

P-101. EFECTO DE LA PRESENCIA DE OBESIDAD ABDOMINAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE FENOTIPO EXTREMO

M.I. Fontalba Romero^a, M. Ruiz de Adana Navas^a,
W. Oualla Bachiri^a, E. García Escobar^a, F. Leiva Fernández^b,
A.M. Lago Sampedro^a y Nodo Málaga, proyecto IMPACTT2D^{a,b}

^aUGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga, Ibima-plataforma Bionand, CIBERDEM, Málaga, España. ^bDistrito Atención Primaria Málaga-Guadalhorce, Ibima-Plataforma Bionand, Málaga, España.

Introducción: Existen evidencias de un impacto negativo de la presencia de obesidad abdominal (OA) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS). Igualmente, las personas con diabetes tipo 2 sufren un deterioro en su CDVRS afectando al manejo de su tratamiento.

Objetivos: Describir la relación de la presencia de OA en sujetos con diabetes tipo 2 de fenotipo extremo (DT2FE) sobre la CDVRS.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo de 100 sujetos con diagnóstico de DT2FE pertenecientes a una cohorte (nodo Málaga) del estudio IMPACTT2D (PMP21/00006). Los sujetos se seleccionaron según los siguientes criterios: diagnóstico previo de DT2 con debut entre los 25-57 años y con un IMC ≤ 27 kg/m², péptido C presente y autoinmunidad pancreática negativa. Se tomaron datos clínicos y antropométricos. La presencia de OA se definió según los criterios de la IDF. Los participantes autocompletaron el cuestionario sobre CVRS, EQ-5D-3L, que incluye la Escala Visual Analógica (EVA).

Resultados: En esta muestra de 100 sujetos, 55 son hombres, y 45 mujeres. La edad media actual es de 61,24 ($\pm 10,076$), siendo la edad media al debut de DT2FE, 41,20 años ($\pm 9,807$). El 59% de los participantes presenta OA. En cuanto a la CDVRS, la primera pregunta hace referencia a la percepción que tiene la persona de cómo es su salud,

en la que un total de 27 personas (46%) con OA refieren que su salud es “regular”. Al analizar los demás ítems del cuestionario EQ-5D-3L, relacionados con la OA, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en: 1. Movilidad: el 52,6% de los participantes con OA refieren que tienen algún problema para caminar frente al 17,1% de los sujetos sin OA ($p = 0,001$). 2. Cuidado personal: el 22,8% con OA presentan algunos problemas frente a solo el 2,9% sin OA ($p = 0,007$). 3. Actividades de todos los días: el 45,6% con OA tienen algunos problemas frente al 17,1% sin OA ($p = 0,012$). 4. Dolor/Malestar: el 64,9% de los que tienen OA refieren sentir dolor moderado frente al 34,3% sin OA ($p = 0,005$). 5. Ansiedad/depresión: el 58,9% con OA se sienten moderadamente ansioso o deprimido frente al 31,4% sin OA ($p = 0,007$). En la EVA, los participantes describen su estado de salud el día de la entrevista con una puntuación media de 76,9 entre los que no tienen OA, frente a un 62,7 entre los que sí tiene OA ($p < 0,0001$, ajustado por sexo, edad actual e IMC al debut).

Conclusiones: La presencia de obesidad abdominal impacta en gran medida sobre las variables de CDVRS en las personas con diabetes tipo 2 de fenotipo extremo.

Financiado por: ISCIII, PMP 21/0006 y FEPTR del Fondo Next-Generation EU.

P-102. DINAPENIA Y OBESIDAD EN DIABETES TIPO 1: RESULTADOS DE UNA VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL

V. Bellido, S. Amuedo, P. Remón Ruiz, N. Gros Herguido,
G. López Gallardo, A. Piñar Gutiérrez y A. Soto Moreno

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, España.

Introducción y objetivos: La valoración morfofuncional en personas con DM1 podría identificar alteraciones en la composición

