

**Tabla P-050**

	Total (n = 85)	2018 (n = 13)	2019 (n = 11)	2020 (n = 8)	2021 (n = 18)	2022 (n = 17)	2023 (n = 18)
Asistencia 1.ª consulta	92,3%	92,3%	100%	87,5%	94,4%	94,1%	88,9%
HbA <sub>1c</sub> 1.ª consulta	7,5 ± 1,1	7,3 ± 0,8	8 ± 1,6	8,4 ± 1,3	7,8 ± 1,3	7,3 ± 0,9	7,9 ± 2,1
Asistencia 6 meses	82,4%	92,3%	90,9%	62,5%	77,8%	94,1%	77,8%
HbA <sub>1c</sub> 6 meses	7,7 ± 1,1	7,8 ± 1	7,5 ± 0,6	7,8 ± 1	7,5 ± 0,8	7,6 ± 1,4	7,8 ± 1,4
Asistencia 12 meses	81,2%	92,3%	90,9%	50%	77,8%	88,2%	77,8%
HbA <sub>1c</sub> 12 meses	7,6 ± 1,7	7,9 ± 1,5	7,6 ± 1	8,1 ± 0,7	7,1 ± 0,6	7,6 ± 1,6	8 ± 1,9
Asistencia 24 meses	70,1%	76,9%	63,6%	37,5%	72,2%	75,5%	-
HbA <sub>1c</sub> 24 meses	7,5 ± 1,2	7,4 ± 0,9	7,7 ± 0,6	7,7 ± 0,6	7,2 ± 0,8	7,8 ± 1,8	-

adherencia al seguimiento y el control glucémico durante los primeros 24 meses de la transición.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con DM1 que realizaron la transición a la Unidad de diabetes de adultos del Hospital Universitario La Paz entre los años 2018-2023. Se recogieron datos clínicos, bioquímicos y adherencia al seguimiento en los puntos temporales 0, 6, 12 y 24 meses. Se analizaron de forma global y estratificada por el año de la transición.

**Resultados:** 85 pacientes con DM1 con una mediana de 11 años de evolución. 52,9% mujeres, 37,8% utilizaban dispositivos de infusión subcutánea continua de insulina, 58,8% dispositivos de monitorización continua de glucosa, 22,3% con hipoglucemias graves y 16,5% cetoacidosis diabética desde el inicio de la enfermedad. Los resultados de adherencia y control glucémico se exponen en la tabla. El 92,3% de los pacientes acudieron a la primera consulta en la Unidad de Diabetes con una retención a los 6, 12 y 24 meses del 89,2%, 88% y 79,4% respectivamente. No se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de HbA<sub>1c</sub> durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La asistencia a la consulta inicial y adherencia al seguimiento a los dos años es similar respecto a estudios previos. Durante el año 2020 hemos observado una menor muestra inicial y retención a largo plazo justificada por una mayor actividad no presencial por la situación de pandemia ya que en los siguientes años se recupera. La realización de una transición planificada a la atención adulta de los pacientes pediátricos con DM1 incrementa la asistencia a la primera visita médica y la adherencia al seguimiento, sin diferencias en el control glucémico.

#### P-051. SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA Y SU REPERCUSIÓN EN DISTINTAS VARIABLES EN FUNCIÓN DEL PORCENTAJE DE USO

N. Palacios Paíno, C. Santiago Vázquez y B. Portela Martín-Esperanza

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España.

