

OBESIDAD

288. HERRAMIENTAS *BIG DATA* PARA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DE OBESIDAD PRE Y POSPANDEMIA

I. Díez López¹, S. Maeso Méndez², J.A. Lozano³,
I. Casado Tellechea³, A. Pérez⁴ y G. Sánchez Merino⁵

¹Hospital Universitario Araba, Departamento de Pediatría, UPV-EHU. Osakidetza, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria. ³Basque Center for Applied Mathematics BCAM. ⁴Postdoctoral Fellow BCAM-Basque Center for Applied Mathematics. ⁵Coordinador de la Plataforma de Innovación-IIS BIOARABA.

Introducción: Las herramientas de *big data* se postulan hoy en día como una herramienta de primera magnitud. Evaluar utilizando herramientas de *big data* si ha existido cambios significativos en nuestra población pediátrica en las variables determinantes del estado nutricional (sobrepeso) comparando la situación antes y después de la pandemia, el confinamiento y las restricciones por la COVID-19.

Métodos: Datos recogidos de episodios de historias clínicas informatizadas, entre 01/01/2020-31/03/2020 vs. 01/01/2022-31/03/2022. Para calcular las curvas y tablas percentiles hemos utilizado el algoritmo LMS de Cole-Green con verosimilitud penalizada, implementado en el *software* RefCurv 0,4.2 (2020), que permite gestionar grandes cantidades de datos. Los hiperparámetros se han seleccionado mediante el BIC (*Bayesian Information Criterion*). Para calcular desviaciones poblacionales respecto a la referencial se ha cogido como referencia el estar por encima de 1,5 desviaciones estándar respecto de la media según la edad.

Resultados: Se recogen 66.975 episodios informatizados de menores de 16 años y un total de 1.205.000 variables estudiadas. Aunque se dispone de datos se excluyen individuos > 16 años por N bajas. Se representan las gráficas de nuestra población respecto a los estándares observando que existen diferencias con Orbeago 2011 y españolas 2010. Presentamos los datos y porcentajes de sobrepeso/obesidad por edad y sexo en los dos periodos estudiados. Se evidencia un aumento del sobrepeso respecto a la población referencia en toda la muestra 2022 vs. 2020. Pero estas diferencias son más evidentes en la muestra de individuos adolescentes y edades "gatillo de la obesidad": los 2-3 años y los 6-7 años.

Conclusiones: Existe una diferencia significativa en nuestra población en las variables asociadas al sobrepeso infantil si comparamos el periodo pre y pospandemia, tal vez asociado al confinamiento, menos actividad física y la sobreingesta.

Aprobación CEIC OSI ARABA Expte 2022-058.

289. ¿PODEMOS REALIZAR UNA INTERVENCIÓN MÁS EFICIENTE EN SALUD POBLACIONAL (OBESIDAD INFANTIL) UTILIZANDO TÉCNICAS DE *BIG DATA*?

S. Maeso Méndez¹, I. Díez López², I. Casado Tellechea³, A. Pérez⁴,
G. Sánchez Merino⁵ y M. Machón Sobrado⁶

¹Hospital Universitario Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Departamento de Pediatría, UPV-EHU. Osakidetza, Vitoria. ³Basque Center for Applied Mathematics BCAM. ⁴Postdoctoral Fellow BCAM-Basque Center for Applied Mathematics. ⁵Coordinador de la Plataforma de Innovación-IIS BIOARABA. ⁶Unidad de Metodología y Estadística OSI Araba.

Introducción: Datos recogidos de episodios de historias clínicas informatizadas, estudiando las variables sexo, edad, peso, talla, lugar de residencia (CP, centro de salud, barrio) de nuestra población

entre 01/01/2022-31/03/2022. Para calcular las curvas y tablas percentiles hemos utilizado el algoritmo LMS de Cole-Green con verosimilitud penalizada, implementado en el *software* RefCurv 0.4.2 (2020), que permite gestionar grandes cantidades de datos. Los hiperparámetros se han seleccionado mediante el BIC (*Bayesian Information Criterion*). Para calcular desviaciones poblacionales respecto a la referencial se ha cogido como referencia el estar por encima de 1,5 desviaciones estándar respecto de la media según la edad. Se determina obesidad si más 2 SDS.

Resultados: Se recogen 66.975 episodios informatizados de menores de 16 años y un total de 1.205.000 variables estudiadas. Aunque se dispone de datos se excluyen individuos > 16 años por N bajas. Se representan las gráficas de nuestra población respecto a los estándares observando que existen diferencias con Orbeago 2011 y españolas 2010. El mayor % de obesidad (14-19%) se registra en 3 barrios de la ciudad y un pueblo. Dichos barrios presentan un nivel socio económico por debajo de la media (entre el 68-75% de renta media), un menor número de parques (< 10 hectáreas) y mayor concentración de población inmigrada (con la excepción de un barrio 27% de menores vs. 15% de media). El pueblo con mayor prevalencia presenta una renta media algo inferior a la media 95% de la provincia y mayor número de personas de origen inmigrante. Los barrios con menor prevalencia de obesidad (incluso en algún caso 0%) corresponde a los de mayor renta económica, acceso a espacios verdes y menor tasa de inmigración. Lo mismo ocurre en zonas rurales. Así mismo las zonas rurales presentan menor prevalencia global que la urbana.

290. ¿COMPORTA LIRAGLUTIDA 3MG BENEFICIOS MÁS ALLÁ DEL CONTROL METABÓLICO EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS Y OBESIDAD?

J. Nicolau Ramis¹, A. Nadal Nadal², P. Sanchís Cortés¹,
A. Pujol Calafat¹, M.I. Tamayo Pozo¹, G. Pérez Bec¹, G. Sfondrini¹,
C. Nadal Nadal³ y Ll. Masmiquel Comas¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²Servicio de Dermatología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ³Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción: La obesidad y la psoriasis son dos enfermedades crónicas íntimamente relacionadas y comparten múltiples comorbilidades. La base etiopatogénica común sería una inflamación crónica de bajo grado, con un *cross talk* entre el tejido adiposo y la piel. La obesidad en los pacientes con psoriasis condiciona un peor pronóstico de las lesiones y disminuye la eficacia del tratamiento.

Objetivos: Determinar el efecto de liraglutida 3 mg sobre parámetros antropométricos y morfofuncionales, bioquímicos, dermatológicos en pacientes con psoriasis y obesidad.

Métodos: Se incluyeron 48 pacientes (52,1% mujeres, edad 48,7 ± 11,8 años, IMC 37,8 ± 5,6 kg/m², tiempo de evolución de la psoriasis 17,8 ± 11 años). Se evaluaron la gravedad de las lesiones con el PASI (Psoriasis Area Severity Index) y la EVA (escala visual analógica de dolor), así como la calidad de vida con el DLQI (Dermatology Quality Index) y el test de depresión de Beck (BDI), y se realizaron determinaciones analíticas y antropométricas de forma basal y a los 6 meses.

Resultados: Se evidenció una reducción del IMC (38,2 ± 5 vs. 35 ± 4,9; p < 0,0001), perímetro de cintura (111,6 ± 7 vs. 104,7 ± 9,3cm; p = 0,001) y grasa preperitoneal (1,6 ± 0,6 vs. 1,1 ± 0,6 cm; p < 0,0001). El PASI (12 ± 8,4 vs. 4,3 ± 2,9; p < 0,0001), EVA (4,4 ± 1,8 vs. 2,2 ± 1,6; p = 0,03), DLQI (12 ± 6,2 vs. 4,8 ± 3,4; p < 0,0001) y BDI (15,5 ± 3,6 vs. 7,7 ± 2,5; p < 0,0001) mejoraron significativamente. Disminuyeron la PCR (3,9 ± 3,1 vs. 1,8 ± 3,2 mg/L; p < 0,0001), homocisteína (12,9 ± 3,3 vs. 9,6 ± 2,5 μmol/L; p < 0,0001), y cortisol plasmático (12,5 ± 4 vs. 8,9 ± 3,7 μg/dL; p = 0,001). En la regresión múltiple la mejoría de las lesiones fue independiente de la pérdida de peso.

Conclusiones: La liraglutida ejerce efectos beneficiosos no solo en el IMC y la grasa visceral, sino que reduce los parámetros inflamatorios en los pacientes con psoriasis y obesidad, mejorando las lesiones de la piel y la calidad de vida. Dicho efecto podría ser independiente de la pérdida de peso.

291. PREVALENCIA DE HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROFO FUNCIONAL (FHH) EN UNA MUESTRA DE HOMBRES CON SOBRECARGA PONDERAL: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

F. Rojo Fernández¹, R. de Cangas Morán¹, J.R. Bahamonde Nava² y J. Cuello Carnero³

¹Departamento de Investigación en Nutrición de Precisión, Centro Salud Nutricional, Gijón. ²Facultad Padre Ossó, Universidad de Oviedo. ³Nutrición y Dietética, Gijón.

Introducción: El desarrollo de la medicina de precisión en el campo de la obesidad requiere un fenotipaje profundo a distintos niveles, entre ellos el hormonal. La testosterona (T) regula la homeostasis energética, estimulando la lipólisis y la síntesis proteica muscular (MPS). El hipogonadismo hipogonadotrofo funcional (FHH) (anteriormente hipogonadismo de inicio tardío -LOH-) cursa con niveles bajos de T y normales o bajos de gonadotrofinas. Su diagnóstico es controvertido. Se considera FHH valores de T en la zona gris $2,3 < T \leq 3,46$ ng/ml. El hipogonadismo de la obesidad es un FHH que resulta de un aumento de grasa intraabdominal (IAAT), que estimula la secreción de citoquinas proinflamatorias, que a su vez inhiben la síntesis de gonadotrofinas hipotalámicas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de FHH en una muestra de hombres con sobrecarga ponderal.

Métodos: Estudio transversal. Criterios de inclusión: hombres, 18 ≤ edad < 60 años, sobrepeso (M: $20 \leq \%FM < 30$) u obesidad (H: $\%FM \geq 30$). Se estimó la altura (estadiómetro SECA 222) y la composición corporal (BIA Inbody 770). Se midió la T total (TT), globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) (quimioluminiscencia) y albúmina (espectrofotometría UV-visible). Se calculó la testosterona libre (FT) y testosterona biodisponible (BioT) (fórmula Vermeulen *et al.*). Se estimó la prevalencia de FHH ($2,3 < T \leq 3,46$ ng/ml) e hipogonadismo clásico ($T \leq 2,3$ ng/ml).

Resultados: n = 28. Edad = 37 ± 11 años; $\%FM = 35,07 \pm 8$ kg; LM = $62,41 \pm 7,71$ kg; ALMI = $9,15 \pm 1,07$ kg/m²; albúmina = $4,67 \pm 0,27$ g/dl; SHBG = $26,89 \pm 14,28$ nmol/l; T = $3,96 \pm 1,7$ ng/ml; FT = $0,085 \pm 0,03$ ng/ml y BioT = $2,14 \pm 0,75$ ng/ml. Un 32,1% y un 14,3% presenta valores compatibles con FHH e hipogonadismo clásico respectivamente.

Conclusiones: Dado que casi un 50% de la muestra presenta FHH o hipogonadismo clásico y la muestra es pequeña (n = 28), se cuestiona la recomendación de las guías de práctica clínica de no realizar un cribaje universal mediante mediciones de T, en hombres con obesidad.

292. EFECTOS DE LA LIRAGLUTIDA EN PERSONAS CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y OBESIDAD: ¿UN NUEVO HORIZONTE?

T. Nadal¹, A. Pujol Calafat², C. Nadal¹, M. Grimalt³, M.G. Pérez-Bec³, G. Sfondrini³, P. Sanchis³, I. Ros⁴, Ll. Masmiquel³ y J. Nicolau³

¹Dermatology Department, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²Hospital Universitario de Son Llàtzer.

³Endocrinology and Nutrition Department, Hospital Universitario Son Llàtzer, Health Research Institute of the Balearic Islands, Palma de Mallorca. ⁴Rheumatology Department, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción: La artritis psoriásica (PsoA) es una enfermedad musculoesquelética crónica inflamatoria frecuentemente asociada con la obesidad. La coexistencia de obesidad entre los pacientes con PsoA se asocia a una mayor actividad de la enfermedad, una peor respuesta al tratamiento y una menor probabilidad de lograr la actividad mínima de la enfermedad (MDA). Las intervenciones de estilo de vida a menudo fracasan o son insuficientes para lograr un adecuado control metabólico.

Objetivos: Estudiar los efectos de la liraglutida 3 mg entre sujetos con PsoA y obesidad en los resultados metabólicos, y determinar si la liraglutida tenía algún impacto positivo en MDA, placas psoriásicas, dolor y resultados psicológicos.

Métodos: Un total de 10 pacientes (50% mujeres, $53,2 \pm 14,8$ años, IMC $40,2 \pm 5,1$ kg/m², duración de la PsoA $10 \pm 5,3$ años) comenzaron el tratamiento con liraglutida 3 mg durante 3 meses. La PsoA se evaluó con MDA y VAS (escala visual analógica del dolor). Las placas psoriásicas se evaluaron utilizando el PASI (Índice de Gravedad del Área Psoriásica) y el DLQI (Índice de calidad de vida en relación a patología dermatológica). El estado de ánimo se evaluó utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Resultados: Después de 3 meses de liraglutida, el porcentaje medio de pérdida de peso fue del $8,6 \pm 4,1\%$. El 80% de los pacientes lograron MDA, en comparación con el 10% inicial (p = 0,6). Además, hubo una disminución significativa en la gravedad de la psoriasis en términos de PASI ($5,5 \pm 2,7$ vs. $2,1 \pm 2,1$; p = 0,005) y DLQI ($14,2 \pm 7,5$ vs. $6,5 \pm 6,6$; p = 0,03). También mejoraron los síntomas depresivos ($16,3 \pm 1,8$ vs. $10,6 \pm 2,9$; p = 0,004).