Tabla P-102

	Total	IMC			
		≤ 30 kg/m ²		≥ 30 kg/m ²	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
N	85	28	28	16	13
Edad (años)	47,7 \pm 11,9	48,4 \pm 13,9	47,0 \pm 11,0	47,7 \pm 9,6	47,4 \pm 12,7
Sexo (hombres)	44 (51,8)	28 (50)	28 (50)	16 (55,2)	13 (44,8)
Peso (kg)	81,5 \pm 16,5	82,8 \pm 9,3	65,5 \pm 8,1	101,5 \pm 12,9	88,6 \pm 13,4
IMC (kg/m ²)	28,4 \pm 4,6	26,8 \pm 2,2	24,6 \pm 2,6	33,1 \pm 2,6	34,4 \pm 2,0
Circunferencia cintura (cm)	93,2 \pm 15,6	93,7 \pm 7,9	78,5 \pm 10	112,4 \pm 10,7	100,0 \pm 12,7
Duración de la diabetes (años)	28,8 \pm 11,5	30,4 \pm 12	25,5 \pm 10,1	30,9 \pm 11,5	30,1 \pm 13,3
HbA _{1c} (%)	7 \pm 0,9	6,8 \pm 0,8	7,1 \pm 0,9	7,1 \pm 0,8	7,1 \pm 1,1
Bioimpedanciometría					
PhA (°)	6,1 \pm 0,8	5,2 \pm 0,7	5,9 \pm 0,8	6,6 \pm 0,8	5,6 \pm 0,4
FM (%)	31,3 \pm 8,7	25,3 \pm 5,0	31,0 \pm 8,6	32,6 \pm 3,3	43,3 \pm 7,2
BCMI (kg/m ²)	10,3 \pm 1,5	10,8 \pm 0,9	8,9 \pm 0,9	12,2 \pm 0,9	9,7 \pm 0,6
ASMMI (kg/m ²)	7,5 \pm 1,0	7,9 \pm 0,5	6,4 \pm 0,5	8,9 \pm 0,6	7,4 \pm 0,5
Ecografía muscular recto anterior femoral					
Área (cm ²)	4,0 \pm 0,9	4,3 \pm 1,0	4,0 \pm 0,8	4,0 \pm 1,0	3,5 \pm 0,8
Eje X (cm)	3,6 \pm 0,3	3,7 \pm 0,3	3,6 \pm 0,2	3,5 \pm 0,4	3,4 \pm 0,3
Eje Y (cm)	1,4 \pm 0,3	1,4 \pm 0,3	1,3 \pm 0,3	1,4 \pm 0,4	1,3 \pm 0,3
Ecografía pared abdominal					
Tejido adiposo total (cm)	1,9 \pm 0,6	1,7 \pm 0,5	1,7 \pm 0,6	1,9 \pm 0,4	2,5 \pm 0,7
Tejido adiposo superficial (cm)	0,9 \pm 0,4	0,9 \pm 0,4	0,8 \pm 0,4	0,9 \pm 0,2	1,1 \pm 0,5
Tejido adiposo preperitoneal (cm)	0,9 \pm 0,4	0,9 \pm 0,4	0,8 \pm 0,5	0,9 \pm 0,4	0,9 \pm 0,4
Fuerza de prensión manual (kg)	33 \pm 11,2	41,4 \pm 9,3	24 \pm 6,3	38,8 \pm 9,7	26,6 \pm 6,2

corporal y fuerza muscular. Aunque la dinapenia y la sarcopenia están bien documentadas en DM2, su prevalencia en DM1 es poco conocida. El objetivo de este estudio es analizar las variables morfofuncionales y la prevalencia de obesidad, dinapenia y sarcopenia en una cohorte de DM1.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en adultos con DM1. Se analizaron datos antropométricos, control glucémico, composición corporal [bioimpedancia (BIA), 50 Hz] y fuerza muscular (dinamómetro Jamar). La sarcopenia se definió según criterios EWGSOP2 (hombres < 7 kg/m², mujeres < 5,5 kg/m²). La dinapenia se definió utilizando datos de población española (punto de corte p5).

Resultados: Se analizaron 85 pacientes (51,8% hombres, edad media 47,7 ± 11,9 años, duración diabetes 28,8 ± 11,5 años, HbA_{1c} 7 ± 0,9%). El 34,1% presentó obesidad según IMC (≥ 30 kg/m²), aumentando al 42,3% al considerar el porcentaje de masa grasa (FM). La grasa preperitoneal media fue de 0,9 ± 0,4 cm, sin diferencias según sexo o IMC. La prevalencia de dinapenia fue del 11,7% (10, destacando en hombres con IMC ≤ 30 kg/m² (17,8%) y ≥ 30 kg/m² (17,2%). En mujeres la dinapenia solo se observó con IMC ≤ 30 kg/m² (10,7%). No se identificaron casos de sarcopenia.

Conclusiones: En nuestra cohorte, se observó una elevada prevalencia de obesidad según el IMC, que fue aún mayor al considerar el porcentaje de masa grasa determinada por BIA, junto con un incremento en la grasa preperitoneal. Aunque no se identificaron casos de sarcopenia, la dinapenia fue significativa, especialmente en personas con obesidad. Estos hallazgos destacan la importancia de la valoración morfofuncional para prevenir complicaciones metabólicas y musculoesqueléticas en personas con DM1.

P-103. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y GRADO DE CONTROL DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 2 Y OBESIDAD EN ESPAÑA

J. Cornejo-Martin, A. Cebrián-Cuenca, S. Artola, M. Mata-Cases, F. Álvarez-Guisasola, A. Pérez-Pérez y D. Orozco-Beltrán

Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo, Cartagena, España.

Introducción: La obesidad afecta al 40% de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). La aparición de fármacos como los iSGLT2 o los arGLP1 que aportan un beneficio en reducción de peso y prevención de complicaciones vasculares y renales, los hace indicados en estos pacientes. El objetivo del estudio fue analizar el perfil terapéutico de los pacientes con DM2 y obesidad y el grado de control de peso y HbA_{1c}.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal, observacional, realizado en atención primaria, que incluyó 70 centros de salud y 309 investigadores de toda España con una población atendida aproximada de 800.000 personas. Se seleccionaron aleatoriamente 20 pacientes, mediante una tabla de números aleatorios, del total de pacientes con diagnóstico de DM2 de cada investigador participante. Se consideró obesidad un IMC ≥ 30 kg/m². Análisis multivariante de regresión logística para valorar las variables asociadas al uso de iSGLT2 y/o arGLP1 en pacientes con obesidad.