**Objetivos:** El objetivo principal consiste en comparar diferentes variables relacionadas con el control glucémico en pacientes portadores de sistemas de monitorización continua de glucosa, confrontando aquellos con un tiempo activo del sensor ≥ 90% frente aquellos con un tiempo de uso menor.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado en pacientes portadores del sistema de monitorización continua de glucosa Free Style Libre 2. Se utilizó como variable principal el porcentaje de tiempo activo del sensor y se determinaron otros descriptivos, incluyendo la glucosa promedio, el promedio de lecturas por día, el porcentaje de tiempo en rango y la desviación estándar de glucosa. Se realizaron pruebas de Mann-Whitney para comparar los sujetos con actividad del sensor ≥ 90% (grupo “Sí”) frente a < 90% (grupo “No”). Las correlaciones entre la actividad del sensor y otras varia-

bles se calcularon mediante el coeficiente de Spearman o Pearson según los supuestos.

**Resultados:** Se evaluaron 963 sujetos, de los cuales 6 datos estaban ausentes para la variable principal (porcentaje de tiempo activo del sensor). La media de esta variable fue del 90%, con una desviación estándar de 16,8%. La media de la glucosa promedio fue de 170 mg/dL (DE = 44,0 mg/dL), el promedio de lecturas por día fue de 24,2 (DE = 31,8), el porcentaje en el objetivo 59,6% (DE = 21,3) y la desviación estándar de glucosa fue de 34,6 mg/dL (DE = 7,41). Comparando los sujetos con un tiempo de actividad del sensor ≥ 90% frente a aquellos con un tiempo menor, se vio que el primer grupo mostraba unos niveles más bajos de glucosa promedio (correlación negativa moderada Rho = -0,225, p < 0,001), un valor superior de porcentaje dentro del objetivo (correlación positiva R = 0,202, p < 0,001), y una diferencia leve pero significativa (p = 0,015) en relación con el coeficiente de variación (correlación negativa débil, R = -0,064, p = 0,049).

Variable	Grupo “NO” Media (DE)	Grupo “Sí” Media (DE)	p
Glucosa promedio (mg/dL)	186,0 (54,2)	166,0 (39,6)	< 0,001
% en el objetivo	51,3 (23,4)	61,9 (20,1)	< 0,001
Coeficiente de variación	35,8 (7,8)	34,3 (7,3)	0,015
Edad (años)	29,5 (5,4)	56,5 (13,7)	< 0,001

**Conclusiones:** La actividad del sensor (% tiempo activo) influye significativamente en parámetros clave, destacándose las correlaciones con glucosa promedio y porcentaje en el objetivo. Sujetos con mayor actividad (≥ 90%) presentan un mejor control glucémico y menores variaciones.

#### P-052. PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA LIDERADO POR LA ENFERMERA CONSULTORA DEL HOSPITAL: GRADO DE IMPLEMENTACIÓN Y EFICACIA A CORTO PLAZO

M.J. Martínez Roldán<sup>a</sup>, N. Mangas Fernández<sup>a</sup>, M.C. Martínez Melgar<sup>a</sup>, M.L. Calonge Carbonell<sup>b</sup>, T. Rodríguez González<sup>b</sup>, A. Chico Ballesteros<sup>a,c,d</sup> y A. Pérez Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>b</sup>Centro de Atención Primaria Passeig de Maragall, Barcelona, España.

<sup>c</sup>CIBER-BBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

<sup>d</sup>Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

**Introducción:** La cobertura pública de los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) en personas con diabetes tipo 2 (PcDM2) tratados con múltiples dosis de insulina, establece que su acceso debe producirse en el ámbito asistencial habitual y continuado del paciente, generalmente Atención Primaria (AP). Para implementar la MCG en los Centros de AP (CAP) del área de influencia del Hospital, diseñamos un programa colaborativo liderado por la figura de la enfermera consultora del Hospital (ECH) centrado en el empoderamiento de los equipos de AP.

**Objetivos:** Evaluar la implementación y la eficacia a corto plazo de un programa destinado a la introducción de la MCG en PcDM2 seguidos en AP.

