

tiples visitas presenciales en el hospital que conllevan la necesidad de desplazamientos y tiempos de espera para visita que tienen un impacto negativo en la actividad diaria de las pacientes.

**Objetivos:** Comparar los resultados materno-fetales en pacientes con DG que reciben una atención telemática frente a aquellas que siguen atención presencial convencional. Variable principal: porcentaje de macrosomía. Variables secundarias: tasa de cesáreas, grado de satisfacción, glucemias medias en el seguimiento y porcentaje de pacientes que precisan insulínización.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado que incluyó de manera consecutiva a todas las pacientes diagnosticadas de DG mayores edad y sin criterios de exclusión: diabetes pregestacional, DG diagnosticada mediante autocontroles de glicemia capilar, barrera idiomática completa, pacientes sin teléfono móvil o que rechacen participar. Se realizó una primera visita presencial en ambos grupos que incluyó la técnica de insulínización. Se aplicó la misma periodicidad de visitas, y se dejó abierta la posibilidad de visitas extra. Las visitas no presenciales fueron telefónicas. Los controles de glucemia se descargaron directamente del glucómetro mediante la app Social Diabetes® en el grupo de telemedicina. El grupo convencional los registró manualmente y se comprobaron en la memoria del glucómetro.

**Resultados:** N = 74 pacientes (34 convencional, 40 telemedicina). La satisfacción global se catalogó como excelente en el 100% del grupo convencional y el 97,3% del grupo de telemedicina (p 0,417).

**Conclusiones:** La telemedicina es una alternativa efectiva para el tratamiento de la diabetes gestacional, consiguiendo resultados materno-fetales similares a la atención presencial manteniendo una elevada satisfacción de las pacientes.

## SESIÓN ORAL 7: EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

### CO-037. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL Y APOYO ENTRE IGUALES ONLINE PARA LA REDUCCIÓN DEL IMPACTO BIOPSIOLÓGICO CAUSADO POR EL COVID-19 EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. ESTUDIO PSICOVIDI@BETES

M. Carreira<sup>a</sup>, A. Horna<sup>a</sup>, E. Varela-Moreno<sup>b</sup>, M. Domínguez<sup>c</sup>, N. Guerrero<sup>c</sup>, M.T. Anarte-Ortiz<sup>a</sup> y M.S. Ruiz de Adana<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España. <sup>b</sup>Unidad de Investigación e Innovación, Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), Málaga, España. <sup>c</sup>Unidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario, Universidad de Málaga. CIBERDEM, Málaga, España.

**Objetivos:** Evaluación de un programa de intervención grupal y apoyo entre iguales online de apoyo psicoeducativo y médico para personas con diabetes tipo 1 (PCDT1) con reciente inicio de su enfermedad (debut) o con necesidad de un mejor control metabólico.

**Material y métodos:** El programa consistió en 10 sesiones en formato híbrido (online y presencial) debido a las necesidades manifestadas por los participantes. Estuvo compuesto de una parte médico-sanitaria de refuerzo educativo sobre conocimientos, habilidades y actitudes básicas para el control de la diabetes y otra

psicológica, cognitivo-conductual. Se evaluaron al inicio y posprograma las siguientes variables: 1. Biomédicas (hemoglobina glicosilada y tiempos glucémicos derivados de los sistemas de MFG -Free Style-). 2. Psicológicas (distrés o malestar relacionado con la diabetes, Diabetes Distress Scale -DDS-; depresión, Inventario de Depresión de Beck-Cribado Rápido -BDI-FS-; ansiedad, Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada -GAD-7- y miedo a las hipoglucemias, Cuestionario de miedo a las hipoglucemias -FH-15-).

