

Tabla CO-42

CScE

Prueba	Variable	No Sc (n = 48)	Sc (n = 12)	p
1. Baja masa muscular (mM), Sc probable HGS	kg	36,7 ± 8,7	20,8 ± 4,4	< 0,001
2. Baja cantidad muscular (M), confirma Sc				
T12-CT	Área M (cm ²)	78,8 ± 22,3	60,6 ± 12,9	0,009
T12-CT	Índice M esquelético (SMI) (cm ² /m ²)	27,2 ± 7,1	22,6 ± 4,8	0,035
BIA	mM apendicular (ASMM) (kg)	21,2 ± 3,2	17,8 ± 1,1	0,014
BIA	Índice ASMM (ASMI) (kg/m ²)	7,3 ± 0,8	6,6 ± 0,4	0,139
NU	Área transversal recto femoral (RF-CSA) (cm ²)	3,6 ± 1,1	2,5 ± 0,5	< 0,001
NU	Eje Y recto femoral (cm)	1,2 ± 0,3	1,0 ± 0,2	0,022
3. Baja capacidad física junto a 1 y 2, Sc grave TUG	Sentadilla	8,1 ± 6,2	9,1 ± 5,1	0,632

Métodos: Estudio transversal bicéntrico de 61 pacientes (85,2% hombres, 70,9 ± 7,8 años) con FPI. Se realizaron tsVMF: BIVA, NU, T12-CT, fuerza de agarre manual (HGS) y tiempo de levantarse y caminar (TUG)). Los datos del TC se obtuvieron con FocusedON® y el análisis con JAMOV 2.3.22.

Resultados: Los criterios de Sc EWGSOP2 2018 (CScE) según nuestra muestra se exponen en la tabla. El SMI por TC está altamente correlacionado con masa celular del cuerpo (BCM) de la BIVA (0,681) y RF-CSA de la NU (0,599). El α de Cronbach en parámetros a nivel M de diferentes tsVMF y el TC fue 0,735, confirmando su validez para evaluar la composición M. El punto de corte de Sc en T12-CT para área M fue $\leq 77,44$ (área bajo curva (AUC) = 0,734, sensibilidad (S) = 41,7%, especificidad (E) = 100%) y SMI $\leq 24,5$ (AUC = 0,689, S = 66,7%, E = 66,7%).

Conclusiones: La T12-TC en pacientes con FPI es una herramienta útil para detectar Sc, presentando buena correlación con otras tsVMF.

OBESIDAD

43. LOS CAMBIOS EN MICROBIOTA Y EN RESPUESTA INCRETÍNICA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL SON DIFERENTES EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE RESISTENCIA A LA INSULINA

R. Puig Piña¹, E. Martínez López², L. Hernández Montoliu³, M.M. Rodríguez Peña⁴, G. Llauro Cabot⁵, J. Tarascó Palomares⁶, B. Astiarraga⁴, J. Vendrell Ortega⁷, N. Vilarrasa García⁸ y S. Pellitero Rodríguez⁹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-Dos de Maig, Barcelona. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Diamet-Institut d'Investigació Pere Virgili-Universitat Rovira Virgili, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Barcelona. ⁶Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Evaluar si los cambios en la respuesta incretínica (RInc) y la microbiota intestinal (MI) tras 6 meses de una gastrectomía

tubular (GT) se relacionan con el grado de resistencia a la insulina (RI) en pacientes con obesidad sin diabetes.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en pacientes con obesidad, sin diabetes, clasificados según el grado de RI en dos grupos: RI elevada (Hi-IR) si HOMA > p97 y RI menos elevada (Lo-IR) si HOMA < p25, sometidos a GT. Previamente y 6 m tras la GT se realizó estudio de composición corporal (DEXA), test de comida estándar para evaluar RInc (AUC para GLP-1, GLP-2), y determinaciones analíticas incluyendo zonulina, marcadores inflamación (IL-6 y PCR) y se recogió muestra fecal para MI. Se evaluó % pérdida de peso (%PP) a 6m.