Conclusiones: La liraglutida en PsoA y obesidad es segura y efectiva para mejorar, no solo los parámetros antropométricos, sino también para lograr MDA y mejorar las lesiones dermatológicas.

293. ANÁLISIS DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN UNA COHORTE DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

E. Torrecillas del Castillo¹, M. Peinado Ruiz¹, S. Belmonte Lomas¹, Á.M. Mesa Díaz¹, R. Rave García¹, M.C. Tous Romero¹, E. Domínguez-Adame Lanuza², J.M. Cáceres Salazar², C. Jiménez Ramos² y M.A. Martínez Brocca¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Cirugía esofagagástrica, bariátrica y metabólica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Describir características y evolución de pacientes con diabetes mellitus (DM) intervenidos de cirugía bariátrica (CB) en nuestro centro en los últimos cinco años.

Métodos: Basado en trabajo previo descriptivo prospectivo sobre personas intervenidas de CB en el HU Virgen Macarena entre enero 2018-mayo 2023. Identificación de pacientes con DM y descripción de sus características demográficas, comorbilidades asociadas a obesidad y resultados quirúrgicos: complicaciones, evolución del peso, remisión de comorbilidades dos años tras cirugía.

Resultados: Total 217 pacientes. DM 64 casos (29,5%), prediabetes 28. Media de ADO + GLP1 previos a CB $2,01$ (70,3% con aGLP1). Insulinización 13 pacientes (media 64 UI, DE 40,5). Pacientes con DM: 63,5% mujeres. Edad media 50,8 años (DE 8,1). Un paciente DM1 con 69 UI. Cirugía más frecuente gastrectomía vertical 61,9%, 36,5% *bypass*. Complicaciones: precoces 7, 1 *exitus*. Reintervención antes de 30 días 4. 87,5% tienen seguimiento inferior a 3 años. Cirugía de revisión: 3, ERGE causa más frecuente. Peso medio inicial 138,3 kg (DE 23,3). IMC inicial 50 Kg/m². Peso en la cirugía 117,7 kg (DE 18,9): -14,85% de peso en la preparación. Peso medio al año 83,9 kg (DE 13,5). Peso medio a los 5 años, 2 pacientes, 93,1 kg (DE 9,4). Comorbilidades pre-CB: HTA 85,7%, fármacos 2,28. SAOS con CPAP

69,8%. Tras CB: remisión DM 69,8%. Insulinización 3 pacientes, media 12,5 UI (DE 12,1). Cese de aGLP1 97,7%. Paciente DM1 dos años pos-CB: 27 UI. Remisión HTA 61,11%. Retirada CPAP 63,6%.

Conclusiones: Presentan buenos datos iniciales de pérdida ponderal, destacando alto porcentaje en periodo preoperatorio y mantenimiento tras CB, siendo la gastrectomía vertical la técnica más usada. Remisión de comorbilidades tras CB elevado. Se retiró aGLP1 en 97,7% y se redujo insulinización. Se intervino un paciente DM1 sin complicaciones con disminución de insulina tras dos años. Hace falta mayor seguimiento para evaluar datos de pérdida ponderal, complicaciones y evolución de comorbilidades.

294. EVOLUCIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN CUATRO PACIENTES TRATADOS CON AGLP1

A. Morales Jaurrieta, J. Atencia Goñi, B. Farache Suberviola, M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernando, M. Gómez-Gordo, G. Collado González, I. Losada Gata, A. García Piorro y O. González Albarrán

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los agonistas de GLP1 (aGLP1) son fármacos con efecto incretínico indicados para el tratamiento de la obesidad, con o sin diabetes. Sus efectos en la composición corporal están en estudio.

Métodos: Se realizó una búsqueda de pacientes en tratamiento con aGLP1 con datos de composición corporal obtenidos a través de un InBody 770: "DSM-BIA multifrecuencia segmental".

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes (3/4 mujeres) con una edad media de 41,33 años y un 50% con DM2. La media de seguimiento fue de 7,6 meses en 2-3 visitas. Todos recibieron un tratamiento con semaglutida semanal en dosis ascendente hasta 0,75 y 1 mg. El peso basal fue de 103,3 kg \pm 8,47 kg con un descenso medio de -15,75 kg (-15,67%). Los dos pacientes sin diabetes perdieron 10% más de peso. El IMC pasó de 37,3 a 31,55 kg/m² con un descenso de categoría en todos los pacientes. El perímetro de cintura se redujo 12,5 cm. Dentro de los parámetros de composición corporal hubo un descenso de 11,95 kg de masa grasa (-5,35% de grasa corporal) con un área de grasa visceral 53,8 puntos menor. La masa magra descendió 3,68 kg con 2,8 L menos de agua corporal total y 1,98 L de intracelular. El índice de masa músculo esquelética se redujo 0,4 sin ninguna entrada en sarcopenia. El ángulo de fase pasó de 5,82 a 5,45°.

Conclusiones: El uso de aGLP1 produjo una mejoría de los parámetros antropométricos clásicos con correlación en indicadores de grasa total y visceral, con descenso de masa libre de grasa a expensas de agua y músculo sin sarcopenia. El pequeño tamaño muestral impide la realización de medidas estadísticas, pero proporciona datos exploratorios sobre cómo cambia la composición corporal con el uso de aGLP1 en vida la real.

Agradecimiento al servicio de Endocrinología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

295. GRADO DE ADOPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONSENSO NACIONAL SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ENDOCRINOLOGÍA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO EN ESPAÑA

A. Villarroel, A. de Andrés, M. García, N. Fernández, A. Díez García, J.M. Martín, C. Álvaro, C. Pardo, A. Jiménez y A. Izarra

Departamento Médico AstraZeneca.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo II (DM2) y la obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del presente estudio es analizar el grado de

homogeneidad entre las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) en cuanto a la adopción de las principales recomendaciones del consenso por parte de Endocrinología y Atención Primaria (AP).

Métodos: El estudio recoge valoraciones obtenidas por 178 endocrinólogos y 469 médicos de AP (MAP), en 14 CC. AA. El análisis se centró en infradiagnóstico, cribado, derivación y tratamiento. Se cuantificó la proporción de profesionales sanitarios con un alto grado de adopción y se calculó la desviación estándar como medida de dispersión entre CC. AA.

Resultados: 94% de MAP y 86% de endocrinólogos percibe un elevado infradiagnóstico de la ERC y esta percepción es homogénea entre CC. AA. 90% de MAP percibe que realizan la detección de albuminuria en más del 50% de los pacientes con DM2, existiendo homogeneidad entre CC. AA. (DE 9,5). Sin embargo, solo el 23% de los endocrinólogos percibe que se realice desde AP aunque existe heterogeneidad (DE 28,3). 35% de MAP percibe que realizan la detección de albuminuria en más del 50% de los pacientes con obesidad. Mientras que ningún endocrinólogo percibe que se realice desde AP. Además, solo el 29% de los endocrinólogos considera que lo realiza en su consulta. 80% de MAP y endocrinólogos perciben que hay un alto grado de adopción sobre la derivación a Nefrología, con homogeneidad (exceptuando Murcia, Andalucía y Canarias).

79% de MAP y 98% de endocrinólogos perciben un alto grado de adopción a las recomendaciones terapéuticas del consenso, con una mayor homogeneidad en endocrinología que en AP (DE 17,5 y 3,4).

Conclusiones: Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la gran homogeneidad de adopción del consenso entre las CCAA, excepto con relación a la detección de albuminuria del paciente DM2 y con obesidad.

296. UNA NUEVA TÉCNICA DE EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL CON IMPEDANCIOMETRÍA (VECTOR NH®): INFLUENCIA DE LA DIETA DE PROGRESIÓN SOBRE LA HIDRATACIÓN Y LA CELULARIDAD 1 MES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

J.J. López Gómez¹, J.J. Alfaro Martínez², B. Ramos Bachiller¹, M. Jara Vidal², M. Gallach Martínez², D. Primo Martín¹, C. Gonzalvo Díaz² y D.A. de Luis Román¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: La bioimpedanciometría con análisis vectorial (BIVA) es muy útil en la valoración de la composición corporal, pero su interpretación es difícil en pacientes con obesidad. El objetivo de este estudio es describir un método para representar la hidratación y la nutrición sin estimas en pacientes con cirugía bariátrica en dieta de progresión.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo en pacientes con cirugía bariátrica tipo *sleeve* con dos dietas de progresión de diferente contenido energético-proteico durante el primer mes (baja proteína (BP-14 pacientes): 217-1.155 kcal/día; 11,7-65,9 g/día); alta proteína (AP-30 pacientes): 817-1.155 kcal/día; 65,7-65,9 g/día). Se evaluó a los pacientes antes y 1 mes tras la cirugía. Se analizaron variables clínicas, peso, talla e índice de masa corporal (IMC). Se realizó BIVA (resistencia (Rx); reactancia (Xc) y ángulo de fase (°)). Los nuevos parámetros se definen proyectando el punto Rx-Xc sobre los ejes de la elipse BIVA (eje menor-parámetro nutrición (PN); eje mayor-parámetro hidratación (PH); centro de la elipse-vector NH) estandarizando a un valor entre -1 y 1.

Resultados: La edad fue 47,3 (10,2) años (75% mujeres). El IMC precirugía fue 46,0 (6,1) kg/m²; sin diferencias entre grupos. No hubo diferencias en la pérdida de exceso de peso (AP: 21,9 (12,6)%; LP: 18,1 (13,5)%). 1 mes tras la cirugía se observó un mayor aumen-

to de la Rx (BP: 20,7 (16,7%); AP: 4,7 (18,7%); $p = 0,01$) y Xc en BP (BP: 16,2 (24,8%); AP: 0,85 (22,01%); $p < 0,05$). Con los nuevos parámetros; en BP se observó un descenso significativo de PN (Pre = 0,72; Post = 0,43; $p < 0,01$) y PH (Pre = 0,50; Post = 0,22; $p < 0,01$), mientras que no fue significativo en AP PN (Pre = 0,67; Post = 0,58); ni PH (Pre = 0,39; Post = 0,42).

Conclusiones: La composición corporal determinada con BIVA 1 mes tras cirugía bariátrica tipo *sleeve* muestra una mayor pérdida de celularidad y de hidratación estandarizadas en el grupo con menor consumo calórico-proteico sin diferencias en el descenso de peso.

297. HERRAMIENTAS DIGITALES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD

T. Montoya Álvarez

Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid.

La enorme prevalencia de la obesidad dificulta la atención especializada y además las estructuras para su abordaje son escasas y poco eficientes. El modelo sanitario no dispone de tiempo ni recursos para recopilar la gran cantidad de información recomendada, que permite reducir la heterogeneidad de los diagnósticos, los tratamientos y las respuestas a la obesidad. Mediante la transformación digital las estructuras pueden volverse más flexibles y eficientes y conseguir situar al paciente en el centro de su proceso. Entre los 4 hospitales públicos Quirónsalud Madrid (FJD, HUIE, HRJC y HGV) se atienden > 3.100 pacientes al año; Mas del 90% se incorporan a un programa asistencial multidisciplinar, totalmente automatizado, de 12 meses de duración y cuya piedra angular es el “portal del paciente”. Contamos con herramientas digitales para el diagnóstico preciso de la enfermedad, que incluye una caracterización exhaustiva de la situación fisiopatológica, la presencia de enfermedad asociada, los índices de riesgo cardiometabólico y respiratorio, los riesgos vitales, los mecanismos subyacentes, el análisis de la composición corporal por medios diferentes al IMC y la estratificación de la gravedad de la obesidad según el sistema de Edmonton. Toda la información se vuelca en la historia clínica y el facultativo dispone, antes de la primera consulta de un fenotipado preciso que le permite priorizar la conversación con el paciente, para analizar las causas, trabajar en el conocimiento de los riesgos y explicar las intervenciones terapéuticas propuestas. Tras la 1ª cita comienza un itinerario de 12 meses que incluye un programa educativo virtual basado en dinámicas de grupo, que requiere la participación activa del paciente. El número de actos totales de los pacientes atendidos en 2019 fue 48,736 frente a 2,576 en 2023. La ratio actos/paciente se ha rebajado de 17,8 (2019) a 7,12 (2023). El N.º de prestaciones diferentes que se solicitaban al paciente ha pasado de 452 a 10.

298. EFICACIA DE TIRZEPATIDA PARA ALCANZAR LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN COMPUESTOS DE LOS OBJETIVOS DE GLUCEMIA, TENSIÓN ARTERIAL Y LÍPIDOS EN SURMOUNT-2

M. Extremera¹, N. Sattar², A. Cheng³, I. Benabbad⁴, C.J. Lee⁴, S. Kyoungah See⁴, J. Leech⁴ y D. Mojdam⁴

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas. ²Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, Cardiovascular Research Centre, University of Glasgow, Reino Unido. ³Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON, Canadá. ⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, Indiana, EE. UU.

Introducción: En el ensayo SURMOUNT-2 (SM-2) en adultos con sobrepeso/obesidad y diabetes tipo 2 (DT2), tirzepatida (TZP), un agonista del receptor de GIP/GLP-1 administrado una vez a la sema-

na, redujo significativamente el peso corporal (PC) junto con una dieta baja en calorías y un aumento de la actividad física. En este estudio retrospectivo se evaluó la proporción de participantes que alcanzaron un triple criterio de valoración (TCV) compuesto de tensión arterial (TA) < 130/80 mmHg, colesterol no-HDL < 130 mg/dL y tres umbrales de HbA1c < 7%, < 6,5% y < 5,7% a las 72 semanas.

Métodos: Mediante la regresión logística con un valor no disponible imputado por medidas repetidas de modelo mixto, que incorpora el estimando de eficacia, se evaluó a los participantes que alcanzaron los objetivos de TCV del SM-2, en los grupos de TZP de 10 mg (N = 312) o de 15 mg (N = 311), frente a placebo (PBO) (N = 315).

