

Tabla CO-043

	Programas educativos realizados		
	1 (n = 157)	2-3 (n = 94)	> 3 (n = 76)
Edad (años)	44,9 ± 14,6	41,1 ± 13,1*	39,3 ± 11,5*
Sexo (mujer)	69 (44,2)	47 (50)	47 (61,8)
Estudios superiores	9/116 (7,8)	11/88 (12,5)	10/72 (13,9)
Tabaquismo	46/142 (32,4)	28/92 (30,4)	17/73 (23,3)
Duración diabetes (años)	13 (7-22)	13,5 (9-24)	15 (8,5-23)
Hipertensión	32/141 (22,7)	10/90 (11,1)	7/75 (9,3)*
Dislipidemia	40/118 (33,9)	18/88 (20,5)	1/74 (1,35)*†
Uso AAS	15/130 (11,5)	5/84 (6,0)	1/74 (1,4)*
Retinopatía	37/109 (33,9)	33/74 (44,6)	21/50 (42,0)
Nefropatía	5/56 (8,9)	3/25 (12,0)	8/31 (25,8)
Infarto miocardio	4/133 (3,0)	3/81 (3,7)	3/64 (4,7)
Accidente cerebrovascular	2/131 (1,5)	1/81 (1,2)	0
Historial complicaciones pie			
Amputación mayor	0	0	0
Amputación menor	2/144 (1,4)	1/87 (1,2)	1/64 (1,6)
Pérdida sensación protectora	16/147 (12,9)	7/85 (8,2)	4/67 (6,0)
Arteriopatía periférica	23/151 (15,2)	13/90 (14,4)	14/71 (19,7)
Índice masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	27,5 ± 6,2	25,0 ± 3,8	24,8 ± 3,8
Lesiones pie			
Dedos martillo	2/130 (1,5)	3/83 (3,6)	0
<i>Hallux valgus</i>	2/145 (1,4)	5/87 (5,8)	2/67 (3,0)
Callosidades	13/145 (9,0)	12/87 (13,8)	8/67 (11,9)
Úlceras pie	2/144 (1,4)	2/87 (2,3)	3/65 (4,6)
Lesiones cutáneas	9/143 (6,3)	12/86 (14,0)	10/64 (15,6)
Lesiones ungueales	12/142 (8,5)	3/87 (3,5)	6/63 (9,5)
HbA <sub>1c</sub> (%)	8,1 (7,3-9,3)	7,8 (6,6-8,8)	7,6 (6,5-8,9)

\*p < 0,05 vs. 1 programa educativo; †p < 0,05 vs. 2-3 programas educativos.

#### CO-044. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA Y MONITORIZACIÓN INTERSTICIAL DE GLUCOSA

V.A. Camacho Fernández

Hospital San Pedro, Logroño, España.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la educación en diabetes sobre indicadores de control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con múltiples dosis de insulina y monitorización continua de glucosa intersticial durante un año.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio cuasiexperimental pos-intervención con 107 pacientes (66,36% hombres, edad 70,59 ± 11,43 años). La intervención consistió en un programa estructurado de educación terapéutica con seguimiento a los 15 días, 3 meses, 6 meses y 12 meses. Se formó a los participantes en 5 sesiones de 30 minutos; la primera sobre el uso de los sensores de glucosa y el resto sobre educación diabética general. Los participantes fueron divididos en dos grupos, según si habían recibido educación en diabetes previa al estudio o no, y se analizaron los datos.

