

el 60% de los pacientes tenía diabetes tipo 1, el 15,6% padecía diabetes LADA, el 17,8% correspondía a diabetes tipo 2 y el 6,7% a diabetes pancreoprvia. La HbA_{1c} promedio fue de $8,3 \pm 1,61$. El IMC promedio fue de $27,9 \text{ kg/m}^2$. En nuestra muestra se observan niveles más bajos de masa grasa, y de grasa subcutánea sobre recto femoral (mediante ecografía) y una menor tasa de complicaciones en DM1 frente a pacientes con DM2.

Conclusiones: En la diabetes mellitus resulta esencial ir más allá del IMC para valorar la composición corporal. Ya que la identificación de un exceso de masa grasa o una pérdida significativa de la masa muscular puede resultar un elemento clave para prevenir complicaciones. Presentamos los datos preliminares de un estudio en marcha que muestra que la composición corporal difiere según el tipo de diabetes.

P-186. EVOLUCIÓN METABÓLICA EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO Y AL AÑO DE CIRUGÍA POR NEOPLASIA PANCREÁTICA EN EL HOSPITAL JOAN XXIII (2019-2023)

R. Zavala Arauco, S. Expósito Vizcaíno, A. Guasch Sintes, L. Estalella Mercadé, A. Moliné Pallarés, P. Mihai Calin, R. Memba Ikuga y A. Megía Colet

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España.

Introducción y objetivos: La neoplasia de páncreas es uno de los desafíos más significativos en el ámbito de la oncología, con una tasa de supervivencia a cinco años inferior al 10%. Esta enfermedad se diagnostica con frecuencia en etapas avanzadas debido a su naturaleza asintomática en las primeras fases. Las complicaciones físicas graves incluyen obstrucción biliar, dolor abdominal incapacitante, pérdida de peso progresiva y trastornos metabólicos, destacando especialmente la alteración del metabolismo glucémico. Nuestro objetivo fue analizar características clínicas y metabólicas en el posoperatorio temprano y la evolución al año en pacientes operados por neoplasia pancreática.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por neoplasia pancreática entre 2019 y 2023. Se recogieron datos clínicos, quirúrgicos y metabólicos.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes consecutivos (50% hombres), con una edad media de 63,3 años (37-89). Siete recibieron quimioterapia (QT) neoadyuvante. Las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial (50%), dislipidemia (33,3%), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (23,3%), prediabetes (6,6%) y obesidad (13,3%). Entre los pacientes con DM2 (7), el tratamiento preoperatorio incluía dieta (3), metformina (4), insulina (1) y combinación de metformina e insulina (1). Las cirugías realizadas fueron duodenopancreatectomía céfálica (DPC, 12 casos), pancreatectomía total con esplenectomía (3), DPC con anastomosis pancreático-yeunal tipo Blumgart (9) y otras técnicas (6). La complicación más frecuente fue la fistula pancreática (6 pacientes). El 43% recibió QT adyuvante postquirúrgica.

En términos metabólicos, la glucosa prequirúrgica fue $100 \pm 10,53 \text{ mg/dL}$, aumentando a $146,5 \pm 20,26 \text{ mg/dL}$ al año. La HbA_{1c} pasó de $5,6 \pm 0,46\%$ a $6,1 \pm 0,34\%$. El IMC disminuyó de $25,57 \pm 1,72 \text{ kg/m}^2$ a $21,83 \pm 1,53 \text{ kg/m}^2$ en el mismo periodo. Siete pacientes desarrollaron diabetes secundaria, distribuidos según el tipo de cirugía: 25% en DPC, 100% en pancreatectomía total, 22% en DPC con anastomosis pancreático-yeunal tipo Blumgart y 16% en otras técnicas. De los pacientes con DM2 previa, solo dos requirieron cambios en su tratamiento. Nueve pacientes iniciaron insulinoterapia al alta, pero solo cuatro continuaron con insulina al año, todos ellos usando monitorización continua de glucosa. La insuficiencia pancreática exocrina se presentó en 23 pacientes (evaluada clínicamente y en algunos casos con elastasa fecal).

Desde 2019, el 43,3% de los pacientes fallecieron, con una supervivencia media de 28,47 meses (rango: 6-62).

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman que la cirugía pancreática tiene un impacto significativo en el metabolismo. Este análisis aporta evidencia para mejorar el manejo posoperatorio de estos pacientes.