Resultados: El valor medio de los parámetros al inicio del estudio fueron de 100,9 kg, IMC de 36,1 kg/m², HbA1c de 8,0%, TA de 130,6/79,8 mmHg y colesterol no-HDL de 132,3 mg/dL. En el caso de TZP 15 mg, el 33,8%, el 32,8% y el 25,9% de los participantes alcanzó el TCV compuesto frente al 7,5%, el 3,9% y el 0,7% alcanzados con PBO (HbA1c < 7%, < 6,5% y < 5,7%, respectivamente) a las 72 semanas. Los hallazgos del grupo de TZP 10 mg fueron similares a los observados en el grupo de TZP 15 mg (29,5%, 27,7% y 18,2% para HbA1c < 7%, < 6,5% y < 5,7%, respectivamente).

Conclusiones: En las personas con DT2 y sobrepeso/obesidad, hubo más participantes en tratamiento de TZP que alcanzaron el TCV compuesto en comparación con PBO. Esto sugiere que TZP puede ayudar a las personas con obesidad y DT2 a conseguir varios objetivos clínicos importantes para mejorar la salud cardiometabólica, además de una pérdida de peso significativa.

Presentado previamente en American Diabetes Association 2024.

299. TIRZEPATIDA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD REDUJO EL PESO CORPORAL EN TODAS LAS CATEGORÍAS DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS ENSAYOS SURMOUNT 1-4

J. Ágreda¹, C.W. Le Roux², L.J. Aronne³, F. Jaouimaa⁴, T. Forrester⁴, M. Murphy⁴, L.-E. García-Pérez⁴ y L.M. Neff⁴

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas. ²Diabetes Complications Research Centre, Conway Institute, University College Dublin, Irlanda. ³Comprehensive Weight Control Center, Division of Endocrinology, Diabetes & Metabolism, Weill Cornell Medicine, Nueva York, EE. UU. ⁴Eli Lilly and Company, Indianapolis, Indiana, EE. UU.

Introducción: En SURMOUNT (SM)-1,-4, el tratamiento con tirzepatida (TZP) para obesidad indujo una reducción del peso corporal (RPC) significativa frente a placebo (PBO). En este análisis retrospectivo se examinó el impacto de la categoría de IMC de la situación inicial en la RPC en estos ensayos.

Métodos: Los participantes del estudio (PE) eran adultos con un IMC ≥ 27 kg/m² con (SM-2) o sin DT2 (SM-1, 3, 4). Los subgrupos de IMC eran < 30, ≥ 30 - < 35, ≥ 35 - < 40 y ≥ 40 kg/m². Se examinó la RPC desde la aleatorización hasta la semana 72 (SM-1 a -3) o la 52 (SM-4), más la consecución de una RPC ≥ 5 , ≥ 10 y $\geq 15\%$ por subgrupo de IMC. En los análisis se incluyó la población con intención de tratar modificada, que se define como todos los PE que recibieron ≥ 1 dosis de TZP o PBO, excluyendo aquellos con discontinuación temprana del fármaco de estudio.

Resultados: En SM-1-4, TZP se observó una RPC superior significativa frente a PBO independientemente del subgrupo de IMC inicial. En todos los subgrupos de IMC, hasta el 100% de los PE tratados con TZP alcanzaron una RPC $\geq 5\%$ frente al 30% con PBO en SM-1, hasta el 93% frente al 43% en SM-2 y hasta el 97% frente al 15% en SM-3. El porcentaje de PE con una RPC $\geq 10\%$ fueron de hasta el 93% frente al 16% en SM-1, hasta el 76% frente al 14% en SM-2 y hasta el 92% frente al 8% en SM-3. Hasta el 85% de PE alcanzaron una RPC $\geq 15\%$ con TZP frente al 7% con PBO en SM-1, hasta un 60% frente al 3% en

SM-2 y hasta un 78% frente al 4% en SM-3. En SM-4, durante el periodo de preinclusión abierto de 36 semanas de TZP, la media de RPC era de 20,9%. Tras esto, se alcanzó una RPC adicional ≥ 5 , ≥ 10 y $\geq 15\%$ en hasta el 70%, 39% y 22%, respectivamente, de los PE tratados con TZP frente al 2%, 2% y 0% con PBO.

Conclusiones: Independientemente del subgrupo de IMC al inicio, TZP reduce el PC frente a PBO en adultos con un IMC ≥ 27 kg/m² en SM-1-4.

Presentado previamente en European Congress on Obesity (ECO 2024).

300. CAMBIOS EN EL IMC Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO ASOCIADOS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y OBESIDAD O SOBREPESO: ANÁLISIS POST HOC DE SURMOUNT-2

C.F. García-Prieto¹, N. Sattar², C.J. Lee³, H. Wang³, G. Grant³, X.M. Zhang³ y A. Plat³

¹Eli Lilly and Company, Alcobendas. ²School of Cardiovascular and Metabolic Health, University of Glasgow, Reino Unido. ³Eli Lilly and Company, Indianápolis, Indiana, EE. UU.

Introducción: En SURMOUNT-2 (SM-2), la administración una vez a la semana de tirzepatida (TZP), agonista de los receptores de GLP/GPL-1, dio lugar a una mayor reducción del peso corporal frente a placebo (PBO) en personas con obesidad y DT2. En este análisis *post hoc* se evaluó si mejoraron los factores cardiometabólicos de los participantes con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) o con sobrepeso (IMC ≥ 27 kg/m²) que pasaron a una categoría de IMC inferior.

Métodos: Se evaluó el cambio en la categoría de IMC (< 25 kg/m², 25 a < 30 kg/m², 30 a < 35 kg/m², 35 a < 40 kg/m² y ≥ 40 kg/m²) desde el inicio hasta la semana 72 en participantes de SM-2 tratados con TZP 10 o 15 mg (N = 623) o PBO (N = 315). Los cambios en el IMC se agruparon en «mejoraron» (cambio a una categoría de IMC inferior) o «no mejoraron» (estables o cambio a una categoría de IMC superior). Se realizó un modelo mixto de medidas repetidas para estimar el cambio medio desde el inicio hasta la semana 72 para estos parámetros.

Resultados: 484 (52,1%) participantes habían mejorado su IMC en la semana 72. El 21% (N = 129) de los participantes con TZP mejoró en ≥ 2 categorías de IMC frente a solo 1 participante con PBO. En comparación con los participantes que no mejoraron el IMC, los que sí mejoraron mostraron una mejoría mayor en los factores de riesgo cardiometabólico (reducción desde el inicio del perímetro abdominal, la insulina en ayunas, la glucosa en ayunas, la HbA1c, la tensión arterial sistólica y diastólica, los triglicéridos y el colesterol [no HDL-c y LDL-c] y aumento desde el inicio de HDL-c).

Conclusiones: En este análisis *post hoc*, los cambios a las categorías de IMC inferiores fueron mayores en las personas con obesidad o sobrepeso y DT2 tratadas con TZP en SM-2, y se asociaron a una mejora en los factores de riesgo cardiometabólico.

Presentado previamente en European Society of Cardiology - ESC 2024.

301. MANEJO CLÍNICO DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD EN ESPAÑA: ESTUDIO OBEQUIDAD

A. de Hollanda¹, J. Redondo-Antón², J. Ágreda², J.M. Fernández-García³, M.I. Pérez Soto⁴, S. Díaz-Cerezo², M. Rubio de-Santos² y A. Lecube⁵

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona.

²Departamento médico, Eli Lilly and Company, Alcobendas. ³Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Atención Primaria, Centro de Salud de Valga. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El abordaje integral de la obesidad requiere de una intervención multidisciplinar coordinada.

Objetivos: Describir el manejo de la obesidad en España desde la perspectiva del profesional médico implicado en su tratamiento desde distintas especialidades.

Métodos: Encuesta *online* dirigida a médicos involucrados en el manejo de personas con obesidad (PcO) pertenecientes a las sociedades médicas nacionales SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMI. Se evaluó: perfil de las PcO, uso de guías de práctica clínica y métodos diagnósticos, opciones terapéuticas, razones para iniciar tratamiento antiobesidad, y seguimiento. Se usó estadística descriptiva.

Resultados: 352 respuestas de todas las comunidades autónomas: 131 medicina familiar y comunitaria; 91 medicina interna; 130 endocrinología. La mayoría de los participantes trabajan en el sector público (87%), y en consultas generales (82%). El perfil de paciente más común reportado por los encuestados incluyó mujeres (60%) de 40-64 años (51%) con obesidad grado I (48%), atendidas en el sistema sanitario por obesidad a raíz de un diagnóstico oportunista (33%) o por petición propia (31%). El 95% de las PcO presenta alguna comorbilidad: dislipemia (55%), hipertensión arterial (52%) y diabetes mellitus tipo 2 (51%). Las intervenciones terapéuticas se detallan en la tabla. Los fármacos más utilizados fueron liraglutida (45%) y semaglutida (44%). Los principales motivos para iniciar el tratamiento antiobesidad incluyeron: reducir del riesgo de complicaciones cardiovasculares, mejorar la capacidad funcional del paciente, y su calidad de vida. El 60% no evalúa la calidad de vida mediante cuestionarios validados.

	Grado	DE	Obesidad (IMC, kg/m ²)
	I (30-34,9)	II (35-39,9)	III (≥ 40)
Dieta y ejercicio	98%	97%	95%
Fármacos	55%	86%	85%
Cirugía	2%	35%	84%

Conclusiones: Los resultados reflejan una falta de proactividad en el diagnóstico de la obesidad, y una tendencia hacia tratamientos más intensivos en obesidades de mayor grado y complicaciones asociadas.

302. DIABESIDAD: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

P. Santiago Fernández¹, A. Jiménez Herrerías², M.Á. Ureña Santiago³, C. Novo Rodríguez¹, M.C. Olvera Porcel⁴ y M. López de la Torre Casares¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ³Universidad de Granada. ⁴Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La obesidad es un problema de salud prevalente relacionado con diferentes problemas: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia (DLP), hipertensión arterial (HTA) o síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS); así como aumento de mortalidad. No obstante, sufrir obesidad grave no implica necesariamente desarrollar estos problemas. El objetivo planteado es analizar la prevalencia de estas patologías según índice de masa corporal (IMC).

Métodos: Pacientes sometidos a cirugía bariátrica (CB) entre 2018 y 2023 en Hospital Virgen de las Nieves. Variables: edad, peso, IMC, tipo de CB, DM2, HTA, DLP y SAOS. Cálculo de medidas de tendencia

Tabla P-302

IMC (kg/m ²)	N	DM2	HTA	DLP	SAOS
35-39,9	48 (15,84%)	14 (29,17%)	23 (47,92%)	4 (8,33%)	18 (37,5%)
40-44,9	90 (29,7%)	29 (32,22%)	42 (46,67%)	4 (4,44%)	30 (33,33%)
45-49,9	79 (26,07%)	19 (24,05%)	44 (55,7%)	1 (1,27%)	39 (49,37%)
≥ 50	70 (23,1%)	20 (28,57%)	37 (52,86%)	5 (7,14%)	38 (54,29%)
Significación estadística	p > 0,05				p 0,031

central y dispersión para las variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Para el contraste de hipótesis de proporciones se empleó el test de χ^2 . El nivel de significación considerado fue de 0,05 (Stata).

Resultados: 303 pacientes. 199 mujeres (65,68%) y 104 hombres, edad media: 48 años (σ 9,95), peso medio: 133 kg (σ 20,51) e IMC medio: 49,62 kg/m² (σ 16,15). Técnica de CB, 232 se han sometido a gastrectomía (76,56%) y 71 a *bypass*. En la tabla se muestra la prevalencia de cada una de las variables según IMC:

Conclusiones: Padecer obesidad grave no incrementa de forma significativa el riesgo de DM2, ni de HTA ni DLP; sin embargo, sí se relaciona a mayor riesgo de SAOS. Por otro lado, el IMC no es un método adecuado para clasificar la obesidad según estado metabólico; habría que aplicar técnicas como la bioimpedancia para valorar el porcentaje de grasa visceral.

303. EVOLUCIÓN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON MUTACIONES GENÉTICAS RELACIONADAS CON OBESIDAD MONOGENICA

C.J. Lucena Morales¹, A. López Rodríguez², L. Larrán Escandón³, I.M. Mateo Gavira³ y J. Domínguez Riscart⁴

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ²Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁴Pediatría, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Se han descrito más de 130 genes relacionados con el desarrollo de la obesidad genética, que condicionan hiperfagia y obesidad temprana. Nuestro objetivo es describir la evolución de parámetros antropométricos y variables clínicas en una cohorte de pacientes con genética positiva relacionada con la obesidad, tras un año desde la intervención con cirugía bariátrica.

Métodos: Se diseña un estudio descriptivo de tipo transversal de una cohorte de sujetos con obesidad grado 3 o superior y estudio genético positivo, atendidos en consulta monográfica de Cirugía Bariátrica (Endocrinología) del Hospital Puerta del Mar. Se ha utilizado un panel de obesidad basado en secuenciación del exoma completo de 80 genes.

Resultados: Se incluyen 52 pacientes con los criterios descritos (79,6% mujeres). La mediana de edad en el momento de la cirugía es de 49,46 años; y la mediana de inicio de la obesidad fue de 11,5 años (6-23,5); el 71,1% presentan antecedentes familiares. La mayoría (75%) se sometieron a gastrectomía vertical (resto *bypass* gástrico). El peso previo a la cirugía fue de 109,52 \pm 16,56 Kg (IMC 41,19 \pm 4,95 Kg/m²); el peso al año de la cirugía es de 81,05 \pm 13,45 Kg (IMC 30,49 \pm 4,47); el porcentaje de sobrepeso perdido es de 58,47 \pm 20,06%, el porcentaje de peso total perdido 25,79 \pm 8,16% y el porcentaje de exceso de IMC perdido es 69,39 \pm 26,16%. En el cuestionario HQ-CT validado para hiperfagia, la mediana de la puntuación es 13 (9,75-16). La media de la puntuación en la escala BAROS (calidad de vida) es de 5 \pm 2,52

(83,4% resultado bueno o superior, 5,6% resultado regular y 11,1% considerado fallo de tratamiento).