Resultados: n = 18 (9 Hi-IR, 9 Lo-IR), edad 48,83 ± 9,2 años, IMC 45,03 ± 4,82 kg/m². %PP 26,5 ± 6% 6m pos-GT. Hi-IR y Lo-IR mejoraron la RInc de GLP-1 y GLP-2 siendo superior en Lo-IR [% incremento GLP-1 (478,74 ± 437,12% en Lo-IR vs. 250,36 ± 188,45% en Hi-IR, p = ns); de GLP-2 (732,95 ± 576,09 en Lo-IR vs. 80,06 ± 111,07% en Hi-IR, p < 0,001)]. Sin correlación entre RInc y zonulina. %PP 6m correlacionó con mejoría RInc de GLP-1. Pre-GT los Hi-IR tenían mayor prevalencia de *Prevotella*, que correlacionó positivamente con IMC y circunferencia de la cintura y negativa con RInc; en los Lo-IR predominaron *A. muciniphila*, *D. invisus* y *Clostridium*, este último correlacionó negativamente con IMC, IL-6 y masa grasa. Tras GT en los Hi-IR disminuyeron *Prevotella* y aumentaron *Akkermansia*, *Streptococcus* y *Veillonella*; en grupo Lo-IR aumentaron *Roseburia*, *Alistipes*, *Ruminococcus* y *Firmicutes* y disminuyeron *Dialister* y *Megamonas*. No observamos correlación entre microbiota y %PP.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren la existencia de una MI característica asociada a la RI. Tras GT mejora la respuesta incretínica y cambia la MI de manera diferencial según el grado de RI previo a la cirugía sin que esto se asocie con el %PP tras GT.

44. PATRONES DE OBESIDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: ESTUDIO DE PREVALENCIA

A. Lupiáñez-Barbero¹, S. Caparrós-Molina², R. Ponce-Valero³, A. Ribas⁴, T. Martínez-Sánchez⁵ y S. Martínez-Vaquera⁶

¹Dietética-Nutrición, Diaverum Servicios Renales. ²Dirección Médica, Diaverum Servicios Renales, C.D. Verge de Montserrat.

³Psicología General Sanitaria, Diaverum Servicios Renales.

⁴Supervisión de Enfermería, Diaverum Servicios Renales, C.D.

Verge de Montserrat. ⁵Dirección B&D, Diaverum Servicios Renales.

⁶Dirección Médica, Diaverum Servicios Renales.

Introducción: La prevalencia de obesidad (Ob) en pacientes con enfermedad renal crónica en HD (ERC-HD) es mayor del 30%. Desde

la SEN, SLANH y SEEDO proponen una nueva clasificación basada en las alteraciones renales y el estadio de ERC.

Objetivos: Conocer la prevalencia de obesidad, obesidad abdominal (OA), obesidad sarcopénica (OS), ángulo de fase (AF) global y segmental de pacientes con ERC-HD.

Métodos: Estudio trasversal de 190 pacientes. Evaluamos la composición corporal y el AF mediante BIA segmental multifrecuencia *inbody* S10 posdiálisis. Definimos la Ob: $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$; y porcentaje de grasa corporal (PGC) $> 25\%$ en hombres y $> 33\%$ en mujeres. Definimos la OA: circunferencia de cintura (CC) $\geq 102 \text{ cm}$ en hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ en mujeres; y área de grasa visceral (AGV) $\geq 100 \text{ cm}^3$. Definimos la OS: $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ con índice de masa musculoesquelética (IMME) $< 7 \text{ kg/m}^2$ en hombres o $5,5 \text{ kg/m}^2$ en mujeres. Estadística paramétrica y no paramétrica.