**Resultados:** Todos los valores medidos (tiempo en rango (TIR), glucosa media (GM) e indicador de gestión de la glucosa (GMI)) mejoraron durante el estudio. El grupo sin educación previa mostró

Variable/ Mediana (RIQ)	General (n = 107)	Con educación previa (n = 26)	Sin educación previa (n = 81)
TIR inicial (%)	62 (37)	63,5 (21)	59 (41)
TIR 3 meses	66 (29)	69,5 (26)	64 (27)
TIR 6 meses	65 (29)	71,5 (20)	63 (29)
TIR final	70 (25)	76 (18)	70,0 (27)
Glucosa Media Inicial (mg/dl)	169 (45)	163,5 (31)	171 (48)
Glucosa Media 3 meses	165 (38)	160,5 (36)	167 (35)
Glucosa Media 6 meses	166 (40)	158,0 (25)	168 (40)
Glucosa Media Final	155 (34)	151,5 (30)	156 (39)
GMI Inicial (%)	7,4 (1,00)	7,2 (0,7)	7,4 (1,1)
GMI 3 meses	7,3 (0,80)	7,15 (0,82)	7,4 (0,80)
GMI 6 meses	7,3 (0,90)	7,05 (0,50)	7,3 (0,90)
GMI Final	7 (0,80)	6,9 (0,72)	7,1 (0,90)

mejoras estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), con un incremento del TIR del 11%. El grupo con educación previa alcanzó un incremento del 12,5%, aunque de forma más homogénea y sin llegar a la significancia estadística ( $p > 0,05$ ). También se observó como la dispersión de los datos iniciales, expresados como rango intercuartílico, era menor en el grupo con educación previa (21%) y como estos se fueron homogeneizando en el otro grupo (pasó del 41% al 27%).

**Conclusiones:** Los pacientes que han tenido educación diabético-lógica previa parten de mejores controles y mejoran más rápido al disponer de más herramientas para el autocontrol, por ello, aunque existe una mejora, esta no llega a la significancia estadística. La educación en diabetes actúa homogeneizando el control de los pacientes.

#### CO-045. ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN Y EDUCACIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES EN ESPAÑA. SUBESTUDIO DEL ASENET.ES

P.M. Menéndez Cuervo<sup>a</sup>, S. Rodríguez Rodríguez<sup>b</sup>, S. Pica Montesinos<sup>c</sup>, M.P. Peláez Alba<sup>d</sup>, E. Rosa Camacho<sup>e</sup>, Carmen Yoldi Vergara<sup>f</sup> y Grupo de Educación Terapéutica SED

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. <sup>b</sup>Hospital Mútua de Terrassa, España. <sup>c</sup>Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España. <sup>d</sup>Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España. <sup>e</sup>Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella, España. <sup>f</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

**Introducción:** La educación terapéutica, generalmente liderada por enfermeras, es esencial en el tratamiento de la diabetes. Su estructura y características no se habían analizado en los diferentes ámbitos asistenciales en España.

**Objetivos:** Analizar el tipo de actividad educativa realizada por las enfermeras dedicadas a la educación de las personas con diabetes (PcD) en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) en España.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en España (febrero-septiembre 2023), como parte del proyecto “Análisis de la Situación actual de las Enfermeras en la Atención y Educación Terapéutica en España (ASENET.es)”. En AP, se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por comunidad autónoma y proporcional al tamaño poblacional; en AH, participaron enfermeras de endocrinología, medicina interna y pediatría. Se utilizó un cuestionario online adaptado del Study of European Nurses in Diabetes (SEND), con 47 preguntas organizadas en cuatro secciones: formación, ámbito laboral, tipo de atención e indicadores de resultados y grado de satisfacción. Este subestudio analizó específicamente el tipo de actividad educativa realizada.

**Resultados:** Se enviaron cuestionarios a 253 hospitales públicos y a 963 centros de AP. Respondieron 1,871 enfermeras, 957 completaron la encuesta (621 AP y 336 AH). El 63,67% de las enfermeras referían utilizar programas estructurados de educación terapéutica (PET) (AP 56,20%, AH 77,87%;  $p < 0,001$ ). Un 46,5% los tenían por escrito (AP 41,5%, AH 56,01%). De estos, el 70,58% definía la población diana, un 66,12% definía el proceso, el 65,31% evaluaba resultados del paciente y el 38,33% evaluaba resultados del PET. El tipo de intervención grupal y telemática fue mayor en AH que en AP (76,24 vs. 32,05%;  $p < 0,001$  y 82,32 vs. 20,18%;  $p < 0,001$  respectivamente). En AP predominan las actividades educativas dedicadas a reducir el riesgo cardiovascular; en AH las relativas a la tecnología (tabla).

