pacientes DM2 y/o familiares una educación terapéutica estructurada a domicilio en función de los objetivos individualizados. Un 10,34% de los pacientes con buen control metabólico previo presentaban un empeoramiento en términos de HbA1c al año.

Conclusiones: Es fundamental realizar una valoración integral y continuada al paciente con DM2 anciano o en situación de alta complejidad, individualizando los objetivos metabólicos y educativos en función de su estado funcional, nutricional, sociofamiliar... sin detrimento de la calidad de vida y poniendo especial énfasis en evitar las hipoglucemias y la hiperglucemia sintomática. Para ello es fundamental una formación especializada y es necesario implantar estrategias y programas estructurados educativos específicos.

P-154. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA GRUPAL EN TORNO AL CONTAJE DE HIDRATOS DE CARBONO DIRIGIDA A PERSONAS CON DIABETES TIPO 1

S. Rodríguez Rodríguez, N. Alonso-Carril, M. Ramos Fortes, A.B. Berrocal Casado, V. Perea Castilla, M.J. Barahona Constanzo y C. Quirós López

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

Objetivos: El conteo de hidratos de carbono (HHCC) es esencial en el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DT1): mejora el control metabólico y flexibiliza la alimentación; sin embargo, es complejo, por lo que la mayoría de personas con DT1 no lo hace habitualmente. La educación terapéutica grupal ha demostrado beneficios en cuanto a la motivación de la persona con diabetes, lo cual determina el grado de adherencia terapéutica en una patología crónica. Además, permite optimizar los recursos sanitarios en cuanto a tiempo-efectividad. Por ello, en este trabajo evaluamos la efectividad de una intervención educativa grupal acerca del conteo HHCC dirigida a personas con DT1.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se incluyeron las personas con DT1 que realizaron una intervención grupal acerca del conteo de HHCC entre julio de 2019 y noviembre de 2022 en nuestro centro. La intervención constaba de una sesión presencial o virtual de 90 minutos de duración. Se recogieron los siguientes datos: HbA1c; preocupación por las hipoglucemias (subescala HSF-II) y un cuestionario creado *ad hoc* en nuestro centro que

evalúa conocimientos, actitudes y habilidades respecto al conteo de HHCC antes, a los 3 y a los 12 meses tras la sesión.

Resultados: Se incluyeron 106 personas con DT1 de $43,9 \pm 11,9$ años y $22 \pm 11,8$ años de evolución. Un 73,8% recibieron intervención presencial y el resto telemática. La HbA1c inicial fue $7,7 \pm 1,0\%$, mejorando a los 3 meses ($7,46 \pm 1,0$; $p = 0,010$) pero no significativamente a los 12 meses ($7,53 \pm 1,0\%$; $p = 0,10$). Se observó una mejoría en los conocimientos y habilidades en el conteo de HHCC a los 3 y 12 meses, así como de la autopercepción de la capacidad de conteo por parte de la persona con DT1 (tabla). La valoración de la utilidad del conteo no mejoró de forma significativa tras la intervención, probablemente debido a que ya era elevada inicialmente ($8,5/10$). No se objetivó disminución en la preocupación por la hipoglucemia a los 3 meses ($15,1 \pm 7,7$ vs. $15,7 \pm 8,2$; $p = 0,55$) pero sí a los 12 ($15,1 \pm 7,7$ vs. $12,9 \pm 5,1$; $p = 0,05$).

Resultados del cuestionario de conocimientos, actitudes y habilidades respecto al conteo de HHCC

Ítem	Basal	3 meses	12 meses
¿Cuán capaz te sientes de contar raciones de HHCC?	$5,3 \pm 2,5$	$7,1 \pm 1,6^*$	$7,7 \pm 2,2^*$
¿Cuán útil encuentras contar raciones de HHCC?	$8,5 \pm 2,2$	$8,9 \pm 1,6$	$8,7 \pm 1,9$
¿Cuentas raciones de HHCC?	58,8%	90,1%*	87,0%*
Habilidad para realizar conteo de CCHH	$3,9 \pm 1,9$	$4,9 \pm 2,0^*$	$5,9 \pm 1,8^*$

* $p < 0,05$.

Conclusiones: Una intervención educativa grupal sobre conteo de HHCC mejora la capacidad, real y percibida, de las personas que la reciben. A pesar de no mejorar de forma significativa los niveles de HbA1c, disminuye la preocupación por la hipoglucemia.

P-155. MÉTODO PIANISTA

T.M. Puga Higuera^a, M. Bestard Juan^b, R. Puigserver Bibiloni^a, M.I. Tamayo Pozo^a y L. Masmiquel Comas^a

^aHospital Universitario Son Llàtzer, Palma, España. ^bHospital Universitario Son Espases, Palma, España.

