

Fundada en 1911

A C T U A L I D A D
M É D I C A

www.actualidadmedica.es

AÑO 2020 · NÚMERO 811 (105)
DOI: 10.32440/ar.2020.811.sup11



COMUNICACIONES BREVES
DE LA SOCIEDAD ANDALUZA
DE ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES
Y NUTRICIÓN (SAEDYN) 2020

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)
© 2020. Actualidad Médica

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Disponible en internet:
www.actualidadmedica.es
Atención al lector:
infoam@actualidadmedica.es
Actualidad Médica.
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

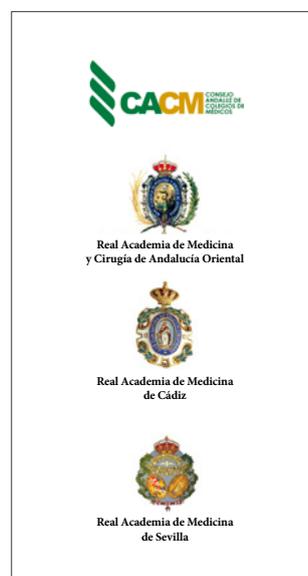
Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido. This publication is printed in acid-free paper. Impreso en Europa.

Depósito Legal: GR-14-1958
ISSN: 0365-7965
DOI: 10.15568/am

Actualidad Médica incluida en Latindex , Índices CSIC y Google Scholar

Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de los términos médicos, Actualidad Médica recomienda consultar el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina

Revista editada por:



COMITÉ EDITORIAL

Editores

Miguel Ángel Martín Piedra. Facultad de Medicina de Granada. España

Antonio Cárdenas Cruz. Hospital de Poniente de Almería. España

Editores adjuntos

Fernando Leiva Cepas. Facultad de Medicina de Córdoba. España

Antonio Santisteban Espejo. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. España

Miguel Sola García. Hospital Alta Resolución Alcalá la Real, Jaén. España

David González Quevedo. Hospital Regional Universitario de Málaga. España

COMITÉ RECTOR

Editores

Miguel Ángel Martín Piedra

Facultad de Medicina de Granada. España

Dr. Emilio García de la Torre

Presidente del Consejo Andaluz del Colegios de Médicos

Prof. Antonio Campos Muñoz

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental

Prof. José Antonio Girón González

Presidente de la Real Academia de Medicina de Cádiz

Prof. Jesús Castiñeiras Fernández

Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla

COMITÉ CIENTÍFICO Y ASESOR

Manuel Díaz-Rubio. Real Academia Nacional de Medicina de España. Madrid. España

Jorge Alvar Ezquerro. OMS. Ginebra. Suiza

Manuel L. Martí. Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires. Argentina

Pasquale Quattrone. Istituto Nazionale dei Tumori. Milán. Italia

Ismael Ángel Rodríguez. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Antonio Rendas. Universidade Nova de Lisboa. Portugal

Duarte Nuno Vieira. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal

Alice Warley. King's College. Londres. Reino Unido

Sebastián San Martín. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile

Antonio Alcaraz Asensio. Hospital Clínic. Barcelona. España

Francisco Gómez Rodríguez. Universidad de Cádiz. H. U. de Puerto Real. España

Andrés M. Lozano. University of Toronto. Toronto Western Hospital. EEUU

Eduardo Vázquez Ruiz de Castroviejo. Especialista en Cardiología en Jaén. España

Francisco Gómez Rodríguez. Universidad de Cádiz. H. U. de Puerto Real. Español. Cádiz. España

Andrés M. Lozano. Toronto Western Hospital. University of Toronto. Canadá

José Antonio Castilla Alcalá. Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada. España

Christian Flotho. Hematología y Oncología Pediátrica. H.U. de Friburgo. Alemania

Cristina Verónica Navarrete Godoy. National Health Service NHS. Leeds. Reino Unido

Manuel Casal Román. Profesor Emérito. Universidad de Córdoba. España

Luis Rodríguez Padial. Jefe de Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Virgen de la Salud. Toledo.

España

José Miguel Montero García. MSc NSCI University of Central Lancashire. Reino Unido

José Antonio García Viudez. Medicina Interna y Reumatología. Almería. España

José Antonio Ortega Domínguez. Jefe del Servicio de Oncología. Clínica Quirón-Salud. Málaga España

Moisés Javier Miele Cerchar. Urología Pediátrica. HMI Carlos Haya. Málaga. España

Carlos Ortiz Leyba. Medicina Interna. Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla. España

Alfonso Rodríguez Herrera. Consultant Paediatrician. Assistant Clinical Professor. School of Medicina,

University College Dublin. St Luke's General Hospital Irlanda. Dublín. Irlanda

COMITÉ DE REDACCIÓN

Luis Javier Aróstegui Plaza · M. Nieves Gallardo Collado · Montse López Ferres

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ARP Producciones

Las comunicaciones de la SAEDYN que presentamos en el presente número son el fruto del trabajo de una buena parte de sus miembros desde finales del año 2019 y los primeros meses del año 2020. Sus autores tenían la ilusión de presentarlas en el 44 Congreso Anual de la Sociedad a celebrar en Huelva cuando la pandemia de la COVID-19 irrumpió con fuerza. Con fecha de celebración prevista para el 19 al 21 de Marzo de 2020, se postpuso a Noviembre de ese mismo año pensando que la situación podría haberse normalizado, pero no fue así, y no se pudo celebrar.

La Junta Directiva de la SAEDYN consideró que los autores merecían ver recompensados sus esfuerzos con la publicación de sus trabajos, máxime cuando a poco de realizarlos comenzaron a sufrir la tremenda sobrecarga que todavía nos vemos soportando.

Agradecemos a la revista Actualidad Médica y sus editores la oferta de hacerlo realidad gracias a este suplemento, a Novo-Nordisk su colaboración, y al Comité Científico la valoración de los mismos, sin los que no podríamos verlos publicados aquí ahora

Pero sobre todo queremos aprovechar la oportunidad para agradecer desde aquí a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios su lucha ante la adversidad.

Martín López de la Torre

Presidente de la SAEDYN

COMITÉ CIENTÍFICO

D. Francisco Javier Peñafiel Martínez

D^a. Isabel Torres Barea

D^a María Rosa Alhambra Expósito

D. Antonio Lobón Hernández

D^a. María José López Pérez

D^a. Inmaculada Prior Sánchez

D. José Carlos Fernández García

D^a. María del Castillo Tous Romero

D^a. Gema Rojo Martínez

D. Manuel Martín López

CON LA COLABORACIÓN DE



ÍNDICE

EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL PROGRAMA DE SOPORTE TELEFÓNICO A PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA 300 U/ML (T-COACH) EVALUATION OF THE EFFECTS OF PHONE SUPPORT PROGRAMME FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN TREATMENT WITH INSULIN GLARGINE 300 U/ML (T-COAH)	11
EVOLUCIÓN DEL CONTROL METABÓLICO A LOS 10 AÑOS DE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DIABETES TIPO 1 METABOLIC CONTROL EVOLUTION IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES FOLLOWED DURING 10 YEARS	11
DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UNA CALCULADORA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUALIZADO DE MALIGNIDAD DEL NÓDULO TIROIDEO DEVELOPMENT AND INTERNAL VALIDATION OF A CALCULATOR FOR INDIVIDUAL CANCER RISK ASSESSMENT FOR THYROID NODULES	12
MEDIACIÓN DEL MIR-1260 EN LA RELACIÓN ENTRE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y LAS VARIABLES METABÓLICAS EN EL ESTUDIO DI@BET.ES MEDIATION OF MIR-1260 IN THE RELATIONSHIP BETWEEN AIR POLLUTION AND METABOLIC VARIABLES IN THE DI@BET.ES STUDY	13
VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN PARA ROTANTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA ASSESSMENT OF THE TRAINING PROGRAM IN ENDOCRINOLOGY AND NUTRITION BY RESIDENT DOCTORS OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE AT REINA SOFÍA UNIVERSITY HOSPITAL IN CÓRDOBA.	13
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES DE NUEVO DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA SANITARIA DE JEREZ DURANTE LOS AÑOS 2017-2018-2019 CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THYROID PAPILAR CARCINOMA AT JEREZ HOSPITAL DURING A 3 YEARS PERIOD (2017-2019)	14
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) CRÓNICO: RESULTADOS DE SEGUIMIENTO EN NUESTRA UNIDAD CHRONIC EATING DISORDERS: OUR HOSPITAL UNIT'S FOLLOW-UP OUTCOMES	15
LA FIBROSIS HEPÁTICA, ¿UNA COMPLICACIÓN INFRADIAGNOSTICADA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)? RESULTADOS DEL ESTUDIO PHIGNA-DM2 HEPATIC FIBROSIS, AN UNDERDIAGNOSED COMPLICATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS (T2DM)? RESULTS FROM THE PHIGNA-DM2 STUDY	16
EVALUACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS PREDICTORES DE REMISIÓN DE DIABETES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EVALUATION OF CLINICAL FACTORS PREDICTIVE OF DIABETES REMISSION AFTER BARIATRIC SURGERY	16
GASTROSTOMÍAS PERCUTÁNEAS RADIOLÓGICAS. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO RADIOLOGIC PERCUTANEOUS GASTROSTOMY. RESULTS IN OUR CENTER.	17

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDE	18
DESCRIPTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED WITH SEMAGLUTIDE	
EFFECTO DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON ALTO RIESGO DE AMPUTACIÓN	18
EFFECT OF TYPE 2 SODIUM-GLUCOSE COTRANSPORTER INHIBITORS ON TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH HIGH RISK OF AMPUTATION	
DETECCIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EVALUADOS EN CONSULTA DE METABOLISMO ÓSEO	19
SARCOPENIA DETECTION IN OSTEOPOROTIC PATIENTS TREATED IN A BONE METABOLISM UNIT	
PREVALENCIA DE COMORBILIDAD METABÓLICA Y NUTRICIONAL EN EL ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA. ESTUDIO TRANSVERSAL DE NUESTRA COHORTE	19
PREVALENCE OF METABOLIC AND NUTRITIONAL COMORBILITY IN THE ADULT WITH CHYSICAL FIBROSIS. TRANSVERSAL STUDY OF OUR COHORT	
DEFECTOS DE LA BETAOXIDACIÓN (DBOAG), NUESTRA EXPERIENCIA	20
DEFECTS OF BETAOXIDATION (DBOAG), OUR EXPERIENCE	
SÍNDROMES HIPOFOSFATÉMICOS HEREDITARIOS: FORMAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES Y DATOS DE LABORATORIO EN UNA SERIE DE CASOS	21
HEREDITARY HYPOPHOSPHATEMIC SYNDROMES: CLINICAL FORMS, MORBIDITY AND BIOCHEMICAL LABORATORY FINDINGS IN A CASE SERIES	
MODIFICACIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS INICIO DE SEMAGLUTIDE SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	22
MODIFICATION OF BODY COMPOSITION AFTER ONSET OF SUBCUTANEOUS SEMAGLUTIDE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS	
EFICACIA DE SEMAGLUTIDA ORAL SEGÚN LA HBA1C BASAL: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS EXPLORATORIO DEL PROGRAMA DE ENSAYOS PIONEER	23
EFFICACY OF ORAL SEMAGLUTIDE ACCORDING TO BASELINE HBA1C: AN EXPLORATORY SUBGROUP ANALYSIS OF THE PIONEER TRIAL PROGRAMME	
RESULTADOS Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE LAS NUEVAS TERAPIAS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EXCESO DE PESO	25
RESULTS AND SAFETY IN THE ROUTINE CLINICAL PRACTICE OF NEW THERAPIES IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND OVERWEIGH	
VALIDACIÓN CLÍNICA DE UN SENSOR NO INVASIVO PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE GLUCOSA EN SANGRE	25
CLINICAL VALIDATION OF A NON INVASIVE SENSOR FOR THE MEASUREMENT OF THE GLUCOSE LEVEL IN BLOOD	
VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR	26
ANTHROPOMETRIC AND NUTRITIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS IN A MULTIDISCIPLINARY UNIT	