Tipos de programas	AP (%)	AH (%)	p
Supervivencia/ seguridad	9,80	52,19	< 0,001
DM1	24,35	74,32	< 0,001
Diabetes gestacional	12,25	47,54	< 0,001
DM2	58,65	51,64	0,029
Pie diabético	52,59	18,03	< 0,001
Insulinización	43,08	67,49	< 0,001
Hipoglucemias	37,75	61,48	< 0,001
Bomba de insulina	2,59	52,46	< 0,001
Bomba-sensor	5,04	49,18	< 0,001
Monitorización intersticial de la glucosa	26,37	75,68	< 0,001

**Conclusiones:** Las áreas educativas difieren entre niveles asistenciales, estando en AP más enfocadas a riesgo cardiovascular y diabetes tipo 2 (destaca pie diabético), y en AH a tecnología, diabetes tipo 1 y gestacional. El tipo de intervención mayoritario es la educación individual, aunque en AH se realizan más grupales y telemáticas. A pesar de que más de la mitad de los centros reportan utilizar el PET como estrategia educativa, gran parte no cumple con las características que lo definen.

#### CO-046. MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE DIABETES

G. Yago Esteban<sup>a</sup>, C. Cabré Font<sup>a</sup>, M. Granados Pérez<sup>a</sup>, I. Pueyo Ferrer<sup>a</sup>, D. Roca Espino<sup>a</sup>, A. Jiménez Pineda<sup>a,b,c</sup> y E. Ortega de Victoria<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic de Barcelona, España. <sup>b</sup>IDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España. <sup>c</sup>CIBEROBN (Centro de Investigación en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición), Madrid, España.

**Introducción:** La financiación de la monitorización continua de glucosa (MCG) ha supuesto un cambio en el automanejo y calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2 (DT2). Por otro lado, su implementación eficiente y segura por profesionales sanitarios representa un reto para nuestro sistema público de salud.

**Objetivos:** Describir las características de una cohorte de pacientes con DT2 que inician MCG en una unidad de diabetes y evaluar cambios en el control metabólico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal, antes y después, realizado en el Hospital Clínic de Barcelona desde marzo de 2022 a diciembre de 2024. Describimos metodologías educativas en las que el grupo sigue un programa estructurado de atención y educación terapéutica (PAET) y visitas individuales presenciales con una enfermera de práctica avanzada (EPA) y un endocrinólogo. Se analizaron datos antropométricos y glucométricos.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 28 sujetos con DT2 de  $67,5 \pm 7,3$  años, 8% mujeres, evolución de la DT2  $23,7 \pm 10,7$  años, índice de masa corporal (IMC):  $30,2 \pm 4,5$  Kg/m<sup>2</sup>, HbA<sub>1c</sub> inicial  $8,1 \pm 0,9\%$ . Presentaban una alta prevalencia de complicaciones microvasculares (nefropatía 42,9%, retinopatía 32,1%, polineuropatía 17,9%), enfermedad cardiovascular (50%) y recibían tratamiento hipotensor e hipolipemiente en un 92,9% y 96,4% de los casos, respectivamente. La mayoría de pacientes (82,1%) estaban previamente tratados con múltiples dosis de insulina (MDI). El 17,9% de la cohorte recibía tratamiento insulínico con insulina basal o dos dosis de insulina e inició simultáneamente MDI y MCG. Tras 6 meses de MCG se observó una mejoría del control metabólico evaluado mediante HbA<sub>1c</sub> ( $7,2 \pm 0,1$