

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF NUTRITION PARAMETERS IN HOSPITALIZED PATIENTS TREATED WITH PARENTERAL NUTRITION (PN)

Fernández Medina, Beatriz; Vegas Aguilar, Isabel; Montero Madrid, Natalia; Cornejo-Pareja, Isabel; García Almeida, José Manuel

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La valoración nutricional completa por varios tipos de parámetros resulta fundamental en el manejo de pacientes con nutrición parenteral al tratarse de una situación patológica aguda.

OBJETIVOS

Descripción de parámetros antropométricos, analíticos, funcionales y de composición corporal mediante bioimpedanciometría-ángulo de fase en pacientes hospitalizados en tratamiento con nutrición parenteral, así como indicaciones de la misma y tratamiento dietético concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, datos a partir de historia clínica de la valoración y seguimiento nutricional en planta de hospitalización de 41 pacientes (61% varones) con edad media de 65,4 años. La valoración nutricional se realizó mediante valoración global subjetiva, analítica (colesterol, linfocitos, albúmina, prealbúmina), antropometría (índice de masa corporal, porcentaje de pérdida de peso, pliegue tricípital), dinamometría de mano (Jamar), bioimpedanciometría y ángulo de fase. Además, se midió indicación y días de duración de NP, grado de dependencia (índice de Barthel), así como tratamiento con nutrición enteral complementaria.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de variables cuantitativas y cualitativas con SPSS. Las indicaciones de NP, fueron: íleo postquirúrgico (41,5%), obstrucción intestinal mecánica (17,1%), sangrado digestivo (12,2%), afagia con imposibilidad de nutrición enteral (9,8%), fístula entérica (7,3%), íleo secundario a pancreatitis aguda (4,9%), otros (7,2%). La duración media de NP fue de 17,2 días, la suplementación con nutrición enteral fue del 53,7% y el índice de Barthel medio resultó 76,5%. En cuanto datos de valoración nutricional: Valoración subjetiva global: A (2,4%), B (39%), C (58,5%). Índice de masa corporal: 23,8 kg/m² (DE 5,8). Dinamometría: 17,5 kg (DE 11,4), porcentaje de pérdida de peso 10,5% (DE 9,8) pliegue tricípital 13,1 mm (DE 6 mm). En analítica: re-

cuento linfocitario medio 1319/mm³ (DE 630), colesterol total 125,2 mg/dl (DE 127,8), albúmina 2,09 (DE 0,57), prealbúmina 18,65 (DE 9,92), proteína C reactiva (PCR) 80 mg/L (DE 100) cociente PCR/prealbúmina 3,4. Datos bioimpedancia: ángulo de fase 4,9 (DE 1,6), ángulo de fase estandarizado -0,33 (DE 2), hidratación 77,7% (DE 6,9), agua extracelular 53% /DE 10,5), nutrición 726,3 (DE 282), masa libre de grasa 78,8% (DE 11,7), masa grasa 21,1% (DE 11,7), masa muscular 43,7 (DE 23,2), índice de masa celular 8,52 (DE 2,9).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, de edad media-avanzada e índice de dependencia leve, se observa una mayor afectación de parámetros funcionales (dinamometría p25 en mujeres y p5 en hombres) de masa muscular y de proteínas viscerales junto con un exceso de hidratación de predominio extracelular. El IMC medio y la masa grasa resultan menos afectados. Los datos son concordantes con patología aguda inflamatoria y a su vez con altos valores de PCR. El ángulo de fase estandarizado resultó disminuido en respecto a personas sanas de igual edad y sexo.

ADULTOS PKU: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y CONTROL METABÓLICO

ADULTS PKU: HEALTHY LIFE HABITS AND METABOLIC CONTROL

Benítez, Rosa; Dios, Elena; Madraza, Ainara; Soto, Alfonso; Venegas, Eva

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Valorar hábitos de vida saludables y control metabólico (niveles de Fenilalanina-Phe) en pacientes PKU adultos que acuden a consulta.

OBJETIVOS

Parámetros a evaluar: - Dieta - Antropometría - Actividad Física - Consumo alcohol - Niveles Fenilalanina

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 39 pacientes PKU adultos (>18 años) en tratamiento nutricional. Recogida de datos a partir de: - Historia Dietética - Recuerdo 24H - Valoración Actividad física - Consumo de Alcohol - Fórmula sin Phe (frecuencia y g/kg/día) - Niveles de Phe (mal controlados >10mg/dl bien controlados <10mg/dl) - Antropometría - Peso - Talla - Impedanciometría

RESULTADOS

De los 39 pacientes fenilcetonúricos; 19 son mujeres y 20 son hombres. La media del IMC 26,7 kg/m² (Sobrepeso en grado I) - Hombres (28,2kg/m²) Pre-obesidad o

sobrepeso en grado II - Mujeres (25,1kg/m²) Sobrepe-
so en grado I Actividad Física: - 53% de los pacientes
No realizan actividad física - 41% realiza una actividad
moderada (andar 1 hora) - 6% realiza ejercicio intenso
(deporte/gimnasio) Consumo de Alcohol: El 94% de los
pacientes No consumen alcohol y tan sólo un 6% lo hace
de forma ocasional. Tolerancia de Proteínas Naturales
y nivel de conocimiento de la Dieta: - El 73% realizan
una dieta baja en proteínas naturales (0,2-0,5g/kg/
día) - El 26% consumen una dieta media en proteí-
nas naturales (0,5-1g/kg/día) - El >50% desconocen
de forma adecuada el origen de las proteínas naturales
Fórmula sin Phe: - Los pacientes con mal control me-
tabólico consumen a través de la fórmula sin Phe, una
media de proteínas de 0,8g/kg/día. - Los pacientes con
buen control metabólico consumen a través de la fór-
mula sin Phe, una media de proteínas de 1,10g/kg/día.