EFICACIA Y SEGURIDAD DE SEMAGLUTIDA SEGÚN EL IMC BASAL EN LOS ENSAYOS SUSTAIN 1-5 Y 7	27
EFFICACY AND SAFETY OF SEMAGLUTIDE BY BASELINE BMI IN SUSTAIN 1-5 AND 7	
DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO CLINICO Y MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN ANDALUCIA: RESULTADOS DE CONTROL GLUCÉMICO	28
DESIGN AND IMPLEMENTATION OF AN INTEGRAL SYSTEM OF CLINICAL TRACKING AND GLUCOSE MONITORING IN ANDALUSIA: GLYCEMIC CONTROL RESULTS	
LOCALIZACIÓN DE SEMILLAS RADIOACTIVAS 125I (RSL) EN CIRUGÍA DE METÁSTASIS CERVICAL DE CÁNCER DE TIROIDES	28
125I RADIOACTIVE SEED LOCALIZATION (RSL) IN SURGERY OF CERVICAL METASTASIS OF THYROID CANCER	
CONTROL GLUCÉMICO TRAS IMPLANTACIÓN SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA EN NUESTRO CENTRO	29
GLYCEMIC CONTROL AFTER CLOSED LOOP HYBRID SYSTEM IMPLANTATION IN OUR CENTRE	
LA ELEVACIÓN DE TSH INCREMENTA EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS	29
HYROTROPIN ELEVATION INCREASES THE RISK OF MALIGNANCY OF THYROID NODULES	
TIRADS-ACR VS ATA ¿PODRÍAMOS REDUCIR EL NÚMERO DE PAAF?	30
COULD WE REDUCE THE NUMBER OF FNA?	
CARCINOMA SUPRARRENAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS	32
ADRENAL CARCINOMA. OUR EXPERIENCE IN THE LAST 10 YEARS.	
CIRUGÍA BARIÁTRICA EN DIABETES: MÁS ALLÁ DEL PESO	33
BARIATRIC SURGERY FOR TYPE 2 DIABETES: BEYOND THE WEIGHT LOSS	
¿ES LA CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB) LA SOLUCIÓN AL GRAN PROBLEMA? RESULTADOS A CORTO PLAZO	33
IS BARIATRIC SURGERY THE SOLUTION TO THE BIG PROBLEM? SHORT-TERM RESULTS	
REDUCCIÓN DEL COSTE EN FÁRMACOS PARA LA DIABETES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN DIABETES MELLITUS 2 (DM2)	34
REDUCTION OF DIABETES MEDICATION COSTS AFTER BARIATRIC SURGERY	
ESTUDIO DE MUTACIONES GERMINALES EN PACIENTES CON PARAGANGLIOMA ATENDIDOS EN HOSPITAL VIRGEN MACARENA DESDE 2015.	35
STUDY OF GERMINAL MUTATIONS IN PATIENTS WITH PARAGANGLIOMA ATTENDED IN HOSPITAL VIRGEN MACARENA SINCE 2015	
IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA FREESTYLE LIBRE (FSL) Y OBJETIVOS DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (DM1) NACIDOS ENTRE 2000 Y 2006	35
FREESTYLE LIBRE SYSTEM AND METABOLIC CONTROL OBJECTIVES IN TYPE 1 PATIENTS BORN BETWEEN 2000 AND 2006	

SIN DIFERENCIAS EN LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA DEGLUDEC O GLARGINA U300 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN PRÁCTICA CLÍNICA	36
NO DIFFERENCES IN INSULIN DOSES BETWEEN DEGLUDEC AND GLARGINE U300 IN PATIENTS WITH TYP1 DIABETES IN CLINICAL PRACTICE	
DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA POR MUTACIONES EN SOX2: A PROPÓSITO DE DOS CASOS	37
SEPTO-OPTIC DYSPLASIA DUE TO SOX2 MUTATIONS: ABOUT TWO CASES	
EVOLUCIÓN DE UN PROGRAMA DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	38
EVOLUTION OF A HOME PARENTERAL NUTRITION PROGRAM IN A REGIONAL UNIVERSITY HOSPITAL	
ANÁLISIS DE CALIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL	39
QUALITY ANALYSIS IN THE USE OF TOTAL PARENTERAL NUTRITION IN A SECOND LEVEL HOSPITAL	
EXPERIENCIA A CORTO PLAZO CON SEMAGLUTIDE EN UN SUBGRUPO DE PACIENTES CON DM TIPO 2	39
SHORT-TERM EXPERIENCE WITH SEMAGLUTIDE IN A PATIENT SUBGROUP WITH DM TYPE 2	
INCIDENTALOMA SUPRARRENAL. MÁS OSCURO DE LO ESPERADO	40
ADRENAL INCIDENTALOMA. DARKER THAN EXPECTED	
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PARÁMETROS NUTRICIONALES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)	41
DESCRIPTIVE ANALYSIS OF NUTRITION PARAMETERS IN HOSPITALIZED PATIENTS TREATED WITH PARENTERAL NUTRITION (PN)	
ADULTOS PKU: HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y CONTROL METABÓLICO	41
ADULTS PKU: HEALTHY LIFE HABITS AND METABOLIC CONTROL	
GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG) VERSUS GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA (GRP): COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO EN EL ÚLTIMO AÑO	42
PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY (PEG) VERSUS RADIOLOGIC PERCUTANEOUS GASTROSTOMY (RPG): COMPARISON OF THE RESULTS IN OUR CENTER IN THE LAST YEAR	
PIE DIABÉTICO: CUANDO LA DISTANCIA AL HOSPITAL DE REFERENCIA MARCA LA DIFERENCIA	42
DIABETIC FOOT: WHEN THE DISTANCE TO THE REFERENCE HOSPITAL MAKES THE DIFFERENCE	
RESULTADOS DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR EN LA ATENCIÓN AL PIE DIABÉTICO	43
RESULTS OF A DIABETIC FOOT CARE MULTIDISCIPLINARY UNIT	
ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR COMPLICACIONES DE LA DIABETES EN ANDALUCÍA (2009-2017)	45
ANALYSIS OF HOSPITALIZATION RATES FOR DIABETES COMPLICATIONS IN ANDALUSIA (2009-2017)	
ÁNGULO DE FASE ESTANDARIZADO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON ACONDROPLASIA	46
STANDARDIZED PHASE ANGLE IN ADOLESCENT PATIENTS WITH ACHONDROPLASIA	

AFIANZANDO LA POSICIÓN DE LA CIRUGÍA TRANSENFENOIDAL AMPLIADA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS	46
SUPPORTING THE TREATMENT OF PITUITARY ADENOMAS WITH EXTENDED TRANSSPHENOIDAL SURGERY	
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	47
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	
COMPORTAMIENTO CLINICO EN UNA SERIE DE 27 MACROPROLACTINOMAS	48
CLINICAL BEHAVIOR IN A SERIES OF 27 MACROPROLACTINOMAS	
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	48
THE RELATIONSHIP OF INFLAMMATORY MARKERS EXPRESSION IN ADIPOSE TISSUE WITH ANXIETY AND MOOD DISORDERS DIAGNOSIS IN OBESE AND NON-OBESE SUBJECTS	
ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CUSHING (EC)	49
PREVALENCE OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH CUSHING DISEASE (CD)	
USO DE UN DISPOSITIVO DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN LA MEJORA DEL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS	49
USE OF A FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM IN THE IMPROVEMENT OF GLYCEMIC CONTROL OF DIABETIC PATIENTS	
RESULTADOS DE TRASPLANTE SIMULTÁNEO PÁNCREAS-RIÑÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	50
RESULTS OF PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANTATION IN A THIRD-LEVEL HOSPITAL	
VÍA CLÍNICA DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	51
CLINICAL INTERVENTION IN NUTRITIONAL MANAGEMENT FOR HEAD AND NECK CANCER PATIENTS	
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTROS DATOS PRELIMINARES CON EL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCEMIA – FREESTYLE LIBRE	51
DESCRIPTIVE STUDY OF OUR PRELIMINARY DATA WITH THE FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM - FREESTYLE LIBRE	
ENDOCRINOPATÍAS SECUNDARIAS A INMUNOTERAPIA ONCOLÓGICA. ESTUDIO EN COHORTE DEL AGS SUR DE SEVILLA	52
CANCER IMMUNOTHERAPY RELATED ENDOCRINOPATHIES. A COHORT STUDY OF THE SOUTHERN AREA OF SEVILLE	
NUEVA MUTACIÓN EN GEN CDNK1B COMO CAUSANTE DE NEOPLASIA ENDOCRINA FAMILIAR TIPO 4	53
NOVEL MUTATION OF THE CDNK1B GENE AS THE CAUSE OF MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE 4	

¿CUÁNTO AHORRARÍAMOS SI LA DETERMINACIÓN DE PROLACTINA FUESE RESTRINGIDA AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA?	53
HOW MUCH WOULD WE SAVE IF THE PROLACTIN DETERMINATION WAS RESTRICTED TO THE ENDOCRINOLOGY SERVICE?	
RESULTADOS MATERNO-FETALES EN GESTANTES TRATADAS CON INSULINA DEGLUDEC	54
MATERNAL-FETAL OUTCOMES IN PREGNANT TREATED WITH INSULIN DEGLUDEC	
EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL DE LA MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1	56
REAL LIFE EXPERIENCE OF FLASH GLUCOSE MONITORING IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES	
CORRELACIÓN DE ÁNGULO DE FASE ESTANDARIZADO CON LOS DIFERENTES PARÁMETROS NUTRICIONALES Y COMPLICACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)	56
CORRELATIONS BETWEEN STANDARIZED PHASE ANGLE WITH NUTRITION PARAMETERS AND METABOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS TREATED WITH PARENTERAL NUTRITION	
CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO	57
GLYCEMIC CONTROL IN THE HOSPITALIZED PATIENT	
LA DOBLE CARA DE LA MALNUTRICIÓN: COEXISTENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO	58
DOBLE BURDEN OF MALNUTRITION: THE COEXISTENCE OF UNDERNUTRITION ALONG WITH OVERWEIGHT AND OBESITY	
EL ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES VALORADOS EN EL CRIBADO NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO	58
THE PHASE ANGLE AS A PREDICTOR OF MORTALITY IN PATIENTS ASSESSED BY A NUTRITIONAL SCREENING AT THE HOSPITAL ADMISSION	
ADRENOLEUCODISTROFIA EN ENDOCRINOLOGÍA	59
ADRENOLEUKODYSTROPHY IN ENDOCRINOLOGY	
EVOLUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA TRAS RETIRADA DE DENOSUMAB	60
FOLLOWING DENOSUMAB DISCONTINUATION RESULTS IN CONSERVATION OF BONE MASS GAINS	
MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA, MÁS ALLÁ DE LA HBA1C	61
CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING, BEYOND HBA1C	
PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO INGRESADOS EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HJRJ, HUELVA)	62
PREVALENCE OF DYSPHAGIA IN HIGH-RISK PATIENTS ADMITTED TO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ HOSPITAL (HJRJ, HUELVA)	
DIAGNÓSTICO MORFO-FUNCIONAL EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO: ÁNGULO DE FASE, ECO MUSCULAR-ADIPOSO, DINAMOMETRÍA Y PATRÓN DE HÁBITOS	63
MORFO-FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FAT LIVER: PHASE ANGLE, MUSCULAR-ADIPOSE ECOGRAPHY, DYNAMOMETRY AND HABIT PATTERN	

EVALUACIÓN DEL EFECTO DEL PROGRAMA DE SOPORTE TELEFÓNICO A PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA GLARGINA 300 U/ML (T-COACH)

EVALUATION OF THE EFFECTS OF PHONE SUPPORT PROGRAMME FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN TREATMENT WITH INSULIN GLARGINE 300 U/ML (T-COACH)

Lara Barea, Almudena¹; Mateo Gavira, Isabel¹; Sánchez Toscano, Esteban¹; Jiménez Millán, Ana Isabel²; Carral Sanlaureano, Florentino²; Roca Rodríguez, María del Mar¹; Tomé Fernández-Ladreda, Mariana²; Aguilar Diosdado, Manuel¹

1. Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

2. Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerto Real

DIABETES

INTRODUCCIÓN

El programa T-Coach® de apoyo telefónico a pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) tratados con insulina glargina 300 U/ml, facilita ajustes de dosis de la insulino terapia basal mediante consultas telefónicas periódicas y ofrece educación diabetológica con el fin de mejorar el empoderamiento del paciente.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad del programa T-Coach® en el control metabólico y grado de satisfacción en pacientes con DM2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico en el que se incluyen los pacientes con DM2 incluidos en el programa T-coach® desde octubre de 2016 hasta octubre de 2019, atendidos en consultas de Endocrinología tanto del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz como del Hospital Universitario de Puerto Real.

Se analizan datos demográficos, parámetros clínicos y analíticos basales, a los 3 y 6 meses de la inclusión en el programa. Se evalúa el grado de satisfacción de los pacientes y evolución del nivel de conocimientos con el uso de la plataforma.

RESULTADOS

En nuestro medio, el programa T-Coach® se muestra como una herramienta útil para el ajuste de dosis de insulino terapia basal, con la consecuente mejora en el control glucémico de estos pacientes.

El grado de satisfacción de los pacientes con el apoyo a la titulación de la dosis de insulina es elevado y el nivel de conocimientos mejora con el refuerzo telefónico de educación diabetológica.

EVOLUCIÓN DEL CONTROL METABÓLICO A LOS 10 AÑOS DE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DIABETES TIPO 1

METABOLIC CONTROL EVOLUTION IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES FOLLOWED DURING 10 YEARS

Carral San Laureano, Florentino; Tomé García-Ladreda, Mariana; Piñero Zaldívar, Antonia; Expósito, Coral; Jiménez Millán, Ana Isabel; García Calzado, Concepción; Ayala Ortega, María del Carmen

Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerto Real

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La evaluación periódica del control metabólico en pacientes con DM1 es una estrategia necesaria en todas las unidades de Endocrinología y Nutrición.

