

CONCLUSIONES

Si bien podemos pensar que los resultados materno-fetales en mujeres gestantes tratadas con Degludec son deficientes, consideramos que dicha situación puede estar mediatizada por el tipo de paciente (DM1 más inestable) y la ausencia de cuidado preconcepcional, aunque se ha de mantener una actitud vigilante en aquellas gestaciones en las que se considere indicado usar dicho análogo de insulina.

EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

REAL LIFE EXPERIENCE OF FLASH GLUCOSE MONITORING IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

Amuedo Domínguez, Sandra; Guerrero Vázquez, Raquel; Déniz García, Alejandro; Del Can Sánchez, Diego; Martínez Ortega, Antonio Jesús; Gros Herguido, Noelia; González Navarro, Irene; Pumar López, Alfonso; Losada Viñau, Fernando; Pérez Morales, Ana; Enríquez, Mónica; Corpas, Ana; Ruiz Trillo, Carmen Amelia; Soto Moreno, Alfonso

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

DIABETES

INTRODUCCIÓN

En el año 2018, el SSPA incorporó a sus prestaciones un sistema de monitorización de glucosa intersticial Flash (MFG) para la población con diabetes mellitus tipo 1 (DM 1) de edades entre los 4 y los 18 años.

OBJETIVOS

1) Valorar el grado de utilización y la adherencia al sistema de MFG en adolescentes con DM1 menores de 18 años, tras el primer año de implantación. 2) Evaluar el impacto de la MFG en términos de control glucémico tras 12 meses con el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y longitudinal. Criterios de inclusión: todos los DM1 entre 14 y 18 años seguidos en Endocrinología de adultos, con implantación de MFG entre junio y noviembre de 2018, con un mínimo de 12 meses con MFG. Criterio de exclusión: portadores de otros sistemas de monitorización continua de glucosa.

RESULTADOS

117 adolescentes con DM 1 (51.3% mujeres), edad media 15.72 (SD 1.46) años, con un tiempo de evolución de la DM1 de 10.11(5.08) años y una HbA1c preimplantación de 7.83 (1.4) %. La mediana de tiempo con MFG fue de 4.5 [1.5-11.0; p25-p75] meses durante el primer año. Un 20.4

% abandonaron la MFG durante el seguimiento. La tasa de uso intermitente ha sido del 3%. Entre los continuadores de MFG: el número de dispositivos recogidos para la adecuada utilización ha sido correcta en el 38.9 %, subóptima en el 30% y deficiente en el 31% de los casos. En relación con el uso de la MFG a los 12 meses: la mediana del número de descargas en la plataforma LibreView ha sido de 10.00 [3-24], 5.00 [1-8.5] escaneos diarios y un 76 % [33-91.25] de datos captados por el sensor. En la cohorte global, la HbA1c a los 12 meses de la implantación fue de 8.15% (1.41), $p = 0.005$; respecto a HbA1c preimplantación. La HbA1c a los 12 meses de los continuadores de MFG fue 8.06 (1.26) % vs 7.87 (1.2) % HbA1c preimplantación; p ns. No se observaron diferencias en HbA1c a los 12 meses entre portadores y no portadores de MFG. La glucemia promedio de la primera descarga a los 14 días de la implantación respecto a los 12 meses fue: 173.0 (47.85) vs 176.76 (39.93) mg/dl; p ns. El TIR, TAR y TBR a los 12 meses de los continuadores fue: 51.00 (16.9) %, 42.42 (18.97) % y 6.57 (5.00) %, respectivamente.

CONCLUSIONES

1) La utilización y el grado de adherencia a las recomendaciones de la MFG es subóptima en los adolescentes con DM 1 durante el primer año, destacando una tasa de abandono elevada. 2) Se han observado diferencias en términos de HbA1c en la cohorte global, no así en los que han mantenido el dispositivo durante el primer año. Las dificultades en el control glucémico propias de esta edad y de una transición temprana pueden ser factores implicados en estos resultados.