CONCLUSIONES

1- Los pacientes Fenilcetonúricos, de nuestro estudio,
presentan un Sobrepeso en grado II, probablemente en
relación con la ingesta de una dieta rica en hidratos de
carbono y grasas, unido a la poca actividad física que
realizan. 2- El "No" consumo de alcohol o de mane-
ra muy ocasional es el hábito saludable más seguido
por los pacientes. 3- El cumplimiento de la suplemen-
tación con fórmulas sin Phe, hace que el control me-
tabólico sea mejor. 4- El bajo conocimiento del valor
proteico natural de su dieta y la irrupción de nuevos
alimentos hace necesaria una reeducación alimentaria.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PER- CUTÁNEA (PEG) VERSUS GASTROS- TOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA (GRP): COMPARACIÓN DE RESULTA- DOS EN NUESTRO CENTRO EN EL ÚL- TIMO AÑO

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROS-
TOMY (PEG) VERSUS RADIOLOGIC PERCU-
TANEOUS GASTROSTOMY (RPG): COMPA-
RISON OF THE RESULTS IN OUR CENTER IN
THE LAST YEAR

**Florencio Ojeda, Luna¹; Ternero Fonseca, Julia²; Laí-
nez López, María¹; Maraver Zamora, Marta²; Rebollo
Pérez, María Isabel¹**

1. Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón
Jiménez (Huelva).

2. Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez
(Huelva).

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Las gastrostomías para nutrición enteral se colocan con
mayor frecuencia mediante técnicas percutáneas, bien
vía endoscópica (PEG) o radiológica (GRP).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es comparar los resulta-
dos clínicos y las tasas de complicaciones de todos los
pacientes que se sometieron a ambos procedimientos en
nuestro hospital durante el año 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a
PEG o GRP en el año 2019 en el Hospital Juan Ramón
Jiménez de Huelva. Se compararon las complicacio-
nes posgastrostomía inmediatas y en la primera re-
visión del procedimiento, así como la duración de la
estancia hospitalaria. Estudio estadístico realizado
con SPSS v.17.

RESULTADOS

En 2019 se realizaron 48 gastrostomías percutáneas
(25 PEG y 23 GRP) con edad media de los pacientes
de 62±13,27 años. Las indicaciones para la colocación
de gastrostomía fueron disfagia neurológica (92.6%
PEG y 20.8% GRP), disfagia orgánica (16.7% GRP),
profiláctica (29.2% GRP) y otras patologías (7.4%
PEG y 33.3% GRP). Hubo un porcentaje de complica-
ciones posgastrostomía de 4.3% en GRP (1 hematoma
periestomal) y 22.2% en PEG (2 neumonía por aspi-
ración, 1 atrapamiento del botón, 1 infección peries-
tomal y 1 caso de parada respiratoria), en primera
revisión posgastrostomía las complicaciones fueron
de 9.1% en GRP (1 infección periestomal y 1 caso de
deterioro y mal funcionamiento de la sonda) y 0% en
PEG, las diferencias que hubo tanto en las complica-
ciones iniciales como en las complicaciones en la
primera revisión posgastrostomía no alcanzaron la
significación estadística (p 0.072 y p 0.113 respecti-
vamente). En ningún caso hubo mortalidad asociada
al procedimiento.

En cuanto a días de ingreso la mediana en GRP fue de
3.5 y la de PEG de 11, datos estadísticamente no signifi-
cativos (p 0.920).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra no existen diferencias signifi-
cativas entre ambas técnicas de realización de gas-
trostomía, tanto PEG como GRP son eficaces para el
apoyo nutricional enteral sin poder recomendar una
técnica sobre la otra, datos similares a los recogidos
en la bibliografía actual. Como objetivo futuro nos
proponemos ampliar el estudio con mayor tamaño
muestral para poder determinar la mejor técnica
para la realización de gastrostomía percutánea según la
indicación.

PIE DIABÉTICO: CUANDO LA DISTANCIA AL HOSPITAL DE REFERENCIA MARCA LA DIFERENCIA

DIABETIC FOOT: WHEN THE DISTANCE TO
THE REFERENCE HOSPITAL MAKES THE DI-
FFERENCE

Barranco Ochoa, Juan de Dios; Segarra Balao, Ana; Moreno Martínez, M^a Macarena; de Damas Medina, María; Moreno Carazo, Alberto; Gutierrez Alcántara, Carmen

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La amputación es la complicación que menos se ha reducido en las últimas décadas. Encontramos diferencias según áreas en la provincia de Jaén, con alta dispersión geográfica y sin Endocrinólogos en los Hospitales Comarcales.