Conclusiones: En nuestra cohorte se objetiva que la cirugía bariátrica puede ser una herramienta eficaz para la pérdida de peso, al menos a corto plazo, en sujetos con obesidad grado 3 o superior y genética positiva. Sería interesante realizar comparaciones en pacientes con genética negativa; o en sujetos en tratamiento médico con setmelanotida.

304. EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON AGLP1 ES MÁS EFICAZ QUE LA REDUCCIÓN DEL DIÁMETRO DE LA ANASTOMOSIS GASTROEYUNAL CON LÁSER ARGÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA RECUPERACIÓN PONDERAL TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

S. Mera Carreiro¹, B. Bernaldo Madrid¹, C. Rodríguez Carrillo², P. Matía Martín¹, N. Pérez Ferre¹, C. Marcuello Foncillas¹, P. Espinosa de los Monteros Sicilia¹, A. Ramos Levi¹, J.M. Esteban López-Jamar² y M.Á. Rubio Herrera¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) es el tratamiento más eficaz de la obesidad grave. Sin embargo, aproximadamente un 30% de los pacientes recuperan parte del peso perdido (RP) a partir de los 2 años tras la CB.

Objetivos: Comparar la eficacia de los aGLP1 frente al tratamiento de coagulación endoscópica con láser de argón (APC) para reajuste de la anastomosis gastroeyunal en los BGYR que han recuperado > 15% del peso tras nadir de la CB.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico (2018-2022), de pacientes con RP tratados con aGLP1 (liraglutida 3 mg/semaglutida 1 mg) o APC. La variable principal fue el porcentaje de peso perdido (%PP) con ambas técnicas durante 2 años. Estadística: Análisis descriptivo y comparación de medias (t-Student o U-Mann-Whitney), según la distribución de normalidad de las variables.

Resultados: n = 127 pacientes (23,6% hombres). Según las características del paciente n = 55 fueron tratados con aGLP1 y n = 72 con APC. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en edad media 46; IMC preCB 44,5; IMC nadir 28,9 e IMC pretratamiento 35,8. Se observaron diferencias significativas en el %PP a partir del mes 12 (p < 0,01) según el tratamiento empleado (tabla 1). La proporción de pacientes que dejaron de tener una pérdida de peso insuficiente (Pp < 20%) fue significativamente mejor para el tratamiento farmacológico con aGLP1 que con APC (tabla 2).

Conclusiones: Los pacientes con CB-tipo BGYR y con RP tratados con aGLP1 consiguen %PP a largo plazo (2 años), significativamente mayores que si son tratados con APC. El tratamiento con APC fue eficaz en el 68% de los pacientes, pero los %PP fueron inferiores a los de los pacientes tratados con aGLP1.

Tabla 1.

	%PP 6m	%PP 12m	%PP 18m	%PP 24m
aGLP1 (> 5% PP a 3 meses. N = 55, 100%)	-10,7	-14,6	-15,1	-15,6
APC (> 5% PP a 6 meses. N = 49, 68%)	-11,1	-11,9	-11,6	-8,7
APC global (N = 72)	-6,7	-8,1	-5,9	-3,8

Tabla 2. PP < 20%

	Nadir	Pretratamiento	12m	24m
aGLP1 (N = 55)	5,5	47,3	10,9	18,9
APC global (N = 72)	3,9	41,6	21,6	24,7

305. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL CRIBADO DE FIBROSIS AVANZADA EN PACIENTES CON OBESIDAD CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Martínez Díaz¹, Á. Rosales Rojas², M. Romero González¹, M. Bonet Quiroga¹, M. Poca Sans³, G. Soriano Pastor³, S. Fernández Ananin⁴, A. Pérez Pérez⁵, I. Genua Trullós⁶ e I. Miñambres Donaire⁵

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ³Servicio de Patología Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBERHD, Instituto Carlos III, Madrid. ⁴Servicio de Cirugía General, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas, CIBERDEM, Instituto Carlos III, Madrid.

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHMet) se asocia a la obesidad y es una de las causas más frecuentes de cirrosis hepática en países desarrollados. La presencia de fibrosis e hipertensión portal (HP) incrementa el riesgo quirúrgico y las complicaciones perioperatorias, pudiendo influir en la indicación y la técnica de cirugía bariátrica (CB) en pacientes con obesidad grave.

Objetivos: Evaluar un protocolo de detección de fibrosis avanzada en pacientes candidatos a CB.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con análisis de todos los pacientes intervenidos de CB desde 01/01/2021 hasta 31/12/2023. El protocolo consistía en la realización de FibroScan en los pacientes con NFS (NAFLD fibrosis score) de riesgo ($\geq -1,4$ en < 65 años o $\geq 0,12$ en ≥ 65 años) y valoración por el Servicio de Digestivo si elastografía ≥ 9 kPa, para determinar si existe contraindicación quirúrgica y/o indicación de biopsia hepática preoperatoria.

Resultados: Se analizaron 224 pacientes candidatos a CB (70,5% mujeres, edad $50,6 \pm 10,74$ años) con un IMC precirugía de $42,95 \pm 5,76$ Kg/m². El valor medio de NFS fue $-0,77 \pm 1,36$, presentando el 62,9% (n = 141) un NFS de riesgo. Se realizaron 118 FibroScans, con una elastografía media de $8,19 \pm 7,78$ kPa y un 13,8% (n = 31) de pacientes con elastografía ≥ 9 kPa. Ningún paciente mostró signos de HP y no se contraindicó ninguna cirugía por la presencia de cirrosis hepática no conocida. Se realizaron 22 biopsias a los pacientes con elastografía ≥ 9 kPa, de los cuales solo 3 (13,6%) tuvieron índices de fibrosis avanzada por biopsia (2 pacientes F3 y 1 F4). No hubo

diferencias significativas en los valores de elastografía entre los pacientes con/sin fibrosis avanzada en la biopsia.

Conclusiones: La prevalencia de fibrosis avanzada en sujetos con obesidad candidatos a cirugía bariátrica es baja. El cribado mediante NFS y FibroScan sobreestima la presencia de fibrosis avanzada, siendo necesarios nuevos marcadores no invasivos en esta población.

306. EFICACIA Y SEGURIDAD DE SEMAGLUTIDA 2,4 MG EN PERSONAS CON OBESIDAD Y OSTEOARTRITIS DE RODILLA: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO STEP 9

A. Aliaga-Verdugo¹, H. Bliddal², H. Bays³, S. Czernichow⁴, J. Udden Hemmingsson⁵, J. Hjelmæth⁶, J. Skov Neergaard⁷, S. Wharton⁸, A. Wizert⁷ y L. Kristensen²

¹Endocrinología y Nutrición, Quirónsalud Sagrado Corazón, Centro de ensayos clínicos NTDE, Sevilla. ²The Parker Institute, Bispebjerg Frederiksberg Hospital, Copenhagen, Dinamarca.

³Louisville Metabolic and Atherosclerosis Research Center, University of Louisville School of Medicine, Kentucky, EE. UU.

⁴Department of Nutrition, Hôpital Européen Georges-Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris Cité, Paris, Francia. ⁵Obesity Department, Capio St, Görans Hospital, and the Karolinska Institute, Stockholm, Suecia. ⁶Department of Endocrinology, Obesity and Nutrition, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, Noruega. ⁷Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁸York University, McMaster University and Wharton Weight Management Clinic, Ontario, Canadá.

Objetivos: El objetivo de este ensayo fue confirmar la superioridad de semaglutida subcutánea (s.c.) una vez a la semana (OW) de 2,4 mg frente a placebo en cuanto a la reducción de peso, el dolor relacionado con la osteoartritis de rodilla (KOA) y la función física entre los participantes (pts) con obesidad y KOA.

Métodos: Este ensayo doble ciego controlado con placebo aleatorizó a pts con obesidad (2:1) a semaglutida s.c. OW de 2,4 mg o placebo durante 68 semanas, además de una dieta hipocalórica y un aumento de la actividad física. Los pts (≥ 18 años) tenían un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², un diagnóstico clínico y radiográfico de KOA y dolor relacionado con KOA (escala de valoración numérica del índice de dolor de la Universidad de Ontario Occidental y la Universidad McMaster [NRS] 3,1 [WOMAC] con puntaje de dolor ≥ 40). Los endpoints primarios fueron el cambio porcentual en el peso corporal (BW) y el cambio absoluto en el puntaje de dolor WOMAC, ambos medidos desde el inicio hasta la semana 68.

Resultados: En comparación con el grupo de placebo (n = 136), el grupo de semaglutida (n = 271) tuvo una reducción significativamente mayor desde inicio en el peso medio corporal (-13,7% vs. -3,2%), con una diferencia de tratamiento estimada (ETD) de -10,5% (intervalo de confianza del 95% [IC], -12,3; -8,6; p < 0,0001) a la semana 68. También en comparación con el grupo de placebo, el grupo de semaglutida experimentó una mayor disminución desde inicio en el puntaje de dolor WOMAC (-41,7 vs. -27,5), con una DTE (intervalo de confianza del 95% [IC]) de -14,1 (-20,0; -8,3; p < 0,0001).

El perfil de seguridad observado fue consistente con estudios previos de agonistas del receptor de GLP-1 sin nuevas preocupaciones de seguridad.

Conclusiones: Entre los pacientes con obesidad y KOA, semaglutida 2,4 mg fue superior al placebo en la reducción del BW y el dolor relacionado con KOA, y en la mejora de la función física relacionada con KOA.

Presentada previamente en ECO 2024.

307. DESNUTRICIÓN POST BYPASS GASTROILEAL: CASO CLÍNICO

B. del Arco, J. Gómez Pino, P. Suárez y C. Díaz Perdígones

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Caso clínico: Varón de 48 años que acude a Urgencias del HRUM por astenia, diarrea y pérdida de peso en los últimos 6-7 meses. Como antecedentes, destaca obesidad mórbida tratada mediante 2 intervenciones quirúrgicas: *sleeve* gástrico (2019) y *bypass* gastroileal (técnica de Dr. Resa) (2022). En su tratamiento habitual, presentaba un polivitamínico genérico, calcifediol y auxina A+E (desde la realización del *bypass*) y kreon (introducido en semanas previas). No suplementación de vitamina B12 ni hierro. A la exploración, destaca palidez mucocutánea, debilidad (acude en silla de ruedas) y edematización generalizada con fovea que se corresponde con hallazgo de anemia (Hb 9,7 mg/dL), hipoalbuminemia (1,3 mg/dL) en pruebas de laboratorio y derrame pleural bilateral, ascitis moderada-severa y edema del tejido celular subcutáneo en pruebas radiológicas. Se ingresó en Endocrinología y Nutrición. Se indicó dieta basal con suplemento oral y nutrición parenteral (1 bolsa cada 48 h) complementaria. Se encontraron déficits de ácido fólico, vitaminas A y E, zinc y cobre. Se diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina. En la revisión quirúrgica, se halló que la anastomosis se encontraba a 150 cm de la válvula ileocecal. Se reconvirtió a *bypass* biliopancreático. Dada buena evolución posquirúrgica, se procede al alta con dieta triturada, 2 sobres proteicos al día, zinc, complejo multivitamínico y Kreon.

Discusión: En el año 2004, se ideó la posibilidad de elaborar un *bypass* biliopancreático sin gastrectomía en dos tiempos. Se obtuvo que el primer tiempo era suficiente para impactar en la pérdida de peso y resolución de comorbilidades. No obstante, en la serie de casos publicada por Pereira-Cunil *et al.*, se cuestiona si realmente ha logrado el *bypass* gastroileal superar al resto de técnicas quirúrgicas y si presenta mayores complicaciones de las estimadas.

Presentado en Reunión de casos clínicos de Carlos Santos (SAEDYN Andalucía).

308. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL EN PERSONAS CON OBESIDAD: UN ENFOQUE CLÍNICO

P. Tomás Gómez, M. Blanca Padilla, R. Reyes García y P. Mezquita Raya

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La obesidad es una causa de enfermedad renal crónica (ERC). La resistencia a la insulina, el tejido adiposo ectópico perirrenal y la alteración hemodinámica son mecanismos relacionados con la obesidad que afectan la función renal, junto con la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). Estos factores disminuyen el filtrado glomerular estimado y aumentan la proteinuria. Además, la obesidad provoca dislipemia aterogénica, caracterizada por niveles elevados de triglicéridos, menor concentración de colesterol HDL y aumento de LDL. La guía GIRO recomienda el cribado rutinario de ERC en personas con obesidad (PCO) y su tratamiento, además de mejorar los objetivos de lípidos en sangre.

Objetivos: Conocer la evaluación analítica de PCO que acuden por primera vez a consultas de Endocrinología de nuestro centro de referencia, enfocándonos en la determinación de lípidos y función renal mediante la tasa de filtrado glomerular (TFG) y proteinuria (CAC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de PCO que visitan por primera vez la unidad de Endocrinología y Nutrición entre enero y abril de 2024. Se evaluó el perfil lipídico y la función renal en controles analíticos en los seis meses previos y/o posteriores a la consulta.

Resultados: Se incluyeron 123 PCO, con una media de edad de 45,99 años (rango: 14-76), de los cuales el 73,2% eran mujeres, con un IMC medio de 42 kg/m². El 13,8% tenía obesidad grado I, el 27,6% obesidad grado II, el 42,3% obesidad grado III y el 13,8% obesidad grado IV. El 87% de las PCO tenía perfil lipídico; el 88,6% presentaba determinación de TFG con una media de 102 ml/min/1,73 m²; 2 de ellos tenían TFG < 60 ml/min/1,73 m². Solo el 33,3% tenía determinación de CAC, con una media de 6,9 mg/g; 2 de estos tenían CAC > 30 mg/g.

Conclusiones: La evaluación y manejo de PCO con alteraciones metabólicas y patología renal debe ser multidisciplinar, ofreciendo un tratamiento adecuado considerando género, edad y patologías concomitantes.

