

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> ( $7,2 \pm 0,1$

vs.  $8,1 \pm 0,2$ ,  $p \leq 0,001$ ), glucosa promedio (GM:  $149,2 \pm 20,2$  vs.  $166,2 \pm 32,6$  mg/dL,  $p = 0,041$ ), indicador gestión glucosa (GMI:  $6,9 \pm 0,5$  vs.  $7,3 \pm 0,8\%$ ,  $p = 0,049$ ), tiempo 70-180 mg/dL (TIR:  $79,0$  vs.  $67,0\%$ ,  $p = 0,009$ ), tiempo 181-250 mg/dL (TAR:  $19$  vs.  $26\%$ ,  $p = 0,027$ ). Observamos una reducción discreta de peso (IMC  $29,9 \pm 4,7$  vs.  $30,2 \pm 5,0$ ,  $p = 0,036$ ) en toda la cohorte. En los sujetos previamente tratados con MDI no se observaron cambios la dosis de insulina (total  $0,85$  vs.  $0,78$  UI/kg,  $p = 0,255$ ; basal  $0,42$  vs.  $0,42$  UI/kg,  $p = 0,918$ ; prandial:  $0,32$  vs.  $0,33$  UI/kg,  $p = 0,068$ ). No hubo diferencias en tiempo por debajo de rango ni descompensaciones hiperglucémicas durante el proceso.

**Conclusiones:** La implementación del uso de MCG en personas con DT2 es segura y eficaz con una mejoría en el control metabólico tras el inicio y hasta los 6m. El uso del sensor no se asoció a cambios en dosis de insulina, pero sí a una reducción de peso y a una mejoría del control de forma global, aspecto que podría estar relacionado con cambios conductuales.

### CO-047. ¿LA DIABETES TIPO 1 AFECTA A LA SALUD EMOCIONAL DE NUESTROS JÓVENES?

E. Civitani Monzón<sup>a</sup>, M.P. Ferrer Duce<sup>a</sup>, I. Goicoechea Manterola<sup>b</sup>, R. Yelmo Valverde<sup>c</sup>, J.O. Casanovas Marsal<sup>a</sup> y A. Arriba Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. <sup>b</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España. <sup>c</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) afecta 490.000 niños mundialmente y cada año se diagnostican 100.000 nuevos casos. La transición en la gestión de la diabetes de los padres a sus hijos supone experimentar ciertas dificultades que tienen como consecuencia un empeoramiento metabólico, un riesgo de complicaciones microvasculares y una alta carga psicológica.

**Objetivos:** Validar el cuestionario PAID-Peds al español, valorar, describir y relacionar el distrés emocional y los parámetros de control metabólico en el paciente con diabetes tipo 1 pediátrico.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico transversal de 636 pacientes entre 8-17 años, diagnosticados de DM1 con > 1 año de evolución, en tratamiento y seguimiento en 3 hospitales de referencia a nivel nacional entre el 01/10/2022 hasta el 31/12/2023. La valoración del distrés emocional se realizó mediante el cuestionario PAID-Peds versión español y se registraron las variables sociodemográficas y los parámetros de control metabólico referentes a la DM1. El estudio fue aprobado por el CEIC de cada hospital participante. Se realizó el análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas y se asociaron las variables mediante pruebas de contraste de hipótesis. Los efectos se consideraron significativos si  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realizó utilizando Jamovi® 2,3.13.

**Resultados:** Participación final de 538 pacientes (84,59%); el 51,67% fueron niños; edad media total  $13,60 \pm 2,74$  años, edad media del debut  $7,49 \pm 3,84$ , el 76,58% pertenecían a familias biparentales, peso medio  $52,73 \pm 16,15$  kg, talla media  $158,17 \pm 14,74$  cm, IMC medio  $20,60 \pm 3,84$ , Hb1AC media  $7,34 \pm 0,99\%$ , media del coeficiente de variación  $37,75 \pm 7,53\%$ , media de tiempo en rango (TIR) (70-180 mg/dL)  $61,33 \pm 16,64\%$  y puntuación media PAID-Peds  $45,05 \pm 18,13$  con un tiempo de respuesta medio de  $4,22 \pm 2,78$  minutos. Se hallaron correlaciones positivas entre HbA<sub>1c</sub> y PAID-Peds ( $0,14$ ;  $p < 0,001$ ). Se obtuvo un alfa de Cronbach de  $0,90$ , un rango de correlaciones para cada ítem de  $0,30-0,69$  y un  $\chi^2$  para un ajuste exacto en AFC de  $p < 0,001$  ( $\chi^2$ : 812,28; gl: 170).