OBJETIVOS

-Evaluar las características de los pacientes atendidos con pie diabético por la UGC de Endocrinología del HUI en 2019.

-Describir si la distancia podría influir en las amputaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las historias de los pacientes atendidos por nuestra unidad por pie diabético en HD y QxV desde el 1 de enero de 2019 al 31 de Diciembre de 2019. Se registraron datos de filiación, distancia a HUI, características de la diabetes y tratamiento, datos de control metabólico, LDL y otros factores de riesgo vascular, así como complicaciones. Se usó el paquete estadístico SPSS 25 para el análisis con t para comparar medias y chi-cuadrado cualitativas. Se usó modelo de regresión para analizar posibles factores asociados a la amputación.

RESULTADOS

83 pacientes (16 mujeres/67 hombres) de 64,45±12,16 años fueron evaluados. 34 en HD y 49 en la planta de QxV. Sólo 43,4% habían sido atendidos por nuestra unidad previamente. El 78,3% DM tipo 2 de 22,61±11,35 años de evolución, el 63,9% insulintratados. Su HbA1c en el momento de nuestra evaluación era 8,72±2,2% y el LDL 80,14±38,32. El 45,8% ya habían sufrido alguna amputación previa. 33 pacientes (39,8%, sólo 3 de HD) acabaron en amputación. 29 pacientes (34,9%) eran de otra área, residiendo 19 de ellos a más de 50 km del hospital. La distancia media a nuestro hospital fue 32,65±32,39 kms. En la regresión la distancia ≥ 50 km fue el único factor independiente asociado a amputación (OR 5,73; IC 1,68-19,49), encontrando un 1,9% de aumento de amputación por cada km de distancia.

CONCLUSIONES

- Los pacientes de nuestra serie presentan una diabetes de larga evolución con alta tasa de complicaciones. El control metabólico y de LDL no eran óptimos, menos de la mitad habían tenido atención por Endocrinología.

-Casi el 40% de los pacientes acabaron en amputación, la mayoría pacientes de planta.

-Los pacientes de planta residen más lejos del HUI, evaluándose en HD los pacientes más cercanos.

-La lejanía se asocia como factor independiente de amputación en nuestra serie, multiplicando el riesgo por 5.

RESULTADOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO

RESULTS OF A DIABETIC FOOT CARE MULTIDISCIPLINARY UNIT

Piñar Gutiérrez, Ana¹; Gros Herguido, Noelia¹; Losada Viñau, Fernando¹; Farfán Díaz, Fátima¹; Enríquez Pérez, Mónica¹; Pérez Ruiz, Ana¹; Ruiz Trillo, Carmen¹; Tallón Aguilar, Luis²; Bataller, Enriqueta³; Soto Moreno, Alfonso¹

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

2. UGC Cirugía General. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

3. UGC Cirugía Vascular. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

El 6% de diabéticos desarrollan pie diabético, presentando peor calidad de vida y mayor morbimortalidad. La afectación vascular puede modificar la presentación, manejo y pronóstico. En el Plan Integral de Diabetes Andaluz se promueven las unidades multidisciplinarias de atención a pie diabético con el Hospital de Día como puerta de entrada.

OBJETIVOS

Análisis descriptivo de una cohorte de pacientes atendidos en una unidad multidisciplinar de pie diabético. Análisis de los resultados en salud y el impacto de la afectación vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Analizamos 2 poblaciones atendidas durante 10 meses en una Unidad de Pie Diabético según la presencia de afectación vascular: -Población1. Pacientes con pulso periférico (Cía General-Endocrino). -Población2. Pacientes sin pulso (Cía Vascular-Endocrino) Exclusión: no diabéticos, úlceras no localizadas en pie, pie de riesgo. Variables cuantitativas: P50 (P25-P75); cualitativas: n(%). Para comparar proporciones se utilizó X², para medianas la prueba no paramétrica para muestras independientes.

RESULTADOS

Diferencias (p<0.05). Con pulso Sin pulso N 87 87 Varón 67(74.4%) 62(71.3%) Edad 59(54-67) 71(64-82) HbA1c(%)* 7.6(6.6-9.5) 6.7(5.4-8) Diabetes T2

77(85.6%) 78(89.7%) Úlceras previas* 52(57.8%)
 26(29.9%) HTA 61(67.8%) 70(80.5%) Dislipemia
 54(60%) 62(71.3%) Tabaquismo 54(60%) 45(51.7%)
 Nefropatía 37(41.1%) 37(42.5%) Retinopatía 45(50%)
 28(32.2%) Enf coronaria* 9(10%) 27(31%) Enf cerebro-
 vascular* 6(6.7%) 15(17.2%) N°consultas* 4(1-6) 1(1-
 2) Amputación* 17(18.9%) 27(31%) Amputación menor*
 17(100%) 17(62.9%) Amputación mayor* 0(0%)
 10(37%) Ingreso 23(25.6%) 28(32.2%) Antibioterapia*
 58 (64,4%) 41 (47,1%) Antibioterapia iv 23 (25,6%) 25
 (28,7%) Revascularización 18(20.7%) Escala de Texas*:
 - Población1: 0b=1(1,1%), 1a=30(33,3%), 1b=9(10%),
 2a=1(1,1%), 2b=9(10%), 2c=1(1,1%), 3a=15(16,7%),