**Material y métodos:** Se seleccionaron referentes médicos/enfermería en diabetes de cada CAP. Recibieron formación grupal de dos sesiones híbridas de 2 horas impartidas por la ECH para capacitar posteriormente a sus equipos. Los referentes identificaron a los candidatos y emplearon un *checklist* para recopilar información y evaluar habilidades técnicas, recursos y soporte necesario. El programa incluyó una visita inicial individual y una formación grupal de 2 sesiones ( $n = 2-4$ ), ocasionalmente individual, realizadas por enfermera de AP y ECH: la primera enfocada al manejo del sensor y solución de problemas; la segunda a interpretación de datos, reposición del sensor y resolución de dudas. El seguimiento incluyó visitas a los 1, 3, 6 y 12 meses, realizadas por los referentes médicos/enfermería, con/sin apoyo de la ECH. En estas visitas se recogieron datos metabólicos, antropométricos y de adaptación al dispositivo.

**Resultados:** Se analizaron las 100 primeras PcDM2: 42% mujeres, edad  $73,68 \pm 11$  años, duración DM2  $21,4 \pm 9$  años, IMC  $27,9 \pm 7$  kg/m<sup>2</sup>, HbA<sub>1c</sub>  $7,63 \pm 1,2\%$ , al menos un 41,5% presentan una complicación crónica de la diabetes. Un 10% habían presentado alguna hipoglucemía grave. Se iniciaron 54 sensores FreeStyle Libre 2 y 46 Dexcom One+, un 64% con lector/receptor. El 75,9% utilizaba una pauta de insulina prandial móvil con algoritmo. A los 3 meses ( $n = 54$ ) se observó: uso del sensor  $95 \pm 7\%$ , n.º escaneos  $22,2 \pm 24$ , TIR  $67,9 \pm 17\%$ , TAR1  $24,6 \pm 12\%$ , TAR2  $6,3 \pm 9\%$ , TBR1  $0,9 \pm 2\%$ , TBR2  $0,18 \pm 0,4\%$ , glucosa media  $162 \pm 26$  mg/dl, CV  $29,9 \pm 9\%$ , GMI  $7,17 \pm 0,5\%$ . No hubo cambios significativos en dosis de insulina en estos primeros 3 meses.

**Conclusiones:** El programa permitió implementar la MCG en PcDM2 en AP, respetando el proceso asistencial. Además, facilitó el empoderamiento de los profesionales, el uso adecuado del dispositivo y un buen control glucémico a corto plazo.

#### P-053. SATISFACCIÓN CON UN PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA LIDERADO POR LA FIGURA DE LA ENFERMERA CONSULTORA DEL HOSPITAL DE REFERENCIA

M.C. Martínez Melgar<sup>a</sup>, N. Mangas Fernández<sup>a</sup>, M.J. Martínez Roldán<sup>a</sup>, E. Mañes López<sup>b</sup>, C. Ceña Arce<sup>c</sup>, M. Sagarra Rius<sup>d</sup> e I. Miñambres Donaire<sup>a,e,f</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>b</sup>Centro de Atención Primaria Passeig de Maragall, Barcelona, España. <sup>c</sup>Centro de Atención Primaria Sanllehy, Barcelona, España. <sup>d</sup>Centro de Atención Primaria Sant Joan, Barcelona, España. <sup>e</sup>CIBERDEM, Madrid, España.

<sup>f</sup>Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, España.

**Introducción:** La resolución de la cobertura pública establece el acceso a la monitorización continua de glucosa (MCG) en el ámbito asistencial habitual y continuado de la persona con diabetes tipo 2 (PcDM2), generalmente, la Atención Primaria (AP). En nuestro servicio de Endocrinología se está llevando a cabo un programa de implemen-

tación liderado por la figura de la enfermera consultora del hospital (ECH). Se trata de un modelo integral y colaborativo llevado a cabo en los centros de AP del área de influencia del hospital. Combina formación híbrida, personalizada, de soporte continuo para pacientes y familias con la capacitación y el apoyo del profesional de AP.