CORRELACIÓN DE ÁNGULO DE FASE ESTANDARIZADO CON LOS DIFERENTES PARÁMETROS NUTRICIONALES Y COMPLICACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)

CORRELATIONS BETWEEN STANDARDIZED PHASE ANGLE WITH NUTRITION PARAMETERS AND METABOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS TREATED WITH PARENTERAL NUTRITION

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

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

El ángulo de fase (AF) se ha relacionado en varias patologías con el estado nutricional y morbimortalidad, resulta interesante la valoración del AF estandarizado por edad y sexo en pacientes hospitalizados con patología aguda como es caso de pacientes con nutrición parenteral.

OBJETIVOS

Conocer si existe relación entre un parámetro novedoso de valoración nutricional estandarizado por edad y sexo, con otros parámetros nutricionales y las complicaciones metabólicas de pacientes que reciben NP.

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 con NP. Se realizó valoración nutricional completa, valoración subjetiva global (VSG), porcentaje de pérdida de peso, analítica con perfil nutricional, dinamometría (Jamar), pliegue tricípital, bioimpedanciometría (masa grasa, masa libre de grasa, masa celular corporal, masa muscular y agua corporal total) -AFS. Se registró el tipo de dieta recibida (absoluta, líquida, sólida), toma de suplementos orales; presencia de cirugía (no cirugía, cirugía programada/urgente), presencia de diabetes e indicación de NP (íleo postquirúrgico, íleo por carcinomatosis, fístula de alto débito, pancreatitis grave, mucositis por radio/quimioterapia, resección intestinal significativa, afagia con imposibilidad de nutrición por sonda, sangrado digestivo, obstrucción intestinal mecánica) y muerte por cualquier causa. Análisis estadístico con SPSS, correlación Pearson y comparación medias (ANOVA)

RESULTADOS

Se observó correlación entre: AFS y diferentes parámetros nutricionales: colesterol ($r=0,359$; $p=0,023$), albúmina ($r=0,6$; $p=0,00$) dinamometría ($r=0,794$; $p=0,00$) y masa celular corporal ($r=0,699$; $p=0,00$). Además se observó correlación entre dinamometría y albúmina ($r=0,417$; $p<0,02$), dinamometría y masa celular corporal ($r=0,699$; $p=0,00$), dinamometría y masa libre de grasa ($r=0,540$; $p<0,002$) y con el parámetro "nutrición" impedanciometría ($r=0,744$; $p=0,00$) Se observó diferencias cuando se comparó AFS con IMC cuando se realizaron subgrupos (infrapeso, normopeso, sobrepeso u obesidad) $p=0,006$, con valoración subjetiva global (A, B, C) con $p=0,03$ y también con niveles de fósforo (bajo, normal o elevado) con peores resultados para hiperfosfatemia $p=0,026$. Igualmente se observaron diferencias significativas entre pacientes fallecidos por cualquier causa $p=0,019$. No se observaron diferencias en cuanto a AFS en pacientes con diferentes indicaciones de NP, tipo de dieta, toma de suplementos, presencia y tipo de cirugía y presencia o no de diabetes.

CONCLUSIONES

El AFS se relaciona claramente con parámetros nutricionales clásicos como la albúmina y colesterol y con parámetros funcionales como la dinamometría y de composición corporal como la masa celular. De nuevo muestra relación con mortalidad. En nuestra muestra no se observó diferencia con otro tipo de apoyo nutricional, u otras características de los pacientes, si bien la n es limitada.

CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

GLYCEMIC CONTROL IN THE HOSPITALIZED PATIENT

Canelo Moreno, Juan Manuel; Acosta Delgado, Domingo; Lérída Luna, Jesús; De Lara Rodríguez, Irene; Piñar Gutiérrez, Ana; Soto Moreno, Alfonso

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diabetes en pacientes hospitalizados es alta, siendo importante el adecuado control glucémico, lo cual redundaría en una menor morbilidad y menor estancia hospitalaria.

OBJETIVOS

Analizar la prevalencia de diabetes y el grado de control glucémico de los pacientes hospitalizados en nuestro centro y cuantificar los eventos de hipoglucemia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado estudio descriptivo, transversal y observacional de todos los pacientes diabéticos ingresados en hospitalización general en un día concreto de enero de 2019. Se analizó el perfil glucémico durante toda la estancia hospitalaria, datos demográficos, complicaciones derivadas de la diabetes y eventos de hipoglucemia.