3b=14(15,6%). - Población2: 1a=7(8%), 1b=7(8%),
 1c=20(23%), 1d=4(4,6%), 2b=5(5,7%), 2c=5(5,7%),
 2d=1(1,1%), 3a=4(4,6%), 3b=1(1,1%), 3c=8(9,2%),
 3d=2(2,3%).

CONCLUSIONES

Los pacientes con afectación vascular son mayores, con mejor control glucémico y mayor carga macrovascular. En ellos la tasa de amputación es mayor y se realizan más amputaciones mayores. Aunque existen diferencias en la antibioterapia, puede deberse a las distintas formas de trabajo de los servicios que atienden cada tipo de paciente.

	Con pulso	Sin pulso
N	87	87
Varón	67(74.4%)	62(71.3%)
Edad*	59(54-67)	71(64-82)
HbA1c(%)*	7.6(6.6-9.5)	6.7(5.4-8)
Diabetes T2	77(85.6%)	78(89.7%)
Úlceras previas*	52(57.8%)	26(29.9%)
HTA	61(67.8%)	70(80.5%)
Dislipemia	54(60%)	62(71.3%)
Tabaquismo	54(60%)	45(51.7%)
Nefropatía	37(41.1%)	37(42.5%)
Retinopatía	45(50%)	28(32.2%)
Enf coronaria*	9(10%)	27(31%)
Enf cerebrovascular*	6(6.7%)	15(17.2%)
N°consultas*	4(1-6)	1(1-2)
Amputación*	17(18.9%)	27(31%)
Amputación menor*	17(100%)	17(62.9%)
Amputación mayor*	0(0%)	10(37%)
Ingreso	23(25.6%)	28(32.2%)
Antibioterapia*	58 (64,4%)	41 (47,1%)
Antibioterapia iv	23 (25,6%)	25 (28,7%)
Revascularización		18(20.7%)

Tabla 1. *Diferencias (p<0.05).

Escala de Texas*:

Población1: 0b=1(1,1%), 1a=30(33,3%), 1b=9(10%), 2a=1(1,1%), 2b=9(10%), 2c=1(1,1%), 3a=15(16,7%), 3b=14(15,6%).

Población2: 1a=7(8%), 1b=7(8%), 1c=20(23%), 1d=4(4,6%), 2b=5(5,7%), 2c=5(5,7%), 2d=1(1,1%), 3a=4(4,6%), 3b=1(1,1%), 3c=8(9,2%), 3d=2(2,3%).

RESULTADOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN ANDALUCÍA (2009-2017)

ANALYSIS OF HOSPITALIZATION RATES FOR DIABETES COMPLICATIONS IN ANDALUSIA (2009-2017)

Ravé, Reyes¹; Mayoral, Eduardo²; Valdés, Sergio³; Rojo, Gemma³; Aguilar, Manuel⁴; Martínez-Brocca, María Asunción⁵

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

2. Plan Integral de Diabetes de Andalucía

3. UGC Endocrinología y Nutrición Hospital Regional Universitario, Málaga. Instituto de Investigación Biomédica, Málaga (IBIMA)

4. UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Instituto de Investigación Biomédica, Cádiz (INIBICA)

5. UGC Endocrinología y Nutrición. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Necesidad de estudiar la evolución de las complicaciones hospitalarias debidas a la diabetes en Andalucía en los últimos años.

OBJETIVOS

Analizar la evolución de las principales complicaciones hospitalarias de la diabetes en Andalucía en el período 2009-2017.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian las tasas ajustadas por edad (TAE) de ingresos hospitalarios por amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores, cetoacidosis, descompensación hiperosmolar, ictus, infarto agudo de miocardio y otras complicaciones secundarias de la diabetes en los hospitales del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA). El número total de altas se obtuvo del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de Andalucía y las poblaciones de la Base de Datos de Usuarios. Se obtuvieron las tasas ajustadas por edad por 100.000 habitantes mediante el método directo de ajuste. Mediante análisis de regresión segmentada (jointpoint) se calcularon los Porcentajes de Cambio Anual (PCA) y los Porcentajes de Cambio Anual Promedios (PCAP) de las tasas, identificando cambios significativos de tendencia.

RESULTADOS

Las TAE y PCAP se muestran en la Tabla 1 (*p<0.05).