OBJETIVOS

Describir la evolución del control metabólico (HbA_{1c}) de los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) atendidos en consulta monográfica desde su creación en 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de datos clínicos, analíticos y terapéuticos de los pacientes registrados con el diagnóstico "Diabetes tipo 1" en la base de datos del Hospital de día de la UGC de Endocrinología y Nutrición del Hospital Puerto Real.

RESULTADOS

Durante los 10 primeros años de su creación se han atendido a 737 pacientes distintos con DM1 (37,1 ± 13,4 años de edad y 18,9 ± 12,8 años de evolución; 52,5% hombres), de los cuales acuden a consulta en 2019 el 79% (n=582). Se analizan 8133 cifras de HbA_{1c} (promedio de 11 determinaciones por paciente) y se observa una mejoría progresiva del grado control metabólico con promedio de HbA_{1c} que pasa de 8,66 ± 1,57% (primera consulta de 2010; n=85) a 7,56 ± 1,38% (última consulta de 2019; n=565). Se adjunta gráfico de evolución de HbA_{1c} promedio durante los 10 años de la Consulta DM1: En la última evaluación, el 34,3% y el 69,0% de los pacientes presentaban HbA_{1c} ≤7% o ≤8%, respectivamente. Los pacientes con ISCI (n=57) y aquellos que calculan raciones de hidratos de carbono (HC) (n=183) muestran mejores cifras de HbA_{1c} (7,05 ± 1,04% vs 7,75 ± 1,42%; p < 0,001 y 7,18 ± 1,04% vs 7,92 ± 1,49%; p < 0,001) que los pacientes con múltiples dosis de insulina o que no calculan raciones de HC, respectivamente. No se observan diferencias en cifras de HbA_{1c} entre los usuarios de Freestyle libre (FSL) (n=99) y los no usuarios (n=466) (7,55 ± 1,43% vs 7,71 ± 1,40%; p < 0,326).

CONCLUSIONES

En nuestro medio la puesta en marcha de una consulta monográfica de DM1 se ha asociado a una franca mejoría

del control metabólico, siendo más evidente en los pacientes con ISCI y en aquellos que calculan raciones de HC. No obstante, debemos incrementar tanto el número de pacientes en objetivos de control como de usuarios de ISCI y de FSL.

OBJETIVOS

Desarrollar y validar un modelo predictivo de evaluación del riesgo individualizado de malignidad del nódulo tiroideo en base a variables clínicas, analíticas y ecográficas.

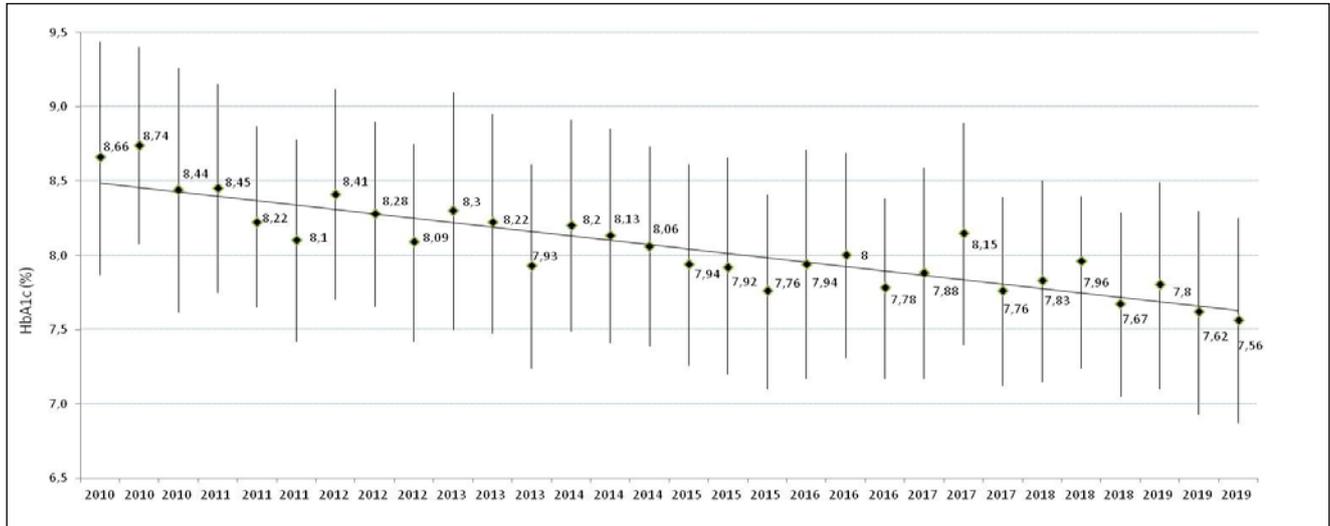


Figura 1. EVOLUCIÓN DEL CONTROL METABÓLICO A LOS 10 AÑOS DE CREACION DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE DIABETES TIPO 1

DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UNA CALCULADORA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUALIZADO DE MALIGNIDAD DEL NÓDULO TIROIDEO

DEVELOPMENT AND INTERNAL VALIDATION OF A CALCULATOR FOR INDIVIDUAL CANCER RISK ASSESSMENT FOR THYROID NODULES

Carral San Laureano, Florentino¹; Fernández Alba, Juan Jesús²; Jiménez Heras, José Manuel³; Hems Pérez, Ángela⁴; Tomé García-Ladreda, Mariana¹; García Calzado, Concepción¹; Jiménez Millán, Ana Isabel¹; Ayala Ortega, María del Carmen¹

- 1. Endocrinología y Nutrición. H. Universitario Puerto Real
- 2. Obstetricia y Ginecología. H. Universitario Puerto Real
- 3. Departamento de Matemáticas. Facultad Ciencias de la Información. Universidad de Cádiz
- 4. Anatomía Patológica. H. Universitario Puerto Real

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de evaluación ecográfica del nódulo tiroideo no permiten estimar el riesgo individualizado de malignidad al no considerar parámetros clínicos (como edad o sexo) ni analíticos (como función tiroidea o presencia de tiroiditis).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos-control realizado en 542 pacientes (edad media: 50,9 ± 13 años; 83% mujeres) atendidos en endocrinología e intervenidos entre 2013 y 2019. A partir de un análisis de regresión logística múltiple en el que se incluyen variables clínicas, analíticas y ecográficas se desarrolla un modelo predictivo del riesgo de cáncer de tiroides (CT), el cual es posteriormente sometido a un proceso de validación cruzada mediante técnica de re-muestreo.

RESULTADOS

En el modelo final los predictores independientes del riesgo de malignidad del nódulo tiroideo fueron: sexo varón (OR: 1,95), edad (OR: 0,83), antecedente familiar de CT (OR: 2,32), TSH > 4,7 mU/L (OR: 1,98), presencia de tiroiditis autoinmune (OR: 2,60), consistencia sólida (OR: 7,26), hipocogenicidad (OR: 4,96), bordes irregulares (OR: 3,49), nódulos más altos que anchos (OR: 1,95), microcalcificaciones (OR: 4,06) y adenopatías sospechosas (OR: 4,06). Con un punto de corte del 50% de la probabilidad de CT, el modelo predictivo presenta un área bajo la curva ROC de 0,925 (IC 95% 0,898-0,952) (fig. 1). Finalmente, usando un método de validación cruzada, la exactitud del modelo fue del 88,5% con un coeficiente de correlación kappa de 0,62. El modelo está disponible mediante calculadora online (<https://obgynreference.shinyapps.io/calccdt/>) y en formato app que se presentará durante el Congreso Saedyn 2020.

CONCLUSIONES

Hemos desarrollado y validado internamente un modelo predictivo del riesgo de malignidad del nódulo tiroideo

utilizando variables clínicas, analíticas y ecográficas. A partir de este modelo se desarrolla una calculadora online y en formato App que permite estimar el riesgo individualizado de CT en pacientes con nódulos tiroideos, lo cual podría ayudar a los clínicos a la toma de decisiones.

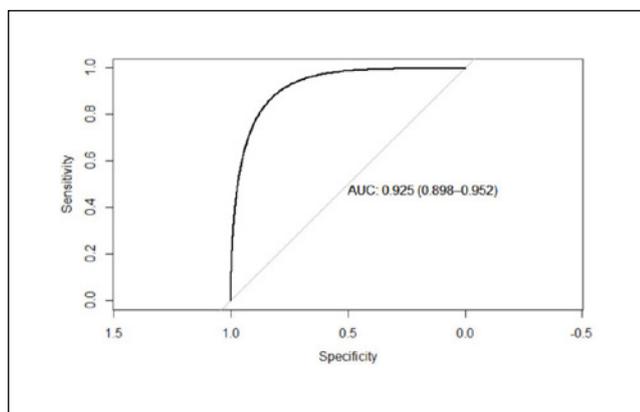


Figura 1. DESARROLLO Y VALIDACIÓN INTERNA DE UNA CALCULADORA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO INDIVIDUALIZADO DE MALIGNIDAD DEL NÓDULO TIROIDEO

MEDIACIÓN DEL MIR-1260 EN LA RELACIÓN ENTRE LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y LAS VARIABLES METABÓLICAS EN EL ESTUDIO DI@BET.ES

MEDIATION OF MIR-1260 IN THE RELATIONSHIP BETWEEN AIR POLLUTION AND METABOLIC VARIABLES IN THE DI@BET.ES STUDY

Rojo Martínez, Gemma; Lago Sampedro, Ana; Maldonado Araque, Cristina; Doulatram, Viyey; García Escobar, Eva; García Serrano, Sara; Colomo, Natalia, Valdés, Sergio
UGC Endocrinología y Nutrición Hospital Regional Universitario de Málaga. IBIMA. CIBERDEM

DIABETES

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

Determinar el grado de mediación por miRNAs entre las variables clínico-metabólicas y la contaminación aérea en población general española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra procedente del Estudio di@bet.es: transversal con muestreo aleatorio por conglomerados de población general española (n=5072). Variables: Encuesta sociodemográfica y clínica, peso, Talla, IMC, extracción de sangre en ayunas. La cohorte se reevaluó tras 7-8 años. Como indicadores de la calidad el aire se han utilizado valores medios anuales de CO, NO₂, O₃, SO₂, PM₁₀ y PM₂₅ obte-

nidos de la CIEMAT. Dado que estas variables están muy correlacionadas, por medio de análisis factorial, se han extraído dos factores de las variables atmosféricas más la temperatura media: uno agrupa CO, NO₂, SO₂, PM₁₀ y PM₂₅ (F1) y el otro O₃ y temperatura (F2). Se ha realizado un cribado comparando el perfil de 179 miRNAs séricos en dos grupos de 16 sujetos, seleccionados en base a vivir en lugares con bajos y altos niveles de contaminación. Para establecer la relación causal de la contaminación con las enfermedades metabólicas mediado por miR1260, hemos realizado un análisis de mediación de los cambios de peso y glucemia en el seguimiento de esta cohorte.

RESULTADOS

Cribado: ajustado por Bonferroni, 3 miRNA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de sujetos. Las mayores diferencias se encontraron con el miR1260. Validación en la población completa: Los niveles de miR1260 en suero aumentan con la exposición a contaminación (P=0.0004), correlacionando con los niveles de SO₂ (p=0.0001) y O₃ (p=0.00003) así como con los dos factores de contaminación extraídos (F1 p=0.02, F2 p<0.000001). Por otra parte los niveles de miR1260 se a la presencia de HTA, sobrepeso, obesidad, obesidad abdominal, disglucemia y dislipemia. El cambio de peso se asocia al F2 (P=0,02) pero no parece estar mediado por miR1260 (p=0,06). El cambio de peso no se asocia al F1 ajustado por miR1260. La glucemia en seguimiento se asocia a los niveles de contaminantes (P=0,03) pero la relación no parece estar mediada por miR1260 (p=0,2). Estratificando por IMC=30, en no obesos puede observarse como existe una relación glucemia-F1 mediada por miR1260

CONCLUSIONES

Los datos indican la posibilidad de que la relación calidad del aire-enfermedad metabólica esté mediada por miRNA

VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN MIR EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN PARA ROTANTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

ASSESSMENT OF THE TRAINING PROGRAM IN ENDOCRINOLOGY AND NUTRITION BY RESIDENT DOCTORS OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE AT REINA SOFÍA UNIVERSITY HOSPITAL IN CÓRDOBA.

Alzás Teomiro, Carlos Manuel; Alcántara Laguna, María Dolores; Rebollo Román, Ángel; León Idougourram, Soraya; Moreno Moreno, Paloma; Palomares Ortega, Rafael; Gálvez Moreno, María Ángeles

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA

INTRODUCCIÓN

La rotación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de la provincia de Córdoba por el servicio de Endocrinología y Nutrición es electiva, y durante los últimos años, coincidiendo con la apertura del Hospital de día de diabetes, ha incrementado el número de solicitudes de rotación en nuestro servicio.

OBJETIVOS

Mediante la realización de una encuesta, evaluamos parámetros demográficos y el grado de conocimientos adquiridos y de satisfacción con el servicio tras estos primeros años de rotación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó una encuesta que incluía variables demográficas y preguntas sobre la formación teórico-práctica adquirida y la satisfacción con la rotación en las principales áreas de la Endocrinología y Nutrición, así como cuestiones de opinión personal y respuesta abierta.