309. EFECTO DE SEMAGLUTIDA EN LOS RESULTADOS RENALES EN PERSONAS CON SOBREPESO U OBESIDAD Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN EL ENSAYO SELECT

H.M. Colhoun¹, A. Soto-González², I. Lingvay³, P.M. Brown⁴, J.P.H. Wilding⁵, J.F.E. Mann⁶, K.R. Tuttle⁷, T. Idorn⁴, N. Rathor⁴ y M. Lincoff⁸

¹*Institute of Genetics and Cancer, The University of Edinburgh, Reino Unido.* ²*Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de A Coruña.* ³*UT Southwestern Medical Center, Dallas, TX, EE. UU.* ⁴*Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca.*

⁵*Department of Cardiovascular and Metabolic Medicine, Institute of Life Course and Medical Sciences, University of Liverpool, Reino Unido.* ⁶*KfH Kidney Centre, München, Alemania* and *Friedrich-Alexander University, Erlangen, Alemania.* ⁷*Providence Medical Research Center, Providence Inland Northwest Health Services, Spokane, EE. UU. and University of Washington, Seattle, EE. UU.* ⁸*Cleveland Clinic, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, EE. UU.*

Introducción y objetivos: Análisis secundarios de ensayos de resultados cardiovasculares en personas con diabetes tipo 2 sugieren que semaglutida tiene el potencial de reducir el deterioro de la función renal. Semaglutida redujo el *endpoint* primario de eventos cardiovasculares adversos mayores en un 20% en el ensayo SELECT en personas con sobrepeso u obesidad sin diabetes. Se muestra el análisis preespecificado de los resultados renales secundarios y exploratorios en SELECT.

Métodos: El principal *endpoint* renal fue el tiempo hasta la primera aparición de un compuesto nefropático de 5 puntos: muerte por causas renales; inicio de terapia de reemplazo renal crónico; inicio de una tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR) persistente < 15 mL/min/1,73 m²; reducción persistente ≥ 50% en la eGFR en comparación con el inicio; o inicio de macroalbuminuria persistente. Los pacientes se aleatorizaron a recibir semaglutida subcutánea (sc) 2,4 mg semanal o placebo. Se recogieron muestras de sangre y orina para medir eGFR y la relación albúmina-creatinina urinaria (UACR).

Resultados: El principal *endpoint* ocurrió en menor proporción en el grupo de semaglutida (1,8% [155/8.803]) que placebo (2,2% [198/8.801]): Hazard ratio 0,78 [intervalo de confianza del 95% (IC) 0,63; 0,96]; p = 0,02. A las 104 semanas, la eGFR disminuyó menos en el brazo de semaglutida que en el de placebo, efecto de tratamiento de 0,75 mL/min/1,73 m² [IC95% 0,43; 1,06]; p < 0,001.

A 104 semanas, el aumento proporcional en UACR fue menor en el brazo de semaglutida que en el de placebo. Efecto de tratamiento de -10,7% [IC95% -13,2; -8,2]; $p < 0,001$. Semaglutida no se asoció con exceso de lesión renal aguda.

Conclusiones: Los análisis secundarios preespecificados sugieren un efecto beneficioso de semaglutida 2,4 mg en un *endpoint* compuesto renal en personas con sobrepeso u obesidad y enfermedad cardiovascular establecida. Se encontraron beneficios significativos tanto para la eGFR como para la UACR.

Presentada previamente en ERA 2024.

310. ENSAYO STEP 10: SEMAGLUTIDA 2,4 MG PROPORCIONÓ UNA REDUCCIÓN SUPERIOR EN COMPARACIÓN CON PLACEBO EN EL PESO CORPORAL Y LA REVERSIÓN A LA NORMOGLUCEMIA EN PARTICIPANTES CON OBESIDAD Y PREDIABETES

M.A. Rubio-Herrera¹, B. McGowan², J.M. Bruun³, M. Capehorn⁴, S.D. Pedersen⁵, K.H. Pietiläinen⁶, H.A. Kudiyanur Muniraju⁷, M. Quiroga⁸, A. Varbo⁸ y D.C.W. Lau⁹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, IDISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Department of Diabetes and Endocrinology, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, London, Reino Unido. ³Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus University Hospital, Aarhus, Dinamarca. ⁴Rotherham Institute for Obesity, Clifton Medical Centre, Rotherham, Reino Unido. ⁵C-endo Diabetes & Endocrinology Clinic, Calgary, Canadá. ⁶Obesity Research Unit, University of Helsinki, Finlandia. ⁷Healthy Weight Hub, Helsinki University Hospital and University of Helsinki, Finlandia. ⁸Novo Nordisk Global Business Services, Bangalore, India. ⁹Novo Nordisk A/S, Søborg, Dinamarca. ⁹Department of Medicine, University of Calgary Cumming School of Medicine, Calgary, Canadá.

Introducción: Las personas con obesidad y prediabetes tienen un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2, comorbilidades relacionadas con adiposidad y mortalidad y, por lo tanto, pueden beneficiarse del tratamiento para la pérdida de peso. El STEP 10 comparó el efecto en el peso corporal y la reversión a la normoglicemia de semaglutida 2,4 mg (sema) versus placebo (pbo) como complemento a una intervención en el estilo de vida en participantes (pts) con obesidad y prediabetes.

Métodos: Participaron 207 pts, edad media de 53 años e IMC 40,1 kg/m², aleatorizados en una proporción de 2:1 a sema subcutáneo una vez a la semana o pbo y recibieron asesoramiento en dieta y actividad física durante 52 semanas. Durante el subsiguiente periodo de 28 semanas sin tratamiento, los pts recibieron asesoramiento estándar para un estilo de vida saludable según las pautas locales. Los *endpoints* primarios fueron el cambio porcentual en el peso corporal y la proporción de pts que revirtieron a la normoglicemia (HbA1c < 6,0% y glucemia en ayunas < 99 mg/dL (5,5 mmol/L)) en la semana 52.

Resultados: La reducción en el peso corporal fue significativamente mayor con sema (n = 138) que con pbo (n = 69) en la semana 52 (-13,9 vs. -2,7%; diferencia de tratamiento estimada [IC del 95%]: -11,2% [-13,0; -9,4]; $p < 0,0001$). Una mayor proporción de pts revirtió a la normoglicemia en la semana 52 con sema (81,1%) en comparación con pbo (14,1%) (razón de probabilidades [IC95%]: 19,8 [8,7; 45,2]; $p < 0,0001$). De los pts que alcanzaron normoglicemia en la semana 52 con sema, al suspender la medicación durante 28 semanas, el 45,4% del grupo sema y 57,1% de pbo regresaron a la situación de prediabetes.

Conclusiones: En STEP 10, sema proporcionó una reducción superior en el peso corporal y la reversión a la normoglicemia en comparación con pbo en pts con obesidad y prediabetes. El perfil

de seguridad y tolerabilidad de sema fue consistente con estudios previos y la clase de agonistas del receptor de GLP-1.

Presentada previamente en ECO 2024.

311. IMPACTO DE LA CRONONUTRICIÓN Y LAS HORAS DE SUEÑO EN LA OBESIDAD Y LA EVOLUCIÓN PONDERAL TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

È. Navarro Masip¹, B. Salinas Roca², A. Dalmau Vila³, M. Bueno³, G. Monroy³, R. Martí¹ y A. Lecube⁴

¹Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Grupo de Investigación en Obesidad, Diabetes y Metabolismo, Lleida. ²Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Grupo de Investigación en Obesidad, Diabetes y Metabolismo, Lleida, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Ramon Llull, Blanquerna, Barcelona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, Grupo de Investigación en Obesidad, Diabetes y Metabolismo, Lleida.

Introducción: “Desayunar como un rey, almorzar como un príncipe y cenar como un pobre” para mantener una buena salud. En los últimos años, este dicho popular ha evolucionado hacia la crononutrición, que se refiere a la sincronización de la ingesta de alimentos con los ritmos circadianos. La crononutrición y los hábitos de sueño están estrechamente relacionadas con la ganancia de peso y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, la cirugía bariátrica (CB) puede combatir la obesidad grave, pero alrededor del 25% de los pacientes no logra una pérdida de peso satisfactoria o recupera una cantidad significativa del peso perdido.

Métodos: Para evaluar el impacto del sueño y la crononutrición en el grado de obesidad y la evolución ponderal tras la CB, se realizó un estudio descriptivo transversal. 43 pacientes atendidos en la Unidad de Obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida completaron el cuestionario sobre su perfil crononutritivo (*Chrononutrition Profile Questionnaire*). Los datos obtenidos se correlacionaron con su IMC y la evolución ponderal tras CB.

Resultados: Entre los pacientes con obesidad no sometidos a CB, se observó una correlación inversa entre las horas de sueño y el IMC ($r = -0,428$, $p = 0,047$). Además, los pacientes con obesidad que cenaban después de las 21:30 h tienen un IMC significativamente mayor que aquellos que lo hacen antes (50,1 vs. 40,5, $p = 0,030$). Por último, entre los pacientes sometidos a CB, el porcentaje de quienes realizan recena es significativamente mayor entre aquellos con reganancia ponderal en comparación con aquellos que han mantenido su peso cercano al nadir (78 vs. 17%, $p = 0,041$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan que algunos aspectos de la crononutrición y las horas de sueño pueden afectar significativamente el grado de obesidad y la evolución ponderal tras la CB. Importa, por lo tanto, lo que comemos, pero también cuándo lo hacemos.

312. AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP1 PREVIO A CIRUGÍA BARIÁTRICA: ¿APORTAN BENEFICIOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA ANTROPOMETRÍA Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL?

S. Gutiérrez Medina¹, M. de la Higuera¹, G. Velasco², I. Higuera¹, I. Yagüe¹, E. Sánchez¹, F. Lapuente², M. Blanca¹, J. Zubiría¹ y S. Guadaluix¹

¹Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Madrid. ²Cirugía General y Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

Tabla P-312

	Con AR-GLP1	Sin AR-GLP1	p
IMC inicial (Kg/m ²)	44,5 ± 6,4	41,9 ± 3,8	0,05
Peso inicial (Kg)	122,2 ± 20,9	118,9 ± 16,7	0,4
Cintura inicial (cm)	136,5 ± 16,4	127,4 ± 12,2	0,02
MG inicial (Kg)	60,9 ± 13,9	58,1 ± 8,5	0,3
Peso precirugía ajustado por peso inicial (Kg)	114,5 ± 1,2	117,6 ± 0,9	0,04
Peso 1 mes poscirugía ajustado por peso inicial (Kg)	100,8 ± 0,9	104,6 ± 0,7	0,03
MG precirugía ajustada por MG inicial (Kg)	54,8 ± 0,7	58,5 ± 0,6	0,03
MG 1 mes poscirugía ajustada por MG inicial (Kg)	42,3 ± 1,3	47 ± 1,05	0,009

Introducción: Hay pocos estudios sobre la utilidad del uso de agonistas del Receptor de GLP1 (AR-GLP1) previo a cirugía bariátrica (CB).

Objetivos: Evaluar cambios en antropometría y composición corporal previa a CB y 1 mes después en pacientes que recibieron AR-GLP1 (liraglutida o semaglutida subcutáneo) antes de la cirugía y comparar dichos resultados con grupo control (CB sin AR-GLP1).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes sometidos a CB en Clínica Universidad de Navarra (Madrid) entre 2017 y 2023.

Resultados: 76 pacientes, 46,3 ± 12 años (63% mujeres), IMC 42,9 ± 5 Kg/m², peso 120 ± 18,3 kg, cintura 130,2 ± 14,1 cm, masa grasa (MG) 59,1 ± 10,8 kg. 76,3% gastrectomía tubular, 23,7% *bypass* gástrico. 38,8% usaron AR-GLP1 (67,9% liraglutida, 32,1% semaglutida) 26,7 ± 24,5 semanas previas a CB. 11,8% de abandonos. Efectos secundarios: 7,8% náuseas, 2,6% dispepsia y 1,3% estreñimiento. Pérdida de peso (PP) precirugía 3,2 ± 4,4 % (5,1 ± 5 con AR-GLP1 vs 2,2 ± 3,8 sin AR-GLP1, p = 0,0079). PP 1 mes postcirugía 16,2 ± 5% con AR-GLP1 vs. 13,1 ± 3,8% sin AR-GLP1; p = 0,004. Diferencias entre ambos grupos expresados en tabla. No hubo diferencias en cintura, masa magra ni masa musculoesquelética precirugía y 1 mes poscirugía entre ambos grupos.

Conclusiones: Los AR-GLP1 pueden ser una herramienta eficaz para potenciar PP previa a CB, favoreciendo mayor pérdida de MG preCB y manteniéndola 1 mes postcirugía. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para evaluar los posibles beneficios del uso de AR-GLP1 previo a CB.

313. LA PÉRDIDA DE PESO MEJORA EL LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA. UN ENSAYO ALEATORIZADO Y CONTROLADO

G. Oliveira¹, Y. Ruiz Molina², M. Padial-Barranco³, M.M. Martín Bravo⁴, M. García Olivares³, A. Chicharro² y V.C. Sasso³

¹Hospital Regional Universitario de Málaga, Ibima/Plataforma Bionand, Universidad de Málaga. ²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Universitario de Málaga, Universidad de Málaga. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Ibima/Plataforma Bionand, Universidad de Málaga. ⁴Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El linfedema secundario a cáncer de mama (LSCM) se asocia a peor calidad de vida. La prevalencia del LSCM persistente aumenta con la obesidad y sobrepeso.

Métodos: En mujeres con sobrepeso u obesidad y LSCM se evaluó si un programa de entrenamiento muscular supervisado (12 semanas) y de pérdida de peso (-dieta mediterránea y sustituto de una comida- seis meses) disminuyó el volumen del LSCM y mejoró la valoración morfofuncional (BIA, Dinamometría de mano y piernas), la calidad de vida (FACB+4) y la actividad física (IPAQ), comparado con un grupo control.