Introducción: La diabetes es una enfermedad crónica con gran repercusión en la calidad de vida. Para su adecuado tratamiento es fundamental la educación terapéutica, a fin de conseguir el empoderamiento de la persona. La terapia con insulina es imprescindible en la DM tipo 1 y a veces necesaria en los otros tipos de diabetes. Una técnica incorrecta de administración y de rotación se relaciona con una de las complicaciones más frecuentes que es la lipodistrofia insulínica. La lipodistrofia es un trastorno del tejido subcutáneo que se caracteriza por un engrosamiento de la piel en el área de inyección de insulina, que a menudo altera su absorción y puede causar gran variabilidad glucémica con un mayor riesgo tanto de hiperglucemia como de hipoglucemias.

Objetivos: Descripción de un sistema estructurado de rotación entre las áreas de administración de insulina, con fines de calidad, mejora continua y generación de hábitos, para evitar la frecuente complicación que conlleva la aparición de lipodistrofia

Material y métodos: Para el desarrollo de este sistema, se han revisado las recomendaciones del Estudio FITTER publicadas en el 2015, donde se evaluaron aspectos que influyen en la aplicación de insulina en aproximadamente 13.000 personas. El método que de-

nominamos “PIANISTA” se basa en la posición de los dedos cuando se escribe sobre un teclado o cuando se toca el piano. Cada dedo tiene su nota (7 notas como los 7 días de la semana) y están colocados de tal manera que siempre sabemos la nota que tocamos. De esta manera garantizamos una correcta rotación entre las áreas, logrando que transcurran más de 4 semanas en la reutilización de las zonas. Teniendo en cuenta el número habitual de inyecciones diarias, tanto de insulina de acción rápida (3) como basal (1), hemos planificado la rotación dividiendo el abdomen en 4 cuadrantes (equivalentes a 4 semanas del mes). Cada cuadrante se divide en 7 columnas (7 días de la semana); y cada columna se divide en 3 filas (correspondientes a las 3 ingestas diarias). El muslo lo hemos dividido en 7 columnas (7 días de la semana) y 5 filas (semanas del mes).

Resultados: Se describe un programa de educación diabetológica individual y grupal con un nuevo diseño en la rotación de administración de insulina y el protocolo de evaluación a los 3, 6, 9 y 12 meses.

Conclusiones: Con el nuevo método “PIANISTA” aportamos una mejora en la sistemática de rotación de las zonas de inyección. Esta técnica puede contribuir a una disminución en la incidencia de lipodistrofia insulínica y por tanto a una mejor absorción de la insulina administrada y a un probable aumento en el tiempo de permanencia dentro del objetivo glucémico.

P-156. CICLO MENSTRUAL Y ALIMENTACIÓN EN DIABETES TIPO 1. PROPUESTA DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

K. Meneses Pérez

Consulta privada, Proyecto La Mesa Azul; Centro Médico D-Médical, Madrid, España.

Introducción: La presente comunicación describe la propuesta de un programa educativo estructurado de educación terapéutica (PET) que tiene la finalidad de facilitar a las mujeres con diabetes tipo 1 la toma de decisiones y autogestión de su diabetes a lo largo del ciclo menstrual, a través del abordaje de conocimientos, habilidades y actitudes; y del soporte necesario. Asimismo, busca a través de la propia “dramaturgia cíclica” de la duración de un ciclo menstrual, organizar sesiones de formación a modo de “centro de interés” como refiere Decroly en su método pedagógico. De este modo, se busca aprovechar el ciclo menstrual para hablar de este y también para abordar a través de este, uno de los pilares de tratamiento en el cuidado de la diabetes como lo es la alimentación saludable que, sin duda, incide en el control glucémico y al mismo tiempo tiene nuevamente un impacto directo en el ciclo menstrual y en la salud. Con esta propuesta se busca establecer un punto de partida para iniciar la sistematización de una intervención educativa, ya que actualmente no existen guías o programas estructurados que mencionen la relevancia del ciclo menstrual como parte de la educación diabetológica y/o como centro de atención para la autoobservación y variación en las pautas de tratamiento, como lo puede ser la insulino-terapia o la alimentación. Esto también ampliaría la noción de autocuidado de las mujeres más allá de fines vinculados a la reproducción. El ciclo menstrual forma parte de la salud de las mujeres, ya que sus fluctuaciones hormonales afectan a cada una de las células del cuerpo y como consecuencia, también influye en el control glucémico. Existen estudios que refieren que, a lo largo del ciclo menstrual hay una diferencia entre la fase folicular y la fase lútea con relación a la sensibilidad a la insulina. Por un lado, el aumento de la secreción de estrógenos en la preovulatoria o folicular, ocasiona un aumento de la sensibilidad a la insulina. Además de los aspectos relacionados con la sensibilidad a la insulina, a lo largo del ciclo menstrual existen otros puntos de interés; algunos estudios refieren que las mujeres con diabetes tipo 1 presentan más problemas mens-