Sexo	Complicaciones	TAE (/100.000 habitantes)		PCAP 2009-2017	IC 95%	
		2009	2017		Límite inf.	Límite sup.
Hombres	Amputaciones de MM.II.	37.66	29.3	-3.1*	-4.4	-1.8
	Ictus	94.04	87.23	-1.3*	-2	-0.6
	Cetoacidosis	10.09	5.94	-6.4*	-8.8	-3.8
	Otras complicaciones secundarias de la diabetes	74.22	48.55	-5.5*	-6.3	-4.6
	Descompensación hiperosmolar	4.84	1.98	-8.0*	-13.7	-1.8
	Infarto agudo de miocardio	79.07	70.39	-2.1*	-2.7	-1.5
Mujeres	Amputaciones de MM.II.	11.58	8.79	-4.7*	-7	-2.4
	Ictus	63.6	50.64	-2.8*	-3.4	-2.3
	Cetoacidosis	10.29	5.22	-8.1*	-12.8	-3.1
	Otras complicaciones secundarias de la diabetes	46.67	26.13	-7.5*	-8.6	-6.3
	Descompensación hiperosmolar	3.99	2.26	-5.2*	-8.4	-1.8
	Infarto agudo de miocardio	40.35	30.49	-3.5*	-4	-3

Tabla 1. TAE, PCAP Andalucía 2009-2017

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN ANDALUCÍA (2009-2017)

CONCLUSIONES

En Andalucía y en el período 2009-2017, la hospitalización por las principales complicaciones de la diabetes ha experimentado un descenso significativo como se describe en la Tabla 1, siendo mayor en mujeres y por complicaciones agudas. El ictus se mantiene como causa principal de hospitalización.

ÁNGULO DE FASE ESTANDARIZADO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON ACONDROPLASIA

STANDARDIZED PHASE ANGLE IN ADOLESCENT PATIENTS WITH ACHONDROPLASIA

Vegas Aguilar, Isabel María; Leiva Gea, Antonio; Cornejo Pareja, Isabel; Tinahones Madueño, Francisco; García Almeida, José Manuel

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de La Victoria Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La composición corporal en adolescentes con acondroplasia es poco conocida. El Angulo de fase estandarizado (AFS) es una medida bioeléctrica de nuestras células ajustado a edad y sexo, considerándose un factor pronóstico global que informa sobre el funcionalismo celular. Los cambios de composición pueden relacionarse con el perfil metabólico, óseo y nutricional.

OBJETIVOS

Describir los parámetros de composición corporal: Angulo de fase (AF) AFS, Body Cell Mass (BCM), Fat Mass (FM), Fat Free Mass (FFM) en un grupo de pacientes con acondroplasia. También se analizan datos de laboratorio de perfil metabólico (glucosa, insulina, HOMA, QUICKI), metabolismo óseo y nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional casos 24 con determinaciones de bioimpedanciometría Akern 101, antropometría y datos analíticos nutricionales. El hospital es centro de referencia nacional de cirugía de alargamiento de miembros, recibiendo casos de diferentes áreas geográficas.

RESULTADOS

24 adolescentes de edad media 14,2 ±1,6 años con valores medios de AF de 5,3 ± 0,1° con AFS -1,07 ±1,46°. BCM 15,0 ± 3,1, FM 5,6 ±5,4, FFM 30,5 ±5,2 kg El AFS se correlaciona con FFM (r=0,389), BCM (r=0,646) y altura (r=0,515) sin mostrar correlación con FM o Peso. Datos analíticos : Glucosa(mg/dl):85,47 ±15,22, Insulina mUI/ml:14,74 ±20,37, HOMA:3,39 ±5,22, QUICKI:0,35 ±,05733

CONCLUSIONES

Existe un descenso claro del AFS en la población de adolescentes con acondroplasia. Dichas diferencias están relacionadas con una menor masa celular (BCM, FFM). Existen un incremento de HOMA y descenso de índice QUICKI posiblemente relacionado con el aumento de adiposidad y descenso del BCM y FFM. Aspectos Éticos: estudio aprobado por el comité de ética del hospital Virgen de la Victoria.

AFIANZANDO LA POSICIÓN DE LA CIRUGÍA TRANSESEFENOIDAL AMPLIADA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS

SUPPORTING THE TREATMENT OF PITUITARY ADENOMAS WITH EXTENDED TRANSESEFENOIDAL SURGERY

Remón Ruíz, Pablo¹; Déniz García, Alejandro¹; Venegas Moreno, Eva¹; Dios Fuentes, Elena¹; Madrazo Atutxa, Ainara¹; Kaen, Ariel²; Cárdenas, Eugenio²; González, Natividad³; Oliva, Rosario³; Ignacio Fernández, Ignacio⁴; Martín, Ignacio²; Roldán, Florinda⁵; Fajardo, Elena⁵; Cano, David¹; Soto Moreno, Alfonso¹

1. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
2. Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
3. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
4. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla
5. Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

HIPÓFISIS Y TUMORES NEUROENDOCRINOS

INTRODUCCIÓN

Revisamos los resultados quirúrgicos de la cirugía transesefenoidea endoscópica ampliada (CTEA) como tratamiento de los adenomas hipofisarios.

OBJETIVOS

Valorar resultados de la CTEA en el tratamiento de adenomas hipofisarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Incluye 198 pacientes intervenidos de adenoma hipofisario secretor de GH, ACTH o no funcionante (NF) mediante CTEA entre 2013 y 2019. Se analizaron parámetros de curación y complicaciones durante el seguimiento.

