

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos como PubMed y Cochrane, abarcando estudios publicados entre 2014 y 2024. Se incluyeron ensayos clínicos, estudios epidemiológicos y revisiones bibliográficas. Se emplearon descriptores DeCS y MeSH para la búsqueda y se aplicaron criterios de exclusión para asegurar la relevancia. Se analizaron 6 artículos, evaluando datos sobre control glucémico, medidas antropométricas, parámetros lipídicos y calidad de vida. Se utilizó el método CASPe.

Resultados: Los estudios sugieren que las dietas LC pueden mejorar significativamente la variabilidad glucémica y reducir el tiempo en hipoglucemia sin afectar el tiempo en el rango glucémico objetivo. Schmidt *et al.* (2019) encontraron que una dieta LC mejoró la variabilidad glucémica y redujo la dosis total de insulina. Turton *et al.* (2018) y Kleiner *et al.* (2022) reportaron mejoras en la HbA_{1c} y una menor necesidad de insulina. No obstante, Leow *et al.* (2018) señalaron un aumento en el riesgo de dislipidemia con dietas cetogénicas.

Conclusiones: Las dietas LC muestran potencial para mejorar el control glucémico en DM1, reduciendo la variabilidad glucémica y la necesidad de insulina. Sin embargo, los riesgos de dislipidemia e hipoglucemia requieren una supervisión cuidadosa. Los estudios presentan limitaciones, como tamaños de muestra pequeños y duraciones cortas, destacando la necesidad de investigaciones a largo plazo y con mayor representatividad. Las dietas LC pueden ofrecer beneficios importantes en el manejo de la DM1, mejorando el control glucémico y reduciendo la necesidad de insulina. Es esencial equilibrar estos beneficios con los riesgos potenciales, asegurando una supervisión médica continua. Se recomienda realizar ensayos clínicos a largo plazo con muestras más amplias para confirmar estos hallazgos y optimizar las recomendaciones dietéticas. La implementación de dietas LC debe ser apoyada por un equipo multidisciplinario que proporcione educación continua y soporte nutricional a los pacientes.

P-132. ¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A LOS PADRES CON HIJOS CON DIABETES TIPO 1 EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO?

I. García Herrero^a, M.D. García García^b, D. Sánchez Fenollar^a, A.B. García Fernández^a, C. García Gimenez^c, M.D. Carrillo García^a e I. Río Moso^d

^aEAP San Antón, Cartagena, España. ^bEAP Orihuela Costa, Orihuela, España. ^cComplejo Hospitalario de Cartagena, España. ^dEAP Torre Pacheco Este, Torre Pacheco, España.

Introducción: El debut en diabetes tipo 1 es un momento traumático para los padres, debemos dar conocimientos y habilidades en muy poco tiempo.

Objetivos: Queremos saber si existe forma de preparar a los padres candidatos a tener niños diabéticos tipo 1 en los próximos 2 o 3 años.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Cochrane y Tripdatabase; utilizando los descriptores que se muestran en la tabla. Criterios de inclusión: Artículos < 5 años de antigüedad, en inglés y español, bases de datos de PubMed, Cochrane y Tripdatabase. Criterios de exclusión: Artículos duplicados. Número de registros identificados mediante búsquedas en bases de datos: PubMed, Cochrane,

Google académico. n = (170). Número de artículos evaluados para su elegibilidad (n = 6). Número de artículos excluidos (n = 170).

Resultados: Se eligieron seis artículos. Se definen tres estadios en la diabetes tipo 1, marcados por los anticuerpos antiislotes. Dichos anticuerpos son el anti GAD65, el anti IA2, los antiinsulina y el anti-zinc (ZnT8). Estadio 1: tiene 2 o más anticuerpos y glucemias normales; Estadio 2: tiene 2 o más anticuerpos y disglucemia (criterios prediabetes de la ADA); Estadio 3: es el debut de la diabetes tipo 1. Se sabe que una persona en estadio 1 va a desarrollar el estadio 3 (diabetes clínica) con un 100% de seguridad. Ahora mismo se plantea (en EE. UU.) que se les haga anticuerpos a todos los familiares de primer o segundo grado de una persona que tenga diabetes tipo 1 porque tienen 15 veces más riesgo que la población general. Se puede hacer por extracción venosa, sangre capilar o por gota seca (como la prueba del talón) dependiendo del laboratorio del hospital. Y con eso, ya puedes detectar si tiene anticuerpos. Si es positivo a dos o más, hay que hacerle una sobrecarga de glucosa para ver en qué estadio está.