RESULTADOS

De un total de 555 pacientes en 121 se detectó hiperglucemia (22%) de los cuales el 66,9% eran varones. La mayor parte presentaba diabetes tipo 2 (90,1%). 103 pacientes tenían alguna determinación de HbA1c previa al ingreso y su valor medio fue de 7,56%; durante el ingreso la determinación se realizó en el 42,1%, obteniendo una media de 7,56%. En cuanto a las complicaciones crónicas un 17,4% tenía diagnosticado algún grado de retinopatía diabética; un 70,24% nefropatía diabética; un 28,1% neuropatía diabética y un 70,2% afectación macrovascular; puntualizando que solo el 52,1% tenían exploraciones de retina y un 52,9% de neuropatía. En relación a los controles de glucemia capilar, analizamos 1091 glucemias antes de desayuno (37,9%), 882 antes del almuerzo (30,64%) y 906 determinaciones antes de la cena (31,47%) con valores medios de glucosa de 150 mg/dl, 184 mg/dl y 199 mg/dl respectivamente. No se registraron 1464 glucemias (33,86%). Se determinaron 29 eventos hipoglucémicos (<70 mg/dl) que se concentraron en 17 pacientes (14,04%), siendo más frecuente antes del desayuno (55,17% de las ocasiones). Los pacientes que tuvieron algún evento hipoglucémico tuvieron una mayor estancia hospitalaria ($18,29 \pm 11,13$ días vs $13,18 \pm 10,98$ días) y las dosis de insulina utilizada fueron mayores.

CONCLUSIONES

Los controles de glucemia recogen una mayor tendencia a la hiperglucemia vespertina y a la hipoglucemia antes del desayuno. Los pacientes con hipoglucemias presentaron una mayor estancia hospitalaria. La determinación de HbA1c durante el ingreso, así como la valoración clínica de las complicaciones asociadas a la diabetes constituyen dos importantes áreas de mejora.

LA DOBLE CARA DE LA MALNUTRICIÓN: COEXISTENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

DOUBLE BURDEN OF MALNUTRITION: THE COEXISTENCE OF UNDERNUTRITION ALONG WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Fernández Jiménez, Rocío; Dalla Rovere Lara; Abuín Fernández, José; Sánchez Torralvo, Francisco José; Doulatram Gamgaram, Vijey Kishore ; Darias Plasencia, Selene; Morillas Jiménez, Virginia; García Almeida, José Manuel

Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirón Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de desnutrición hospitalaria es elevada y los programas generalizados de screening son efectivos para reducir la estancia hospitalaria. Determinadas herramientas de valoración nutricional han sido introducidas en los últimos años para complementar los métodos de cribado anteriores.

OBJETIVOS

Detección de la desnutrición hospitalaria en pacientes con obesidad (IMC>30) y relacionarlo con la búsqueda de nuevos métodos de cribado (dinamometría y BIA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 752 pacientes ingresados en el Hospital QuirónSalud Málaga en últimos meses de 2019. Se realizó una valoración nutricional completa (MUST-VSG), incluyendo bioimpedanciometría (Akern BIA 101) y dinamometría (Jamar).

RESULTADOS

N=752 pacientes: 397 mujeres (32,8%) y 355 varones (47,2%), edad media 59,2 ± 15,2 años, talla 166,7±9,7 cm, IMC 34,09± 3,79kg/m², peso habitual 95,1±16,7 kg, Masa grasa 37,8%±8,6 %, Masa magra 54,1±13,2 kg, dinamometría 24,3±11,6 kg, Cribado y valoración nutricional: - MUST: Riesgo bajo (69%), Riesgo moderado (27%), Riesgo alto (6,8%). - VSG: A (66,2%), B (27%), C (6,8%). - CIE10: Sin desnutrición (70,9%), No especificada (14,1%), Malnutrición calórico proteica leve-moderada (11,3%), Malnutrición calórico proteica grave (1,7%), Malnutrición calórica grave (1,3%),

Malnutrición proteica grave (0,7%). - AF 4,7±1,09°; Rz 470±79,4; Xc 37,8±14,4; Hidratación 74,1±17; Nutri Score 685,6±220; - FM 33,3±6,2; FFM 49,4±11,5; TBW 38,5±10,5; ECW 22,8±6; BMC 22,7±5,2 Relacionando la dinamometría media con MUST (con o sin riesgo de malnutrición) se observa una diferencia significativa (p<0,05) por lo que serviría como método de cribado. No hay una pérdida de peso significativa entre el peso habitual y el actual (-1 kg de peso), en la mayoría de los casos suelen presentar edemas y se enmascara la pérdida de peso, en el caso del MUST pasaría desapercibido (por IMC y por pérdida de peso).