truales antes de los 30 años, así como una menarquia más tardía y una menopausia más temprana. Estos se relacionan principalmente con ciclos y menstruaciones prolongadas en mujeres menores de 29 años, así como con menstruaciones abundantes en estas edades. En el caso de las adolescentes con diabetes tipo 1 menores de 19 años en posmenarquia, se ha referido una mayor prevalencia de oligomenorrea en niñas con diabetes *mellitus* tipo 1 (aun con control metabólico óptimo) en comparación con quienes no tenían diabetes. La hemoglobina glicada (HbA1c) y la dosis de insulina refirieron ser factores importantes relacionados con las irregularidades menstruales en la diabetes tipo 1.

Objetivos: Diseñar un programa estructurado de educación terapéutica que aúne los contenidos relacionados con el ciclo menstrual, la alimentación y el ciclo menstrual en la integración del automanejo de la diabetes tipo 1.

Material y métodos: Revisión de la evidencia científica y sistematización de la estructura del programa (objetivos, contenidos y técnicas educativas y evaluación).

Resultados: La propuesta educativa cuenta con una primera fase de valoración inicial, una segunda con la intervención educativa grupal, la cual se realiza en cuatro sesiones de 120 minutos con contenidos relacionados a cada una de las fases del ciclo y se describen los contenidos de educación diabetológica y alimentación. Posteriormente se plantea una fase de seguimiento para ajustar el plan de alimentación, los objetivos glucémicos y necesidades insulínicas. Finalmente se realiza la evaluación a los meses: 1, 3 y 6 para después realizar el alta del programa.

P-157. ABORDAJE INTEGRAL DEL CONSEJO BREVE DE SALUD SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON DIABETES, EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Rodríguez Carretero, M. Cruces Pernia, R. Calle Moreno, M. Burguillos Durán, C. Barrero Molins y T. Flores Morgado

Centro de Salud, Talavera la Real, España.

Introducción: Un consejo de salud es una entrevista clínica breve (de 2 a 10 minutos) centrada en el paciente, sus conocimientos y sus necesidades, en la que se le recomienda una conducta para mantener o mejorar su salud, intentando aumentar su motivación para el cambio, buscando el compromiso de la persona para lograrlo. A diario en la consulta, los profesionales sanitarios damos consejos de salud sobre estilo de vida saludable a pacientes con diabetes. Es conveniente empezar reflexionando sobre su importancia, cómo lo hacemos y qué dificultades tenemos.

Objetivos: Integrar los consejos que han mostrado su efectividad para ayudar a cambiar el estilo de vida de los pacientes con diabetes, desde los centros de Atención Primaria. Utilizar estos consejos de la forma más adecuada posible y más adaptada a las características de la persona con diabetes a la que se atiende y a la propia práctica. Integrar el consejo sanitario en la práctica clínica y con otras actividades/recursos relacionados: sistemas de registro, materiales escritos de educación sanitaria, actividades grupales, etc. Potenciar las habilidades de comunicación de los profesionales para preguntar, escuchar activamente, empatizar, reforzar, resumir y retroalimentar.

Material y métodos: A todos los pacientes con diabetes se les pasó un cuestionario “Hoy puede ser un gran día para empezar una vida más saludable”, donde el paciente con diabetes identifica el cambio en el estilo de vida que quiere iniciar. Posteriormente, se apoya cualquier cambio en estilos de vida que quiera iniciar una persona con diabetes y se acompañará del material que corresponde más concretamente con el factor que inicialmente se plantea modificar, ya sea: ser más activo, llevar una alimentación más saludable, sentirse mejor emocionalmente, dejar de fumar, informarse sobre los

riesgos del consumo de alcohol o prevenir las caídas y sus consecuencias. Se adoptó la estrategia de intervención de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo.

Resultados. El cuestionario se pasó a un total de 250 pacientes con diabetes, de los cuales todos manifestaron al menos un cambio que querían emprender. Muy buena aceptación.

Conclusiones: Lo primero que tenemos que hacer para aconsejar es establecer las conductas no saludables sobre las que intervenir y priorizar. En segundo lugar hay que considerar: qué puede dificultar el cambio y qué puede ayudar a llevar a cabo el cambio de conducta.

P-158. COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS EDUCADORAS EN DIABETES EN HOSPITALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD: ¿ENFERMERAS DE PRÁCTICA AVANZADA?

M.P. Peláez Alba, M.E. Alonso Poncelas, F. Sánchez Barber y M.M. Guillén Toledano

Dirección General Programas Asistenciales SCS (Tenerife), Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción: La Estrategia de Abordaje de la Diabetes *Mellitus* en Canarias reconoce la educación terapéutica como actuación principal en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes. Se realiza un diagnóstico de la situación actual de la educación terapéutica en el ámbito hospitalario del Servicio Canario de la Salud (SCS).

