

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 sobrepeso 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 ($HbA_{1c} < 7\%$) 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 psicósomáticas 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/los 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 narren las experiencias para mejorar la práctica clínica y la detección precoz de la DM1.