RESULTADOS

La encuesta fue realizada por 27 residentes (17 mujeres y 10 hombres). Existe una gran variabilidad en el lugar donde se realizaron los estudios previos (Universidad de Córdoba y Universidad de Sevilla las más frecuentes) y los centros de salud a los que pertenecen (Santa Rosa, Fuensanta y Occidente Azahara los que más residentes aportan). El año predilecto para realizar la rotación es el tercer año de residencia y durante un período de un mes, siendo la motivación principal para la elección de esta el interés personal. Los encuestados consideran haber adquirido un mayor grado de conocimientos en el campo de la diabetes; siendo la obesidad el área que menos dominan al finalizar la formación. El nivel global de satisfacción alcanza las puntuaciones máximas, y el 100% de los encuestados repetiría su paso por el servicio.

CONCLUSIONES

Los MIR de MFyC valoran de manera muy positiva su paso, el trato recibido y el grado de formación adquirido en la especialidad de Endocrinología y Nutrición, opinando la totalidad de los encuestados que la rotación por dicho servicio debería ser obligatoria entre todos los residentes de su especialidad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES DE NUEVO DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA SANITARIA DE JEREZ DURANTE LOS AÑOS 2017-2018-2019

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THYROID PAPILAR CARCINOMA AT JEREZ HOSPITAL DURING A 3 YEARS PERIOD (2017-2019)

Baena Nieto, María Gloria¹; Venegas Rodríguez, Clara²; Márquez Pardo, Rosa¹; Díaz Oteros, Mercedes³; García García-Donce, Lourdes¹

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez

2. UGC Endocrinología y Nutrición. Universidad de Cádiz

3. UGC Cirugía General. Hospital Universitario de Jerez

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar de tiroides es el subtipo de neoplasia maligna más frecuente de la glándula tiroides (representando el 80% del total). Se ha detectado un incremento progresivo en su incidencia en los últimos años, no estando definido si se debe al sobrediagnóstico de lesiones indolentes o al incremento real del número de neoplasias asociadas a otros factores clínicos y epidemiológicos.

OBJETIVOS

Estudiar las características clínicas del carcinoma papilar de tiroides de nuevo diagnóstico en el Área Sanitaria de Jerez así como analizar su incidencia en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de carcinoma papilar de tiroides en el Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz que comprende una población de 446000 habitantes, durante los años 2017, 2018 y 2019.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se diagnosticaron un total de 63 pacientes con carcinoma papilar de tiroides: 26 en 2017 (5,83/100000 hab/año); 20 en 2018 (4,48/100000 hab/año) y 17 (3,81/100000 hab/año) en 2019. De ellos 5 casos (7,93 %) fueron microcarcinomas. El 74% fueron mujeres con una media de edad al diagnóstico de 48,89 ±14 años. Un 31 % de los pacientes presentaba obesidad y uno 28,8 % sobrepeso. Se identificó el área sanitaria, siendo: 47,6 % área de Jerez, 44,4 % área de Jerez-Sierra y un 6,3 % de Jerez-Costa. En cuanto al hábito tabáquico, un 20,6 % era fumadores, siendo el 20,8 % exfumadores. Con respecto a las características clínicas, el 50,8 % fueron sintomáticos con un porcentaje de nódulos únicos del 76,2 % y un tamaño medio de 19,8 ±10 mm. Tras la cirugía se realizó la clasificación de riesgo según la ATA, siendo un 50,6% de los pacientes catalogados como riesgo bajo, 27 % riesgo intermedio y un 12,7 % presentaban un riesgo alto. Fueron tratados con I131 tras el tratamiento quirúrgico el 81 % de los pacientes.

CONCLUSIONES

En nuestra área encontramos una incidencia de cáncer papilar de tiroides similar a otros trabajos publicados. En un alto porcentaje de los casos el diagnóstico se realiza en estadios iniciales, siendo de pequeño tamaño y bajo riesgo.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) CRÓNICO: RESULTADOS DE SEGUIMIENTO EN NUESTRA UNIDAD

CHRONIC EATING DISORDERS: OUR HOSPITAL UNIT'S FOLLOW-UP OUTCOMES

Piñar Gutiérrez, Ana; Dios Fuentes, Elena; Venegas Moreno, Eva; Remón Ruiz, Pablo; Déniz García, Alejandro; Soto Moreno, Alfonso

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

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Entre un 20-25% de pacientes con TCA se cronifica, existiendo peor pronóstico y mayor morbimortalidad. Se ha definido "cronicidad" a la falta de respuesta tras 7 años de tratamiento. En la Bulimia nerviosa (BN) se considera falta de respuesta cuando no hay control de conduc-

tas tras psicoterapia ni ISRS. En Anorexia nerviosa (AN), cuando no se consigue mantener el 85% del peso ideal tras múltiples intentos de realimentación y psicoterapia.

OBJETIVOS

Evaluar características clínicas y complicaciones surgidas a lo largo del seguimiento en una cohorte de pacientes con TCA crónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes con TCA crónico (BN y AN según DMS-V) atendidos en nuestra unidad entre 2014-2019. Las variables cuantitativas se describen como P50(P25-P75), las cualitativas como n(%). Para la comparación de proporciones se utilizó X² y para las medianas la prueba no paramétrica para muestras independientes.

RESULTADOS

Total=61;AN=41(67.2%);BN=20(32.8%).Mujer=58(95.1%). Seguimiento Endocrinología: sí=47(77%),irregular=7(11,5%),no=7(11,5) Seguimiento Salud Mental: sí=38(62,3%),irregular=11(18%),no=12(19,7%)

	Total=61(100%)	AN=41(67.2%)	BN=20(32.8%)
Comorbilidad mental	46(75.4%)	31(75.6%)	15(75%)
Alcohol/tóxicos	10(16.4%)	5(12.2%)	5(25%)
Intento autolítico	9(14.8%)	5(12.2%)	4(20%)
Osteoporosis*	23(37.7%)	19(46.3%)	4(20%)
Hipogonadismo hipogonadotropo*	14(23%)	13(31.7%)	1(5%)
ERC/nefrocalcinosis	3(4,9%)	1(2.4%)	2(10%)
Alteraciones digestivas	19(31.1%)	14(34.31%)	5(25%)
Estreñimiento crónico	13(21.3%)	9(22%)	4(20%)
RGE/dispepsia	12(19.7%)	8(19.5%)	4(20%)
Alteraciones iónicas	13(21.3%)	8(19.5%)	5(25%)
Edad inicio síntomas	17(15-24.5)	17(15-24)	19(15-25.7)
Edad inicio seguimiento	32(24.5-42)	32(21-44)	32(26-37.7)
Edad actual	43(36.5-49)	42(36.5-51.5)	43.5(36.5-45)
Tiempo en seguimiento(años)	9(6.5-13)	11(7-13)	8(6-13.7)
IMC actual(kg/m²)*	18.9(17-20.8)	17.8(16.5-19.7)	22.3(18.7-25.5)
IMC mínimo(kg/m²)*	16.2(15.2-18.3)	15.8(14.1-16.4)	19.2(17-22.3)
Ingresos Endocrinología	1(0-2)	1(0-2.5)	0(0-1)

Tabla 1. *Variables con diferencias (p<0.05) al comparar AN con BN. (TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) CRÓNICO: RESULTADOS DE SEGUIMIENTO EN NUESTRA UNIDAD)

Variables descritas (total-AN-BN): Comorbilidad mental 46(75.4%) 31(75.6%) 15(75%) Alcohol/tóxicos 10(16.4%) 5(12.2%) 5(25%) Intento autolisis 9(14.8%) 5(12.2%) 4(20%) Osteoporosis* 23(37.7%) 19(46.3%) 4(20%) Hipogonadismo hipogonadotropo* 14(23%) 13(31.7%) 1(5%) ERC/nefrocálculosis 3(4.9%) 1(2.4%) 2(10%) Alteraciones digestivas 19(31.1%) 14(34.31%) 5(25%) Estreñimiento crónico 13(21.3%) 9(22%) 4(20%) RGE/dispepsia 12(19.7%) 8(19.5%) 4(20%) Alteraciones iónicas 13(21.3%) 8(19.5%) 5(25%) Edad inicio síntomas 17(15-24.5) 17(15-24) 19(15-25.7) Edad inicio seguimiento 32(24.5-42) 32(21-44) 32(26-37.7) Edad actual 43(36.5-49) 42(36.5-51.5) 43.5(36.5-45) Tiempo seguimiento(años) 9(6.5-13) 11(7-13) 8(6-13.7) IMC actual* 18.9(17-20.8) 17.8(16.5-19.7) 22.3(18.7-25.5) IMC mínimo* 16.2(15.2-18.3) 15.8(14.1-16.4) 19.2(17-22.3) Ingresos Endocrinología 1(0-2) 1(0-2.5) 0(0-1) *diferencias(p<0.05) entre AN y BN

CONCLUSIONES

Nuestra cohorte presenta una alta tasa de complicaciones. Comienzan el tratamiento tras años de evolución, lo que puede condicionar el pronóstico. Los pacientes con AN presentan menor IMC, más osteoporosis e hipogonadismo hipogonadotropo que en BN. Es necesario consensuar criterios diagnósticos y buscar un diagnóstico precoz.

LA FIBROSIS HEPÁTICA, ¿UNA COMPLICACIÓN INFRADIAGNOSTICADA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)? RESULTADOS DEL ESTUDIO PHIGNA-DM2

HEPATIC FIBROSIS, AN UNDERDIAGNOSED COMPLICATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS (T2DM)? RESULTS FROM THE PHIGNA-DM2 STUDY

Martínez Ortega, Antonio Jesús¹; Déniz García, Alejandro¹; Remón Ruíz, Pablo Jesús¹; García Rey, Silvia¹; Romero Gómez, Manuel²; Ampuero Herrojo, Javier²; Pereira Cunill, José Luis¹; García Luna, Pedro Pablo¹; Soto Moreno, Alfonso Manuel¹

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

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) es una complicación infradiagnosticada de la DM2 potencialmente grave (riesgo de desarrollo de cirrosis y fracaso hepático). Se estima que un 5-30% de pacientes con DM2 presentan EHNA, pero no hay datos en población andaluza.

OBJETIVOS

El estudio "Prevalencia de Hígado Graso No Alcohólico

en población con DM2 (PHIGNA-DM2)" pretende describir la prevalencia de EHNA en pacientes con DM2 mediante métodos no invasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo, realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío entre el 10 de Mayo 2018 y el 21 de Diciembre 2019. Se incluyen todos los pacientes con DM2 que otorgan consentimiento, empleando como herramienta de screening el Hepatic Steatosis Index (HSI), Fibrosis-4 (FIB-4) y NAFLD Fibrosis Score (NFS); y de confirmación el FibroScan®. Las variables cuantitativas se expresan como mediana [rango intercuartílico]. Las cualitativas como n pacientes, añadiendo en variables de interés el % entre paréntesis. Estudio financiado por el Grupo Menarini España.

RESULTADOS

Muestra total n=105 pacientes: 45 mujeres (M), 60 hombres (H); edad 60.0 años [53.5-68.5] (H 59 [54-68], M 63 [53-69]). IMC 34.21 Kg/m² [31.22-43.26] (H 33.76 [31.24-42.99], M 34.67 [30.54-43.26]). Tiempo de evolución de la DM2: 9 años [4-16] (H 10.00 [5.25-19.00], M 9 [2.5-12.5]); control metabólico: HbA1c 7.30% [6.45-8.35] (H 7.40 [6.60-8.93], M 7.10 [6.20-7.80]). Score HSI: positivo (>36) en n=96 (94.12%), mediana 46.55 [42.51-57.17]; FIB-4: bajo riesgo de fibrosis (Puntuación <1.3) n=79 (76.7%), riesgo moderado (2.66-1.30) n=22 (21.36%), muy alto riesgo (>2.67) n=2 (1.94%). NFS: bajo riesgo de fibrosis (Puntuación <-1.455) n=6 (9.37%), riesgo moderado (-1.455 a 0.676) n=42 (65.63%), muy alto riesgo (>0.676) n=16 (25.00%). Los resultados del FibroScan® fueron: Ausencia de fibrosis/fibrosis leve F0-F1 (<7.5KPa) n=52 (73.24%), Fibrosis F2 (7.5-9.5 KPa, moderada) n=12 (16.90%), Fibrosis F3 (9.5-14 KPa, grave) n=4 (5.63%), Fibrosis muy grave F4 (Cirrosis, > 14 KPa) n=3 (4.23%).

CONCLUSIONES

En nuestra serie, hasta un 26.76% de pacientes asintomáticos presentan fibrosis moderada a muy grave hepática. La herramienta FIB-4 parece ser más precisa que NFS en la estimación de fibrosis. La EHNA es una entidad frecuente y potencialmente grave que posiblemente deba incluirse en el screening de complicaciones.

EVALUACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS PREDICTORES DE REMISIÓN DE DIABETES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

EVALUATION OF CLINICAL FACTORS PREDICTIVE OF DIABETES REMISSION AFTER BARIATRIC SURGERY

Sánchez Toscano, Esteban; Mateo Gavira, Isabel; Medina Rivero, Daniel; Larrán Escandón, Laura; Vílchez López, Francisco Javier; Aguilar Diosdado, Manuel

Endocrinología y Nutrición. H. Universitario Puerta del Mar.Cádiz

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica, aunque no exenta de riesgos, se postula como un tratamiento eficaz en la consecución de una importante pérdida ponderal y una mejoría de las comorbilidades metabólicas.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es evaluar los aspectos clínicos que pueden influir en la evolución de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad sometidos a cirugía bariátrica, pudiendo actuar como indicadores de valor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseña un estudio de cohortes retrospectivo en un grupo de pacientes con obesidad grado II o superior y DM2 intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz desde enero de 2005 hasta diciembre de 2016. Se evalúan variables demográficas, parámetros clínicos, analíticos, antropométricos y tasa de complicaciones. Se analizan las distintas variables basales y a los 2 años de la cirugía. En el análisis multivariante se incluyen los posibles factores clínicos predictores de remisión de la DM2 a los 2 años de la cirugía bariátrica.

RESULTADOS

Se incluyen 83 pacientes, con una edad media de 44.13 ± 10.38 años. A los dos años de la intervención, el porcentaje de sobrepeso perdido fue del $63.43 \pm 18.59\%$. El 79.5% presentó remisión de la DM2. El nivel del índice de masa corporal (RR: 1.886; $p=0.022$), una duración de la diabetes mayor de 5 años (RR: 0.022; $p=0.040$), la presencia de terapia insulínica (RR: 0.001; $p=0.009$) y la ausencia de complicaciones macrovasculares (RR: 34.667; $p=0.002$) se relacionaron con la remisión de la DM2. La tasa de complicaciones quirúrgicas precoces fue del 15.6% y tardías del 20.5%.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, la cirugía bariátrica se muestra como una técnica segura y eficaz en la pérdida ponderal mantenida a medio plazo, con una elevada tasa de resolución de la DM2. La presencia de un mayor IMC, una menor evolución de la diabetes, terapia no insulínica, así como la ausencia de complicaciones macroangiopáticas se muestran como factores predictores de dicha resolución.

GASTROSTOMÍAS PERCUTÁNEAS RADIOLÓGICAS. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

RADIOLOGIC PERCUTANEOUS GASTROSTOMY. RESULTS IN OUR CENTER.

Florencio Ojeda, Luna¹; González Navarro, Irene¹; Laínez López, María¹; Moreno Sánchez, Teresa²; Rebollo Pérez, Isabel¹

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

2. Unidad de Radiología Vasculare e Intervencionista. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

Describir nuestros resultados en GPR desde su implantación en 2016, en esta fecha la UNCYD y la unidad de Radiología Vasculare del Hospital Juan Ramón Jiménez generaron un protocolo para la implantación de esta técnica en nuestro centro, en respuesta a una necesidad creciente entre nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las GPR realizadas en el HJRJ desde Junio 2016 a Diciembre 2019. Como variables recogimos sexo, edad, año de realización, cancelaciones y motivos, unidad de procedencia de la petición, indicación, días de ingreso, tiempo en horas hasta inicio de nutrición enteral, complicaciones e incidencias postgastrostomía.

RESULTADOS

Se solicitaron en total 59 GPR, de las que se realizaron 48 (81,4%) y se cancelaron 11 (18,6%). En 2016 se realizaron 2 GPR (4,2%), en 2017 5 (10,4%), en 2018 18 (37,5%) y en 2019 23 (47,9%). Las unidades peticionarias fueron Endocrinología y Nutrición en el 8,2%, Oncología en el 30,6% y 55,1% el resto de unidades. Los motivos de cancelación fueron 2 exitus antes del procedimiento (18,2%), 4 casos por pérdida de indicación (36,4%), en 1 caso se realizó otro procedimiento (9,1%) y 4 casos por otros motivos (36,4%). El 93,9% fueron primeras GPR y el 6,1% recambios. La edad media fue 63 años (DE 8,45) y el 76,3% fueron varones. La indicación fue disfagia neurológica en el 30%, disfagia orgánica en el 14%, profiláctica en 36% y otros motivos en el 20%. En los ingresados únicamente para la colocación de GPR la mediana de ingreso fue 3 días (Rango 1-21).

El tiempo de inicio de nutrición enteral fue en el 4,5% de casos <12h, en el 31,8% entre 12-24h y en el 63,6% >24h tras el procedimiento. Hubo 6,3% de complicaciones (1 caso de malposición de la sonda, 1 caso de sangrado de la pared gástrica y 1 caso de zona periostomal con hematoma secundario a mayor esfuerzo de lo habitual en la realización de la técnica). Hubo 11,1% de incidencias en los primeros 6 meses tras colocación de GPR (3 casos de infección del estoma, 1 caso de rotura de balón y 1 caso de deterioro y mal funcionamiento de la sonda).

No mortalidad debido a complicaciones de GPR.

CONCLUSIONES

La implantación de GPR está aumentando exponencialmente en nuestro centro cada año con buenos resultados. Como objetivo futuro planteamos reducir el tiempo de inicio de nutrición enteral a <24h pudiendo así acortar el ingreso hospitalario o incluso evitarlo.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON SEMAGLUTIDE

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED WITH SEMAGLUTIDE

León Idougourram, Soraya; Álcantara Laguna, María Dolores; Moreno Moreno, Paloma; Rebollo Román, Ángel; Gálvez Moreno, María Ángeles

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Semaglutide es un agonista subcutáneo del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) y de larga duración, recientemente aprobado y comercializado para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM2).

OBJETIVOS

Describir las características basales de los pacientes que comienzan tratamiento con Semaglutide y analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en parámetros clínicos y/o analíticos entre la primera y la última visita.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de pacientes con DM2 en seguimiento en el servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, desde mayo de 2019 hasta enero de 2020, a quienes se les añadió Semaglutide para optimizar el control de su diabetes. Análisis estadístico: SPSS v.25.

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes, 38 hombres de $58,23 \pm 12,5$ años, durante un seguimiento medio de 3,79 meses. El 42,9% presentaba una obesidad grado 1. La hemoglobina glicosilada HbA1c en la visita basal era de $8,64 \pm 1,75$ %. Se calculó el índice FIB-4, obteniéndose en el 52%, un grado de fibrosis hepática de F0-F1. Presentaron una tasa de filtrado glomerular FG, según la ecuación MDRD, de $78,44 \pm 29,27$ ml/min al inicio del tratamiento. Hubo una media de reducción del peso de 2,98 kg respecto al inicio del tratamiento IC95 % 1,75 - 2,40 que correspondió con una media de reducción de 1,17 Kg/m² del IMC IC95 % 0,66 - 1,69. La HbA1c mejoró en una media de 2 puntos al final del seguimiento IC95 % 1,51 - 2,51.

Estos cambios en el seguimiento fueron estadísticamente significativos, con un valor de $p < 0,001$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del grado de fibrosis hepática ni en la mejoría del FG respecto al inicio del tratamiento.

CONCLUSIONES

- A pesar del corto periodo de seguimiento, nuestros pacientes presentaron una reducción del peso y mejoría del control glucémico estadísticamente significativa tras el inicio de Semaglutide. - Se consiguió una reducción del porcentaje de pacientes con obesidad grado 2 y 3. - Aunque hubo una reducción en el grado de fibrosis en los pacientes que presentaban un estadio F2 y F3-F4, estas diferencias no eran estadísticamente significativas. - Tampoco se obtuvo una mejoría del FG al final del seguimiento.

EFEECTO DE LOS INHIBIDORES DEL CO-TRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON ALTO RIESGO DE AMPUTACIÓN

EFFECT OF TYPE 2 SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER INHIBITORS ON TYPE 2 DIABETES MELLITUS WITH HIGH RISK OF AMPUTATION

Serrano Laguna, María del Carmen¹; Ávila Rubio, Verónica¹; León Utrero, Sara¹, Herrera Mingorance, José Damián²; Moreno Escobar, José², López Ibarra, Pablo José¹

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

2. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

DIABETES

INTRODUCCIÓN

El uso de iSGLT2 sigue siendo controvertido en pacientes diabéticos con enfermedad arterial periférica.

OBJETIVOS

Valorar el efecto metabólico y el riesgo de amputaciones de los iSGLT2 en pacientes diabéticos atendidos en la Unidad Multidisciplinar de Pie diabético (UMPD) comparativamente con un grupo control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en donde se reclutaron los pacientes atendidos en la UMPD desde Diciembre 2017 hasta Enero de 2020. Se seleccionó un grupo de tratamiento con iSGLT2 y se compararon dichos datos con un grupo control. Se recogieron variables clínicas, metabólicas, antropométricas y tasa de amputaciones en ambos brazos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (SPSS, inc, v15.0).

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 312 pacientes: 83 en tratamiento con iSGLT2 y 229 como grupo control. El grupo de tratamiento presentaba una edad media $65,99 \pm 10,31$ vs $68,14 \pm 12,11$ ($p=0,12$) años del grupo control y un

tiempo de evolución de la enfermedad de $17,33\pm 10,26$ vs $18,10\pm 11,97$ ($p=0,52$). Peso de $86,88\pm 17,77$ kg vs $82,65\pm 15,65$ kg ($p=0,57$) y un IMC medio $31,07\pm 5,61$ kg/m² vs $29,58\pm 4,91$ kg/m² ($p=0,03$). HbA1c al inicio (iSGLT2 vs grupo control): $8,83\pm 1,67\%$ vs $7,71\pm 1,72\%$ ($p=0,00$); reducción media: $1,04\pm 1,32\%$ vs $1,42\pm 2,34\%$ ($p=0,38$); HbA1c final: $8,08\pm 1,37\%$ vs $7,42\pm 1,32\%$ ($p=0,05$). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de LDL al inicio ($96,29\pm 38,95$ mg/dl vs $98,8\pm 40,93$ mg/dl, $p=0,67$) ni entre las reducciones obtenidas en ambos brazos ($11,28\pm 31,16$ vs $12,25\pm 31,84$, $p=0,91$). Teniendo en cuenta algunos factores de riesgo para que se produzca una amputación, había mayor proporción de HTA ($78,3\%$ vs $72,2\%$), DLP ($74,7$ vs $71,1\%$), fumadores ($58,2$ vs $49,8\%$) en el grupo con iSGLT2, así como mayor historia de isquemia crónica (41 vs $38,2\%$) y neuropatía ($74,4$ vs $70,9\%$). La tasa de amputaciones tras el seguimiento fue de $15,7\%$ en el grupo de iSGLT2 en comparación con el grupo control $12,3\%$ ($p=0,55$).

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que el tratamiento con iSGLT2 en un grupo de pacientes con alta carga de enfermedad arterial periférica es eficaz y seguro, no aumentando la tasa de amputaciones en comparación con el resto de pacientes atendidos en la UMPD, a pesar de presentar mayor número de factores de riesgo para ello.

DETECCIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EVALUADOS EN CONSULTA DE METABOLISMO ÓSEO

SARCOPENIA DETECTION IN OSTEOPOROTIC PATIENTS TREATED IN A BONE METABOLISM UNIT

Ávila Rubio, Verónica¹; Domínguez Rabadán, Rocío²; Miranda Méndez, José Luis³; Leyva Martínez, Socorro¹; Fernández Soto, M^a Luisa¹

1. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio, Granada
2. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
3. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La sarcopenia es una condición caracterizada por una disminución de la masa y/o fuerza muscular de causa multifactorial. Hueso y músculo están interrelacionados a través de diversos factores. La sarcopenia conduce a una disminución de la cantidad y calidad ósea, incrementando el riesgo de caídas y fracturas por fragilidad ósea. El término osteosarcopenia se emplea para diferenciar pacientes con alto riesgo de fracturas por fragilidad ósea.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de sarcopenia mediante la herramienta MIOapp – Abbott Nutrition® en pacientes con osteoporosis atendidos en consulta monográfica de Metabolismo Óseo de la UGC de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo de una muestra de 27 pacientes evaluados durante Octubre de 2019. Diagnóstico de sarcopenia según MIOapp® en función del perímetro de circunferencia de pantorrilla (CP), el índice de masa apendicular (ASMI-Kg/m²) estimado (Santos LP et al, JPEN 2019; puntos de corte según Cruz-Jentoft AJ et al, Age and Ageing 2019), y la fuerza de prensión (FP) de la mano (dinamómetro Jamar®; valores adaptados al IMC según Cruz-Jentoft AJ et al, Age and Ageing 2010). Como test complementario se empleó el SARC-F. Se describen otras variables clínico-demográficas relacionadas con la fragilidad ósea.