**Resultados:** En el programa han participado 18 PCDT1, de los cuales han realizado las dos evaluaciones 15 personas. La media de edad fue de 49,60 ( $\pm 16,83$ ) años y una media de 11,82 ( $\pm 14,2$ ) años con diabetes (33,3% menos de 3 años). No se encuentran diferencias significativas entre las variables estudiadas al final del estudio con respecto a la situación basal. A nivel basal, los participantes con menos de 3 años de evolución mostraban menores puntuaciones en GAD-7 (p = 0,028) que aquellos con más de 3 años, sin embargo, este resultado no se mantiene después del programa. Por otra parte, se encuentran mayores puntuaciones en las mujeres con respecto a los hombres basales en FH-15 (p = 0,036), GAD-7 (0,001), y en BDI-FS (p = 0,042), manteniéndose estas diferencias en FH-15 (p = 0,020) después del programa, continuando siendo mayor la puntuación en las mujeres.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas en las variables estudiadas después del programa de intervención. Sí parece que otros aspectos relacionados como tiempo con diabetes y el sexo, en este caso ser mujer, podrían incidir en los resultados de este programa. Estos resultados indican la posible necesidad de apoyo psicológico personalizado en aquellos casos en los que el estado psicológico pueda suponer una barrera para cualquier estrategia de tratamiento. No obstante, sería recomendable comparar estos resultados con personas con las mismas características que no han asistido al programa para poder realizar análisis concluyentes.

### CO-038. DIMENSIONES DEL ROL PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN Y EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES EN ESPAÑA

C. Yoldi Vergara<sup>a</sup>, S. Pica Montesinos<sup>b</sup>, S. Rodríguez Rodríguez<sup>c</sup>, M. Beléndez Vázquez<sup>d</sup>, P. Peláez Alba, S. Kaiser Girardo y A.M. Calvo Morado, en nombre de los investigadores del estudio Análisis de la situación actual de la Enfermera en la Educación Terapéutica en España

<sup>a</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, España.

<sup>b</sup>Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España. <sup>c</sup>Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

<sup>d</sup>Universidad de Alicante, Alicante, España.

**Introducción:** En España existen pocos estudios que hayan identificado las competencias y roles desarrollados por las enfermeras en la atención y educación de las personas con diabetes (PcD) en los diferentes ámbitos asistenciales.

**Objetivos:** Analizar el desarrollo de los roles profesionales que desempeñan las enfermeras dedicadas a la atención y educación de las PcD en Atención Primaria (AP) y en Atención Hospitalaria (AH) en España.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, comparativo y transversal, de ámbito nacional, que forma parte de uno más amplio *Análisis de la situación actual de la enfermera en la Educación Terapéutica en España* (febrero-septiembre 2023). En AP se seleccionó aleatoriamente una muestra de centros de salud estratificada por comunidad autónoma y proporcional al tamaño de su población; en AH se invitó a participar a todas las enfermeras de todos los hospitales (endocrinología, medicina interna y pediatría). Se envió un cuestionario online adaptado del *Study of European*

Tabla CO-038

Roles	Todos (n = 988)	AP (n = 639)	AH (n = 349)	p
Experto	49,2 ± 16,4	48,3 ± 16,7	50,9 ± 15,5	< 0,001
Educador	49,4 ± 22,7	44,1 ± 20,6	59,2 ± 23,0	< 0,001
Asesor-Consultor	49,9 ± 23,9	43,2 ± 21,9	62,2 ± 22,6	< 0,001
Investigador	23,3 ± 21,5	21,1 ± 20,6	27,4 ± 22,6	< 0,001
Director-Administrador	9,4 ± 17,2	8,5 ± 16,8	10,9 ± 17,8	< 0,001
Colaborador-Enlace	46,2 ± 28,2	43,0 ± 27,7	52,1 ± 28,2	< 0,001
Innovador	36,4 ± 26,4	33,2 ± 25,3	42,3 ± 27,4	< 0,001

**Nurses in Diabetes.** Consta de 47 preguntas en 3 secciones (formación en diabetes y ámbito laboral, tipo de atención y roles profesionales); escala Likert 0-100. La sección analizada en este subestudio evalúa la frecuencia del desempeño de competencias relativas a los roles que configuran la práctica avanzada: experto, educador, asesor-consultor, investigador, director-administrador, colaborador-enlace e innovador.