Conclusiones: Existen formas de detectar de manera precoz a los niños que van a debutar con diabetes tipo 1 con bastante fiabilidad y de manera sencilla. En Estados Unidos, el uso del nuevo fármaco teplizumab (aún no aprobado en España), que puede retrasar el debut de la diabetes tipo 1 entre dos y cuatro años, permite que la familia tenga el tiempo suficiente para adquirir esas competencias de forma gradual y sin que su vida cambie de forma súbita. Además, se ha demostrado una reducción de las cetoacidosis diabéticas en los niños.

P-133. REPERCUSIÓN DE LA DIABETES TIPO 1 INFANTIL SOBRE PADRES Y MADRES EN SU ROL DE CUIDADOR

E. Escobedo Mesas y C. Moreno Tenorio

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 1 en pacientes pediátricos es una patología que no solo afecta al propio paciente, sino que repercute de forma directa en el rol del cuidador de los padres que deben asumir gran parte de los cuidados que el niño requiere, especialmente cuando el debut se produce en una edad temprana. Esto condiciona incluso su actividad laboral, que deben abandonar de forma frecuente para modificar su terapia. Por ello, detectar datos de sobrecarga en su rol del cuidador es importante para generar herramientas que les ayuden en este sentido.

Material y métodos: Estudio transversal prospectivo de una muestra de niños con diabetes tipo 1 en seguimiento en una unidad especializada. Se recogieron variables basales acerca de la fecha del diagnóstico de su diabetes y su control glucémico, y se realizó el test de Zarit para evaluar el cansancio del rol del cuidador en los padres de los niños, evaluando además su impacto a nivel laboral. Se empleó media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico para expresar las variables cuantitativas según si estas seguían o no una distribución normal.

Resultados: 138 niños (69% varones) fueron incluidos. La edad mediana al diagnóstico fue de 6 años (Q1-Q3: 3-9 años) y desde su diagnóstico hasta la inclusión de este estudio habían pasado 4 años de mediana (Q1-Q3: 2-9 años). El 26% portaban sistemas híbridos de

Tabla P-132

Participante	Intervención	Comparación	Resultado
Diabetes mellitus tipo 1	Nuevos tratamientos para la diabetes tipo 1 aceptados FDA	Tratamientos para la diabetes tipo 1 no aceptados agencia española medicamento	Predicción debut diabetes tipo 1

asa cerrada. Respecto al control glucémico, la monitorización de glucosa intersticial (MGI) mediana era de 7,1% (Q1-Q3: 6,7-7,4%), la variabilidad mediana del 37,2% (Q1-Q3: 33,3-41%) y el tiempo en rango del $64,4 \pm 15,3\%$. La puntuación media de la escala Zarit fue 20 ± 7 puntos, estando el 64,5% de los padres con datos de sobrecarga intensa en la escala. El menor tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue asociado a una mayor sobrecarga (3 vs. 7 años de mediana; $p = 0,013$) sin diferencias respecto a la edad al diagnóstico ($p = 0,7$) o los datos de control glucémico. De los padres, el 26% tenía una reducción laboral, la mayoría (58%) con un porcentaje de reducción superior al 95% de la jornada y que en el 94% de los casos recaía en la madre.

Conclusiones: La diabetes tipo 1 supone una importante sobrecarga para los padres como así demuestran los resultados de test de Zarit y la necesidad frecuente de solicitar reducciones laborales de la mayoría de la jornada. Esta reducción impacta de manera abrumadoramente desigual en las madres. En nuestra serie el tiempo transcurrido desde el diagnóstico reducía los datos de sobrecarga del cuidador, en posible relación con la ganancia de autonomía del niño.

P-134. EDUCACIÓN EMOCIONAL: HUMANIZANDO LA SALUD MENTAL EN PERSONAS CON DIABETES

A. García Fernández, M.C. del Castillo Olivares Pantoja y A. López Bejarano

Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, España.