RESULTADOS

198 pacientes intervenidos (46 GH, 47 ACTH y 116 NF). En acromegalia, a 41 (89.13%) se realizó CTEA como primer tratamiento quirúrgico. De ellos 29 (70.7%) logran

criterios de curación. La ratio de curación (RC) en microadenomas fue 100% y en macroadenomas 66.67%. De estos, en tumores no invasivos Knosp (K) 1-2 la RC es 90% (18/20) y en invasivos K 3-4 50% (K 3 - 68.75% ; K 4 - 0%). De 5 pacientes reintervenidos tras Cirugía Transesfenoidal Microscópica (CTM) no exitosa, 3 (60%) se encuentran curados en la actualidad. 38 ACTH fueron sometidos a CTEA de primera intención. Tras la cirugía 33 (86.84%) presentan criterios de curación, sin diferencias significativas entre invasivos (4/5) y no invasivos (29/33). 9 pacientes con enfermedad de Cushing fueron intervenidos por CTEA tras CTM no satisfactoria logrando en 6 (66.67%) criterios de curación. 97 NF recibieron CTEA en primera intención. Tras la cirugía, 57 (58.76%) logran criterios de curación. De 63 (64.94%) casos con clínica visual, tras la cirugía 33 (52.38%) logran recuperación completa. Otros 19 fueron intervenidos de CTEA tras CTM debido a recrecimiento tumoral, 11 (57.89%) con nuevos síntomas visuales.

Tras la CTEA 6 (31.58%) presentan criterios de curación, con una RC de tumores invasivos del 33.33%. Por otra parte 10 (90.9%) presentaron una mejoría parcial o total de síntomas visuales.

Las complicaciones principales fueron 3 fístulas de LCR, 3 sospechas de meningitis, 1 celulitis periorbitaria y 2 epistaxis.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con CTEA de primera intención son superiores a los descritos en la literatura, consiguiendo RC elevadas con escasa morbilidad. El rescate quirúrgico mediante CTEA tras cirugía microscópica se posiciona como una alternativa eficaz y segura en la terapia de la enfermedad de Cushing y la acromegalia, pudiendo situarse por encima de la radioterapia en casos seleccionados.

RENDIMIENTO DE LA PAAF ECOGUIADA A CARGO DEL ENDOCRINÓLOGO EN UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA NODULAR TIROIDEA EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

PERFORMANCE OF ULTRASOUND-GUIDED FNA CARRIED OUT BY AN ENDOCRINOLOGIST IN A HIGHLY RESOLUTIVE CONSULT OF THYROID NODULE PATHOLOGY IN SOUTHERN SEVILLE HEALTH CARE AREA

Caballero Segura, Manuel J.; Martínez de Pinillos Gordillo, Guillermo; Carretero Marín, Carmen; Cózar León, María Victoria

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

-

OBJETIVOS

Evaluar los resultados obtenidos en una consulta de alta resolución de nódulo tiroideo (CARNT) con realización de ecografía y PAAF ecoguiada en acto único a cargo del endocrinólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los pacientes a los que se le realizó PAAF ecoguiada en CARNT entre mayo de 2017 y febrero de 2020. Todas las PAAF fueron realizadas por el mismo endocrinólogo. Las citologías se informaron siguiendo el sistema Bethesda.

Se analizó la actitud diagnóstico-terapéutica final en todos los casos.

RESULTADOS

Se realizaron 295 punciones (281 nódulos, 10 adenopatías, 4 sospechas de restos neoplásicos postquirúrgicos) en 233 pacientes (77,3% mujeres, edad media 51,56 ± 13,8 años). La demora media desde la derivación a CARNT hasta la realización de la 1ª PAAF fue de 13,3 ± 10,7 días. La procedencia de los pacientes fue: 36,9% Atención Primaria, 36% Endocrinología, 18,6% interconsultas de otra especialidad y 8,5% Urgencias. El tamaño medio fue 26,9 ± 13,5 mm (5,5-86,8 mm). La distribución por tamaño fue: 6,6% ≤10 mm, 32,2% 11-20 mm, 44,6% 21-40 mm y 16,6% >40 mm. El resultado citológico fue: 13,2% "no diagnóstica", 61,8% "benigno", 17% "atipia significado incierto", 3,5% "proliferación folicular", 2,8% "sospechoso malignidad" y 1,7% "maligna". El 57,4% de los pacientes se derivó para seguimiento en consultas de Endocrinología y el 37,4% restante fue remitido a cirugía por sospecha de malignidad o presencia de clínica compresiva.

De los pacientes remitidos a cirugía, un 56,7% de las biopsias presentaron carcinoma tiroideo, siendo hallazgo incidental únicamente un 11,7% de estos.

CONCLUSIONES

La combinación de la valoración clínica junto con la realización de ecografía y PAAF en el mismo acto por parte del endocrinólogo permite realizar un manejo más eficiente de la patología nodular tiroidea, reduciendo significativamente el tiempo de demora para la PAAF y secundariamente el tiempo hasta la intervención quirúrgica en los casos indicados.