**Objetivos:** Analizar la satisfacción de las personas con diabetes tipo 2 (PcDM2) en relación con el programa educativo diseñado, considerando su impacto en el uso adecuado de la MCG y en la experiencia del paciente.

**Material y métodos:** El programa incluye una visita inicial individual y una formación grupal/individual de 2 sesiones ( $n = 2-4$ ) realizadas por enfermera de AP y la ECH: la primera enfocada al manejo del sensor y solución de problemas; la segunda a interpretación de datos, reposición del sensor y resolución de dudas. El seguimiento es individual y a los 1, 3, 6 y 12 meses realizado por los referentes médicos/enfermería, con/sin apoyo de la ECH. En la visita realizada al mes, los pacientes cumplimentaron un cuestionario de cinco preguntas tipo Likert (puntuación máxima 5) creado *ad hoc*, para valorar la satisfacción general con la formación, la utilidad percibida, la satisfacción con el uso del sensor, las dificultades y la disposición a recomendar el programa.

**Resultados:** Se analizaron los primeros 100 PcDM2 (42 mujeres, edad  $73,68 \pm 11$  años, duración DM2  $21,4 \pm 9$  años). El 89% dispuso de las capacidades adecuadas para el uso de la MCG y además el 48% disponía de soporte. El 64% utilizaron lector/receptor. La satisfacción global obtuvo una mediana de 24 puntos (P25-P75: 23-25) sobre un máximo de 25, reflejando una alta aceptación del programa. La satisfacción con la formación mostró una mediana de 5 (P25-P75: 4-5) y las dimensiones de percepción de utilidad, facilidad y satisfacción con el uso de MCG alcanzaron puntuaciones máximas, con medianas de 5 (P25-P75: 5-5). Además, la disposición a recomendar el programa se valoró con mediana de 5 (P25-P75: 4,2-5), consolidando la percepción positiva de los participantes.

**Conclusiones:** La satisfacción del paciente con el programa de implantación de MCG en AP liderado por la ECH de referencia es muy elevada. El programa educativo fue percibido como adecuado y útil y el uso del sensor generó muy pocas dificultades. La disposición generalizada a recomendar el programa refuerza la aceptación del modelo y su potencial para mejorar el manejo de la diabetes.

#### P-054. RELACIÓN ENTRE LAS EMOCIONES Y TIPOS DE APEGO EN LAS PERSONAS CON DM1

M.A. Rivas Carro<sup>a</sup>, M. Pazos-Couselo<sup>b</sup>, J. Moreno Fernández<sup>c</sup>, Ó. Lado-Baleato<sup>d</sup>, V. Izquierdo<sup>b</sup>, M.J. Ferreira Díaz<sup>a</sup>, I. Rivas Fernández<sup>a</sup>, J.M. de Matías Leralta<sup>e</sup> y J.I. Vidal Pardo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Escuela Universitaria de Enfermería, USC-Campus Lugo, Hospital Universitario Lucus Augusti, SERGAS, Lugo, España. <sup>b</sup>Facultad de Enfermería, USC, Santiago de Compostela, España. <sup>c</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, España. <sup>d</sup>Research Methodology Group, ISCIII Support Platforms for Clinical Research, Health Research Institute of Santiago de Compostela (IDIS), Galician Health Service, USC, Santiago de Compostela, España.

<sup>e</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Lucus Augusti, Educación Diabetológica, Lugo, España.

**Introducción:** En los últimos años, la teoría del apego ha sido referente para comprender el desarrollo y cambio en la personalidad, así como la auto y la heteroregulación emocional, otorgando una relevancia fundamental a la necesidad de establecer vínculos afectivos contingentes y nutritivos con otros seres humanos. Dado que dicha regulación emocional tiene impacto en las personas con diabetes, se estudia la relación que los tipos de apego principales: *seguro* o *inseguro* y dentro de este último *preocupado* o *evitativo* puedan tener en la gestión de la diabetes tipo 1 (DM1).