Resultados: Prevalencia de Ob según $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ del 21,1%. Diferencias significativas entre hombres (15,25%) y mujeres (30,55%) ($p < 0,05$). Peso seco (PS) mediano de pacientes con Ob de 83,25 kg (75,85-92) vs. PS sin Ob de 63,8 kg (57-71,3). No diferencias significativas en edad [Ob: 71 años (58,5-79) vs. sin Ob: 71 años (58-80)]. Prevalencia de Ob según PGC del 52,5% en hombres y 52,8% en mujeres (NS). Prevalencia de OA según el AGV del 44,2%. Diferencias entre hombres (36,4%) y mujeres (57%) ($p < 0,05$). Y según la CC fue del 22% en hombres y 47,2% en mujeres ($p < 0,05$). Prevalencia de OS fue del 5,6% hombres vs. 4,5% mujeres ($p < 0,05$). El AF global [5,1 (4,6-5,6)] y troncular [8 (7-9,5)] en pacientes con $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ fue mayor que pacientes con $\text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ [4,7(3,7-5,6) y 7,1 (5,3-9,2)] ($p < 0,05$). No diferencias en AF segmental.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad en los pacientes con ERC-HD definida por el PGC y AGV es mayor. Un cribado mediante BIA realizado por un equipo multidisciplinar permitiría un manejo más eficaz e individualizado.

45. CAMBIOS EN LA DINÁMICA DE LOS ÁCIDOS BILIARES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

L. Hernández-Montoliu¹, F.J. Osuna-Prieto², F. Guerrero-Pérez¹, R. López-Urdiales¹, M. López-Vázquez¹, M. Montserrat¹, M. Silva Ayala¹, S. Pellitero³, J. Vendrell² y N. Vilarrasa¹

¹Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. ³Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Los ácidos biliares (AB) participan en la regulación de la homeostasis glucémica, metabolismo lipídico y gasto energético, y se relacionan con las incretinas y la microbiota intestinal. En personas con obesidad y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) existe una disrupción de su dinámica, con niveles más elevados en ayunas y un menor pico postprandial. La cirugía bariátrica podría restaurar estas alteraciones, asociándose a una mejora metabólica.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico que incluye individuos con diferentes grados de obesidad sometidos a: intervención dietética, gastrectomía vertical y *bypass* gástrico. Se estudiaron los AB, GLP-1, GLP-2, glucosa e insulina tras test de comida mixta (TCM), así como estudio de microbiota fecal, antes de la intervención y al seguimiento (6-12 meses).

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes. Cohorte 1: Individuos con obesidad grado I-II sometidos a intervención dietética $n = 36$, edad $49,31 \pm 1,1$ años, e IMC de $35,7 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$. Cohorte 2: Pacientes con obesidad grave sin DM2 intervenidos con gastrectomía vertical $n = 39$, edad $48,3 \pm 8,4$ años e IMC $44,9 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$. Cohorte 3: Pacientes con obesidad grave y DM2 intervenidos con *bypass* gástrico $n = 27$, $52,6 \pm 5,5$ años, IMC $41,5 \pm 5,3 \text{ kg/m}^2$ y HbA1c $7,1 \pm 1,3\%$. Los pacientes con obesidad grave presentaron un menor pico postprandial de AB comparados con obesidad grado I-II. En la cohorte 1 no se observaron cambios en la dinámica de AB. En la cohorte 2, se observó un aumen-

to de AB total y secundarios tras TCM. En la cohorte 3, en ayunas existía un aumento de los niveles de AB total, primarios y conjugados con glicina, pero no se vieron cambios significativos tras TCM.

Conclusiones: Los pacientes con obesidad grave presentan una disrupción en la dinámica de AB. La CB produce cambios en la dinámica y composición de AB, variables dependiendo del tipo de cirugía empleada y del metabolismo hidrocarbonado basal del paciente.

46. PREVALENCIA E IMPACTO DE LA OBESIDAD MATERNA EN LOS RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN EL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

M. Carrasco Marín Blázquez y G. Monroy Rodríguez

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La obesidad materna se asocia con mayor morbilidad obstétrica y neonatal.