Consideramos que la tasa de malignidad no incidental observada en los casos intervenidos refleja un funcionamiento óptimo de la consulta.

La especialización progresiva del endocrinólogo a cargo ha permitido incorporar la punción de nódulos de pequeño tamaño, adenopatías cervicales y posibles restos neoplásicos postquirúrgicos, mejorando así la capacidad resolutoria de la consulta.

COMPORTAMIENTO CLINICO EN UNA SERIE DE 27 MACROPROLACTINOMAS

CLINICAL BEHAVIOR IN A SERIES OF 27 MACROPROLACTINOMAS

García García-Doncel, Lourdes; Baena Nieto, Gloria; Márquez Pardo, Rosa

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez

HIPÓFISIS Y TUMORES NEUROENDOCRINOS

INTRODUCCIÓN

Los macroprolactinomas suponen el 10% de los prolactinomas y suelen responder al tratamiento con agonistas dopaminérgicos.

OBJETIVOS

El objeto de este estudio es describir las características clínicas, los aspectos terapéuticos y los resultados obtenidos en pacientes con macroprolactinoma en un Hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de prolactinoma entre 2008 y 2019.

RESULTADOS

La edad media al diagnóstico fue de 39,7±17,08 años (varones: 52,07±12,7, mujeres: 26,4±11,8). 51,9 % varones y 48,1% mujeres. Prolactina al diagnóstico 836,1±1074 ng/ml (varones: 1256,5±1226, mujeres: 415±719), tamaño del macroprolactinoma al diagnóstico de 20,4±11,3 mm (varones: 27,6±11,5, mujeres: 12,6±3,0). El síntoma de presentación más frecuente fue hipogonadismo u oligomenorrea 88,9%, seguido de cefalea 37% , galactorrea 22,2% y 7,4% con afectación visual al diagnóstico. Un paciente presentó apoplejía hipofisaria (3,7%). 2 pacientes precisaron cirugía (7,4%), Un por resistencia a tratamiento médico y otro tras apoplejía hipofisaria. Se obtuvieron diferencias significativas entre ambos sexos en la edad al diagnóstico ($p < 0,001$), los niveles de prolactina al diagnóstico ($p < 0,002$), el tamaño del tumor al diagnóstico ($p: 0,0001$) y el tamaño del tumor tras el tratamiento ($p: 0,002$), y en la presencia de galactorrea ($p: 0,011$), sin observarse diferencias entre ambos sexos en niveles de PRL nadir, tiempo en alcanzar la PRL nadir o dosis de cabergolina, cefalea e hipogonadismo. Se obtuvo una prolactina nadir de 28±47 ng/ml, normalizándose los valores (prolactina < 25 ng/ml) en el 74,07% en una media de tiempo de 7,5±4,2 meses. Solo un paciente presentó resistencia a cabergolina. Se empleó una dosis media de cabergolina de 1,29±1,3 mg/semana y de bromocriptina de 5±3,5 mg al día (sólo 2 pacientes). Se observó disminución del tamaño tumoral en el 92,5% (25/27) con disminución del diametro tumoral mayor de 6,7±4,9 mm, en un tiempo medio de 31,5±39,5 meses.

CONCLUSIONES

La respuesta al tratamiento médico es adecuada en la gran mayoría de los pacientes con macroprolactinoma. En mujeres el diagnóstico se realiza a edad mas temprana, con niveles de PRL menos elevados, es más frecuente la galactorrea y el tamaño del adenoma al diagnóstico es menor que en varones.

LA RELACIÓN ENTRE LA EXPRESIÓN DE MARCADORES INFLAMATORIOS EN TEJIDO ADIPOSO EL DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN SUJETOS OBESOS Y NO OBESOS

THE RELATIONSHIP OF INFLAMMATORY MARKERS EXPRESSION IN ADIPOSE TISSUE WITH ANXIETY AND MOOD DISORDERS DIAGNOSIS IN OBESE AND NON-OBESE SUBJECTS

El Bekay Rizky, Rajaa¹; Pavon, Francisco Javier²; Lhamyani, Said³; Gentile, Adriana-Mariele¹; De Diego-Otero, Yolanda²; Olveira Fuster, Gabriel¹; Tinahones, Francisco J.¹; Pérez Costillas, Lucía²

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional de Málaga. Instituto Ibima

2. UGC Salud Mental. Hospital Regional de Málaga. Instituto Ibima

3. UGC Endocrinología y Nutrición. Instituto Ibima/Uma

ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos están asociados con el aumento de la inflamación sistémica y la adiposidad. Sin embargo, no hay datos que relacionen la inflamación del tejido adiposo con estos trastornos mentales

OBJETIVOS

El análisis de adipocinas y marcadores relacionados con la inflamación en el tejido adiposo podría ayudar a dilucidar la posible asociación entre la obesidad y la salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional en muestras de pacientes formados por sujetos no obesos y obesos, a quienes se les diagnosticó ansiedad o trastornos del estado de ánimo. no-obesos con ansiedad/ trastorno del estado del ánimo (n=31), no-obesos sin trastorno mental (n=25), obesos con ansiedad/trastorno del estado del ánimo (n=34) y obesos sin trastorno mental (n=19). La expresión génica de adiponectina (ADIPOQ), leptina (LEP) y marcadores inflamatorios (IL6, IL1B, TNF, CCL2, CSF3, ITGAM y PLAUR) se determinaron en tejidos adiposos viscerales (VAT) y subcutáneos (SAT) procedentes de sujetos obesos y no obesos con y sin enfermedad mental.

