

LADA (6,8%) y MODY (1,1%). La HbA_{1c} inicial tuvo una mediana de 8,6% (rango: 7,6-9,6), reduciéndose a 7,9% (rango: 7,2-8,38) posintervención. La reducción promedio fue de -0,86% ($p < 0,001$). No se encontró correlación significativa entre la edad y los cambios en HbA_{1c} ($r = 0,088$, $p = 0,417$). Sin embargo, los años desde el diagnóstico mostraron una correlación positiva baja pero significativa con la reducción de HbA_{1c} ($r = 0,304$, $p = 0,004$), indicando mayores mejoras en pacientes con mayor tiempo de evolución. Comparando DM 1 con DM 2 no se encuentran diferencias de HbA_{1c} pre y posintervención, ni en la diferencia de HbA_{1c} obtenida tras la intervención.

Conclusiones: La intervención educativa combinada con la monitorización continua de glucosa resultó en una reducción significativa de HbA_{1c}, especialmente en pacientes con mayor tiempo desde el diagnóstico, sin diferencias entre DM1 y 2. Estos hallazgos destacan la importancia de estrategias personalizadas basadas en la historia clínica de los pacientes para optimizar el control metabólico.

P-136. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE DIABÉTICO

M. Camarero Erdoiza, A. Zarandona del Campo, M.Á. Villahoz Iglesias, U. Pérez Domínguez, I. Hidalgo Málaga, N. San José Pérez y A. Fraile Vázquez
Hospital Galdakao Usánsolo, España.

Introducción: La educación terapéutica es fundamental en el tratamiento de la diabetes mellitus. Está orientada a aumentar la adherencia al tratamiento y potenciar la autogestión de la enfermedad por parte del paciente, reducir complicaciones crónicas y agudas y mantener y/o mejorar la calidad de vida. Está constatado que una intervención no es suficiente y que son necesarios programas estructurados y constantes para conseguir una adherencia de los pacientes a la buena praxis. Hemos observado, que no tenemos herramientas de uso común fáciles de visualizar para valorar las necesidades de una forma objetiva sobre la educación recibida y pendiente de recibir por parte del paciente.

Objetivos: Disponer de una herramienta que sirva de guía a los profesionales sanitarios y permita visualizar de manera sencilla la formación recibida por la persona con diabetes, además de valorar si necesita refuerzo en algún área, o formación pendiente de realizar.

Material y métodos: Crear un formulario que refleja las necesidades educativas implícitas a la diabetes, de forma que se pueda llevar un registro unificado de los conocimientos transmitidos, valorando la actitud y aptitud del paciente y se pueda visualizar desde las diferentes áreas de salud. El formulario refleja las necesidades de conocimiento a nivel básico, avanzado y nuevas tecnologías. Nivel básico/supervivencia: Destinatario de la educación. Fisiopatología, principios básicos de la diabetes. Alimentación. Ejercicio. Técnica glucemia capilar. Tratamiento GLP1. Tratamiento insulina. Gestión de residuos. Hipoglucemia. Hiperglucemia. Cuidado del pie diabético y ojos, importancia de la revisión anual. Nivel avanzado: Alimentación: personalizar aporte calórico, número de tomas y regularidad, método del plato, equivalencias en CH, dieta por raciones. Monitorización *flash* de glucosa: objetivos de control. Insulina: qué sucede si no me administro la insulina o si me administro de más, ratio insulina/carbohidratos, factor de sensibilidad a la insulina, ajustes puntuales, suplemento para cetona, ajuste de pauta base. Hipoglucemia y alcohol. Hiperglucemia y cetosis. Días de enfermedad. Ejercicio: tipos y efecto sobre la glucosa. Situaciones especiales: Contracepción y embarazo. Conducción. Trabajo limitaciones. Viajes. Infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). Bases de tratamiento con ISCI. Prevenir tratar complicaciones agudas. Adaptar requerimientos a actividades cotidianas. Conocer partes de la

bomba. Manejo del sistema. Inserción de cánula/sensor. Conexiones: bomba/glucómetro/sensor/app.

Resultados: Disponemos de un formulario para incorporarlo en la historia clínica y poder ser visualizada de modo rápido y sencillo por todos los profesionales desde diferentes niveles asistenciales.

Conclusiones: Tras la implantación del formulario en la historia clínica, todos los profesionales podrían identificar las necesidades educativas realizadas y pendientes a lo largo de la evolución de la enfermedad según su estadio, y la fecha de realización. Sería recomendable añadir enlaces a documentos de consenso que reflejen los contenidos educativos de cada ítem. Esto ayudaría a unificar criterios, y dar una mejor calidad en la atención a las personas con diabetes.

P-137. EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON DIABETES EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

V. Posa Val

Hospital Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.

Introducción: Los proyectos educativos y de continuidad de cuidados liderados por enfermeras de práctica avanzada DM en el ámbito HAI resultan innovadores dentro del sector y una oportunidad de mejora en la continuidad de cuidados PCC con DM en todas sus variantes. Los equipos multidisciplinares ofrecen la mejora de la ET y la transición entre niveles asistenciales, así como el abordaje multidisciplinar y la visión global.

Objetivos: Potenciar la continuidad de cuidados, la calidad de vida y los PET de los PCC con DM ingresados en HAI.

Material y métodos: Creación de la unidad multidisciplinar de atención a la DM para proporcionar una visión global y multidisciplinar del PCC con DM teniendo a una EPA de DM como líder del proyecto. Se incluyeron pacientes con DM1-DM2, Mody, LADA y pancreatoprávia con edades entre los 30 y los 85 con promedio de 71 años. Mayoritariamente se trataba de pacientes con DM2, no obstante el número de ingresos de pacientes con DM1 se ha incrementado progresivamente según el envejecimiento de la población. Se realizó una anamnesis por parte de la EPA de DM mediante entrevista y instrumentos de evaluación. Se utilizaron los siguientes como VGI-Frail, SCI-R.cat, Prevenir y test de Clark en pacientes DM1. Se obtuvo el grado de fragilidad, la adherencia al tratamiento, la adhesión a la dieta mediterránea y la percepción de hipoglucemias. Se aplicó a cada paciente un PET DM (supervivencia/Debut, adherencia, tecnología, insulinización) basado en necesidades y los resultados obtenidos en la anamnesis, adaptándolos en todo momento a cubrir carencias educativas, mejorar la calidad de vida o la percepción del paciente de la calidad de la asistencia recibida.

Resultados: Se incluyeron un total de 197 casos entre los años 2022 y 2024 de los cuales los PCC con DM recibieron un PET individualizado y en muchos casos se les ofreció soporte tecnológico, así como los casos más extremos se les transicionó al alta con su equipo de atención DM mediante *e-mail*, prealt o contacto telefónico, se realizó una llamada posterior al alta al paciente para evaluar la situación de este en el domicilio.

Conclusiones: Las EPAS DM y equipos multidisciplinares de HAI proporcionan a los PCC con DM continuidad global y soporte como enlace desde que el paciente es dado de alta de los dispositivos de 3r nivel hasta el retorno al domicilio evitando su perdida por el sistema de salud. Estos programas de PET en HAI proporcionan que el paciente mejore sus conocimientos, aumente su adherencia al tratamiento y disminuya las complicaciones agudas relacionadas con la DM, priorizándose la calidad de la vida y la continuidad de atención a través del sistema de salud desde una perspectiva global.