Resultados: Se reclutaron 43 pacientes en grupo de intervención (I) edad 56,4 ± 17,1 y 53 en el grupo control (C) edad 61,3 ± 16,6. A seis meses las pacientes del grupo I (controlando por peso y volumen inicial del linfedema) disminuyeron significativamente (respecto a control), el peso, el pliegue tricúspide (PTC), masa grasa (BIA), el agua extracelular y la circunferencia braquial afecto y aumentaron la fuerza del cuádriceps. Independientemente del grupo asignado, las pacientes que perdieron más de un 3,5% del peso inicial (vs. < 3,5%) mejoraron significativamente el volumen del miembro afecto del LSCM, la circunferencia a diferentes niveles (65%, mitad, codo, antebrazo) así como la masa grasa del brazo afecto y el agua intra y extracelular. Hubo una tendencia no significativa a mejorar la calidad de vida y la actividad física en el grupo I).

Conclusiones: El grupo de intervención perdió más peso y mejoró la valoración morfofuncional. Las mujeres que perdieron más del 3,5% del peso inicial, independientemente del grupo de intervención, disminuyeron el volumen del linfedema así como la masa grasa del brazo afecto.

Clinical trials: NCT04974268.

314. EFECTO DE LA OPTIMIZACIÓN DIETÉTICA PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL PERFIL INFLAMATORIO

E. Villa Fernández¹, A.V. García¹, R. Rodríguez-Uría², M. Moreno Gijón², S. Sanz², M. García Villarino³, A. Cobo Irusta⁴, E. Delgado⁵ y C. Lambert¹

¹Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Grupo de Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad.

²Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo.

⁴Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias.

⁵Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La obesidad es una enfermedad cuya incidencia ha crecido enormemente en los últimos años, siendo la cirugía bariátrica el único tratamiento efectivo en la actualidad. Además, las largas listas de espera quirúrgica han hecho que las obesidades sean cada vez más graves, y los índices de masa corporal (IMC) prequirúrgicos mayores. Cabe destacar que, dependiendo de este IMC inicial, la preparación previa a la cirugía puede variar.

Objetivos: Investigar el efecto que diferentes tiempos de optimización dietética tienen en la reducción del IMC previo a la cirugía y la influencia de estas dietas al estado inflamatorio del paciente.

Métodos: Se analizó la expresión de los genes IL-1β, IL-6, TNF, VEGF mediante RT-qPCR en muestras de tejido adiposo visceral de pacientes (n = 11) sometidos a diferentes tiempos de optimización dietética previa a la cirugía bariátrica (1 semana, 2 semanas, 3 meses).

Resultados: No se observan diferencias significativas entre grupos al analizar los parámetros demográficos y bioquímicos de los pacientes, pero se ven tendencias en la glucemia, la HbA1c, IMC y el colesterol total. En cuanto al perfil inflamatorio, observamos que la expresión de VEGF y TNF- α disminuía cuanto mayor duración tuviera la dieta preoperatoria.

Conclusiones: Se sabe que una correcta optimización dietética de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tiene efectos muy positivos en cuanto a la consecución de los objetivos finales deseados. Aunque en este estudio piloto no hemos podido demostrar el efecto de las dietas en la mejora perfil inflamatorio debido a el número reducido de pacientes incluidos, se observan tendencias del perfil glucémico e inflamatorio, viéndose necesaria la continuación de este estudio en una cohorte mayor de pacientes.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (PI19/01162).

315. IMPACTO DE LA OBESIDAD SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

D.L. Marginean, M.I. García Ramírez, M.C. Serrano Laguna, P. Pérez Reyes y P. Moreno Moreno

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se está empleando cada vez más en atención sanitaria. La obesidad es una patología que merma la calidad de vida, aunque este aspecto no se tiene en cuenta en la evaluación y el planteamiento terapéutico de las personas que la sufren.

Objetivos: Analizar el impacto de la obesidad sobre la CVRS.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y analítico sobre una cohorte de personas atendidas por obesidad en Consultas de Endocrinología. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se entregó para autoadministrar el cuestionario de CVRS Nottingham Health Profile (NHP).

Resultados: 47 personas, 66% mujeres, con una edad media de $47,21 \pm 10,06$ años e IMC medio de $43,72 \pm 7,67$ kg/m². Según el cuestionario NHP, las facetas que se ven más afectadas en personas con obesidad son la actividad doméstica, la vida social, la vida sexual y el entretenimiento. Además, refieren mayor afectación de movilidad física, dolor y aislamiento social. Las mujeres presentan peor CVRS en todas las variables del cuestionario NHP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con respecto a los hombres en actividad doméstica, movilidad física, dolor, energía y aislamiento social ($p < 0,05$). No se observa peor CVRS en ninguno de los aspectos medidos por el cuestionario NHP en relación con el grado de obesidad.

Conclusiones: En la muestra estudiada, la obesidad supone una peor CVRS percibida, siendo esta independiente del grado de obesidad y más acusada en las mujeres.

316. EFICACIA DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON LÁSER DE ARGÓN PARA LAS HIPOGLUCEMIAS POSPRANDIALES EN PACIENTES CON BYPASS GÁSTRICO

A.M. Ramos Leví¹, S. Mera Carreiro², B. Bernaldo², C. Rodríguez Carrillo³, P. Espinosa de los Monteros², N. Pérez-Ferre⁴, C. Marcuello Foncillas², J.M. Esteban², P. Matía Martín⁴ y M.A. Rubio-Herrera⁴

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, IDISC, Madrid. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, IDISC, Madrid. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, IDISC, Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

Introducción: Las hipoglucemias posprandiales (HPP) tras *bypass* gástrico (BG) constituyen un reto clínico diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico con láser de argón (APC) para recalibrar la anastomosis gastro-yeyunal (GY) cuando la terapia farmacológica ha sido ineficaz.

Métodos: Estudio ambispectivo pacientes con BG que desarrollaron HPP (2018-2022), con fracaso farmacológico (acarbosa, canagliflozina, arGLP1, otros), y que optaron al procedimiento endoscópico mediante APC (flujo de 1,9 litros/min y 90 vatios). Se analizaron cambios en síntomas de hipoglucemia (cuestionario Sigstad), necesidad de tratamiento y % de peso perdido (%PP). Estadística descriptiva, comparaciones no paramétricas, correlaciones.

Resultados: 25 pacientes, edad $52,3 \pm 9,2$ años, IMC precirugía $42,7 \pm 5,5$; IMC nadir $26,6 \pm 3,8$ e IMC antes APC $30,8 \pm 6,3$ kg/m². Síntomas de HPP aparecieron a los 26 (20-84) meses tras BG. Los pacientes recibieron una mediana de 2 procedimientos APC (rango 1-4), reduciéndose el diámetro anastomosis GY de $26,8 \pm 7,2$ mm a $16,4 \pm 4,4$ mm ($p < 0,001$). Los efectos adversos fueron leves (dolor, vómitos; úlcera marginal, sangrado, estenosis). Los síntomas de HPP mejoraron en el 100% de los pacientes, con disminución de la puntuación Sigstad de $8,2 \pm 1,9$ a $0,9 \pm 2$ puntos ($p < 0,0001$). Un 84% de pacientes discontinuaron el tratamiento al menos por 2 años. Además, un 80% de los participantes disminuyeron %PP tras APC: $7,6 \pm 5,2\%$ (6 m), $8,9 \pm 4,8\%$ (12 m), $6,6 \pm 5,6\%$ (18 m) and $5,3 \pm 5,01\%$ (24 m) [ANOVA $p = 0,005$]. No se objetivó asociación entre el cambio del diámetro de la anastomosis GY tras APC y el %PP.

Conclusiones: La aplicación endoscópica de APC es un método efectivo, seguro y reproducible para el tratamiento de la HPP en pacientes sometidos a cirugía bariátrica de BG. También contribuye a la pérdida de peso en aquellos que habían experimentado recuperación ponderal tras el nadir.

317. LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA RECURRENCIA DEL EXCESO DE PESO: LA RELACIÓN CON EL ESTADO DE ÁNIMO Y LA IMPULSIVIDAD

L. Flores¹, J. Mendoza², S. Logwin³, J. Molero², J. Viaplana³, A. Andreu², M.M. Ruiz² y S. Cañizares²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona. ³Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, Barcelona.

Introducción: Las causas de la recurrencia el exceso de peso (REP) tras la gastrectomía tubular (GT) son multifactoriales e incluyen factores psicológicos. El objetivo fue evaluar la conducta alimentaria y su relación con el estado de ánimo y la impulsividad en la REP tras la GT.

Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes entre 30-60 años, con más de 5 años de la GT, divididos en dos grupos según su trayectoria ponderal: pacientes con REP y con mantenimiento del peso perdido (MPP). Se definió REP como una pérdida de peso (PP) $< 20\%$ del peso inicial. La evaluación de la conducta alimentaria se realizó mediante el Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) y el Three-Factor Eating Questionnaire (TEFQ), la ansiedad y depresión mediante la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), y la impulsividad mediante la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11) y la escala de comportamiento impulsivo UPPS.

Resultados: Se estudiaron 50 pacientes, 80% mujeres, con una edad media de $49,3$ (8,1) años y con un tiempo de $7,9$ (2,8) años tras la GT. Ambos grupos fueron similares en edad, sexo, IMC prequirúrgico y tiempo desde la GT. No hubo diferencias en ninguno de los dominios evaluados en el DEBQ y el TEFQ entre ambos grupos. En los pacientes con REP, la ansiedad ($p = 0,041$), la impulsividad no planificada ($p = 0,030$) y la falta de perseverancia ($p = 0,018$) fueron significativamente superiores. El IMC en el momento de la evaluación

se correlacionó significativamente con el HADS total ($r = 0,357$, $p = 0,015$). Además, el HADS total mostró correlaciones con el BIS-11 ($r = 0,52$, $p < 0,001$) y con el UPPS ($r = 0,49$, $p < 0,001$).

Conclusiones: La REP cursa con ansiedad, la que a su vez se asocia con una mayor impulsividad. Entender mejor las características de estos pacientes nos permite diseñar intervenciones personalizadas para manejar su peso y el bienestar emocional de manera sostenible.

Agradecimiento: realizado con fondos ISCIII y del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) PI19/01138.

318. CAMBIOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON OBESIDAD EN TRATAMIENTO CON LIRAGLUTIDA 3,0 MEDIDOS CON VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL

M. García Olivares, L. Dalle Rovere, C. Hardy Añón, R. Fernández Jiménez, C. Herola Cobos y J.M. García Almeida

Hospital Quirónsalud Málaga.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica metabólica que da lugar a cambios en la composición corporal (CC) y función. Han surgido técnicas avanzadas de valoración morfofuncional: ecografía nutricional®, bioimpedanciometría (BIA) y dinamometría (HGS), que nos permiten valorar los cambios morfofuncionales durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar los cambios en la CC utilizando técnicas de valoración morfofuncional en pacientes con obesidad en tratamiento con liraglutida 3.0.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con obesidad del Hospital Quirónsalud Málaga. Los datos morfofuncionales se evaluaron mediante bioimpedanciometría (Akern), ecografía (Mindray® Z60) y dinamometría (JAMAR), en la visita basal y durante 3 y 6 meses seguimiento. Los pacientes tenían tratamiento con liraglutida 3.0 y recibían pautas nutricionales.

Resultados: 141 pacientes, 75,2% mujeres y 24,8% hombres, con IMC 35,6 y 38,1 kg/m² respectivamente. Utilizando la escala AACE observamos 19,1% pacientes con grado 0, 49,6% grado 1 y 31,2% grado 2. A los 6 meses podemos observar pérdida de peso significativa y disminución de FM (BIA, %). También observamos una ligera disminución de la masa celular (BCM, kg). Sin embargo, el AF (°) se mantiene o sube ligeramente. También existe una mejoría en la HGS (kg). Utilizando la ecografía nutricional®, en el abdomen podemos observar disminución en el tejido adiposo total (T-SAT) y visceral (VAT). En el recto anterior del cuádriceps, observamos reducción del tejido adiposo (L-SAT), pero, también ligera disminución del área muscular (RF-CSA). Podemos observar cambios metabólicos ($p < 0,05$) con la reducción del HOMA-IR durante el seguimiento.

Conclusiones: Realizar valoración morfofuncional en la práctica clínica de nuestros pacientes con obesidad es fundamental para observar cambios de CC y función. Los pacientes con obesidad en tratamiento con liraglutida consiguen cambios significativos medidos por ultrasonido, dinamometría y BIA, además de conseguir cambios metabólicos.

319. PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES QUE VIVEN CON OBESIDAD QUE ACUDEN A LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Sánchez-Prieto Castillo, R.C. Romo Remigio, J.D. Barranco Ochoa y A. Segarra Balao

Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: En el abordaje de pacientes que viven con obesidad es muy frecuente la presencia de comorbilidades de salud mental. Esta puede influenciar en el tratamiento pautado y en la evolución del peso.

Métodos: Se recogen los pacientes que acudieron a las consultas externas del hospital universitario de Jaén durante el mes de noviembre del 2023, se les aplicó los test de Berlín, Hamilton y Goldberg. Análisis estadístico con SPSS Versión 27.

Resultados: Se recopilamos los resultados de los test de 120 pacientes. El 61,9% eran mujeres. Con respecto a los grados de obesidad, pertenecían al grado I: 10% de los pacientes; grado II, 22,5%; grado III, 47,5%; grado IV, el 17,5%. Se aplicó el test de Goldberg siendo positivo para ansiedad en 86 pacientes (66,2%); asimismo para depresión fue positivo en 87 pacientes (66,9%). No hubo diferencia significativa de IMC entre los positivos ni negativos ni para ansiedad ($p = 0,396$), ni para depresión ($p = 0,457$). Con respecto al test de Hamilton: Presentaron un test positivo en 39 pacientes (63,9%). El grado de depresión era ligera en 22 pacientes (36,1%), moderada en 11 pacientes (18%) y grave en 6 pacientes (9,8%). No hallamos tampoco diferencias significativas entre positivos y negativos ($p = 0,18$) con respecto al IMC. Con respecto al test de Beck: El grado de ansiedad era baja en 36 pacientes (57,1%), moderada en 17 pacientes (27%); y severa en 10 pacientes (15,9%). No hubo diferencias entre casos con sintomatología leve versus sintomatología moderada-grave con respecto al IMC. Asimismo, subdividimos los grupos en pacientes con obesidad grave (IMC > 35) y obesidad no grave (IMC < 35). Al buscar diferencias entre ambos grupos usando los diferentes test. No se encontraron diferencias con respecto al test de Goldberg ni en ansiedad ($p = 0,77$) ni depresión ($p = 0,26$); ni en el Hamilton ($p = 0,14$) ni Beck ($p = 0,48$).