RESULTADOS

Edad 70.3 ± 12.8 años; 77.8% mujeres; tipo de osteoporosis: 51.9% postmenopáusica, 22.2% secundaria a hiperparatiroidismo, 14.8% del varón, 7.4% inducida por glucocorticoides, 3.7% idiopática del adulto joven; fractura osteoporótica 55.6% ; T-score columna lumbar -2.5 ± 0.9 , cuello femoral -1.8 ± 1.1 , cadera total -1.7 ± 1.2 ; tratamiento antirresortivo en el 74% ; niveles séricos de vitamina D 39 ± 20 ng/ml. El 85.2% cumplían criterios diagnósticos de sarcopenia, con valores por debajo de los puntos de corte para: CP 40.9% (Barbosa-Silva TG et al, J Cachexia Sarcopenia Muscle 2016), ASMI 22.7% y FP 91.3% . El SARC-F detectó riesgo de sarcopenia en el 45.5% .

CONCLUSIONES

La prevalencia de sarcopenia es muy elevada en pacientes con osteoporosis, no solo en su forma primaria asociada al envejecimiento, sino también en otras formas de osteoporosis, por lo que su evaluación debería realizarse de forma rutinaria. En nuestra práctica, MIOapp® permite detectar fácilmente sarcopenia en estos pacientes a partir de exploraciones sencillas.

PREVALENCIA DE COMORBILIDAD METABÓLICA Y NUTRICIONAL EN EL ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA. ESTUDIO TRANSVERSAL DE NUESTRA COHORTE

PREVALENCE OF METABOLIC AND NUTRITIONAL COMORBILITY IN THE ADULT WITH CHYSICAL FIBROSIS. TRANSVERSAL STUDY OF OUR COHORT

Del Can Sánchez, Diego Jesús; Remón Ruiz, Pablo Jesús; Martínez Ortega, Antonio Jesús; Pereira Cunill, José Luis; Soto Moreno, Alfonso; García Luna, Pedro Pablo

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

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La FQ ocasiona insuficiencia pancreática exocrina IPE y endocrina intolerancia hidrocarbonada IHC y Diabetes Relacionada con la Fibrosis Quística DRFQ.

OBJETIVOS

Definir la prevalencia de DRFQ, IHC y desnutrición en una cohorte de adultos con FQ.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de 168 pacientes >16 años con FQ de un centro de referencia durante el año 2018. Se analizaron parámetros bioquímicos para definir IHC y DRFQ según ADA'19; antropométricos (IMC) para determinar desnutrición según GLIM'19 y espirométricos (FEV1). Se asumió IPE como necesidad de tratamiento con lipasa pancreática. Se estratificó a los pacientes en función de si presentaban DRFQ o no. Las variables cuantitativas se expresaron mediante mediana±RIC; las cualitativas mediante nº de pacientes (% de pacientes de la N total). Para el análisis de subgrupos, se utilizó el programa estadístico SPSS, a través del test de Chi cuadrado.

RESULTADOS

Las CARACTERÍSTICAS BASALES de la muestra se representan en la tabla 1.

N	168; 100%
Mujeres	81; 48%
Edad (años)	29 (20-37)
Alteración en el metabolismo hidrocarbonado:	
- IHC	30; 18%
- DRFQ	39, 23%
IMC (kg/m2)	22 (19-24)
Desnutrición	48; 29%
Ingresados	45; 27%
Disfunción pulmonar	
- Moderada (FEV1 < 80%)	99; 59%
- Severa (FEV1 < 50%)	41; 24%
IPE	111; 66%

Tabla 1. Características basales. (PREVALENCIA DE COMORBILIDAD METABÓLICA Y NUTRICIONAL EN EL ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA. ESTUDIO TRANSVERSAL DE NUESTRA COHORTE)

Se observó asociación estadísticamente significativa entre padecer alguna alteración del metabolismo hidrocarbonado (IHC o DRFQ) y la presencia de IPE (84% vs 54%; p 0'000). Además, se halló tendencia a la significación estadística entre padecer alguna alteración del metabolismo de los hidratos de carbono (IHC o DRFQ) y haber tenido al menos un ingreso hospitalario en 2018 (35% vs 21%; p 0'054). Sin embargo, no se encontró significación estadística entre la presencia de alguna alteración hidrocarbonada y presentar FEV1<80%, FEV1<50%, o desnutrición. 15 (38,46%) pacientes DRFQ estaban insulinizados, el resto recibían tratamiento dietético. El tratamiento con insulina no se asoció a mejor situación nutricional, IPE, FEV1<80, FEV1<50 o haber requerido ingreso hospitalario.

CONCLUSIONES

Existe una elevada prevalencia de DRFQ y de IHC en nuestra cohorte de pacientes con FQ, similar a la descrita en estudios previos. La ausencia de asociación entre desnutrición y diabetes (a pesar de asociarse DRFQ a IPE) puede ser debida a sesgos inherentes al diseño del estudio y a la atención nutricional precoz.

DEFECTOS DE LA BETAOXIDACIÓN (DBOAG), NUESTRA EXPERIENCIA

DEFECTS OF BETAOXIDATION (DBOAG), OUR EXPERIENCE

Del Can Sánchez, Diego Jesús¹; Dios Fuentes, Elena¹; Piñar Gutiérrez, Ana¹; Bueno, María del Amor²; Soto Moreno, Alfonso¹; Venegas Moreno, Eva¹

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

2. Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

Los defectos de la β OAG pueden causar Muerte Súbita del Lactante. Se puede prevenir evitando hipoglucemias (ayuno prolongado) mediante dieta fraccionada rica en hidratos de carbono de absorción lenta, y supliendo déficit de carnitina. En el caso de VLCAD, añadiendo además Triglicéridos de cadena media (MCT) al tratamiento.

OBJETIVOS

Exponer la casuística de los DBOAG del HUVR en la Unidad de EIM de Adultos, así como enfatizar la importancia del diagnóstico y de su abordaje terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo-retrospectivo de los 7 casos de defectos de β OAG de la cohorte de seguimiento de la unidad de EIM de adultos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Se realizó un seguimiento medio de 5 años (años 2015-2019), analizando parámetros antro-

ométricos (IMC), nº de ingresos, intolerancia al ejercicio y abordaje terapéutico (suplementación nutricional, carnitina y MCT). Las variables cuantitativas fueron expresadas mediante media±SD; las cualitativas mediante nº de pacientes (% de pacientes de la N total).

RESULTADOS

Las características básicas se representan en la tabla 1 y el abordaje terapéutico en la tabla 2.

N	7; 100%
Mujeres	4; 57%
Edad (años)	30 ±11
IMC (kg/m ²)	26 ±6
Diagnosticados antes de los 6 meses	4; 57%
Pacientes con Intolerancia al ejercicio	3; 43%
Ingresados	6; 86%
Subtipos:	
- MCAD	4; 57%
- VLCAD*	1; 14%
- Déficit CACT**	1; 14%
- Déficit de CPT-II***	1; 14%

Tabla 1. Características basales. *Déficit de Acil-CoA de Cadena Muy Larga VLCAD; **Déficit del Transportador de Carnitina-Acilocarnitina Traslocasa; ***Déficit de carnitina palmitoiltransferasa II (DEFECTOS DE LA BETAOXIDACIÓN (D_{BOAG}), NUESTRA EXPERIENCIA)

N	7; 100%
Pacientes con dieta fraccionada	6; 86%
Pacientes con Suplementos Nutricionales Orales	2; 29%
Pacientes suplementados con Carnitina	7; 100%
Pacientes suplementados con MCT	2; 29%
Pacientes suplementados con harina de maíz	2; 29%

Tabla 2. Abordaje terapéutico. (DEFECTOS DE LA BETAOXIDACIÓN (D_{BOAG}), NUESTRA EXPERIENCIA)

CONCLUSIONES

Nuestra cohorte de pacientes presenta un estado nutricional adecuado y aunque la mayoría realizan una dieta fraccionada, la mitad de ellos, referían intolerancia al ejercicio. Los defectos de β OAG pueden deteriorar el estado nutricional, la calidad de vida y asocian riesgo de descompensaciones metabólicas que requieren ingresos hospitalarios.

Conocer la casuística de estas enfermedades raras, nos permite establecer un diagnóstico precoz y prevenir consecuencias graves, potencialmente reversibles.

SÍNDROMES HIPOFOSFATÉMICOS HEREDITARIOS: FORMAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES Y DATOS DE LABORATORIO EN UNA SERIE DE CASOS

HEREDITARY HYPOPHOSPHATEMIC SYNDROMES: CLINICAL FORMS, MORBIDITY AND BIOCHEMICAL LABORATORY FINDINGS IN A CASE SERIES

Ávila Rubio, Verónica; Quesada Charneco, Miguel; Muñoz Torres, Manuel

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio, Granada

ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA

INTRODUCCIÓN

Los síndromes hipofosfatémicos hereditarios (SHH) son un grupo de enfermedades raras caracterizadas por la pérdida renal de fosfato que ocasionan raquitismo/osteomalacia. La forma más común es la Hipofosfatemia Ligada a X (XLH), causada por mutaciones en el gen PHEX. Las otras formas, menos prevalentes, incluyen el Raquitismo Hipofosfatémico Autosómico Dominante (RHAD), causado por mutaciones en el gen FGF23; el Raquitismo Hipofosfatémico Autosómico Recesivo tipos 1 (gen DMP1) y 2 (gen ENPP1); y el Raquitismo Hipofosfatémico Hereditario con Hiper calciuria (gen SLC34A3).

OBJETIVOS

Identificar las formas clínicas más frecuentes, determinar su curso clínico y el impacto de las comorbilidades asociadas, y describir los hallazgos de laboratorio en una cohorte de pacientes afectados por SHH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de una serie de 5 pacientes con SHH evaluados en la Unidad de Metabolismo Óseo del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Se recogen variables demográficas, clínicas y analíticas desde el diagnóstico hasta octubre de 2019.

Caso	SHH	Sexo	Edad actual (años)	Edad al diagnóstico (años)
1	XLH	Mujer	32	4
2	XLH	Mujer	59	31
3	XLH	Varón	57	41
4	XLH	Varón	52	36
5	RHAD	Mujer	49	4

Tabla 1. Datos demográficos.

SHH: Síndromes Hipofosfatémicos Hereditarios. XLH: Hipofosfatemia Ligada a X. RHAD: Raquitismo Hipofosfatémico Autosómico Dominante. (SÍNDROMES HIPOFOSFATÉMICOS HEREDITARIOS: FORMAS CLÍNICAS, COMORBILIDADES Y DATOS DE LABORATORIO EN UNA SERIE DE CASOS)

RESULTADOS

5 casos pertenecientes a 3 familias: 2 XLH y 1 RHAD. Los datos demográficos se describen en la Tabla 1. Datos clínicos: talla baja 80% (talla adulta 1.55 ± 0.03 m, p9, -1.87 DE), deformidad de miembros inferiores 80%, cirugía correctiva 60%, fracturas 60%, problemas dentales 80%, hipoacusia 60%. Tratamiento farmacológico y dosis medias actuales: fósforo 100% (1g/24h), calcitriol 100% (0.5 mcg/24h), cinacalcet 40% (30 mg/48h). Duración del tratamiento: 15 ± 8 años. Complicaciones: nefrocalcinosis 80%, nefrolitiasis 20%, hiperparatiroidismo secundario 40%, ERC 20%. Datos analíticos (inicio / fin del seguimiento): P 1.6 ± 0.5 / 2.6 ± 0.3 mg/dl, Ca 9.4 ± 0.9 / 9.4 ± 0.6 mg/dl, RTP 45 ± 15 / $64 \pm 14\%$, FA 316 ± 500 / 83 ± 24 U/L, calciuria 95 ± 0 / 96 ± 42 mg/24h, PTHi 50 ± 23 / 100 ± 66 pg/ml, 25OHD 21 ± 7 / 20 ± 3 ng/ml, creatinina 0.7 ± 0.2 / 0.9 ± 0.6 mg/dl, CDK-EPI 112 ± 19 / 92 ± 33 ml/min/1.73 m².

CONCLUSIONES

La XLH y el RHAD tienen una presentación clínica similar y afectan de manera muy diversa a familias enteras con diferente expresividad. Esta serie de casos muestra su historia natural y las complicaciones derivadas del tratamiento convencional.

MODIFICACIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS INICIO DE SEMAGLUTIDE SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

MODIFICATION OF BODY COMPOSITION AFTER ONSET OF SUBCUTANEOUS SEMAGLUTIDE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Redondo Torres, Enrique; Serrano Laguna, M^a Carmen; León Utrero, Sara; Andreo López,, M^a Carmen; Sebastián Pérez, Luisa; Quesada Charneco, Miguel; López-Ibarra Lozano, Pablo José

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La composición corporal es, en ocasiones, olvidada en la evaluación del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

OBJETIVOS

El objetivo fue evaluar el cambio en la composición corporal a los 6 meses tras el inicio con Semaglutide subcutánea semanal añadido al tratamiento de base en pacientes con DM2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo. En 18 pacientes con DM2 se inició tratamiento con Semaglutide subcutánea semanal con un seguimiento de 6 meses. Se estudió las modificaciones en la composición corporal. Además se evaluó los efectos secundarios del fármaco y cambios en el hábito dietético.