Resultados: Se incluyeron 5.009 pacientes con DM2, de los cuales el 41,9% presentaban obesidad. El perfil terapéutico del paciente obeso vs. no obeso fue: metformina (77,7 vs. 75,7%; p = NS); iSGLT2 (40,8 vs. 35,5%; p = 0,000); arGLP1 (22,1 vs. 5,7%; p = 0,000); iDPP4 (26,1 vs. 36,3%; p = 0,000), sulfonilureas (5,0 vs. 7,6%; p = 0,001), insulina basal (18,1 vs. 19,5%; p = NS); pioglitazona (1,4 vs. 1,3%; p = NS). En el análisis multivariante, las variables asociadas al uso de iSGLT2 y/o arGLP1 en pacientes con DM2 y obesidad fueron: edad (más joven) (OR 0,70, IC95% 0,63-0,78); número de fármacos anti-diabéticos (mayor) (OR 6,20, IC95% 5,27-7,48); dislipidemia (OR 1,26, IC95% 1,09-1,47) y control glucémico (peor HbA_{1c}) (OR 0,73,

IC95% 0,56-0,94). El grado de control conjunto glucémico (A_{1c} < 7%) y de peso (no obesidad) se alcanzó en 32,8% y varió por grupos de edad entre 24,4% en menores de 55 años y 38,2% en mayores de 85 años. Por primera vez en un estudio poblacional los pacientes con obesidad presentan control glucémico (A_{1c} < 7%) similar a los no obesos (58,6 vs. 56,5%; p = 0,13).

Conclusiones: La insulina se emplea por igual en pacientes con o sin obesidad. Aunque se usan con más frecuencia, menos de la mitad de los pacientes con diabetes y obesidad reciben iSGLT2 y/o arGLP1. En los pacientes con obesidad se usan con menor frecuencia los iDPP4 y las sulfonilureas. Los pacientes con obesidad presentan control glucémico similar a los no obesos. Solo un tercio de los pacientes con diabetes presentan control conjunto de peso (no obesidad) y A_{1c} < 7%.

09. COMPLICACIONES DE LA DIABETES

P-104. PERFIL LIPÍDICO Y COMPLICACIONES MICRO Y MACROVASCULARES EN DIABETES TIPO LADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

S. Rodríguez Fernández, Ó. Quintero Rodríguez, K.D. Díaz Gorrín, J. Panizo Fra e I. Aznar Ondoño

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España.

Introducción: La diabetes tipo LADA (*Lattent Autoimmune Diabetes Mellitus in Adults*), constituye la forma más prevalente de diabetes de tipo autoinmune en adultos. Se estima una prevalencia entre el 2-12%, aunque hay que tener en cuenta que esta cifra es variable en función de la demografía (mayor en el norte de Europa y China) y el tipo de criterios diagnósticos utilizados para determinarla, ya que aún no están categóricamente definidos. Estos pacientes se encuentran en un rango intermedio de características entre la DM 1 y 2. En el síndrome metabólico, presentan una frecuencia similar o más alta que en la DM 1, pero más baja que en DM2 (menor dislipemia, índice de resistencia a la insulina y mejor control de la tensión arterial). A su inicio, presentan un menor riesgo de complicaciones microvasculares en comparación con los pacientes DM2. No obstante, este riesgo aumenta progresivamente conforme empeora el perfil glucémico. En cuanto al perfil lipídico, no existen descripciones detalladas ni recomendaciones específicas sobre el manejo de la dislipemia en este tipo de diabetes. Sin embargo, se puede tener en cuenta que, de forma general en los pacientes diabéticos con dislipemia, la ADA recomienda de inicio el uso de estatinas de intermedia o alta potencia, así como la intervención sobre los hábitos de vida.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y transversal sobre el perfil lipídico y la presencia de complicaciones micro y macrovasculares en pacientes con diabetes tipo LADA. Se utiliza una muestra de 42 pacientes, con edades comprendidas entre 26 y 77 años (media de 50,9 años), siendo un 42,8% hombres, valorados entre el año 2022 y 2024 en consultas de Endocrinología del Hospital Universitario de Canarias. Un 92,8% de los pacientes tiene estudio de los parámetros mencionados durante el año 2024, el resto pertenecen a 2023.

Resultados: Retrospectivamente se valora: colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, uso de tratamiento hipolipemiente, % de alcance de objetivo de LDL (según guía SCORE2), presencia de microalbuminuria, uso de iECAS/ARA II y presencia de complicaciones micro y macrovasculares (infarto agudo de miocardio, retinopatía diabética o neuropatía diabética). Uso de terapia hipo-