RESULTADOS

Nuestros resultados mostraron que, con respecto a los trastornos mentales, todos los genes inflamatorios en el VAT fueron significativamente mayores en sujetos no obesos con trastornos de ansiedad o estado de ánimo que en sujetos sin trastornos mentales, excepto TNF e ITGAM. Además, la expresión de IL6 fue significativamente menor en SAT. Por el contrario, los pacientes obesos diagnosticados con ansiedad o trastornos del estado de ánimo solo mostraron niveles de expresión significativamente más bajos de IL1B en IVA y ADIPOQ en SAT en comparación con sujetos obesos sin trastornos mentales.

CONCLUSIONES

Estos datos sugieren, por primera vez, la existencia de una relación entre la inflamación del VAT en los trastornos de ansiedad y estado de ánimo, y que abre nuevas vías y nuevos mecanismos responsables de la asociación entre la obesidad y los trastornos mentales.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CUSHING (EC)

PREVALENCE OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH CUSHING DISEASE (CD)

Remón Ruiz, Pablo Jesús¹; Deniz, Alejandro¹, Millán, Raquel²; Venegas Moreno, Eva¹; Dios Fuentes, Elena¹; Madratzo Atutxa, Ainara³; Martín, Natalia²; Rico, María C.²; Romero Gomez, Manuel²; Cano, David³; Soto Moreno, Alfonso¹

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

2. UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

HIPÓFISIS Y TUMORES NEUROENDOCRINOS

INTRODUCCIÓN

La prevalencia y comorbilidades de EHGNA en EC es prácticamente desconocida. Actualmente sólo existe un estudio que establece la prevalencia de EHGNA en pacientes con EC activa en torno al 20%.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de EHGNA y fibrosis en EC y analizar los marcadores bioquímicos no invasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. 31 pacientes con EC; 11 activos, 20 curados. 24 (77%) mujeres, 7 (23%) hombres. 54 años de media de edad. EHGNA fue establecida a través de Hepatic Steatosis Index (HSI) y Controlled Attenuated Parameter (CAP dB/m). El estadio de fibrosis usando el

índice FIB4 y elastografía de transición (kPa). La fecha de control del hipercortisolismo se estableció como la normalización del cortisol libre urinario en 24 horas.

RESULTADOS

20 (65%) curados (11 con tratamiento sustitutivo) y 11 (35%) con enfermedad activa, 3 (10%) no controlados al estudio. HTA 14 (45%), dislipemia 16 (52%), 7 (23%) DM tipo 2. Obesidad (IMC>30 Kg/m²) 15 (48%) y 10 (32%) sobrepeso. 3 pacientes con evento vascular mayor previo. HSI fue patológico (>36) en 24 (77%). El estadio de EHGNA según CAP fue: S1 (248-268 dB/m): 3 (10%); S2 (268-280 dB/m): 3 (10%); S3 (>280 dB/m): 9 (29%); S0 en 16 (51%). Todos los pacientes con HSI>36 fueron clasificados como S2-S3 con una correlación entre HSI y CAP significativa (coef 0,416). Además, se observó una tendencia a la asociación entre presencia de EHGNA y actividad de EC (80% Vs 20%, p=0,07). EHGNA fue asociada con obesidad (83% Vs 26%, p=0,03), presencia de DM, HTA y/o DLP (92% Vs 53% p=0,046) y tiempo de hipercortisolismo (117 Vs 29 meses, p=0,001). 3 (9.7%) pacientes con valores de ET >8.9 Kpa (F3-F4). Todos los pacientes con ET>8.9 KPa presentaron HSI>36, pero ninguno FIB4 patológico. ET >8,9 kPa fue asociado con mayor tiempo de hipercortisolismo.

CONCLUSIONES

Una elevada prevalencia de EHGNA ha sido observada en nuestra serie, siendo mayor en pacientes no curados. HSI clasifica adecuadamente a pacientes con EHGNA, mientras que FIB4 no parece un buen predictor de fibrosis en EC. El tiempo de control del hipercortisolismo parece una variable relevante en la presencia de EHGNA y fibrosis hepática, es necesario confirmarlo con series prospectivas y de mayor número de pacientes.

USO DE UN DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN LA MEJORA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS

USE OF A FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM IN THE IMPROVEMENT OF GLYCEMIC CONTROL OF DIABETIC PATIENTS

Domínguez, Manuel; Caballero, Irene; Ferrete, Eloy; Pérez, Alicia; Escribano, Silvia; García, María Luisa; Morales, Cristóbal

Unidad de Endocrinología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que ocasiona numerosas complicaciones si los pacientes no llevan a cabo un buen manejo de las cifras de glucosa en sangre.