



CO-010 - RELACIÓN ENTRE LA DIABETES TIPO 1 Y LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN POBLACIÓN CATALANA USANDO DATOS EN VIDA REAL

B. Fernández Camins^{a,b,c}, A. Muscarà^{a,d}, E. Navas^b, B. Vlacho^{a,b,e}, J. Franch Nada^{b,c}, D. Mauricio^{a,e,f} e I. Genua^{a,e}

^aEndocrinología y Nutrición, IR Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bGrupo de Investigación Epidemiológica en Diabetes desde la Atención Primaria (DAP-CAT), IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España. ^cDepartament de Medicina, Universitat de Barcelona, España. ^dDipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi di Messina, Messina, Italia. ^eCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Barcelona, España. ^fUniversitat de Vic & Universitat Central de Catalunya, Vic, España.

Resumen

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (EHmet) es altamente prevalente en la población general, y tiene una clara asociación con la obesidad y la diabetes tipo 2. Sin embargo, existe poca información sobre la EHmet en la diabetes tipo 1 (DM1).

Objetivos: Evaluar la prevalencia y características de la EHmet en DM1.

Material y métodos: Estudio retrospectivo transversal usando la base de datos SIDIAP de 2019. Se identificaron sujetos con DM1, y 5 controles sin diabetes, apareados por sexo y edad. En ambos grupos, se excluyeron individuos con ingesta de alcohol de riesgo, y con hepatopatía por otras causas. Se recogieron datos demográficos, clínicos y antropométricos. Se definió EHmet como código diagnóstico y/o 'hepatic steatosis index' (HSI) > 36. El riesgo de fibrosis hepática se evaluó mediante FIB-4. Aquellos sujetos en los que no se pudieron aplicar las fórmulas, se consideraron que presentaban HSI 36 y riesgo bajo de fibrosis. Los factores de riesgo de EHmet se estudiaron mediante análisis multivariante. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico R.

Resultados: En total, se incluyeron 51.909 individuos (8.652 sujetos con DM1, y 43.257 controles). La prevalencia de EHmet observada fue del 10,1% en población con DM1, y de 12,3% en sujetos sin diabetes. El 8,9% de los individuos con DM1, y el 7,9% de los controles presentaron riesgo indeterminado-alto de fibrosis. En el grupo DM1, aquellos con EHmet tenían mayor proporción de mujeres (50,5 vs. 45,6%), mayor edad (54,1 vs. 48,5 años), mayor IMC (30,1 vs. 23,6 Kg/m²), y menor frecuencia de fumadores (19,5 vs. 25,4%), presentaron mayor duración de DM1 (10,7 vs. 9,4 años), peor control glucémico (HbA_{1c} 8 vs. 7,8%), y mayor frecuencia de comorbilidades asociadas, como hipertensión arterial (61 vs. 45%), dislipemia aterogénica (38,7 vs. 22,6%), enfermedad cardiovascular (22,1 vs. 16,5%), y complicaciones crónicas (retinopatía 15,7 vs. 11,3%, neuropatía 16,4 vs. 9,4%, y enfermedad renal crónica 7 vs. 4,7%); p 0,05 en todas las comparaciones. En el análisis multivariante global, la DM1 no fue un factor predictor de EHmet (OR 0,96, IC 0,82-1,12). En un segundo análisis multivariante realizado únicamente en los sujetos con DM1, el IMC, el sexo femenino, y la HbA_{1c} se asociaron con la presencia de EHmet.

Conclusiones: La prevalencia de EHmet en la población con DM1 es similar a la población sin diabetes. De manera específica, la presencia de EHmet en DM1 se asocia a mayor comorbilidad y complicaciones, peor

control glucémico y mayor duración de la diabetes. La presencia de DM1 no fue un factor de riesgo independiente de presentar EHmet.