Conclusiones: La sintomatología estaba presente sin diferencias entre grupos con diferentes IMC.

PÓSTER RETIRADO

PÓSTER RETIRADO

321. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO A NIVEL RESPIRATORIO, ORL, CARDIOVASCULAR Y VERTEBRAL EN PACIENTES ADULTOS CON SÍNDROME DE PRADER WILLI

A. Muntean¹, L. Casamitjana Espuña², O. Giménez Palop², A. Hernández Lázaro², Á. Moreno Armengol³, L. Vigil Giménez⁴, Y. Escamilla Carpintero⁵, J. Jover Gornall¹, M. Rigla Cros⁶ y M.A. Caixàs Pedragós⁶

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell. ³Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Sabadell. ⁴Servicio de Neumología, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Departament de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ⁵Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Departament de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Parc Taulí, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT-CERCA), Departament de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell.

Introducción: En el adulto con síndrome de Prader-Willi (SPW), el tratamiento con GH se ha asociado con mejoras a nivel metabólico, composición corporal, cognitivo-conductual, entre otros. Como posibles efectos adversos descritos están la aparición o empeoramiento de apnea obstructiva del sueño, aumento de partes blandas a nivel de orofaringe, hipertrofia ventricular y empeoramiento de la patología vertebral preexistente. El presente trabajo pretende evaluar si el tratamiento con GH en adultos con SPW con déficit de GH es seguro.

Métodos: Las pruebas se realizaron antes de iniciar GH y a los 12 meses de tratamiento. Cada paciente fue sometido a polisomnografía, Quebec Sleep Questionnaire, escala de somnolencia de Epworth, valoración otorrinolaringológica, ecocardiografía, ergometría y escoliógrama.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con SPW en seguimiento en nuestro centro. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros analizados. Respiratorio: tras el tratamiento con GH no se registraron diferencias en la calidad del sueño (p 0,6). En cuanto a la polisomnografía en 15 pacientes (62,5%) empeoró el índice de apnea-hipopnea, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p 0,1). ORL: No se observaron diferencias en la puntuación en la escala de Mallampati (p 0,5), test de Friedman (p 0,5), escala de Brodsky (p 0,1) y valoración de hipertrofia adenoidea (p 1). Cardiovascular: no hubo diferencias en el diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (p 0,8), aparición de valvulopatías ni datos de isquemia miocárdica. Patología vertebral: los valores de ángulo de Cobb dorsal y lumbar no mostraron diferencias estadísticamente significativas (p 0,3).

Conclusiones: El tratamiento con GH durante 1 año en pacientes adultos con SPW es seguro.

322. BENEFICIOS METABÓLICOS Y MOLECULARES DE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y DE UNA DIETA BAJA EN GRASAS EN LA REVERSIÓN DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES EN UN MODELO PRECLÍNICO

A. Sarmento-Cabral¹, A. Montero-Hidalgo¹, J. Pérez-Gómez¹, A. Martínez-Vara¹, J. López-Miranda², E.M. Yubero-Serrano³, M.D. Gahete¹ y R.M. Luque¹

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología, Universidad de Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Córdoba. Unidad de Lípidos y Aterosclerosis, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn), Córdoba. Unidad de Lípidos y Aterosclerosis, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

La obesidad (OB) y la diabetes tipo 2 (T2D) son enfermedades crónicas asociadas a la resistencia a la insulina (IR), cuya reversión parcial es posible mediante intervenciones dietéticas, aunque los mecanismos celulares y moleculares implicados en dicha reversión son poco conocidos. Este estudio investigó el impacto de la dieta mediterránea (MedD) y una dieta baja en grasas (LFD) en la reversión de OB/IR/T2D y las alteraciones celulares y moleculares en tejidos metabólicamente activos. Para ello, ratones de 8 semanas fueron alimentados con una dieta alta en grasas (HFD; 60% Kcal de grasa) durante 14 semanas para inducir OB/IR. A continuación, se dividieron en tres grupos durante 13 semanas más: 1) continuaron con HFD (n = 12); 2) cambiaron a MedD (35% Kcal de grasa, n = 18); y 3) cambiaron a LFD (30% Kcal de grasa, n = 18). En paralelo, un grupo control recibió una dieta baja en grasa (CD, 17% Kcal de grasa, n = 12) durante las 27 semanas del estudio. Se evaluó el estado corporal, tolerancia a la glucosa/insulina, cociente respiratorio, gasto energético y actividad física antes y después de la intervención. También se midieron los niveles de insulina, leptina, ghrelina y ALT en plasma, y se analizaron las alteraciones en la expresión de genes relacionados con el inflammasoma y la proliferación celular en el tejido adiposo visceral (VAT) y el hígado. Los resultados mostraron que tanto la MedD como la LFD revirtieron significativamente todos los parámetros sistémicos del estado OB/IR/metabólico inducido por HFD, acercándolos a los niveles del grupo CD. Ambas dietas redujeron la expresión de genes relacionados con el inflammasoma y la proliferación celular en el VAT vs. el grupo HFD. Sin embargo, solo MedD revirtió el perfil inflamatorio en el hígado. En conclusión, MedD y LFD revirtieron el estado OB/IR/metabólico, aunque las huellas moleculares asociadas a estos efectos son distintas en el VAT y el hígado.

Financiación: CIBERObn (OBN20PI02/2020), MICINN (PID2022-138185OB-I00).

323. LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA COMO FACTOR CONTRIBUYENTE DE LA OBESIDAD: NUEVOS TIEMPOS SE ACOMPAÑAN DE NUEVOS PROTAGONISTAS

B. Salinas-Roca¹, L. Tecchia², L. Rubió³, A. Dalmau⁴, M. Bueno⁴, E. Navarro⁵ y A. Lecube⁶

¹Universitat Ramon Llull-Blanquerna, IRBLLEIDA, Lleida. ²Banc d'Aliments de Lleida. ³Universitat de Lleida-Centro Agrotecnio CERCA, Lleida. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Lleida. ⁵IRB Lleida. ⁶Instituto de Investigación Biomédica de Lleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La inseguridad alimentaria (IA) está presente en un 13,3% de los hogares en España. Esta falta de acceso físico, social o económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos se ha relacionado clásicamente con variables socioeconómicas desfavorables. Sin embargo, en los últimos años, se comienza a considerar a la IA como un factor contribuyente para la ganancia ponderal. Así, nuestro estudio pretende explorar la asociación entre IA y la presencia de obesidad en adultos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal con 118 adultos atendidos en el Banco de Alimentos de Lleida, y actualmente ampliado al ámbito hospitalario. Se administró la Escala del Componente de Acceso de la Inseguridad Alimentaria en el Hogar mediante el cuestionario HFIAS, se evaluó la adherencia a la dieta mediterránea mediante el cuestionario MEDAS y se midieron variables antropométricas y de actividad física mediante el Brief Physical Activity Assessment Tool.

Resultados: En nuestra población (48,7% mujeres, 42,3 ± 13,8 años) un 82,2% presenta IA. La prevalencia de obesidad en este grupo es del 94,1%, frente al 5,8% en sujetos sin IA ($p < 0,001$), lo que se suma a un mayor porcentaje de inactividad física (88%; $p = 0,004$). Por otro lado, en el análisis multivariante, presenta que obesidad se asocia de forma independiente con la presencia de IA ($p = 0,041$), el sexo femenino ($p = 0,036$), una mayor edad ($p < 0,001$) y el origen africano ($p = 0,007$).

Conclusiones: Los resultados muestran que la población con IA es un grupo vulnerable a desarrollar obesidad. En una época de inestabilidad socio económica como la que estamos viviendo, la IA debería considerarse por los decisores políticos en las estrategias dirigidas a la prevención y tratamiento de la obesidad. Pero también debemos pensar en ella los profesionales de la salud, a nivel de la consulta diaria, cuando abordemos la terapia nutricional en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

324. GESTACIÓN EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR Y RESULTADOS TRAS AÑO Y MEDIO DE IMPLANTACIÓN

M. Peinado Ruiz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Describir la programación de los embarazos, deficiencias nutricionales y resultados materno-fetales en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica (CB).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. 24 gestaciones desde enero de 2023 a partir de la puesta en marcha del protocolo Obesidad y Gestación llevado a cabo por los servicios de Endocrinología y Obstetricia.

Resultados: 10 gestaciones en pacientes intervenidas de CB en nuestro hospital, 6 en centros privados de España y 8 en Turquía. 19 gastrectomías verticales, 4 *bypass* gástricos y 1 *bypass* yeyuno-ileal termino lateral. De las 10 pacientes intervenidas en HUV, todas se encontraban en seguimiento por Endocrinología y 7 tomaban polivitamínico previo a gestación; de las 7 pacientes intervenidas en centro privado ninguna se encontraba en seguimiento y 4 tomaban polivitamínico; y de las 8 intervenidas en Turquía, 3 en seguimiento previo y 4 con toma de polivitamínico. La mediana del tiempo desde la intervención hasta la gestación fue de 28,5 meses (rango 3-192), 4 pacientes se quedaron embarazadas antes del año de cirugía. En 9/13 pacientes en seguimiento por servicio de Endocrinología conocemos déficit vitamínico previo a gestación, el 20,8% presentaba síndrome anémico y/o déficit de vitamina D, el 8,3% de Fe, ácido fólico y/o B12. 13/19 gestaciones finalizadas presentaban déficit vitamínico durante la gestación, de más a menos frecuente: vitamina D, anemia ferropénica, vitamina B12 y ácido fólico. De las 19

gestaciones finalizadas, 3 casos de aborto en el primer trimestre. 2 casos de malformaciones: 1 riñón ectópico y 1 agenesia anorrectal.

Conclusiones: La protocolización del seguimiento de estas pacientes con el servicio de obstetricia de nuestro hospital ha puesto en evidencia un número importante de mujeres con este antecedente intervenidas en centros privados (destacando Turquía) que se han quedado embarazadas sin seguimiento endocrinológico adecuado.

325. EVOLUCIÓN DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON OBESIDAD SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

O. Simó Guerrero, G. Giménez Pérez, N. Stanton Yonge Sesnic, C. Conchillo Fernández, A. Recasens Gracia, M. Velásquez Arévalo e I. Castells Fusté

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Granollers.

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) afecta a un 70% de las personas con obesidad. La reducción ponderal es fundamental en la mejoría/resolución de la AOS. El objetivo de este estudio es valorar la evolución de esta comorbilidad en una cohorte de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en nuestro centro.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional. Criterios de inclusión: Pacientes con obesidad, intervenidos de cirugía bariátrica, seguimiento mínimo de 2 años tras la intervención quirúrgica. Variables recogidas: edad, sexo, IMC previo, tipo de cirugía y comorbilidades asociadas HTA, DM, presencia de AOS, si se trataban con CPAP, así como su evolución los 2 años. También se valoró el porcentaje de peso perdido a los 2 años.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, 30 mujeres, edad media 52,2 años, IMC inicial 43,3 kg/m², 96% *bypass* gastroyeyunal, hipertensión 54%, tratamiento con 2 o más hipotensores 10/26 (38%). Diabetes 44%, tratamiento con insulina 4/21 (19%). AOS 77%, en tratamiento con CPAP 24/37 (65%), mujeres 8/24 (33%). Seguimiento a los 2 años de la intervención: IMC medio 28,1 kg/m², % peso perdido medio 32,8%. Hipertensión 23% ($p < 0,005$), tratamiento con 2 o más hipotensores 4/11 (8,4%). Diabetes 6,3%, tratamiento con insulina 0%. Persistencia de CPAP 10/24 (41,7%), todos ellos hombres. Respecto al grupo con suspensión de CPAP, el grupo persistente presentaba un IMC final superior (30,4 vs. 27,6; $p < 0,05$) y un menor porcentaje de pérdida de peso (26,6 vs. 37,0; $p < 0,05$), sin diferencia estadísticamente significativas en las otras variables analizadas.

Conclusiones: El tratamiento de la obesidad con cirugía bariátrica es efectivo para la mejoría de la AOS y otras comorbilidades. La resolución de la AOS se asoció a un mayor % peso perdido y al sexo femenino de forma significativa.

326. CARACTERIZACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO ABDOMINAL MEDIANTE ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

I. Valdés, M. Zaballos Mayor, H. Casal de Andrés, E. Chumbiauca Vela, M. García Goñi, P. Yáñez Esquíroz, G. Fruhbeck Martínez, F.J. Escalada San Martín y C.M. Perdomo Zelaya

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: La OMS define sobrepeso y obesidad como acumulación excesiva de grasa perjudicial para la salud, asociada a enfermedades y a una disminución de esperanza y calidad de vida. La

gravedad y distribución grasa son importantes para evaluar riesgo cardiometabólico. La ecografía del tejido adiposo abdominal podría distinguir compartimientos grasos y su relación con patología cardiometabólica.

Objetivos: Caracterizar compartimientos del tejido adiposo abdominal mediante ecografía en personas con sobrepeso y relacionarlos con variables antropométricas, analíticas y comorbilidades relacionadas con obesidad.

Métodos: Estudio retrospectivo y transversal en 104 pacientes con sobrepeso y obesidad en la Clínica Universidad de Navarra entre mayo 2023-abril 2024, midiendo el tejido subcutáneo y preperitoneal con ecografía.