Objetivos: Identificar la prevalencia de obesidad entre gestantes en el área sanitaria de Lleida. Evaluar el impacto de los diferentes grados de obesidad (definidos por IMC) en los resultados obstétricos y neonatales.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de gestantes con parto atendido en el Hospital Arnau de Vilanova del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022. Se determinó la prevalencia de obesidad y se compararon los resultados obstétricos y neonatales entre mujeres con $\text{IMC} < 30$ y $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, y entre las distintas categorías de obesidad.

Resultados: Se evaluaron 2154 mujeres encontrándose que el 13,1% presentaba obesidad (71,7% grado I, el 22,6% grado II y el 5,3% grado III). Las mujeres con obesidad presentaron mayores tasas de hipertensión crónica (0,7 vs. 0,1% $p = 0,006$), diabetes gestacional (15,9 vs. 8,4% $p < 0,01$), inducción del parto (44,2 vs. 34,4% $p = 0,001$), cesárea (25,1 vs. 19,6 $p = 0,029$) y macrosomía neonatal (10,6 vs. 4,8% $p = 0,001$) respecto a las mujeres con $\text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$. También tendieron a ser mayores (33 (27, 36) vs. 31 (27,35) años $p = 0,043$) y a tener más embarazos previos. En el análisis por categorías de IMC , el grupo II presentó tasas significativamente mayores de multiparidad (79,7%), HTA pregestacional (3,1%) y diabetes gestacional insulinizada (7,8%). En el grupo III la edad gestacional al parto fue menor 37 (+3,3) semanas y mayor la frecuencia de Apgar < 7 a los 5 minutos (6,3%) y de muerte fetal (6,3%).

Conclusiones: En el área sanitaria de Lleida, la prevalencia y gravedad de la obesidad en gestantes se asemeja a la reportada en estudios nacionales. Además, se observa que el incremento del IMC puede influir en estas complicaciones de manera variada y no uniforme.

47. EL TRATAMIENTO CON UN AGONISTA DUAL MEJORA LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PERSONAS QUE VIVEN CON SOBREPESO/OBESIDAD

A. Soto-González¹, D.M. Bushnell², C.W. Le Roux³, O. Steen⁴, K.J. Lucas⁵, M. Brod⁶, C.A. Roberts⁷, E. Startseva⁸, A. Unseld⁹ y A. Uster⁸

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Evidera PPD, Bethesda, MD, EE. UU. ³St. Vincent's University Hospital and University College Dublin School of Medicine, Dublin, Irlanda. ⁴LMC Diabetes & Endocrinology, Toronto, ON, Canadá. ⁵Diabetes & Endocrinology Consultants, Morehead City, NC, EE. UU. ⁶The Brod Group, Mill Valley, CA, EE. UU. ⁷Department of Psychology, Institute of Population Health, University of Liverpool, Liverpool, Reino Unido. ⁸Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Alemania. ⁹Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co, KG, Biberach an der Riß, Alemania.

Introducción: Los efectos del tratamiento sobre la conducta alimentaria requieren una caracterización adicional en personas que viven con sobrepeso/obesidad. Análisis del ensayo clínico fase II (NCT04667377) con un agonista dual del receptor de glucagón/péptido-1 similar al glucagón (GCGR/GLP-1R) (BI 456906) en adultos con IMC ≥ 27 kg/m². Se evaluó el efecto del tratamiento sobre la conducta alimentaria utilizando el Eating Behavior Patient-Reported Outcome (EB PRO).

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, de 46 semanas (W), de búsqueda de dosis de BI 456906 (0,6-4,8 mg) subcutáneo semanal. El EB PRO (Comportamiento Alimentario Total [TEBS] y dos dominios sobre Deseo de Comer [DtE] y Capacidad de Resistir [CtR]) se evaluó en la selección, basal, W20 y W46.