**Conclusiones:** El cuestionario PAID-Peds validado al español es una herramienta eficiente para detectar la carga emocional en la población pediátrica con DM1. La puntuación media en el cuestionario PAID-Peds indica un nivel moderado de distrés en la población estudiada. La HbA<sub>1c</sub> media sugiere un control glucémico relativa-

mente bueno, observándose una correlación positiva entre esta y la puntuación PAID-Peds. El TIR refleja un control diario adecuado, pero con margen de mejora. Abordar el distrés emocional mejorará el control metabólico y la calidad de vida, reduciendo las complicaciones a largo plazo. Es por ello que la inclusión de este cuestionario en las rutinas de las unidades de diabetes ayudará a implementar estrategias e intervenciones más eficaces de forma precoz. Así pues, esta escala permitirá conocer las consecuencias psicosociales de la diabetes en los jóvenes y comparar resultados de forma internacional.

### CO-048. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DIRIGIDO A PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y TRATAMIENTO CON MÚLTIPLES DOSIS DE INSULINA QUE INICIAN SISTEMA AUTOMÁTICO DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

I. Pueyo Ferrer<sup>a</sup>, M. Granados Pérez<sup>a</sup>, D. Roca Espino<sup>a</sup>, C. Cabré Font<sup>a</sup>, G. Yago Esteban<sup>a</sup>, I. Conget Donlo<sup>a,b,c</sup> y M. Giménez Álvarez<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España. <sup>b</sup>IDIBAPS (Institut d'investigacions biomèdiques August Pi i Sunyer), Barcelona, España. <sup>c</sup>CIBERDEM (Centro de Investigación en Red de Investigación en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas), Madrid, España.

**Introducción y objetivos:** Los sistemas automáticos de administración de insulina (AID) mejoran el control glucémico y la calidad de vida en personas con diabetes tipo 1 (DT1). Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de un Programa de Atención y Educación Terapéutica (PAET) para el inicio de la terapia AID en pacientes con DT1 y múltiples dosis de insulina (MDI).

**Material y métodos:** Pacientes con DT1 en tratamiento con MDI, que inician sistema AID por mal control, hipoglucemia grave (HG), no grave e hipoglucemia desapercibida, elevada variabilidad glucémica (CV) y/o mejora de calidad de vida. El fabricante del dispositivo realizó el entrenamiento técnico inicial. El PAET consta de 5 sesiones grupales de 4 pacientes durante el primer mes (2 h/sesión). Posteriormente, se realiza seguimiento a los 2 (individual), 6 y 12 meses (grupal). Se trabajan los tópicos identificados, conocimientos y habilidades específicas para la autogestión del tratamiento AID. Se trabaja con el soporte tecnológico CareLink™ System. Las variables estudiadas son: demográficas; años evolución diabetes, CV, HbA<sub>1c</sub>; tiempo en rango (TIR), en hiperglucemia (TAR), en hipoglucemia (TBR), HG, percepción hipoglucemias (test Clarke, TC); calidad de vida (test DQOL), conocimientos de la diabetes (test DKQ2) y adherencia al tratamiento (test SCI-r). Las variables educativas, clínicas y glucométricas se evaluaron al inicio y a los 12 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes, 19 mujeres, edad media  $42,11$  años,  $24,73$  años de evolución de la DT1, IMC  $25,17$  kg, HbA<sub>1c</sub> de  $7,55\%$  y TIR (70-180 mg/dL)  $49,85\%$ . Previo al inicio del sistema AID, 6 pacientes presentaron  $\geq 1$  episodio de HG. Al año, se observó una mejora significativa del TIR ( $74 \pm 11,12\%$ ;  $p < 0,001$ ), una reducción significativa del TAR  $> 180$  mg/dL ( $46,11 \pm 19,65$  vs.  $24,12 \pm 11,49\%$ ;  $p < 0,001$ ) y una disminución del TBR  $< 70$  mg/dL ( $3,94 \pm 4,33$  vs.  $1,71 \pm 1,22\%$ ;  $p < 0,007$ ). El CV también se redujo ( $37,72 \pm 6,12$  vs.  $33,37 \pm 4,88\%$ ;  $p < 0,002$ ). Los datos glucométricos completos al año están en curso en el momento de la redacción de este abstract. El TC se redujo ( $2,82 \pm 2,09$  vs.  $1,8 \pm 1,80$ ;  $p = 0,035$ ); el nivel de conocimientos mediante test DKQ2 mejoró ( $27,63 \pm 3,68$  vs.  $29,41 \pm 3,39$ ;  $p = 0,042$ ) junto a la adherencia medida con el test SCI-r ( $58,9 \pm 11,86$  vs.  $67,36 \pm 9,03\%$ ;  $p = 0,001$ ). La valoración de la percepción de calidad de vida mediante test DQOL fue de  $42,14 \pm 9,05$  vs.  $32,68 \pm 9,80$ ;  $p = 0,000$ -satisfacción;  $40,9 \pm 9,22$  vs.  $34,88$