CONCLUSIONES

El diagnóstico de la obesidad en pacientes hospitalizados es fundamental para reducir costes y estancias prolongadas, y en ocasiones pasan desapercibidas. En nuestra muestra se observa como el 34% de los pacientes obesos presentan Riesgo de malnutrición (MUST y VSG), y un 29% según CIE10 como malnutridos. La dinamometría complementaria la práctica clínica habitual como técnica de cribado en pacientes obesos.

EL ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES VALORADOS EN EL CRIBADO NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO

THE PHASE ANGLE AS A PREDICTOR OF MORTALITY IN PATIENTS ASSESSED BY A NUTRITIONAL SCREENING AT THE HOSPITAL ADMISSION

Dalla Rovere, Lara; Jiménez Fernández, Rocío; Sánchez Torralvo, Francisco José; Abuín Fernández, José; Doulatram Gamgaram, Vijey Kishore; Darias Plasencia, Selene; Morillas Jiménez, Virginia; García Almeida, José Manuel

Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirón Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de desnutrición hospitalaria es elevada y los programas generalizados de screening son efectivos para reducir la estancia hospitalaria. Determinadas herramientas de valoración nutricional mediante bioimpedanciometría han sido introducidas en los últimos años para complementar la valoración subjetiva, antropométrica y analítica.

OBJETIVOS

Establecer puntos de corte de desnutrición según ángulo de fase (AF) en pacientes ingresados y estudiar su utilidad en la valoración nutricional y su capacidad para predecir duración de ingreso y mortalidad a 3 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en pacientes ingresados por cualquier causa en el Hospital QuirónSalud Málaga entre los meses de abril y septiembre de 2019. Se realizó una valoración nutricional completa, incluyendo bioimpedanciometría, mediante la cual se determinó el AF. Se establecieron puntos de corte de AF utilizando la valoración subjetiva global (VSG) como estándar para el diagnóstico de desnutrición. Se estudió su asociación con diversas variables de utilidad clínica, entre ellas la duración de ingreso y la mortalidad a 3 meses.

RESULTADOS

157 pacientes analizados, 84 (53.5%) mujeres, con una edad media de 66.9±14.1 años. La VSG halló un 28.7% de normonutridos, un 33.8% de pacientes con desnutrición moderada y un 37.6% con desnutrición severa. Según VSG se encontró una tasa de mortalidad del 13,4% en pacientes desnutridos vs 2.2% en normonutridos ($p<0.025$). La estancia media en los desnutridos fue de 11.8±9.6 días vs 7.11±5 ($p<0.002$). El AF medio fue 4.5° (4.7° en hombres y 4.3° en mujeres, sin diferencias significativas). Se obtuvo un punto de corte de diagnóstico de desnutrición de 4.55° para el AF (Sensibilidad 67% y Especificidad 73.3%), presentando una concordancia kappa de 0.35 con la VSG ($p<0.001$).

Los pacientes con diagnóstico de desnutrición según AF (55.4%) presentaron un aumento de la estancia hospitalaria respecto a los normonutridos (12.1±8.4 vs 8.4±8.7 días; $p=0.009$), así como de la mortalidad a 3 meses (15% vs 4.3%; $p=0.02$), presentando un riesgo de éxito 4.1 veces mayor, ajustando por edad y sexo ($p=0.04$).

CONCLUSIONES

Incluir el ángulo de fase en la valoración nutricional del paciente ingresado se muestra como una herramienta útil siendo un buen marcador pronóstico de duración de ingreso y mortalidad a 3 meses.