Objetivos: En las enfermeras educadoras en diabetes hospitalarias del SCS: analizar el perfil profesional e identificar sus competencias como enfermeras de práctica avanzada.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo con inclusión consecutiva de ámbito autonómico (enero-junio 2022) de las enfermeras educadoras en diabetes hospitalarias del SCS. Desde la Estrategia de Cuidados y la Dirección General de Programas Asistenciales se les envía mediante el correo electrónico profesional manteniendo confidencialidad (Ley 3/2018) una encuesta propia sobre el perfil profesional y dos 2 cuestionarios validados sobre competencias de práctica avanzada (IDREPA e IECEPA). Se realizan análisis descriptivos e inferenciales.

Resultados: Se dispone de Unidades de Educación Diabetológica en todas las islas excepto en La Gomera y El Hierro con 40 educadoras en diabetes en 7 Hospitales y 6 Centros de Atención Especializada dedicadas a tiempo total de su jornada laboral a la educación terapéutica. Han contestado las encuestas 37 enfermeras. Perfiles: 1) Laboral: el 84,2% tienen plaza fija en el SCS, un 10,5% son interinas y un 5,3% eventuales. 2) Educativo: mayoritariamente trabajan con diabetes tipo 1 (97%), diabetes tipo 2 compleja (80%), diabetes gestacional (58%). El 52,6% educa a población infanto-juvenil y el 84,2% a población adulta. Todas realizan educación individual, el 92,1% grupal y el 44,7% mediante telemedicina. Utilizan programas educativos estructurados el 63,2% y realizan técnicas el 44,7%. 3) Formativo: 8 enfermeras son especialistas y 7 tienen titulación de máster. 4) Docente: 8 enfermeras son docentes universitarias y 30 participan habitualmente en formación continuada. 5) Liderazgo: 65,8% actúan como referentes de otros profesionales sanitarios y el 60,5% como consultoras de otras enfermeras. 6) Competencial: reconocen niveles altos competenciales en los dominios Educación, Atención integral, Planificación y cuidado experto y Colaboración profesional (IDREPA) y en Promoción de la salud, Gestión de cuidados, Enseñanza y Educación Profesional, Autonomía Profesional y Relaciones interprofesionales y Mentoría (IECEPA).

Conclusiones: La formación de posgrado universitaria y formación continua es muy importante en este grupo de enfermería. Adquiriendo formación en investigación, las enfermeras educadoras en

diabetes canarias son enfermeras de práctica avanzada. Es necesario regular esta práctica profesional acreditando el perfil profesional y competencial de las enfermeras educadoras en diabetes del SCS.

P-159. TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS Y RELAJACIÓN BASADAS EN MINDFULNESS

M. Martín Moreno y M.A. Torres Capitán

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El sanitario está considerado como uno de los sectores más expuestos a niveles elevados de estrés. Mindfulness es una herramienta ampliamente utilizada y estudiada para aliviar el malestar psicológico y reducir la sintomatología asociada al estrés, tanto a nivel físico, psicológico y social.

Objetivos: Dotar a los profesionales de los recursos internos necesarios para identificar las reacciones habituales a los agentes estresantes y su adecuado afrontamiento.

Material y métodos: La muestra inicial era de 25 profesionales seleccionados según el orden de inscripción al curso. Pero finalmente la muestra quedó compuesta por un total de 20 profesionales de diferentes titulaciones todas mujeres. Este curso se estructura en 14 sesiones de 90 minutos de duración cada una, mediante la plataforma Zoom, desarrolladas en 8 semanas consecutivas de septiembre a noviembre del 2022. Con la idea de generar un hábito diario, además, se incluye material de apoyo por correo electrónico y YouTube, que se entregan por fases según los aspectos que van a ser tratados en cada sesión. En las sesiones se trabajaron temas como la atención plena, la percepción, las emociones y la escucha al cuerpo. A través de Google Forms, se les envió el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) cuestionario pre y posintervención.

Resultados: Se ha realizado una evaluación pretest posttest a la totalidad de la muestra. El instrumento de evaluación utilizado es la escala MAAS. En relación a los resultados promedio del MAAS (pre y posprograma) para cada una de las 15 cuestiones definidas en el test. Las puntuaciones más bajas reflejan menores niveles de *mindfulness* (relacionados con altos niveles de estrés, ansiedad, depresión u otros problemas psicológicos) y las más altas reflejan altos niveles de *mindfulness*. Se observa un incremento significativo de los valores medios de *mindfulness* en 13 de las 15 cuestiones. Cualitativos: muestran que los profesionales valoraron muy positivamente el programa e indicaron que habían aprendido a expresar y gestionar sus emociones, aprendieron herramientas para mejorar su relación con los compañeros, todos los participantes recomiendan el curso.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este proyecto hacen evidente la necesidad de aplicar programas de *mindfulness* dentro del contexto hospitalario para mejorar el bienestar psicológico de los profesionales, lo cual influye directamente también en su rendimiento. De este modo, la aplicación de un protocolo de aprendizaje de *mindfulness* como el propuesto proporciona a los profesionales herramientas que potencian su adaptabilidad al ámbito hospitalario, su estabilidad emocional y diferentes recursos sociales que pueden aplicar para mejorar su bienestar integral.