El estudio de composición corporal se realizó con impedanciómetro Tanita TBF-300. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (SPSS, inc, v 15.0)

RESULTADOS

Se reclutaron 18 pacientes con DM2. Edad media 61.8 ± 6.9 años, 66.6% varones. El 39% presentaban ECV establecida, preferentemente IAM. Tratamiento de base: 55.6% metformina, 33% iSGLT2, insulina: 61% análogo de la insulina basal y 16.7% análogos de insulina rápida, 72.2% estatinas. Datos basales: peso 98.8 ± 13.23 kg, IMC 35 ± 5.4 kg/m². En la impedanciometría basal, metabolismo basal medio 1397 ± 232 kCal, porcentaje de masa grasa $38.1 \pm 7.94\%$, la masa grasa total 37.5 ± 9.8 kg, masa magra total 60.8 ± 9.9 kg y agua total 44.5 ± 7.2 kg. A los 6 meses de Semaglutide subcutáneo semanal hubo reducciones estadísticamente significativas en peso (-4.7 ± 4.1 kg), IMC (-1.8 ± 1.6 kg/m²), metabolismo basal (-50.6 ± 60), masa grasa (-2.66 ± 4.37 kg). Existe disminución, aunque no de manera significativa, en porcentaje de masa grasa, masa magra y agua total. Un 83% de pacientes afirmaron cambios beneficiosos en sus hábitos dietéticos tras la introducción de semaglutide. Un 88.9% refería mayor sensación de plenitud postprandial. No se detectaron efectos adversos graves.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el tratamiento con Semaglutide se muestra eficaz y seguro produciendo cambios favorables en composición corporal, a pesar de un corto periodo de tratamiento. La modificación de patrones dietéticos en estos pacientes, inducida por el fármaco, también puede favorecer a la mejoría del perfil de composición corporal.

EFICACIA DE SEMAGLUTIDA ORAL SEGÚN LA HBA1C BASAL: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS EXPLORATORIO DEL PROGRAMA DE ENSAYOS PIONEER

EFFICACY OF ORAL SEMAGLUTIDE ACCORDING TO BASELINE HBA1C: AN EXPLORATORY SUBGROUP ANALYSIS OF THE PIONEER TRIAL PROGRAMME

Morales Portillo, Cristóbal

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La eficacia y la seguridad de semaglutida oral, un agonista del receptor de GLP-1, se han investigado en pacientes con diabetes tipo 2 en el programa PIONEER.

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de los valores basales de HbA1c sobre las reducciones en el valor medio de HbA1c y peso corporal logrados durante cada ensayo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los datos de todos los pacientes que participaron en los ensayos PIONEER 1-5, 7 y 8 (n = 5657). Se agrupó a los pacientes en base al ensayo y a la HbA1c basal ($\leq 8,0\%$, $> 8,0 - \leq 9,0\%$ y $> 9,0\%$). En los ensayos PIONEER los pacientes recibieron aleatoriamente tratamiento con semaglutida oral una vez al día (3, 7 ó 14 mg, o administrada en dosis flexibles), o al menos un tratamiento comparador (placebo, empagliflozina 25 mg, sitagliptina 100 mg o liraglutida 1,8 mg). Los criterios de valoración fueron la variación de la HbA1c y el peso corporal entre el momento basal y la semana 26 (semana 52 en el ensayo PIONEER 7) y se analizaron los datos de todos los pacientes utilizando la estimación del producto en prueba.

RESULTADOS

Las reducciones de HbA1c y peso corporal fueron mayores con la dosis creciente de semaglutida oral. Las reducciones de HbA1c también fueron mayores con una HbA1c basal más alta, pero no hubo una relación constante entre la variación del peso corporal y la HbA1c basal. Las reducciones de HbA1c fueron mayores con semaglutida oral 7 y 14 mg en todos los subgrupos. Se observaron interacciones significativas según la HbAc basal al comparar semaglutida oral con el comparador de los ensayos PIONEER 3 (14 mg), PIONEER 4 (14 mg) y PIONEER 8 (7 y 14 mg). La proporción de pacientes que lograron el objetivo de HbA1c $< 7\%$ fue mayor con semaglutida oral 7 y 14 mg que con el comparador en todos los ensayos y todos los subgrupos. El objetivo de HbA1c $< 7\%$ se logró con semaglutida oral 14 mg en el 71%-90% de los pacientes del subgrupo con una HbA1c más baja ($\leq 8\%$), en el 49%-71% de los del subgrupo con una HbA1c intermedia ($> 8,0 - \leq 9,0\%$) y en el 29%-62% de los del subgrupo con una HbA1c más alta ($> 9\%$).

CONCLUSIONES

Semaglutida oral mejoró el control de la glucemia en todos los subgrupos de HbA1c basal de los ensayos PIONEER, con mayores reducciones de HbA1c con las dosis de 7 y 14 mg en todos los subgrupos. Las reducciones de HbA1c fueron mayores con una dosis más alta de semaglutida oral y con una HbA1c basal más alta.

Ensayo	HbA _{1c} (%) en el momento basal	Variación media estimada de la HbA _{1c} con respecto al momento basal (puntos porcentuales)					
		Semaglutida oral				Productos de comparación	
		3 mg	7 mg	14 mg	Flex.	Placebo	Activo
PIONEER 1 (dieta y ejercicio)	≤8 (n=409)	-0,5	-1,1	-1,2	-	0,0	-
	>8-≤9 (n=244)	-1,1	-1,6	-1,8	-	-0,1	-
	>9 (n=50)	-1,5	-1,8	-2,6	-	-0,6	-
PIONEER 2 (frente a empagliflozina 25 mg)	≤8 (n=457)	-	-	-1,0	-	-	-0,5
	>8-≤9 (n=211)	-	-	-1,8	-	-	-1,1
	>9 (n=153)	-	-	-2,0	-	-	-1,7
PIONEER 3 (frente a sitagliptina 100 mg)	≤8 (n=850)	-0,3	-0,6	-0,9	-	-	-0,5
	>8-≤9 (n=593)	-0,5	-1,1	-1,5	-	-	-0,8
	>9 (n=420)	-1,0	-1,9	-2,2	-	-	-1,4
PIONEER 4 (frente a liraglutida 1,8 mg y placebo)	≤8 (n=403)	-	-	-1,0	-	-0,0	-0,8
	>8-≤9 (n=248)	-	-	-1,6	-	-0,1	-1,4
	>9 (n=60)	-	-	-2,2	-	-0,1	-2,0
PIONEER 5 (insuficiencia renal)	<8 (n=188)	-	-	-0,8	-	0,1	-
	>8-<9 (n=108)	-	-	-1,5	-	-0,3	-
	>9 (n=28)	-	-	-2,1	-	-0,4	-
PIONEER 7 (flex. frente a sitagliptina 100 mg)	≤ (n=201)	-	-	-	-1,0	-	-0,5
	>8-≤9 (n=246)	-	-	-	-1,5	-	-0,7
	>9 (n=57)	-	-	-	-2,0	-	-1,5
PIONEER 8 (añadida a insulina)	≤8 (n=329)	-0,3	-0,6	-1,0	-	0,2	-
	>8-≤9 (n=296)	-0,7	-1,2	-1,6	-	-0,2	-
	>9 (n=106)	-1,2	-1,8	-2,3	-	-0,1	-

Tabla 1. Variación de la HbA_{1c} con respecto al momento basal según el subgrupo de HbA_{1c} basal en 7 de los ensayos internacionales de fase 3a PIONEER. Análisis de un modelo mixto para mediciones repetidas, con el tratamiento, la región, los factores de estratificación y la interacción entre ellos, así como el grupo de HbA_{1c} basal y la interacción entre el tratamiento y los grupos de HbA_{1c} basal, como factores, y con el valor basal de la variable dependiente como covariable. -, no investigado en el ensayo; flex., ajuste de la dosis.

(EFICACIA DE SEMAGLUTIDA ORAL SEGÚN LA HBA1C BASAL: ANÁLISIS DE SUBGRUPOS EXPLORATORIO DEL PROGRAMA DE ENSAYOS PIONEER)

RESULTADOS Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE LAS NUEVAS TERAPIAS EN DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EXCESO DE PESO

RESULTS AND SAFETY IN THE ROUTINE CLINICAL PRACTICE OF NEW THERAPIES IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND OVERWEIGHT

Cornejo Dominguez, Jesús Manuel¹; Roca-Rodriguez, María del Mar¹; Lara Barea, Almudena¹; Vidal Suarez, Álvaro¹; Sánchez Toscano, Esteban¹; Barcala Esplá, Julia¹; Larrán Escandón, Laura¹; Mateo Gavira, Isabel¹; Aguilar-Diosdado, Manuel¹; Domínguez Romero, Isabel María²

1. UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España

2. Estudiante Medicina, Universidad de Cádiz. Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Sobrepeso y obesidad son considerados la comorbilidad más relacionada con la DM2. Por este motivo, han aparecido nuevas terapias con efecto doble, tanto hipoglucemiante como de pérdida ponderal.

OBJETIVOS

Evaluar y comparar los efectos sobre el control metabólico y el peso de pacientes con DM2 y exceso de peso sin adecuado control metabólico a los que se les ajusta el tratamiento hipoglucemiante con GLP-1 o iSGLT-2 de manera secuencial en Atención Especializada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo con medidas de cambio intrasujeto antes-después de pacientes con DM2 y exceso de peso sin adecuado control metabólico, a los que se combinó tratamiento con GLP-1 y iSGLT-2 en dos o tres visitas según la práctica clínica habitual en consultas de Endocrinología y Nutrición entre 2016 y 2018.

RESULTADOS

Evalúamos 37 pacientes (54,1% varones) con DM2, IMC \geq 25 e inadecuado control metabólico. Edad media 59,4 \pm 10,9 años y duración de diabetes 14 \pm 8,4 años. El tratamiento fue secuencial en 2 visitas (GLP-1 o iSGLT-2) en 29 pacientes y fue terapia combinada desde la primera visita (GLP-1 y iSGLT-2) en 8 pacientes. Visita basal: glucemia 193,8 \pm 79,6 mg/dl, HbA1c 8,8 \pm 1,9%, peso 102,7 \pm 20kg, IMC 37 \pm 6kg/m², colesterol LDL 112,3 \pm 45,2mg/dl, GPT 31,5 \pm 17,7 mg/dl, GGT 69,3 \pm 55,8 mg/dl. 2º Visita: glucemia 160,2 \pm 46 mg/dl, HbA1c 7,8 \pm 1,1%, peso 100,3 \pm 21,1kg, IMC 35,9 \pm 6,4kg/m², colesterol LDL 90,9 \pm 37mg/dl, GPT 30,2 \pm 29,9 mg/dl, GGT 46,9 \pm 37,6 mg/dl. 3º Visita: glucemia 130,4 \pm 29,9 mg/dl, HbA1c 7,3 \pm 1,2%, peso 96,8 \pm 17,8kg, IMC 34,59 \pm 5,74kg/m², colesterol LDL 78 \pm 28,9mg/dl, GPT 24,6 \pm 12,3 mg/dl, GGT 40,8 \pm 34,5 mg/dl.

dl. Terapia combinada GLP-1 e iSGLT-2: reducciones significativas de peso (102,7 \pm 20kg vs 96,8 \pm 17,8kg, p < 0,05), IMC (37 \pm 6kg/m² vs 34,59 \pm 5,74kg/m², p < 0,05), glucemia (193,8 \pm 79,6 mg/dl vs 130,4 \pm 29,9 mg/dl), HbA1c (8,8 \pm 1,9% vs 7,3 \pm 1,2%, p < 0,005) y LDL (112,3 \pm 45,2mg/dl vs 78 \pm 28,9mg/dl p < 0.05), GPT (31,5 \pm 17,7 mg/dl vs 24,6 \pm 12,3 mg/dl p < 0.05) GGT (46,9 \pm 37,6 mg/dl vs 40,8 \pm 34,5 mg/dl p < 0.05). Al comparar GLP-1 y iSGLT-2, el subgrupo con terapia secuencial se detectó una disminución significativa a favor de GLP-1 en la reducción HbA1c (p < 0.05)

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la combinación de GLP-1 e iSGLT2 muestra reducción significativa de peso y HbA1c, y un perfil metabólico más favorable con reducción de GPT, GGT y LDL. La comparación de ambos tratamientos logra mayor reducción de HbA1c con GLP-1.