ADRENOLEUCODISTROFIA EN ENDOCRINOLOGÍA

ADRENOLEUKODYSTROPHY IN ENDOCRINOLOGY

Perdomo, Carolina M. ¹; Dios, Elena¹; Del Can, Diego¹; Pumar, Alfonso¹; Tous, María²; Bueno, María A.³; Soto, Alfonso¹; Venegas, Eva¹

1. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
2. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla
3. Pediatría. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

SUPRARRENALES Y GÓNADAS (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

La adrenoleucodistrofia (ALD) es un trastorno peroxisomal de transmisión ligada al X causado por mutaciones en ABCD1 que provoca acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga (AGCML) especialmente en el tejido nervioso y suprarrenal.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de ADL en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR). Además, describir sus características clínico-analíticas y el abordaje terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y transversal en pacientes con ALD en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del HUVR. Se obtuvieron datos clínicos y analíticos.

RESULTADOS

Se identificaron 9 pacientes (3 mujeres portadoras y 6 varones con diversa expresión fenotípica de la enfermedad). Presentaron niveles elevados de AGCML, C22: 34,33µg/mL±12,32 (VR:50±16), C26: 1,66µg/mL±0,91 (VR:0,55±0,17), ratio C24/C22: 1,39±0,17 (VR:0,77±0,12) y ratio C26/C22: 0,05±0,02 (VR:0,012±0,004). A todos se les realizó estudio genético.

De los pacientes varones, el 50%(3/6) presentó forma cerebral infantil y el 50%(3/6) presentó adrenomieloneuropatía (AMN) del adulto. De los 3 pacientes con ALD infantil (5,5±4,4 años), todos presentaron insuficiencia suprarrenal primaria (ISP), y el 66,6%(2/3) presentó disfunción gonadal. Con respecto a AMN del adulto (38,3±16,7 años), un 66,6%(2/3) presentó ISP y un 66,6%(2/3) disfunción neurológica caracterizada por paraparesia. Un paciente presentó disfagia neurógena rápidamente progresiva. Respecto a el abordaje terapéutico, un 67%(4/6) ha recibido Aceite de Lorenzo (módulo con mezcla de aceite de glicerol trioleato y aceite de glicerol trierucicato) junto con restricción dietética de AGCML y grasas saturadas. Un paciente con ALD infantil recibió terapia génica a los 4 años por afectación neurológica severa y a otro paciente se le realizó trasplante de médula ósea a los 12 años.

Un paciente falleció a los 53 años (5 años tras el diagnóstico de AMN). De las mujeres portadoras, 66%(2/3) se encuentran asintomáticas y una paciente presenta leucodistrofia del adulto caracterizada por desmielinización axonal.

CONCLUSIONES

La ALD es poco común y se beneficia de un diagnóstico temprano. Es imprescindible descartarla en todos los pacientes varones con ISP no autoinmune.

Se debe tener en cuenta que, aunque las mujeres son portadoras, pueden expresar diversos grados de severidad de la enfermedad.

EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS RETIRADA DE DENOSUMAB

FOLLOWING DENOSUMAB DISCONTINUATION RESULTS IN CONSERVATION OF BONE MASS GAINS

Alhambra Expósito, María Rosa; Barrera Martín, Ana; Rebollo Román, Ángel; Quesada Gómez, José Manuel; Gálvez Moreno, María Ángeles

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

TIROIDES- PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

La interrupción de denosumab (Dab) se asocia con una pérdida de densidad mineral ósea (DMO) rápida y con un mayor riesgo de fracturas vertebrales múltiples. Todavía no se ha establecido un régimen de tratamiento para prevenir la pérdida de DMO después de la interrupción de Dab.

OBJETIVOS

Comparar el uso de un bifosfonato un año tras la suspensión de Dab y la pauta descendente de Dab en términos de DMO y aparición de fracturas tras la interrupción de Dab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, en el que incluimos 20 personas con osteoporosis tratada con Dab, a las que se les había retirado el tratamiento por llegar a objetivo de DMO por densitometría ósea (T-score ≥ -2 DS). A un grupo se les indicó tratamiento con Dab en pauta descendente (9 meses dos dosis y 12 meses dos dosis más), y al otro grupo tratamiento con ácido alendrónico semanal. Se hizo densitometría al inicio del tratamiento, al finalizar Dab y al año de la suspensión del Dab.