P-187. ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA Y EL BIENESTAR EMOCIONAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE FENOTIPO EXTREMO

M. Carreira Soler^a, C. Hitos^a, M. Fontalba^b, C. Maldonado^b, N. Guerrero^b, G. Rojo^b y M.S. Ruiz de Adana^b

^aFacultad de Psicología y Logopedia, Universidad De Málaga, Málaga, España. ^bUnidad de Diabetes, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Hospital Regional Universitario, Universidad de Málaga, CIBERDEM, Málaga, España.

Introducción y objetivos: La diabetes tipo 2 (DM2) de inicio temprano diagnosticada antes de los 50 años, y sin obesidad, presenta desafíos significativos tanto en la salud física como mental. El objetivo del presente estudio es analizar la calidad de vida y el bienestar emocional en personas con DM2 de fenotipo extremo.

Material y métodos: Estudio de diseño trasversal. Se analizaron los datos de 54 personas con DM2 participantes del estudio IMPACTT2D (PMP21/0006, nodo Málaga) (edad: $69,11 \pm 10,35$; edad de inicio DM2: $40,02 \pm 9,57$) conjuntamente y en función de la edad de inicio (inicio anterior 40 años: n = 30; inicio posterior 40 años: n = 24). Se evaluaron calidad de vida con los cuestionarios EQ-5D-5L y el Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes (EsDQOL), y bienestar emocional con el Cuestionario de comprobación de 90 síntomas SCL-90-R. También se analizaron parámetros metabólicos como la hemoglobina glicosilada.

Resultados: Con respecto a la calidad de vida, los resultados muestran en general buena calidad de vida en los evaluados (EsDQOL: $82,83 \pm 19,37$; EVA termómetro: $68,96 \pm 14,76$) no encontrando diferencias entre ambos grupos en ninguno de los dos cuestionarios. Con respecto al bienestar emocional, si se observa que el 42,5% de la muestra presenta puntuaciones severas en sintomatología de trastornos mentales, siendo los más frecuentes obsesiones-compulsiones y somatización y no encontrándose diferencias en función de la edad de inicio. El 44,4% de la muestra presentó un control glucémico con $\text{HbA}_{1c} > 7\%$ no existiendo diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones: Los datos de este estudio añaden información a la calidad de vida y la salud mental de las personas con DM2 de fenotipo extremo. En este caso, contrariamente a lo esperado, la muestra presenta una adecuada calidad de vida, sin embargo, si se encuentran síntomas asociados a malestar emocional y sintomatología relacionada con trastornos mentales no estudiados anteriormente que podría ayudar a desarrollar programas de tratamiento preventivos en esta población.

P-188. EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN LA ASOCIACIÓN DM-1 Y ENFERMEDAD CELIACA: NO TODO ES DIETA ADAPTADA

S.B. Lanza Aguilar^a, S. León Cariñena^b, M. Treli Villanueva^a y J.F. Merino Torres^b

^aUniversitat de Valencia, Valencia, España. ^bHospital Politécnico y Universitario La Fe, Valencia, España.

Introducción y objetivos: Los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) tienen mayor riesgo de enfermedad celíaca (EC), y la dieta sin gluten (DSG) afecta su vida, sumándose a las exigencias de la DM1. Un manejo dietético-nutricional adecuado mejora el control glucémico y previene complicaciones. Este estudio evaluó características clínicas, control metabólico, adherencia al tratamiento y hábitos alimenticios en pacientes con DM1 y EC.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en 26 pacientes con DM1 y EC atendidos en un Hospital de Referencia entre febrero y noviembre de 2024. Se analizaron características clínicas (IMC, tiempo de evolución, anticuerpos antitransglutaminasa tisular), control glucémico (HbA_{1c}), adherencia al tratamiento (cuestionario SCI-R.es para diabetes y CDAT para EC), síntomas antes y después de la DSG, déficits nutricionales y hábitos alimenticios.