**Resultados:** Se enviaron cuestionarios a 253 hospitales públicos y a 751 (+212 suplentes) centros de AP. Se obtuvieron 1.871 cuestionarios respondidos, de los cuales 988 cumplieron la sección relativa a los roles (64,7% de AP y 35,3% de AH). La tabla muestra las puntuaciones globales de cada rol en AP y AH. Las dimensiones más desarrolladas de cada rol fueron: 1) rol experto: facilitar consejo y soporte a las PcD, participar en la implementación de nuevas tecnologías y titular dosis de insulina; 2) rol educador: participar activamente en la educación de las PcD y contribuir al desarrollo profesional de estudiantes de enfermería; 3) rol consultor: ayudar a los pacientes a gestionar el momento del diagnóstico y su adaptación al nuevo estilo de vida; 4) rol investigador: identificar problemas de atención; 5) rol administrador: realizar aportaciones en evaluaciones del personal; 6) rol colaborador: facilitar al paciente referencias para una buena atención; 7) rol innovador: implementar innovaciones recientes en la práctica para mejorar la calidad de la atención.

**Conclusiones:** En España, el rol más desarrollado por enfermeras que atienden a PcD es el educador, siendo los menos desarrollados administrador e investigador. Las enfermeras desempeñan más roles de práctica avanzada en AH que en AP.

### CO-039. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN RELACIÓN CON LA GLUCOMETRÍA Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL

A.B. Berrocal Casado, N. Alonso Carril, S. Rodríguez Rodríguez, A. Simó Servat, M.J. Barahona Constanza, C. Quirós López y V. Perea Castilla

Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, España.

**Introducción:** La diabetes tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica que requiere no solo abordar el control glucémico, sino también el bienestar bio-psico-social de las personas con DIABETES. El objetivo de este estudio fue profundizar en la comprensión de cómo estas variables interrelacionadas influyen en la calidad de vida de las personas con DM1, identificando áreas que precisan intervención para poder adaptar los programas educativos dotándolos de un enfoque holístico para mejorar su bienestar global.

**Material y métodos:** Estudio transversal de sujetos con DM1 que acudieron al programa de cribado de complicaciones crónicas del Hospital Universitario Mutua de Terrassa (Barcelona). Este programa

incluye evaluación de composición corporal (bioimpedancia eléctrica), valoración funcional (dinamómetro), datos de monitorización continua de glucosa (MCG) y evaluación de la calidad de vida (cuestionario VIDA1) y bienestar subjetivo de los pacientes (WHO5).

	n = 75
Edad (años)	49,9 ± 12,5
Mujer (%)	41 (54,7)
Tabaquismo activo (%)	18 (24)
Etnia caucásica (%)	67 (89,3)
Estudios universitarios (%)	28 (37,3)
Duración de la diabetes (años)	25,5 (14-33)
Presencia de lipodistrofias (%)	44 (58,7)
Tratamiento de la diabetes (sistema híbrido, %)	15 (20)
Complicaciones crónicas de la diabetes (%)	
Retinopatía	35 (46,7)
Nefropatía	9 (12)
Enfermedad cardiovascular	5 (6)
Hipoglucemias graves el último año (%)	15 (20)
HbA <sub>1c</sub> (%)	7,42 (6,9-8)
Datos de MCG	
Tiempo en rango (70-180 mg/dL) (%)	63 (53-74)
Tiempo en hiperglucemia (%)	
Nivel 1: 180-250 mg/dL	24,5 (17-30)
Nivel 2: > 250 mg/dL	7 (3-13)
Tiempo en hipoglucemia (%)	
Nivel 1: 70-54 mg/dL	2 (1-4)
Nivel 2: < 54 mg/dL	0 (0-0)
Coefficiente de variabilidad	34,2 (30,7-40,1)
Datos de composición corporal	
Índice de masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	25 (22-29)
Masa libre de grasa (%)	74,2 (68,5-82,6)
Ángulo de fase	5,6 (5-6,1)
Dinamómetro (Kg)	30,6 ± 11,0
Cuestionarios	
WHO5	
Puntuación total	15 (11-17)
Puntuación < 13	20 (26,7)
VIDA1	
Interferencia en la vida	28,5 (22-35)
Autocuidado	41 (38-45)
Bienestar	20,5 (16-23)
Preocupación por la enfermedad	17 (14-20)