Resultados: Se aleatorizaron 387 pacientes (tratados [TS] N = 386; análisis completo [FAS] N = 384; n = 77 por brazo). Edad media basal (FAS) (DE) 49,1 (12,9) años, 68,2% mujeres y 78,4% raza blanca, peso corporal medio (DE) 105,7 (20,4) kg e IMC 37,1 (6,1) kg/m². El 90,1% tenían obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²). Los pacientes tratados con BI 456906 mostraron una mayor mejoría frente a placebo en ambos dominios en todas las dosis, una mayor mejoría con dosis de 3,6 y 4,8 mg. El análisis *post hoc* MRMM (n = 185) reveló que BI 456906 (agrupando 3,6-4,8 mg) frente a placebo mejoró la puntuación ajustada de la DtE (-5,15 vs. -2,57), CtR (-6,38 vs. -4,23) y TEBS (-11,51 vs. -6,81) en W46. En pacientes respondedores a BI 456906 versus placebo, hubo una mejoría de 24 puntos en la DtE (64,7 vs. 38,0%) y la CtR (72,5 vs. 56,0%). Un 67,6% de los pacientes tratados con BI 456906 frente a un 44,0% con placebo presentaron una mejoría de 28 puntos en TEBS.

Conclusiones: BI 456906 tuvo una eficacia sustancialmente mayor que placebo en la mejoría de la conducta alimentaria, adicional al asesoramiento dietético y estilo de vida apropiado. Otras medidas de la conducta alimentaria ayudarán a confirmar estos datos.

48. PROSPECTIVE STUDY TO EVALUATE RECTUS FEMORIS MUSCLE ULTRASOUND FOR BODY COMPOSITION ANALYSIS IN PATIENTS UNDERGOING BARIATRIC SURGERY

A. Simó Servat¹, L.M. Escobar Lezcano², C. Quirós López¹, C. Puig Jové¹, M.J. Barahona Constanzo¹, M. Ibarra³, M. Libran Torrente³ and V. Perea Castilla¹

¹Endocrinología, Hospital Mútua de Terrassa. ²Cirugía, Hospital Mútua de Terrassa. ³Dietética y Nutrición, Hospital Mútua de Terrassa.

Introduction: Bariatric surgery (BS) has a significant impact on body composition (BC) and consequently may affect established sarcopenic obesity (SO). The aim of this study is to assess the utility of muscle ultrasound (MUS) of rectus femoris thickness (RFT) for the evaluation of BC in patients undergoing BS compared to bioimpedance analysis (BIA), dynamometry and dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA). Moreover, we aim to demonstrate how MUS of RFT correlates better with the quality of life (QoL) in this population, in comparison to the other mentioned methods.

Methods: Prospective pilot study including 77 subjects (64.9% female, mean age: 53.2 \pm 8.67 years) who underwent BS. Handgrip strength was measured using a dynamometer, fat-free mass index (iFFM) was assessed by BIA, appendicular muscle index (AMI) was calculated using DEXA and RFT was measured by MUS. HOMA-IR was calculated too. All these measurements were conducted 1 month prior to BS and at the 12-month follow-up. QoL was assessed using the Moorehead-Ardelt questionnaire.

Results: The mean BMI decreased by 12.95 \pm 3.56 kg/m² (p = 0.001). We observed positive correlation pre-surgery between HOMA and: RFT (r = 0.27, p = 0.02), iFFM (r = 0.36, p = 0.001), AMI (r = 0.31, p = 0.01) and dynamometer (r = 0.26, p = 0.02). In addition, we found correlation between RFT and iFFM (pre-surgical: r = 0.31,

p = 0.01; post-surgical: r = 0.25, p = 0.05) and between RFT and lower extremities AMI post-surgical (r = 0.27, p = 0.04). We observed significant reductions in iFFM, AMI and RFT (p = 0.001), but not with dynamometer (p = 0.94). A tendency to a positive correlation between QoL questionnaire and RFT post-surgery (r = 0.23, p = 0.079) was observed.

Conclusions: Our results suggest that RFT measured by MUS is complementary for the evaluation of BC, SO and the follow-up after BS of these patients. RFT provides relevant information about regional sarcopenia and probably has an accurate correlation with QoL.

49. ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL DE ÁCIDOS GRASOS EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, MARCADORES DE NEUROIMAGEN DE INFLAMACIÓN HIPOTALÁMICA Y PÉRDIDA PONDERAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Pané Vila¹, L. Videla², À. Calvet³, J. Viaplana³, A. Ibarzabal⁴, E. Ortega⁵, J. Vidal⁶, J. Fortea⁷, G. Chiva-Blanch⁸ y A. Jiménez⁵

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ²Unidad de Memoria de Sant Pau, Servicio de Neurología, Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Barcelona Down Medical Center, Fundació Catalana Síndrome de Down, Barcelona. ³Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁴Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Clínic, Barcelona. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona. ⁷Unidad de Memoria de Sant Pau, Servicio de Neurología, Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁸Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Facultad de Alimentación, Nutrición y Salud, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona.

Introducción: La inflamación hipotalámica (IH) es clave en la fisiopatología de la obesidad. En modelos animales, una dieta rica en ácidos grasos saturados (AGS) se ha identificado como precipitante, mientras que los ácidos grasos poliinsaturados (AGP) serían protectores. En humanos, se ha demostrado la existencia de alteraciones hipotalámicas sugestivas de IH mediante resonancia magnética (RM). Sin embargo, se desconoce cómo repercute nuestro patrón dietético a estas alteraciones.

Objetivos: 1) Comparar AG en líquido cefalorraquídeo (LCR) entre personas con obesidad antes y después de cirugía bariátrica (CB) y voluntarios sanos. 2) Evaluar la asociación entre los AG expresados diferencialmente con a) marcadores de IH y b) pérdida ponderal (PP) tras CB.

Métodos: Se incluyeron 44 voluntarios con obesidad (grupo OB) y 19 controles sanos (grupo CS). El grupo OB se sometió a punción

lumbar y RM pre y 1 año pos-CB. Se midió el volumen de las subunidades hipotalámicas y la difusividad media (MD, valores bajos indican mayor integridad microestructural). El perfil de AG-LCR se evaluó por UHPLC-MS.

Resultados: El grupo OB era ligeramente más joven vs. CS ($48,5 \pm 10,6$ vs. $54,4 \pm 9,0$, $p = 0,04$), pero la distribución por sexos fue similar ($84,1$ vs. $73,7\%$, $p = 0,33$). Antes de la CB, el grupo OB mostró mayor volumen tubular-inferior y MD total ($p = 0,01$) vs. CS. No se detectaron diferencias intergrupo en AGS ($p > 0,05$), pero los niveles de AGP (específicamente DHA) fueron menores en el grupo OB ($1,1 [1,0-1,7]$ vs. $0,8 [0,5-1,0]$, $p < 0,01$). La CB resultó en una reducción de volumen y MD, pero mantenido las diferencias con CS ($p < 0,05$). A 1 año post-CB, los niveles de DHA-LCR no se modificaron. Un mayor nivel basal de DHA se asoció con menor MD y mayor PP al año tras CB. Esta asociación fue independiente de edad, sexo, IMC, diabetes tipo 2 y tipo de CB ($\beta: 0,39$, $p = 0,04$).

Conclusiones: Nuestros datos respaldan el papel de los AG esenciales dietéticos y derivados (DHA) en la modulación de la IH en humanos.

50. LA EXPRESIÓN GÉNICA DEL TEJIDO ADIPOSO SUBCUTÁNEO PREDICE LA RESPUESTA PONDERAL A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

C. Milad¹, M. Párrizas², R. Olbeya³, A. Ibarzábal⁴, V. Moizé⁵, J. Vidal⁵ y A. de Hollanda⁶

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona. ²Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona.

⁴Cirugía Gastrointestinal, Hospital Clínic de Barcelona.

⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). ⁶Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red de Obesidad y Nutrición (CIBEROBN).

Introducción: El tejido adiposo (TA) sufre transformaciones masivas durante el desarrollo o la resolución de la obesidad, lo que altera su funcionalidad y por ende el metabolismo del individuo. La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más eficaz en personas con obesidad grave, sin embargo, la variabilidad en la pérdida de peso es importante. Hipotetizamos que las características funcionales del tejido adiposo, reflejadas en su perfil de expresión génica, influyen en la respuesta de pérdida ponderal a la CB y podrían explicar la respuesta limitada en un porcentaje de los pacientes.