RESULTADOS

20 pacientes. 90% (18) mujeres. Edad media de 62,65 años al diagnóstico. Tiempo medio de tratamiento de 51,85 (20,11) meses. 2 pacientes con antecedentes de fractura osteoporótica. A 9 pacientes (45%) se les recomendó retirada progresiva de Dab y a 11 pacientes (55%) pauta semanal con ácido alendrónico. No existen diferencias en cuanto a edad, DMO inicial o antecedentes personales de fractura entre ambos grupos. La evolución de la DMO en columna lumbar (CL) y fémur (FT) se muestra en la tabla 1. Se observa una reducción estadísticamente significativa de la DMO ($1,043 \pm 0,084$ a $0,991 \pm 0,093$; $p = 0,011$) y T-score ($-1,03 \pm 0,43$ a $-1,63 \pm 0,75$, $p = 0,012$) en CL del grupo al que se retiró paulatinamente el tratamiento. En la evolución de DMO en FT no hay diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos ni de forma global, igual que sucede con la evolución de DMO en CL de forma global y en el grupo al que se indicó tratamiento con bifosfo-

	Total	Retirada progresiva	Cambio por alendrónico
DMO (g/cm²)			
CL antes de retirar Dab	1,004 \pm 0,071	1,043 \pm 0,084*	0,973 \pm 0,040
CL 1 año tras retirar Dab	0,992 \pm 0,082	0,991 \pm 0,093*	0,993 \pm 0,078
FT antes de retirar Dab	0,878 \pm 0,105	0,886 \pm 0,107	0,869 \pm 0,108
FT 1 año tras retirar Dab	0,864 \pm 0,100	0,884 \pm 0,102	0,847 \pm 0,100
T-score			
CL antes de retirar Dab	-1,43 \pm 0,53	-1,03 \pm 0,43*	-1,76 \pm 0,34
CL 1 año tras retirar Dab	-1,62 \pm 0,70	-1,63 \pm 0,75*	-1,62 \pm 0,69
FT antes de retirar Dab	-0,97 \pm 1,07	-0,76 \pm 1,26	-1,15 \pm 0,92
FT 1 año tras retirar Dab	-1,18 \pm 0,76	-0,99 \pm 0,65	-1,33 \pm 0,84

Tabla 1. *Diferencias estadísticamente significativas

EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS RETIRADA DE DENOSUMAB

nato. Entre ambos grupos no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variación de DMO, T-score y % de modificación de DMO al año de la retirada de Dab.

CONCLUSIONES

Tras la retirada de Dab, el uso de un bifosfonato es seguro y no se asocia a pérdida de DMO. En ninguna de las dos opciones se observaron fracturas al año de la retirada.

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA, MÁS ALLÁ DE LA HBA1C

CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING, BEYOND HBA1C

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

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) nos ofrecen más información del grado de control que la HbA1c. Se han publicado guías de recomendación de objetivos glucométricos para parámetros como el tiempo en rango (TIR) tiempo encima de rango (TAR) y tiempo en hipoglucemia (TBR).

OBJETIVOS

-Analizar la relación entre HbA1c y TIR en nuestra población.

-Comprobar la adecuación del control metabólico de nuestros pacientes según criterios TIR y HbA1c.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron datos de todos los DM1 con MGC flash de las consultas de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario de Jaén registrados en la plataforma libre-view. Se registraron datos glucométricos: TIR, TAR, TBR, teniendo en cuenta los objetivos óptimos del consenso de la Asociación Americana de Diabetes (Battelino et al 2019) para población general, pacientes gestantes y pacientes con riesgo de hipoglucemias. Se registro HbA1c medida en la analítica más cercana a esa descarga. Se usaron estadísticos descriptivos y porcentajes en el análisis.

RESULTADOS

En total se incluyeron 103 pacientes DM1 con datos de glucometría y HbA1c. 13 pacientes gestantes y 30 pacientes con alto riesgo de hipoglucemias. Sólo 48 pacientes (46,6%) tenían la HbA1c en objetivos ($\leq 7\%$). De ellos 37 (77,1%) no cumplían con el total de los objetivos glucométricos recomendados, 20 (41,7%) no cumplían el objetivo de TIR (37,5% de un subgrupo de gestantes) y 30 (62,5%) superaban el TBR recomendado (93,3% de un subgrupo de pacientes con riesgo de hipoglucemia). Encontramos una buena correlación entre TIR y HbA1c ($r -0,663$; $p=0,000$). En la siguiente tabla resumimos la relación TIR-HbA1c. TIR < 20% 20-29% 30-39% 40-49% 50-59% 60-69% 70-79% $\geq 80\%$ HBA1C % 12,8 9 8,2 7,7 7,4 7 6,7 6,5

CONCLUSIONES

-En nuestro conocimiento esta es la primera publicación de la relación de TIR con HbA1c en vida real en población española.