P-160. UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE FORMACIÓN MEJORA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES QUE INICIAN BOMBA DE INSULINA

R.M. Pastor Torralba, M. Bestard Juan, A. Camps Gaya, M. Codina Marçet y E. Mena Ribas

Hospital Son Espases, Palma, España.

Introducción: El Equipo de Educación Diabetológica del nuestro hospital inició el Programa de Formación Equip a finales del año 2018

con el doble objetivo de estandarizar el inicio del tratamiento con bomba de insulina y conseguir la acreditación del grupo. Este programa está estructurado en un mapa de procesos donde se detalla el contenido de cada visita.

Objetivos: Valorar el grado de satisfacción de los pacientes y del equipo de educación con el programa.

Material y métodos: El programa consta de 16 sesiones, 11 de ellas de formación semanal y 5 de revisión a los 3, 4, 6, 9 y 12 meses. El equipo de educación diabetológica lo llevan a cabo 2 endocrinas y 3 enfermeras. En el mapa de procesos, se refleja dentro de cada sesión el contenido de la misma. Una vez superadas las fases del programa, se evalúa mediante dos encuestas: Encuesta de satisfacción para el paciente y Encuesta de satisfacción del profesional. Anualmente se celebra una reunión de seguimiento del programa para revisar los resultados de las encuestas de evaluación, analizar los resultados de los indicadores y establecer nuevos objetivos basados en la mejora continua.

Resultados: Actualmente en el programa hay 11 grupos en estudio, 5 han completado la formación, y a finales del mes de enero se inicia un nuevo grupo. Desde 2019 se han llevado cabo 10 grupos con un total de 40 pacientes, de los cuales 20 han finalizado el programa completo (12 meses), los 20 restantes han realizado las 10 sesiones de formación y se encuentran en proceso de finalizar las revisiones. De las encuestas recogidas del grado de satisfacción del profesional, el 96% era favorable al seguimiento de programa. De las recogidas a los pacientes, estaba muy satisfecho el 90%, satisfecho el 10% y el 100% recomendaría a sus conocidos realizar el programa.

Conclusiones: La pandemia COVID-19 ha sido una barrera para aumentar el número de grupos, además de la falta de educadoras en diabetes. El equipo de educación diabetológica y los pacientes están satisfechos con el programa. A petición de los pacientes, se han eliminado varios cuestionarios de calidad de vida que eran repetitivos.

P-161. ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 A LOS HÁBITOS HIGIENICODIETÉTICOS ADECUADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

M.L. Aizpeolea San Miguel, M. Piedra León, R. Batanero Maguregui, I. Sangil Monroy, A. Gómez de la Fuente, L.A. Vázquez Salvi y C. Montalbán Carrasco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Introducción: El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es complejo y precisa de una educación diabetológica adecuada, en la autoadministración de la insulina, la realización de una alimentación saludable y el ejercicio físico, que mejoran el control de la glucosa en sangre, retrasando las complicaciones crónicas de la diabetes y disminuyendo las complicaciones cardiovasculares.

Objetivos: Conocer el grado de adherencia de los pacientes con DM1 a los cuidados necesarios para el control de su enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, se codificaron las variables de los pacientes que acuden de forma regular a la consulta de educación diabetológica y que respondieron el Cuestionario de Frecuencia de Consumo (CFC), cuestionario IPAQ y cuestionario sobre la correcta técnica de inyección de insulina.

Resultados: Se analizaron 64 pacientes, el 47% eran mujeres, edad media de $47,02 \pm 10$ años, tiempo de evolución de la enfermedad $24 \pm 11,43$ años, con un IMC de $25,41 \pm 4,61$ kg/m². El resultado del cuestionario IPAQ, el 7,7% presentan actividad física baja, el 72,3% actividad física intensa y el 20% actividad física moderada, observando un IMC inferior en aquellos que realizan actividad física intensa ($24,16 \pm 3,93$ vs. $27,23 \pm 5,44$) $p < 0,007$. Con el CFC se calcula el Índice de Alimentación Saludable. Observando un índice medio de