Resultados: Se evaluaron 26 pacientes (50% hombres; edad media: 27 años). El IMC promedio fue de $24,2 \pm 4,4$, con un 27% en sobre peso y un 4% en obesidad. El 58% usaba bomba de insulina y el 42% múltiples dosis de insulina (MDI). El 62% presentó adecuado control glucémico ($\text{HbA}_{1c} < 7\%$) y buena autogestión de la diabetes según el SCI-R.es ($81,8\% \pm 10,6$). La DM1 y la EC tenían una evolución promedio de $15,9 \pm 11,1$ y $12,5 \pm 10,6$ años, respectivamente. Seis pacientes fueron diagnosticados primero con EC. El 19,2% presentó anticuerpos positivos, y el 65% mostró buena adherencia a la DSG (CDAT). Antes del diagnóstico de EC, el 54% tuvo síntomas gastrointestinales (dolor e hinchazón abdominal, principalmente) y el 62% extraintestinales (fatiga, irritabilidad, dolor de cabeza). Al momento de la evaluación y tras DSG, el 47,3% presentó síntomas gastrointestinales únicamente al consumir gluten, el 27% de forma persistente y el 69% síntomas extraintestinales. Se identificaron déficits de hierro (23%), vitamina D (31%) y vitamina A (35%) y 3 (11,5%) pacientes presentaron osteoporosis. El 77% de los pacientes realizaba cinco comidas al día, pero el cumplimiento de recomendaciones dietéticas fue bajo: solo 23,1% cumplía con verduras, 42,3% con frutas, 46,2% con legumbres y 7,7% con cereales y tubérculos. El 46,2% no consumía cereales integrales. Hubo consumo excesivo de lácteos (30,8%), carnes blancas (46,2%), carnes rojas (42,3%) y embutidos (76,9%). Además, se observó un exceso en cereales de desayuno (23,1%), dulces (30,8%), bollería (26,9%), bebidas sin azúcar (26,9%) y aperitivos salados (34,6%).

Conclusiones: Aunque la mayoría de los pacientes mostró un adecuado control glucémico y buena adherencia al tratamiento, persistieron síntomas gastrointestinales y déficits nutricionales, destacando la necesidad de investigar factores adicionales en su evolución. En este sentido, el estudio de la microbiota intestinal, uno de los objetivos principales de nuestro proyecto MINUT1EC, podría proporcionar nuevas perspectivas para entender mejor la interacción entre estas enfermedades y desarrollar estrategias terapéuticas más efectivas que optimicen la calidad de vida de los pacientes.

P-189. «SON TUS NERVIOS, ESTÁS ESTRESADA»: UN ACERCAMIENTO CUALITATIVO AL DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 1 EN MUJERES ADULTAS

K. Meneses Pérez

La Mesa Azul, Madrid, España.

Introducción: Existen diversas formas en que la medicina clínica actual sesga la visibilidad de los diagnósticos entre las mujeres a lo largo de su vida. Algunas creencias en la práctica clínica sesgan la claridad con la que se debería abordar el proceso de diagnóstico y tratamiento de varias patologías, entre ellas la diabetes. En la asistencia a mujeres, se plantea que es más probable que las quejas o los síntomas sean consideradas psicosomáticas y se medicalice con ansiolíticos y antidepresivos. Es frecuente también que se minimice o magnifique la patología femenina y que se ejerza un paradigma reduccionista de etiologías o cruce incorrecto de causa efecto. Se han publicado evidencias de que, en 700 enfermedades estudiadas, existe un mayor retraso de diagnóstico en las mujeres con respecto a los hombres, en el caso de la diabetes existe una media de 4,5 años de retraso en el diagnóstico desde la aparición de los síntomas (Valls Llobet, 2022:11-17). Uno de los sesgos de género existentes es aquel ligado a la demora y espera de la asistencia sanitaria, donde se emplea el argumento de que, ante un problema de salud, las mujeres son las responsables de la demora en la asistencia sanitaria. Sin embargo, para poder identificar esta responsabilidad es necesario medir el tiempo entre el inicio de los síntomas y la demanda sanitaria, más el tiempo entre la demanda sanitaria y el inicio de tratamiento (Ruiz y Verdú, 2004). Aunque poco a poco van existiendo estudios sobre diabetes y género, (Pérez Unanua, *et al.*, 2023) aún hace falta profundizar en el campo del diagnóstico de la diabetes tipo 1 (DM1).

Objetivos: Conocer la experiencia de las mujeres adultas en su diagnóstico de DM1 y qué significados atribuyen al inicio del malestar. Identificar si existe sesgo de género en el diagnóstico de DM1 en mujeres adultas.

Material y métodos: Entrevistas en profundidad a 11 mujeres con diagnóstico de DM1 en edad adulta. Etnografía digital en redes sociales. Cuestionario online a 66 mujeres.

Resultados: Se observó que las mujeres en el inicio del malestar (antes del diagnóstico de DM1), le dan poca importancia o atribuyen su malestar a diversas circunstancias de la vida cotidiana, y posteriormente, al diagnóstico médico se llega tras descartar otras enfermedades como la depresión o la ansiedad por parte de las/las profesionales.

Conclusiones: La diabetes afecta de manera diferente a hombres y a mujeres en cuanto sexo y género y la presunción equivocada de igualdad en su expresividad clínica puede tener como consecuencia errores y demoras en el proceso diagnóstico (Pérez Unanua *et al.*, 2023). Hace falta más estudios cualitativos que analicen las demoras y narrén las experiencias para mejorar la práctica clínica y la detección precoz de la DM1.