-Más de dos terceras partes de los pacientes en objetivos adecuados de control según HbA1c no cumplen criterios glucométricos óptimos.

-En nuestra serie existe buena correlación TIR-HbA1c.

-Nuestro estudio presenta limitaciones: la HbA1c del laboratorio refleja la glucemia promedio de 3 meses y la glucometría a veces procedía de extractos de menor duración. Por otra parte la variabilidad glucémica podría influenciar la correlación TIR-HbA1c.

TIR	< 20% (N=1)	20-29% (N=7)	30-39% (N=10)	40-49% (N=17)	50-59% (N=22)	60-69% (N=19)	70-79% (N=16)	$\geq 80\%$ (N=10)
HBA1C % (media)	12,8	9	8,2	7,7	7,4	7	6,7	6,5

Tabla 1. Relación TIR-HbA1c.

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA, MÁS ALLÁ DE LA HBA1C

PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO INGRESADOS EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ, HUELVA)

PREVALENCE OF DYSPHAGIA IN HIGH-RISK PATIENTS ADMITTED TO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ HOSPITAL (HJRJ, HUELVA)

González Cervantes, Gema M^a ; Guisado Morán, Rocío; Rebollo Pérez, M^a Isabel; García Garrido, Sandra; Lainez López, María

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

INTRODUCCIÓN

La disfagia es un trastorno caracterizado por dificultad para tragar que puede ser consecuencia de una disfunción orofaríngea o esofágica y desde un punto de vista fisiopatológico, estructural o funcional. Puede causar complicaciones graves como desnutrición y neumonía por aspiración, se asocia con una carga social y psicológica que reduce significativamente la calidad de vida. El envejecimiento de la población y el número cada vez mayor de personas afectadas hace que el cribado sistemático temprano de poblaciones en riesgo y el tratamiento de la disfagia deberían ser una prioridad en las estrategias de salud para mejorar los resultados clínicos en esta población.

OBJETIVOS

Detectar la prevalencia de disfagia en pacientes hospitalizados en un centro hospitalario de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron a todos los pacientes >70 años ingresados consecutivamente durante 4 meses a cargo de Unidades de hospitalización de Medicina Interna, Neumología, Digestivo, Neurología, Neurocirugía y ORL, independientemente del diagnóstico de ingreso y patologías previas. Durante el periodo del estudio, se incluyeron un total de 528 pacientes. A todos los sujetos se le realizó un cribado de disfagia durante las primeras 72 horas del ingreso mediante un test clínico (EAT-10, Eating Assessment Tool) donde una puntuación ≥ 3 se considera positivo para el riesgo de disfagia.

RESULTADOS

Se incluyeron 528 pacientes con la siguiente distribución según la unidad de ingreso: M Interna 358(67,8%); Neumología 51(9,7%); Digestivo 68(12,9%); Neurología 26(4,9%); Neurocirugía 17(3,2%) y ORL 8 (1,5%). Se detectó 55 pacientes con riesgo de disfagia(10,4%) con la distribución de los EAT-10 positivos y prevalencia: M Interna 38(10,6 % de la unidad y 7,2% del total); Neumología 2(3,9% e la unidad y 0,4% del total); Digestivo 4(5,9% de la unidad y 0.8 % del total); Neurología 7(26.9% de la unidad y 1.3% del total); Neurocirugía 2(11,8% e la unidad y 0,4% del total); ORL 2(25 % de la unidad y 0,4% del total)

CONCLUSIONES

Encontramos una alta prevalencia de riesgo de disfagia al ingreso en pacientes hospitalizados en especialidades médico-quirúrgicas que tratan patologías descritas en la literatura como de alto riesgo de disfagia. La realización de un cribado sistemático en estos pacientes podría permitir un diagnóstico y tratamiento precoz de la disfagia evitando sus consecuencias negativas sobre la evolución.