**Resultados:** Se incluyeron 75 personas con DM1 (tabla). Una puntuación < 13 en el cuestionario WHO (compatible con depresión) se asoció de manera significativa a un mayor tiempo en hipoglucemia (54-70 mg/dL; 3,5% [1,5-5] vs. 2% [1-2]) e hiperglucemia (> 250 mg/dL; 10% [4-16] vs. 5% [2-10]), y mayor variabilidad (38,6% [31,45-42,2] vs. 31,7% [29,5-35,2]) comparado con aquellos con una puntuación superior, sin diferencias en HbA<sub>1c</sub>, tiempo en rango (70-180 mg/dL) o composición corporal. Cuando evaluamos la calidad de vida mediante el cuestionario VIDA1 observamos que existe una correlación significativa entre preocupación por la enfermedad y la edad y duración de la diabetes ( $r = -0,281$ ,  $p = 0,038$ ;  $r = 0,404$ ,  $p = 0,002$ ; respectivamente). Además, un mayor bienestar (medido por el cuestionario VIDA1) se asoció a un mayor ángulo de fase ajustado por edad y sexo ( $\beta = 0,04$ ;  $p = 0,017$ ). No se observó relación entre el cuestionario VIDA1 y datos de MCG.

**Conclusiones:** En nuestro estudio se objetiva que el bienestar de las personas con DM1 tiene una relación directa tanto con el control glucémico como con el estado nutricional (evaluado mediante el ángulo de fase).

#### CO-040. PROCESOS EDUCATIVOS PARA LA AUTOGESTIÓN DE LA DIABETES TIPO 2: EL PORVENIR DE LA EPIGENÉTICA EN LAS PRÁCTICAS DE ASISTENCIA A LA SALUD

F. Monteiro Coelho<sup>a</sup>, E. Martínez Fernández<sup>b</sup>  
y A.E. Caballero-Robles<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Fundación San Pablo Andalucía CEU, Bormujos, España.

<sup>b</sup>Universidad de Sevilla-Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Sevilla, España. <sup>c</sup>Harvard Medical School, Boston, EE.UU.

**Introducción:** La autogestión adecuada de la diabetes juega un papel clave en el éxito de su tratamiento. La dificultad que entraña sigue siendo un reto para las personas diagnosticadas con la enfermedad y para los equipos de salud. Diversos estudios señalan que las prácticas de los proveedores de salud, con sus creencias, actitudes, conocimientos y habilidades, no solo cumplen un papel de apoyo a dicha autogestión, sino que en ocasiones constituyen una barrera crucial en el manejo de la diabetes (Usman & Pamungkas, 2018). Profundizar en las prácticas de educación que vertebran las interacciones proveedores-paciente constituye la base para una evaluación crítica indispensable para la propuesta de nuevos modelos pedagógicos más horizontales y sensibles a la complejidad bio-sociocultural de la experiencia de la DM2.

**Objetivos:** Conocer y analizar los procesos educativos destinados a la autogestión en DM2 de los profesionales de salud a través del caso de un hospital de referencia en Boston (Massachusetts-EE. UU.).

**Material y métodos:** Trabajo de campo cualitativo de inspiración etnográfica con entrevistas semidirrectivas y observación participante como técnicas principales. La técnica observacional se desarrolló en dos escenarios principales: a) consultas de seguimiento (médico-paciente) y b) programa semanal de educación para la autogestión de la DM2 (equipo de salud-paciente). Las entrevistas fueron realizadas a personas que frecuentan asiduamente el escenario b) de estudio. Los datos fueron posteriormente categorizados y analizados siguiendo un criterio de significatividad estadística.