Métodos: Perfilamos la expresión génica por hibridación en microarrays de muestras intraoperatorias de TA subcutáneo de 22 mujeres de 25-65 años con IMC 39-49 kg/m². Correlacionamos los niveles de expresión génica con la pérdida de peso al año de la CB y determinamos su capacidad de predecir la respuesta ponderal.

Resultados: El perfil de expresión de las pacientes que perdieron < 30% del peso inicial al año resultó significativamente diferente del resto de muestras, con 570 genes disminuidos y 538 genes aumentados. El TA subcutáneo de las pacientes que perdieron menos peso mostró un enriquecimiento significativo en genes implicados en adipogénesis, metabolismo de ácidos grasos y fosforilación oxidativa, mientras que las vías de hipoxia y señalización de TGF β se encontraron disminuidas en las mismas muestras.

Conclusiones: El perfil de expresión génica del TA subcutáneo previo a la CB se asocia con el resultado de la pérdida de peso en respuesta a esta. Nuestros datos sugieren que el análisis de muestras preoperatorias podría predecir respuesta a la CB, lo que per-

mitiría personalizar el tratamiento para maximizar las probabilidades de éxito.

Financiación: PI22/00394.

51. EPIDEMIOLOGÍA Y CARGA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PERSONAS CON OBESIDAD ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE ENDOCRINOLOGÍA ESPAÑOLES: ESTUDIO ENDO CKD

M. Juárez Campo¹, J.J. Aparicio Sánchez¹, B. Pimentel de Francisco¹ y J.C. Fernández García²

¹Departamento médico, AstraZeneca, Madrid. ²Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga-IBIMA, Málaga.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública a nivel mundial con un alto impacto en morbilidad. Además de la diabetes, la obesidad es otro factor de riesgo metabólico estrechamente asociado con el daño renal; por ello, Endocrinología juega un papel clave en el manejo de las personas con obesidad y ERC. Este estudio tiene como objetivo caracterizar la prevalencia, carga asociada y manejo de la ERC en personas con DM2 u obesidad atendidas en Endocrinología. **Materiales y métodos:** Estudio de cohorte observacional, retrospectivo con análisis transversal y longitudinal de datos extraídos de la base de datos Telotrón. La población de estudio incluye personas con DM2 u obesidad atendidas en los servicios de Endocrinología españoles registrados en la base de datos el 30 de noviembre de 2023. Presentamos el análisis transversal de la cohorte de obesidad sin DM2.

Resultados: Se identificaron un total de 4.963 personas con obesidad atendidas en los Servicios de Endocrinología españoles, con una edad media de 54 (16,8) años y un IMC medio de 38,2 (6,6) kg/m². El 37% tenían tanto valores de tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) como de cociente albúmina-creatinina en orina (CACo) registrados en sus historias clínicas. La prevalencia de ERC en esta subpoblación fue del 21,2% ($n = 391$); sin embargo, el 71% de estos pacientes no tenía registrado en su historia clínica un código de diagnóstico de ERC. En relación con el cribado de ERC, el 17,2% y el 79,3% no tenía un valor de TFGe o de CACo registrado en el último año desde la fecha índice del estudio, respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados proporcionan una estimación contemporánea de la prevalencia de ERC y el perfil de personas con obesidad atendidas por Endocrinología en España. Nuestros datos también revelan que existe una oportunidad para optimizar el cribado y el diagnóstico de ERC en personas con obesidad.

Financiación: AstraZeneca.

LÍPIDOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR

52. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE PRECOZ EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA

J. Aguirre, X. Ayarza-Marien Arrizabalaga, J. Yoldi Urdiroz, Á. Alonso Echarte, S. Baniandres Eizaguirre, A. Ernaga Lorea, J.P. Martínez de Esteban, M. Martí Martínez, J. de Carlos Artajo y A. Irigaray Echarri

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.