$73,79 \pm 9,11$ puntos, si lo estratificamos según alimentación-saludable: > 80 puntos el 22,7%; Necesita-cambios: 50-80 puntos, el 75,8%; Poco-saludable: < 50 puntos, el 1,5%. Tan solo el 7,5% cumple con las recomendaciones diarias y semanales, realizando una alimentación variada. En cuanto a la técnica correcta de inyección de insulina solo el 15% utilizan una aguja por inyección, cuando se les pregunta por el motivo de la reutilización, consideran que no pasa nada ya que no comparte la aguja. Tan solo el 39% utilizan agujas de 4mm. La zona de inyección, un 84% es en el abdomen y la mayoría no rota bien las zonas de inyección, tan solo un 15% lo realiza correctamente. El 50% utiliza la técnica del pellizco y el 44% cuenta de 5-10 segundos tras la inyección. Un 26% no rotan las zonas por comodidad. El 49% presenta lipodistrofias y el 50% de las mismas en el abdomen, pero tan solo el 27% ha detectado abultamientos compatibles con la lipodistrofia. En el análisis estadístico se encontró una relación entre la presencia de lipodistrofias con la reutilización de las agujas ($p < 0,02$) y la no rotación de las zonas de inyección ($p < 0,05$).

Conclusiones: Observamos que no se consigue una adherencia adecuada en los cuidados que esta enfermedad precisa, necesitan más intervención en cuanto a alimentación, ejercicio y correcta técnica de inyección, llamando la atención la baja adherencia a esta última.

P-162. EVALUACIÓN INICIAL DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN PARA ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS

E. Escobedo Mesas, I. Marchueta Elizagarate, E. Pérez Navarro, N. García Lafuente, A.L. Gómez Gila y C. Navarro Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: Se inicia un programa educativo de transición para adolescentes con diabetes mellitus (DM). Se evalúa en fase inicial para identificar su impacto.

Material y métodos: Se imparte formación grupal específica de DM y temas propios del adolescente. Se analiza la evolución entre 1ª y 2ª visita mediante descarga del sensor de glucosa intersticial, test de conocimientos de elaboración propia y test de calidad de vida (PedsQL). Se estudia de forma general y en subgrupos: según tratamiento (bomba de infusión continua de insulina (BICI) o multi-dosis de insulina (MDI)), tiempo de evolución de la DM (≤ 5 años o > 5 años), control metabólico (Indicador de gestión de glucosa (GMI) $< 7\%$, $7-7,5\%$ o $\geq 7,5\%$) y conocimientos (escasos/nulos, intermedios, buenos/muy buenos).

Resultados: 56 adolescentes, 33 varones (58,9%), 18 con BICI (32,14%). Edad media 16 años (0,88DE). Tiempo medio de evolución de la DM 8,76 años (4,12DE). Tiempo entre 1ª y 2ª evaluación: mediana 56 días (33-130).

Conclusiones: La mejoría en la comunicación con el equipo sanitario es un objetivo fundamental alcanzado precozmente. Nuestro programa formativo mejoró la percepción del grado de conocimiento. Identificar la no mejoría del control metabólico informa sobre la necesidad de implementar el programa de transición.

P-163. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA MUJER CON DIABETES GESTACIONAL EN LA CONSULTA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA DEL HOSPITAL CAMPO ARAÑUELO

M.C. Fuentes Durán e I. Fernández Las Heras

Hospital Campo Arañuelo, Cáceres, España.

Tabla P-162

Descarga

Subgrupo	Variable	1ª visita	2ª visita	p ^a
Evolución ≤ 5 años (n = 11)	Lecturas/día	11,09	8,5	0,026
GMI ≥ 7,5% (n = 23)	GMI	7,97%	7,66%	0,032
	Tiempo en rango (TIR)	3,61%	4,78%	0,03
Conocimiento bueno/muy bueno (n = 10)	Tiempo alto	23,2%	28,8%	0,039
	TIR	56,9%	48,6%	0,025

Conocimientos¹

Muestra total	Alcohol	1,29	1,81	0,02
	Piercing /tatuajes	1,1	1,52	0,016
MDI (n = 38)	Sexo	1,52	2,26	0,02
	Alcohol	1,36	1,96	0,01
	Piercing /tatuajes	1,32	1,82	0,017
Evolución ≤ 5 años (n = 11)	Viajes	1,88	2,3	0,028
	Alcohol	1,22	1,91	0,014
	Piercing /tatuajes	0,91	1,41	0,027
GMI ≥ 7,5% (n = 23)	Ajuste del tratamiento	2,39	2,94	0,014
Conocimientos intermedios (n = 28)	Piercing /tatuajes	1,48	2	0,045
Conocimientos escasos/nulos (n = 15)	Viajes	1,29	1,86	0,04
	Sexo	0	0,5	0,041 ^a
	Alcohol	0,21	1,43	0,011
	Piercing/tatuajes	0	0,5	0,015