Unidad de Ingreso	Pacientes (Nº)	Pacientes (%)
Medicina Interna	358	67,8
Neumología	51	9,7
Digestivo	68	12,9
Neurología	26	4,9
Neurocirugía	17	3,2
ORL	8	1,5
Total	528	

Tabla 1. Distribución de los pacientes (n.º y %) según la unidad de ingreso
PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO INGRESADOS EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ, HUELVA)

Unidad de Ingreso	Pacientes Riesgo Disfagia (Nº)	Prevalencia Disfagia/Unidad	Prevalencia Disfagia (%/total N=528)
Medicina Interna	38	10,6	7,2
Neumología	2	3,9	0,4
Digestivo	4	5,9	0,8
Neurología	7	26,9	1,3
Neurocirugía	2	11,8	0,4
ORL	2	25	0,4
Total Pacientes Riesgo Disfagia	55		10,4
Total Pacientes Ingresados	528		

Tabla 1. Distribución de los EAT-10 positivos y prevalencia de disfagia

PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO INGRESADOS EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ, HUELVA)

DIAGNÓSTICO MORFO-FUNCIONAL EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO: ÁNGULO DE FASE, ECO MUSCULAR-ADIPOSO, DINAMOMETRÍA Y PATRÓN DE HÁBITOS

MORFO-FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FAT LIVER: PHASE ANGLE, MUSCULAR-ADIPOSE ECOGRAPHY, DYNAMOMETRY AND HABIT PATTERN.

Vegas Aguilar, Isabel M^a 1; Gil Ayuso, Javier²; Cornejo Pareja Isabel M^a 1; Tinahones Madueño, Francisco J¹; García Almeida, José Manuel¹

1. S. Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de La Victoria. Málaga

2. S. Digestivo. Hospital Virgen de La Victoria. Málaga

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) conlleva un riesgo importante de cirrosis hepática con todas las complicaciones acompañantes. La enfermedad metabólica: obesidad y diabetes son muy prevalente y se asocian a problemas de hábitos dietéticos y ejercicio. El Angulo de fase (FA) es una medida bioeléctrica de las células, considerándose un factor pronóstico global. Las medidas de musculo y tejido adiposo por ecografía y las pruebas de función muscular (dinamometría y UPandGO) aportan un diagnóstico morfo funcional nutricional del paciente.

OBJETIVOS

Analizar los parámetros de composición corporal y los hábitos de vida en este tipo de paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo con 27 pacientes con EHGNA. Se realizó un cuestionario de adherencia a dieta mediterránea (ADM), otro de actividad física (IPAQ), ecografía del músculo recto anterior del cuádriceps (RAC) y de la grasa del abdomen, dinamometría (Jamar) y test UPandGO.

RESULTADOS

59% de hombres con 57,7 años e IMC 31,79 (IC 95% 29,79-33,79). 48% con grado de fibrosis hepática F2-F4. RAC:4,98 (IC 95% 4,3-5,66); un grosor muscular medio (GMM) 1,54 (IC 95% 1,39-1,69); una medida de grasa subcutánea abdominal total (GSAT) de 2,51 (IC 95% 2,08-2,94) además de una grasa preperitoneal (GP) de 0,68 (IC 95% 0,55-0,81). Masa celular corporal de 37,9 kg (IC 95% 34,28-41,52) y FA 7,2° (IC 95% 6,73-7,67) con SPA de + 1,66±1,38° Cuestionarios ADM 7,7 (IC 95% 6,94-8,46) e IPAQ de sedentarismo /actividad ligera. Dinamometría 28,5±12,3 Kg UpAndGo: 7,5 ±2,5 segundos Existe una correlación significativa entre RAC y GMM con la fuerza medida por dinamometría (R=0.51 y R=,056) y con PA (R=0.41 y R=0.45).

También existe una buena correlación entre GSAT y pierna (R= 0,75) pero no así con la GP.

CONCLUSIONES

Estos pacientes presentan problemas de hábitos con una baja ADM con una elevada tasa de sedentarismo y obesidad. Destaca los datos de mantenimiento de la masa magra y aumento de masa grasa con AFS superior al ajustado a edad y sexo. En la eco muscular destaca área y fuerza mantenida pero con aumento del tejido adiposo sobretodo de localización ectópica (pre-peritoneal) en relación a EHNA.

Es importante la realización de una valoración morfo funcional desde el punto de vista nutricional en estos pacientes.