Introducción: El programa de atención emocional para pacientes con diabetes reconoce que el manejo de esta enfermedad no se limita a aspectos físicos, sino que incluye también aspectos emocionales y psicosociales. La gestión diaria de la diabetes implica constantes decisiones sobre alimentación, tratamiento y estilo de vida, lo que puede desencadenar problemas psicológicos como ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria. A menudo, los pacientes tienen dificultades para aceptar ayuda psicológica debido al estigma social, pero la atención especializada de enfermería en salud mental puede ser más accesible y aceptable. Es esencial que los profesionales aborden la interrelación entre diabetes y salud mental integralmente para brindar atención óptima.

Objetivos: Dotar de educación emocional a los pacientes con diabetes. Reducir los factores de riesgo como la depresión y los trastornos del control de impulsos. Capacitar a los pacientes con diabetes en el control de las emociones para que ello no afecte negativamente al tratamiento. Proveer de estrategias para el afrontamiento de problemas y resolución de conflictos.

Material y métodos: El programa de atención emocional propuesto se lleva a cabo mediante sesiones individuales en el Hospital Universitario del Sureste. Las enfermeras especializadas en diabetes derivan a los pacientes a las sesiones de enfermería de salud mental, donde se abordan aspectos emocionales, resolución de conflictos y

estrategias de afrontamiento. Además, se enfatiza la importancia de la educación terapéutica en diabetes y se brinda apoyo continuo a lo largo del proceso.

Resultados: Se desarrolla el programa durante el año 2024, los diagnósticos enfermeros más comunes abordan el afrontamiento familiar comprometido, inefectivo o deficiente, baja autoestima situacional, conocimientos deficientes, disposición para mejorar la gestión de la propia salud, mantenimiento ineficaz de la propia salud, deterioro de la integridad social y ansiedad. Estas intervenciones y diagnósticos buscan mejorar el manejo emocional y físico de los pacientes con diabetes. Queda pendiente de realizar una evaluación del programa por parte de los intervinientes, los cuales durante el año 2025 se recogerán dichos datos para generar un informe de evaluación del programa, realizando mejoras en los años consecutivos, adaptándose a las necesidades que hayan surgido según las evaluaciones realizadas.

Conclusiones: Se concluye que un buen estado psicológico y mental resulta beneficioso para diversos aspectos del tratamiento médico de la enfermedad como adherencia al tratamiento y control de glucemia. Es de gran importancia la aplicación de programas que se acerquen de manera psicosocial a las necesidades individuales de las personas que sufren alguna patología física y psicológica que suponga un obstáculo en sus experiencias vitales. Realizando la búsqueda bibliográfica es notorio destacar la ausencia de documentación de otro recurso hospitalario en el que se desarrolle este tipo de programas, por ello vemos necesaria su divulgación.

P-135. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA Y MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN REDUCCIÓN DE HbA_{1c} Y FACTORES ASOCIADOS

B.I. Delgado Gutiérrez, M. Moro Cabrera, L. Galleguillos Ballesteros, D.G. Ariadel Cobo y M.D. Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León, España.

Introducción y objetivos: La educación diabética es un componente clave en el manejo de la diabetes mellitus (DM). Este estudio analiza el impacto de una intervención educativa y el uso de monitorización de glucosa FreeStyle Libre en la mejora del control metabólico en pacientes con diferentes tipos de DM. Evaluar los cambios en los niveles de HbA_{1c} pre y posintervención y determinar la relación de estos cambios con la edad y los años desde el diagnóstico de los pacientes.

Material y métodos: Las variables analizadas incluyeron edad, años de diagnóstico y niveles de HbA_{1c} antes y después de la intervención. Se utilizaron pruebas t-Student para comparar medias y correlaciones de Pearson para explorar relaciones entre variables.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (59,1% hombres y 40,9% mujeres) con DM tipo 1 (43,2%), DM tipo 2 (46,6%), DM 3C (2,3%),

Tabla P-135

Variables principales

Variable	Media/Mediana	DE/Rango	Correlación (r)	p (Significancia)
Edad (años)	59,19	12,9		
HbA _{1c} inicial (%)	8,55	7,6-9,6	-	-
HbA _{1c} posintervención (%)	7,89	(7,2-8,38)	-	-
Diferencia HbA _{1c} pre-post	-0,86	1,50	-	< 0,001
Años desde diagnóstico	17,09	11,97	0,304	0,004