Resultados: 104 participantes, 74% mujeres, de 46 ± 15 años, IMC $27,6 \pm 3$ kg/m² y CUNBAE de $36,9 \pm 5,7\%$, 57,6% sobrepeso, 49% intolerancia hidrocarbonada, 9,6% DM2, 59,6% insulinoresistencia, 20,1% HTA, 41,3% dislipemia con estatinas 24%, 4,8% SAOS y 9,6% hiperuricemia. Medidas promedio: tejido adiposo subcutáneo (TAS) $1,7 \pm 0,7$ cm, TAS superficial (TASs) $1 \pm 0,3$ cm, TAS profundo (TASp) $0,8 \pm 0,3$ cm, y tejido adiposo preperitoneal (TAP) $0,6 \pm 0,4$ cm. Medianas de cocientes: TASs/TASp $1,1 \pm 0,6$, TAP/TAS $0,3 \pm 0,2$, TASp/TAS $0,4 \pm 0,1$, TASs/TAS $0,5 \pm 0,1$. Correlaciones: positiva entre TAP/TAS y niveles de glucosa ($r = 0,3$; $p < 0,01$) y urato ($r = 0,2$; $p < 0,01$), negativa con metformina ($r = -0,3$; $p < 0,01$). Positiva entre TASs/TASp y niveles de triglicéridos ($r = 0,3$; $p < 0,01$), CUNBAE ($r = 0,2$; $p < 0,01$) y DM2 ($r = 0,2$; $p < 0,05$), negativa con SAOS ($r = -0,2$; $p < 0,05$).

Conclusiones: La ecografía del tejido adiposo abdominal sirve para diferenciar compartimientos grasos en personas obesas. Además de la relación TAP/TAS, el cociente TASs/TASp identificó pacientes con mayor riesgo cardiometabólico, correlacionándose significativamente con el CUNBAE, niveles de triglicéridos y la presencia de DM2.

327. ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON OBESIDAD: USO DE LENGUAJE Y CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

M. Blanca Padilla, P. Tomás Gómez, R. Reyes García y P. Mezquita Raya

Endocrinología y Nutrición, CH Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica y compleja. En su última actualización, la guía GIRO aborda temas como la existencia de un sesgo y prejuicios en los profesionales sanitarios hacia las personas con obesidad (PCO), da pautas para abordar el tema de forma respetuosa, e incide en la importancia de una anamnesis que recoja aspectos funcionales para lograr una adecuada entrevista motivacional.

Objetivos: Conocer la calidad de la anamnesis a PCO en un servicio de endocrinología, centrándonos en el uso correcto del lenguaje, la historia ponderal previa y el tipo y cantidad de actividad física.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de PCO que visitan por primera vez la unidad de Endocrinología y Nutrición entre enero y abril de 2024. Se analizó el lenguaje y la calidad de la historia de la primera visita realizada.

Resultados: Se incluyeron 123 PCO, con una media de edad de 45,99 años, de los cuales el 73,2% eran mujeres, con un IMC medio de 42 kg/m². El 13,8% tenía obesidad grado I, el 27,6% obesidad grado II, el 42,3% obesidad grado III y el 13,8% obesidad grado IV. Se recogió la historia ponderal previa en un 77,7%, se utilizó el término obeso u otros términos que puedan considerarse estigmatizantes, como obesidad mórbida, en un 10% y se recogieron datos de actividad física en un 82,9% de los casos evaluados.

Conclusiones: La anamnesis a una PCO debe ser lo más detallada posible, y utilizar un lenguaje respetuoso. De este modo, se

generará una buena relación terapéutica que repercuta en un beneficio clínico.

328. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL USO DE LA BIOPSIA DE TEJIDO ADIPOSEO SUBCUTÁNEO COMO HERRAMIENTA DE FENOTIPADO EN UNA CONSULTA EXTERNA DE OBESIDAD

A. Lecube¹, M. Zorzano², R. Martí², B. Salinas-Roca³, E. Navarro-Masip³, E. Sánchez² y M. Bueno²

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, IRBLleida. ³IRBLleida.

Introducción: La obesidad es una enfermedad heterogénea que obliga a evolucionar desde el concepto de “obesidad” al de “obesidades”, y hacia la medicina de precisión y el fenotipado de los pacientes. Para ello puede evaluarse la cantidad, localización y disfunción del tejido adiposo (TA). Recientemente se ha descrito que la fibrosis del TA obtenido durante la cirugía bariátrica se relaciona con la pérdida de peso tras 12 meses de seguimiento.

Objetivos: Evaluar la utilidad del estudio del TA subcutáneo obtenido en consultas externas en el fenotipado de la obesidad. Analizar la relación entre sus características y las principales variables metabólicas. Describir la experiencia inicial en manos del endocrinólogo.

Métodos: Estudio prospectivo con 36 pacientes con obesidad grave remitidos como primera visita, durante la que se realiza una biopsia del TA periumbilical (anestesia local, incisión máxima de 2 cm) que se remite a Anatomía Patológica. Se utiliza el Fibrosis Score of Adipose Tissue para evaluar el grado de fibrosis.

Resultados: 10 pacientes presentan algún grado de fibrosis (7 grado 1, 3 grado 2). Los pacientes con y sin fibrosis no muestran diferencias en edad, sexo ni antropometría. Las variables analíticas, en todos los casos, son más elevadas en el grupo con fibrosis sin alcanzar significación estadística. Los pacientes con algún grado de fibrosis tienen mayor prevalencia de DM2 que aquellos sin ($p = 0,043$), pero sin observar diferencias en la prevalencia de HTA, DLP o SAHS.

Conclusiones: Diseñar un modelo de estudio aplicable a la consulta externa de obesidad es uno de los grandes desafíos de la enfermedad. Nuestro estudio pretende sentar las bases del uso de la biopsia del TA subcutáneo. La relación entre las comorbilidades y la puntuación obtenida en la biopsia muestran una clara asociación entre fibrosis y presencia de DM2. La ampliación del número de pacientes es necesaria para mejorar la evidencia presentada.

Financiación: Research Grant by Pfizer.

329. CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS, METABÓLICOS Y DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO

A. González Alonso, P. Rodríguez Costas, P. Pérez Castro, C. Mota Cava, R. Palmeiro Carballeira, B. Mantiñán Gil, J. Riveiro Villanueva, A. Ramos Blanco, M.J. Garrido Ferrero y M.R. Luna Cano

Endocrinología y Nutrición, CHUVI, Vigo.

Introducción: La obesidad aumenta de forma grave la morbimortalidad de las personas que la padecen y la cirugía bariátrica es una alternativa terapéutica eficaz en pacientes refractarios al tratamiento médico.

Objetivos: Evaluar los cambios antropométricos, metabólicos y de composición corporal en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo transversal realizado en el Área Sanitaria de Vigo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica entre enero y diciembre de 2022.

Resultados: 39 pacientes, 10 con *sleeve* y 29 con *bypass* gástrico. El IMC prequirúrgico fue de 43,2 kg/m² (*sleeve*) y 40,7 kg/m² (*bypass*). Durante la dieta preoperatoria, perdieron 0,91 kg y en total 9,16 kg. Seis meses después, la pérdida de peso fue de 34,7 kg (*sleeve*) y 38,8 kg (*bypass*), con reducciones de IMC de 12,9 kg/m² y 14,6 kg/m². La masa grasa se redujo en 24,0 kg (*sleeve*) y 28,62 kg (*bypass*) a los 6 meses, sin diferencias significativas. La disminución del porcentaje de grasa corporal fue del 11,3% (*sleeve*) y 16,9% (*bypass*), siendo significativa. La masa muscular disminuyó en 4,3 kg (*sleeve*) y 3,6 kg (*bypass*). Antes de la cirugía, había una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Seis meses después, el 100% de los diabéticos y el 90% de los hipertensos y dislipémicos normalizaron sus cifras.

Conclusiones: Ambos grupos de cirugía redujeron el IMC significativamente, sin diferencias. La cirugía mejoró los parámetros de riesgo cardiovascular, especialmente en el *bypass* gástrico. La composición corporal varió de manera similar, aunque el *bypass* perdió más grasa corporal a los 6 meses. Las complicaciones posquirúrgicas fueron mínimas, sin mortalidad perioperatoria. Es crucial implementar medidas nutricionales y ejercicios para preservar la masa muscular y mejorar la calidad de vida. Se necesitan más estudios sobre la composición corporal poscirugía.

330. EVALUACIÓN DEL CRIBADO Y DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DEL COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA EN PACIENTES CON OBESIDAD

M. Tomé Fernández Ladreda, M. Caballero Segura, B. Galván Díaz, M.C. Ayala Ortega y A.I. Jiménez Millán

Hospital Universitario de Puerto Real.

Introducción: La obesidad se asocia con un aumento del riesgo de desarrollar ERC por lo que es necesario realizar un cribado de dicha alteración de forma habitual mediante la determinación de la tasa de filtrado glomerular y el cociente albúmina/creatinina.

Objetivos: Identificar el grado de adopción de las recomendaciones de cribado de Enfermedad renal crónica según criterios KDIGO en el paciente con obesidad por parte de Atención Primaria/Endocrinología.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se evaluaron todos aquellos pacientes remitidos desde Atención Primaria a Endocrinología del 1 de octubre al 20 de octubre de 2023 por obesidad con tasa de filtrado glomerular superior a 60 ml/min y se analizó el grado de infradiagnóstico en relación a la determinación del cociente albúmina/creatinina (CAC) en pacientes con IMC mayor a 30 Kg/m².

Resultados: Se remitieron a nuestras consultas un total de 48 pacientes con obesidad (IMC mayor a 30 Kg/m²) en el periodo comprendido del 1 de octubre al 20 de octubre de 2023, 65,1% mujeres; edad media 48,2 ± 14 años. El IMC promedio en estos pacientes fue de 41,5 Kg/m² y en un 62,8% de los casos presentaban alguna comorbilidad asociada (diabetes/prediabetes, HTA, dislipemia). En un 41,9% de los casos (18 pacientes) no tenían una determinación previa de CAC y en un 33% de estos (6 pacientes) no se determinó incluso tras ser valorados en Endocrinología. Un 25% de los pacientes con determinación de CAC presentaban algún grado de albuminuria, en la mayoría de los casos albuminuria A2 (CAC 30-300 mg/g).

Conclusiones: Existe un bajo grado de adopción de las recomendaciones de cribado de ERC en los pacientes con obesidad en nuestro ámbito sanitario (4 de cada 10 pacientes con obesidad no tenían determinación de CAC en nuestra muestra) a pesar del aumento de riesgo de ERC en el paciente obeso.

LÍPIDOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR

331. ANALIZANDO EL MAL CONTROL DE LA DISLIPEMIA EN NUESTROS PACIENTES CON DIABETES: ¿PODRÍA SER AÚN PEOR?

I. Martín Timón, L. Zeng, I. Moreno Ruiz, M.M. García González, O. Meizoso Pita, V. Triviño Yannuzzi, M. Llaveró Valero, J. Jiménez Díaz, M. Zubillaga Gómez y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: La enfermedad cardiovascular arterioesclerótica continúa siendo la principal causa de mortalidad en las personas con diabetes mellitus. Solo uno de cada 5 pacientes alcanza el objetivo de LDL colesterol recomendado, sin considerar el riesgo residual ni el cálculo de LDL mediante la fórmula de Martin-Hopkins.

Objetivos: Analizar el porcentaje de pacientes en objetivo de LDL según apliquemos la fórmula de Friedewald o Martin-Hopkins; analizar la modificación de porcentajes al incluir el no HDL colesterol y ApoB. Valorar si existe correlación con algún FRCV y analizar datos de LpA y marcadores inflamatorios.

Métodos: Incluimos 92 pacientes con diabetes. Registramos datos de riesgo cardiovascular y se solicitó analítica con perfil lipídico completo y marcadores inflamatorios. Se calculó el LDL con Martin-Hopkins en pacientes con Tg > 150 mg/dl y LDL < 100 mg/dl.

Resultados: Muestra con 64,1% varones, edad 60,04 años, fumador 23,9%, duración media de DM 14,22 años, IMC 29,11, HbA1c 7,4%, LDL 68,7 mg/dl, LpA 42,2, HTA 54,3%, albuminuria 11%, arteriopatía periférica 7,7%, retinopatía 21,3% y evento CV 17,8%. Pacientes de muy alto riesgo: 73,9% y de alto riesgo 26,1%. Las estatinas utilizadas fueron de alta potencia en el 54,4% y media 44,4% con ezetimiba 28,3%. Pacientes de muy alto riesgo en objetivo para LDL 32,6%, que incluyendo no HDL y ApoB bajo a 25%. De alto riesgo en objetivo para LDL 47%. Con la fórmula de Martin Hopkins la media de LDL fue 10,9 mg/dl superior por lo que el porcentaje de pacientes en objetivo de LDL bajo a 23,9% para los de muy alto riesgo y a 43,8% para los de alto riesgo. Los únicos FRCV que se correlacionaron de forma significativa con el objetivo de LDL fueron el sexo y HTA. El 81,7% tenía homocisteína elevada.

Conclusiones: De acuerdo con la literatura el porcentaje de pacientes fuera de objetivo es elevado y si consideramos una correcta fórmula para el LDL, el riesgo residual y los marcadores inflamatorios, el porcentaje es aún superior.

332. EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) EN LA PREDICCIÓN DE UN SEGUNDO EVENTO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES JÓVENES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

N. González Aguado, R. Franco Hita, J. Rodríguez Capitán, F.J. Sánchez Zafra, A. Rodríguez Córdoba y M. Luna Morales

Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) presentan un elevado riesgo de padecer nuevos eventos cardiovasculares mayores (MACE) en el seguimiento, a pesar de la implementación de las estrategias actuales de prevención secundaria. La lipoproteína (a) [Lp (a)] se ha establecido como factor de riesgo emergente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Nuestro objetivo principal es evaluar el valor pronóstico del marcador de la Lp (a) a largo plazo en una cohorte de pacientes jóvenes tras sufrir un SCA.