PedsQL²

Percepción de problemas

BICI (n = 18)	Adolescentes	Comunicación	72,63	81,47	0,035
Evolución ≤ 5 años (n = 11)			74,09	81,03	0,028
GMI 7-7,5% (n = 25)			66,67	74,96	0,045
Conocimientos intermedios (n = 28)	Padres	Síntomas	77,37	69,67	0,034
		Calidad de vida	75,65	69,7	0,049
Conocimientos escasos/nulos (n = 15)	Adolescentes	Comunicación	66,03	76,1	0,033
	Padres	Síntomas	58,11	74,59	0,005
		Calidad de vida	59,62	69,79	0,019

Introducción: En el Área de Salud de Navalmoral de la Mata, la atención de enfermería a la mujer embarazada con diabetes gestacional es realizada por la enfermera educadora, en colaboración con los/as obstetras e internistas. Justificación: la atención de enfermería a la mujer con diabetes gestacional se realiza con celeridad, sin listas de esperas, por la enfermera educadora en diabetes. Cuando la mujer precisa iniciar insulinización es valorada por Internistas y el seguimiento es continuado por la Enfermera Educadora.

Objetivos: Dar a conocer la atención de enfermería a la mujer con diabetes gestacional realizada en la Consulta de Enfermería de Educación Diabetológica, del Hospital Campo Arañuelo desde el 1 de enero del año 2016 hasta el 31 de diciembre del año 2022.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional transversal de mujeres con diabetes gestacional, atendidas en la consulta de enfermería de educación diabetológica, desde enero del año 2016 al 31 de diciembre del año 2022. Los datos se han obtenido del sistema informático Jara del Servicio Extremeño de Salud. La Consulta de Enfermería de Educación Diabetológica, está situada en la zona de Consultas Externas, concretamente en el mismo pasillo de

la Consulta de Obstetricia y en la misma planta de las Consultas de Medicina Interna. La infraestructura física permite acceso directo a las pacientes y la comunicación fluida de los profesionales implicados, en la atención de la mujer con diabetes gestacional. La enfermera educadora dispone de agenda propia, para citas programadas y a demanda según el control y las necesidades de la mujer. Todas las actividades realizadas se registran en el sistema informático Jara, permitiendo el seguimiento, valoración y evaluación de la atención prestada.

Resultados: Desde 1 de enero del año 2016 al 31 de diciembre del año 2022: se han atendido a 225 mujeres con diabetes gestacional. De las 225 mujeres atendidas precisaron iniciar insulinización el 10,2% (23 mujeres). De las mujeres atendidas llevaron parto a término el 92,5% (218 mujeres). De los 228 recién nacidos vivos, 215 con normopeso, 4 (≥ 4.500 g) macrosómicos y 9 con bajo peso. Número aproximado de sesiones educativas impartidas a cada mujer: 14. Mujeres en listas de espera: 0. Reclamaciones a la Consulta: 0. Anulaciones y reprogramaciones de la Consulta de Enfermería de Educación en Diabetes: menor del 5%.

Conclusiones: Enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento de la mujer con diabetes gestacional, reduciendo las complicaciones materno-fetales y contribuyendo a la disminución de la morbilidad y mortalidad perinatal. La labor de la enfermera educadora contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario con criterios de flexibilidad, celeridad, economía, eficacia y eficiencia.

P-164. GESTIÓN EMOCIONAL CLAVE EN LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

A.B. Ruiz Jiménez

Centro de Salud Valterra, Arrecife, España.

Introducción: Somos seres emocionales y en segundo lugar seres que pensamos, de nuestras emociones y pensamientos dependen muchas cosas tales como la salud y el aprendizaje. Por lo tanto, es importante desarrollar una sólida gestión emocional, ya que esta juega un papel fundamental en la eficacia y efectividad nuestras intervenciones como profesionales de la salud. Sin embargo, muy pocas veces le damos la importancia que se merecen. Decidí desarrollar una educación terapéutica centrada en la consciencia y regulación de emociones de mis pacientes. Es vital en la educación terapéutica empoderar al paciente en el manejo de las emociones. A diario en consulta vivimos reacciones de inadaptación en determinados momentos de nuestros pacientes, tales como el debut, el rechazo a la enfermedad, situaciones especiales en el curso de la enfermedad que llevan a un dolor emocional. Para los pacientes gestionar un padecimiento que es crónico requiere un reajuste en sus estilos de vida. Las actividades y hábitos que hasta el momento caracterizaban sus vidas cotidianas deben ser modificadas en función de las demandas de la enfermedad. No hay dudas de que el padecer diabetes genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida y estas pueden incidir en algunos momentos negativamente en la adherencia al tratamiento y por tanto en su control metabólico.