**Resultados:** En los dos escenarios se identifican marcadas características de un modelo vertical de educación en salud, en el cual el proceso educativo se reduce a la simple transferencia de información de los proveedores hacia las personas con DM2. En las interacciones prima el uso de lenguaje técnico y no adaptado al contexto cotidiano de los individuos. Los contenidos transmitidos en los dos escenarios estudiados están marcados por una perspectiva biologicista que lleva a identificar ciertos parámetros biológicos (A1c, IMC e ingesta de carbohidratos) como los únicos datos sobre

las personas atendidas a tener en cuenta para las propuestas terapéuticas y educativas. La exclusión de factores socioculturales y el desconocimiento de la realidad cotidiana vivida por dichas personas lleva a su limitado entendimiento de aquellas propuestas y a la búsqueda de otros canales de aprendizaje de dudosa validez científica.

**Conclusiones:** Los resultados muestran la vigencia aún en algunos centros hospitalarios de un modelo vertical y biologicista. Asimismo, sugiriendo la necesidad de avanzar hacia un modelo más dialógico y sensible a la complejidad vivida por las personas atendidas y las imbricaciones de esos factores socioculturales con los biológicos.

## SESIÓN ORAL 8: TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

#### CO-041. MEJORA DEL TIEMPO EN RANGO TRAS EL USO DE LA PLUMA INTELIGENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

D. Barajas<sup>a</sup>, P. Adolfsson<sup>b</sup>, N.V. Hartvig<sup>c</sup>, A. Kaas<sup>c</sup>, N.N. Knudsen<sup>c</sup>  
y J.K. Mader<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

<sup>b</sup>Department of Pediatrics, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Göteborg, Suecia. <sup>c</sup>Novo Nordisk A/S, Bagsværd, Dinamarca. <sup>d</sup>Division of Endocrinology and Diabetology, Department of Internal Medicine, Medical University of Graz, Graz, Austria.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue investigar si las personas con diabetes (PcD) en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) y que utilizan un dispositivo de monitorización continua de glucosa (MCG) tuvieron una mejora en su control glucémico después de comenzar con una pluma inteligente de insulina para inyectar su bolo de insulina en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** Se recopilaron datos de adultos ( $\geq 18$  años) con diabetes en tratamiento con insulina que ya utilizaban MCG y comenzaron a administrarse el bolo de insulina utilizando una pluma de insulina inteligente (NovoPen® 6) junto con una aplicación de MCG en la que se registran los datos de las inyecciones. Los resultados glucémicos clave incluyeron el tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dL) y el tiempo por debajo del rango (TBR < 70 mg/dL) en el conjunto de datos general y para subgrupos por nivel de TIR inicial para aquellos que tenían datos de TIR en la MCG en el periodo inicial de 3 meses.

**Resultados:** Para los análisis se utilizaron datos de 8.931 adultos, que comprendieron 580.101 días con datos de MCG y 221.596 días con inyecciones registradas. El TIR medio aumentó un 1% desde el inicio hasta el mes 3 (IC95%: 0,5; 1,4;  $p < 0,001$ ) y un 0,9% en el mes 6 (IC95%: -0,0; 1,7;  $p = 0,054$ ). El TBR medio disminuyó -0,3% desde el inicio hasta el mes 3 (IC95%: -0,4; -0,1;  $p < 0,001$ ) y -0,1% en el mes 6 (IC95%: -0,3; 0,1;  $p = 0,352$ ). Al evaluar los resultados en subgrupos según el nivel de TIR inicial de 3 meses ( $N = 3.720$ ), las PcD con TIR < 40% en este periodo inicial ( $N = 703$ ) tuvieron un aumento significativo en el TIR del 5,1% después de 3 meses ( $p < 0,001$ ). Los cambios observados en TBR no fueron significativos para ninguno de los subgrupos.

**Conclusiones:** Entre las PcD que iniciaron una pluma inteligente de insulina para su bolo de insulina, hubo un aumento significativo en el TIR después de 3 meses de uso, y las mayores mejoras se observaron en aquellos que tenían el TIR más bajo en el periodo inicial. Además, hubo una disminución significativa en el TBR a los 3 meses.