Objetivos: La presente comunicación oral tiene como fin concienciar y capacitar a las diferentes profesiones del ámbito de la salud de la gran importancia que tiene la gestión emocional en nuestros pacientes, desarrollando a la larga una sólida inteligencia emocional, la cual nos garantizará una mayor consciencia de enfermedad y autogestión. No debemos olvidar que la diabetes *mellitus* no solo causa afecciones físicas, también tiene consecuencias en la salud emocional de las personas que la padecen.

Material y métodos: A través del desarrollo de una sólida inteligencia emocional los pacientes descubrirán el origen de sus emociones, las entenderán, buscarán soluciones y a partir de ahí adquirirán estrategias y elaborarán planes de acción para trabajarlos, desarrollando una serie de habilidades tales como: consciencia de uno mismo: tendrán capacidad de reconocer sus emociones, sentimientos y estado anímico. Equilibrio anímico: Capacidad de controlar los cambios de humor y sus efectos. El estrés emocional por sí mismo constituye en muchas ocasiones el motivo que justifica el descontrol metabólico y en algunos momentos llega a ser su origen. Motivación: lo cual permite mantener las emociones negativas bajo control. Control de impulsos: desarrollarán la fuerza de voluntad suficiente para postponer la satisfacción de un deseo. Es decir, para reducir la ansiedad por la comida lo más importante es controlar el pico de glucosa que se produce cuando comemos. De esta manera nuestros pacientes evitarán: tener hambre constante, antojos, cansancio, debilidad, desconcentración, irritabilidad y dormir mal. Podemos decir que lo que comen nuestros pacientes afecta a cómo se sienten. Sociabilidad: Los pacientes mantendrán un control de estado anímico a nivel interpersonal. La inadaptación a padecer diabetes puede observarse tanto en la esfera personal como social. Siendo el resultado de

la dificultad objetiva o subjetiva que el paciente encuentra para conciliar las condiciones y exigencias del medio en que desarrolla su actividad y el cumplimiento del tratamiento o de las recomendaciones de la diabetes.

Resultados: Las emociones influyen en el aprendizaje de forma significativa, tanto para el que aprende como para el que enseña. Tras varios años utilizando la gestión emocional puedo decir que se ha despertado en mis pacientes más consciencia de enfermedad al comprender ellos mismos sus emociones, dando lugar a una mejor autogestión de la enfermedad.

Conclusiones: Ayudar a nuestros pacientes a gestionar su mundo emocional significa trabajar en nuestros objetivos profesionales, que al fin y al cabo son mejorar su salud y contribuir a que éstos tengan mejor calidad de vida y mayor bienestar.

P-165. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

I. González Maroto^a, R. Virilboa Cebrián^a, J. de Toro Ruiz^a, J. Moreno-Fernández^{a,b}, P.J. Rozas-Moreno^{a,b}, M. Muñoz Martínez^a y M. Pazos Couselo^c

^aHospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ^bFacultad de Medicina de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ^cUniversidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Introducción: Los sistemas de monitorización continua de glucosa intermitente (MCGi) se han posicionado como una herramienta de gran utilidad para mejorar el control metabólico de los pacientes con diabetes. Estos dispositivos logran obtener una información más completa del comportamiento glucémico y permiten tomar decisiones terapéuticas más complejas. Aunque los MCGi aportan gran valor en el control metabólico también representan un desafío educativo, en tanto que la interpretación de la información y su manejo requieren esfuerzos formativos relevantes. Este proceso de educación debería incluir intervenciones estandarizadas para reforzar los conocimientos en aras de mejorar la adherencia terapéutica, especialmente en aquellos pacientes sin buen grado de cumplimiento de las recomendaciones.

Objetivos: Nuestro estudio plantea analizar el efecto sobre la frecuencia de escaneos tras una intervención educativa específica en pacientes con DM1 y MCGi que no cumplan las recomendaciones en el número de mediciones/día. Los objetivos secundarios incluyen valorar la influencia del proceso educativo sobre los rangos temporales de monitorización, detectar los cambios en la variabilidad glucémica y analizar la relación del perfil de paciente con la frecuencia de escaneos, así como con la adherencia observada hasta lograr idealmente un incremento en la frecuencia de escaneos igual o superior a 11 mediciones.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental pre-pos u observacional prospectivo. La población de muestreo son todos los pacientes mayores de 18 años con DM1 del Área de Salud de Ciudad Real en tratamiento con multidosis de insulina. Los candidatos presentarán al menos 6 meses de experiencia con MCGi y una media de 4 escaneos/día o menos. El muestreo es no aleatorio hasta alcanzar un tamaño muestral de 50 pacientes entre el 1 de julio de 2021 y el 30 de noviembre de 2022. La intervención educativa consistirá en la entrega de material informativo y se trabajará en torno a casos prácticos. Se analizarán las necesidades del paciente, las causas de la baja frecuencia de escaneos y se propondrán estrategias correctoras.

Estudio actualmente en desarrollo. NCT: 05570162.