VALIDACIÓN CLÍNICA DE UN SENSOR NO INVASIVO PARA LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE GLUCOSA EN SANGRE

CLINICAL VALIDATION OF A NON INVASIVE SENSOR FOR THE MEASUREMENT OF THE GLUCOSE LEVEL IN BLOOD

Méndez Muros, Mariola¹; Naranjo Hernández, David²; Barbarov Rostán, Gerardo²; Mateo Rodríguez, Carmen¹; M. Roa, Laura³; Serrano Olmedo, Isabel¹; Reina Tosina, Luis Javier³; Martínez Brocca, María Asunción¹

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

2. Grupo de Ingeniería Biomédica de la Universidad de Sevilla. Escuela Técnica Superior de Ingeniería, Sevilla

3. Universidad de Sevilla, Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones. Escuela Técnica Superior de Ingeniería, Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La monitorización no invasiva de glucosa es un área de investigación muy activa ya que todavía se carece de un dispositivo no invasivo suficientemente preciso para sustituir los controles capilares.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es la presentación de los primeros resultados de la validación clínica de un sensor no invasivo desarrollado por el Grupo de Ingeniería Biomédica de la Universidad de Sevilla

MATERIAL Y MÉTODOS

El dispositivo a validar está basado en la tecnología de espectroscopía infrarroja. El protocolo consistió en medir de forma simultánea los niveles de glucosa en sangre con el dispositivo propuesto, introduciendo el dedo ín-

dice en el sensor, y utilizando como referencia muestras capilares (realizadas con el glucómetro Contour XT de Bayer). Considerando una prevalencia del 13.8% de la diabetes mellitus en población española adulta, el tamaño de la muestra se cifró en N=163 (confianza 95%, error 5%). De las muestras disponibles se seleccionaron para la puesta a punto del dispositivo y para la validación el 70% y 30% de las medidas, respectivamente. La validación clínica se ha realizado sobre pacientes atendidos en las consultas en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del HUVM.

RESULTADOS

79 voluntarios adultos (37 DM tipo 1, 26 DM tipo 2, 16 sin diabetes), realizándose un total de 136 medidas válidas. Características antropométricas: 40 mujeres y 39 hombres, 80.8 ± 18.3 kg de peso y 168.5 ± 9.6 cm de estatura. Los niveles de glucosa estuvieron comprendidos entre 45 y 435 mg/dl (169 ± 9.6 mg/dl). La diferencia relativa absoluta media de estos primeros resultados respecto del dispositivo de referencia es del 23.2%. El 99.26% de las estimaciones se encuentra dentro de las regiones A y B de la cuadrícula de error de Clarke para medidores de glucosa.

CONCLUSIONES

Entre las ventajas destacan su bajo coste (no requiere tiras reactivas), uso inocuo e indoloro. Respecto a glucómetros percutáneos, no requiere la inserción de elementos bajo la piel, y analiza el nivel de glucosa en sangre en lugar de la glucosa del tejido intersticial. La validez de los resultados obtenidos (99,26%; la norma ISO 15197:2013 establece un valor mínimo del 99%) nos anima a alcanzar el tamaño de muestra propuesto, y se estima obtener una precisión comparable a la de los dispositivos comerciales percutáneos de determinación de glucosa.

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

ANTHROPOMETRIC AND NUTRITIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS IN A MULTIDISCIPLINARY UNIT

León Utrero, Sara; Serrano Laguna, M^a del Carmen; Leyva Martínez, M^a Socorro; Redondo Torres, Enrique; Andreo López, M^a del Carmen; Fernández Soto, M^a Luisa
Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La valoración nutricional de los pacientes con ELA es fundamental para disminuir complicaciones, ingresos hospitalarios e índice de mortalidad.

OBJETIVOS

Valorar el estado nutricional evolutivo de los pacientes diagnosticados de ELA en una Unidad Multidisciplinar (UMELA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo donde se incluyen pacientes valorados en la UMELA desde enero 2019 hasta enero 2020. Se recogen parámetros antropométricos, analíticos, así como porcentaje de suplementación oral, gastrostomías indicadas, ingreso hospitalario y mortalidad de la serie.

El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS15.

RESULTADOS

Total 35 pacientes con diagnóstico establecido y una evolución media de la enfermedad de $3,4 \pm 3$ años. El 77% de los pacientes no habían sido valorados previamente en la Unidad de Nutrición. El 68,6% de los pacientes fueron reevaluados con una media de seguimiento de $7,12 \pm 2,67$ meses. Evolutivamente se objetiva que tanto el peso ($66,8$ vs $66,22$ kg, $0,57 \pm 1,14$, $p=0,62$) como el IMC ($25,63$ vs $25,27$ kg/m², $0,35 \pm 0,45$, $p=0,44$) se mantienen en el tiempo sin diferencias significativas. Antropométricamente, destacar un aumento del pliegue tricípital ($14,5$ vs $1,7$ mm, $-2,23 \pm 1,37$, $p=0,11$) y de la circunferencia muscular del brazo ($22,89$ vs $23,4$, $-0,5 \pm 1,01$, $p=0,62$), con estabilidad de la circunferencia braquial. La dinamometría reveló una pérdida de $2,10 \pm 1,48$ mmHg, aunque sin significancia estadística ($p=0,18$). Analíticamente, mejoró el perfil glucémico ($-0,86 \pm 3,45$, $p=0,8$) y el lipídico con una reducción tanto del colesterol total ($11,61 \pm 5,51$, $p=0,48$) como del LDL ($23,09 \pm 10,36$, $p=0,037$).

Los parámetros nutricionales, proteínas totales y prealbúmina presentaron una tendencia a la mejora, aunque sin significancia estadística. La suplementación con vitamina D permitió pasar de unos niveles de $23,38$ a $30,59$ mg/dl ($-7,2 \pm 3,28$, $p=0,043$). El 40% de los pacientes reevaluados continuaron con el uso de suplementación oral y se indicaron gastrostomías percutánea en el 17% de los pacientes. Un 20% precisó de ingreso hospitalario o asistencia médica de urgencias.

La tasa de mortalidad de nuestra serie es del 17%

CONCLUSIONES

La valoración nutricional en los pacientes con ELA es fundamental para detectar de forma precoz los casos de desnutrición o en riesgo y plantear una actitud terapéutica eficaz.

A pesar de la mejora en los parámetros antropométricos y bioquímicos de nuestra serie, la tasa de mortalidad sigue siendo elevada, por lo que esta valoración nutricional se debería realizar al diagnóstico de la enfermedad y no tras años de evolución de la enfermedad.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE SEMAGLUTIDA SEGÚN EL IMC BASAL EN LOS ENSAYOS SUSTAIN 1-5 Y 7

EFFICACY AND SAFETY OF SEMAGLUTIDE BY BASELINE BMI IN SUSTAIN 1-5 AND 7

Reyes García, Rebeca

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Semaglutida, un análogo de GLP-1 de administración una vez a la semana para el tratamiento de la diabetes tipo 2, produjo reducciones estadística y clínicamente significativas de la HbA_{1c} y el peso corporal en el programa de ensayos clínicos SUSTAIN.

Un mayor índice de masa corporal (IMC) en el momento basal se asoció a una mayor pérdida de peso durante el tratamiento con semaglutida.

OBJETIVOS

Evaluar la variación de la HbA_{1c} según el IMC basal.

HbA _{1c} change from baseline (%)	Variación de la HbA _{1c} con respecto al momento basal, %
All subjects	Todos los pacientes
25 to <30	De 25 a < 30
30 to <35	De 30 a < 35
SUSTAIN 1 vs placebo (treatment naïve)	SUSTAIN 1 frente a placebo (sin tratamiento previo)
BL HbA _{1c} (%)	HbA _{1c} basal (%)
SUSTAIN 2 vs sitagliptin (background: MET±TZD)	SUSTAIN 2 frente a sitagliptina (tratamiento de base: MET ± TZD)
SUSTAIN 3 vs exenatide ER (background: 1-2 OADs, MET/TZD/SU)	SUSTAIN 3 frente a exenatida LP (tratamiento de base: 1-2 ADO (MET, TZD, SU)
SUSTAIN 4 vs IGlár (background: MET±SU)	SUSTAIN 4 frente a IGlár (tratamiento de base: MET ± SU)
SUSTAIN 5 vs placebo (add on basal to insulin±MET)	SUSTAIN 5 frente a placebo (complemento de insulina basal ± MET)
SUSTAIN 7 vs dulaglutide (background: MET)	SUSTAIN 7 frente a dulaglutida (tratamiento de base: MET)
Semaglutide 0.5 mg	Semaglutida 0,5 mg
Semaglutide 1.0 mg	Semaglutida 1,0 mg
Placebo	Placebo
Sitagliptin	Sitagliptina
Exenatide ER	Exenatida LP
IGlár	IGlár
Dulaglutide 0.75 mg	Dulaglutida 0,75 mg
Dulaglutide 1.5 mg	Dulaglutida 1,5 mg

Tabla 1. Variación de la HbA_{1c} (%) según el IMC basal (kg/m²) en los ensayos SUSTAIN 1-5 y 7. Los valores mostrados corresponden a variaciones medias estimadas con respecto al momento basal de los pacientes durante el tratamiento sin medicación de rescate. Los productos de comparación fueron placebo equivalente por volumen (SUSTAIN 1 y 5), sitagliptina 100 mg (SUSTAIN 2), exenatida LP 2,0 mg (SUSTAIN 3), IGlár (SUSTAIN 4) y dulaglutida 0,75 y 1,5 mg (SUSTAIN 7). IMC, índice de masa corporal; exenatida LP, exenatida de liberación prolongada; IGlár, insulina glargina; MET, metformina; ADO, antidiabético oral; SU, sulfonilurea; TZD, tiazolidinodiona.

(Eficacia y seguridad de semaglutida según el IMC basal en los ensayos SUSTAIN 1-5 y 7)

MATERIAL Y MÉTODOS

En este análisis post hoc se evaluó la variación de la HbA1c según el IMC basal (< 25, 25 < 30, 30 < 35 y ≥ 35 kg/m²) con semaglutida vs. comparador en los ensayos SUSTAIN 1-5 y 7. Los datos de seguridad se agruparon y se analizaron estratificados según el ensayo.

RESULTADOS

Las reducciones de la HbA1c (%) media con respecto al momento basal fueron mayores en todos los subgrupos de IMC con semaglutida que con el comparador. No hubo interacciones significativas entre el tratamiento y el IMC, lo que indica un efecto uniforme de semaglutida con respecto al comparador sobre la variación de la HbA1c en todos los subgrupos de IMC. En todos los subgrupos de IMC de todos los grupos de tratamiento se produjeron acontecimientos adversos en una proporción similar de pacientes. Los acontecimientos adversos digestivos fueron mayores con semaglutida que con los comparadores, aunque disminuyeron al aumentar el IMC basal (semaglutida: < 25 kg/m² = 48,8%, 25 < 30 kg/m² = 43,0%, 30 < 35 kg/m² = 39,4% y ≥ 35 kg/m² = 39,3% frente a los diversos comparadores: 21,2-28,9%). La suspensión prematura del tratamiento por acontecimientos adversos fue mayor con semaglutida que con los comparadores en todos los subgrupos de IMC (5,6%-15,3% frente al 2,3%-8,3%).

CONCLUSIONES

La eficacia de semaglutida para reducir la HbA1c no parece verse influida por el IMC basal. Semaglutida mostró un perfil de seguridad aceptable en todos los subgrupos de IMC.

DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRAL DE SEGUIMIENTO CLÍNICO Y MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA EN ANDALUCÍA: RESULTADOS DE CONTROL GLUCÉMICO

DESIGN AND IMPLEMENTATION OF AN INTEGRAL SYSTEM OF CLINICAL TRACKING AND GLUCOSE MONITORING IN ANDALUSIA: GLYCEMIC CONTROL RESULTS

Martínez-Brocca, María Asunción¹; Romero, María del Mar²; Mayoral, Eduardo³; Dubé, Juan de Dios⁴; Llamas Porras, Salvador⁴; García González, Juan Jesús¹, Sánchez-Laguna, Francisco⁵

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla
2. UGC Pediatría. H. Universitario Virgen Macarena, Sevilla
3. Plan Integral de Diabetes de Andalucía. Consejería de Salud y Familias
4. Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicación. Consejería de Salud y Familias
5. Servicio de Coordinación de Sistemas de Información. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud

DIABETES

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

Implantar un modelo que permita la identificación y valoración de resultados en salud de la población pediátrica con diabetes tipo 1 (DM1) usuaria de sistema de monitorización flash (MFG) en el marco del SSPA.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población diana (DM1, edad 4-18 años) se estimó en 3.000 pacientes. Se planificó la replicación de la estructura funcional del SSPA en la plataforma de descarga del sistema MFG (LibreView): 33 hospitales, 50 Unidades de Gestión Clínica (UGC), 350 profesionales sanitarios. El sistema incluyó registro mediante identificación inequívoca en dos plataformas (corporativa del SSPA y LibreView), seguimiento mediante extracción y carga trimestral de datos agregados de glucosa a la historia clínica y evaluación de las variables clínicas. Para el análisis de resultados de control glucémico se estableció como criterio de calidad disponer de al menos un 70% de los datos en Libre View.

RESULTADOS

Entre Mayo 2018-Enero 2020, se incluyeron 3250 pacientes DM1; 1.587 pacientes (4-10 años, n1=302, 19.0%; 11-14 años, n2=459, 28.9%; 15-18 años, n3=344, 21.7%; mayores de 18 años, n4=482, 30.4%) con más del 70% de datos captados, fueron analizados. El tiempo en rango medio fue de 56.4% (4 a 10 años, 54.2%; 11 a 14 años, 52.7%; 15 a 18 años, 52.1%; mayores de 18 años, 57.1%). El tiempo en hipoglucemia <70 mg/dl fue de 6% (4 a 10 años, 5%; 11-14 años, 5.4%; 15-18 años, 6.5%; mayores de 18 años, 7.3%). La HbA1c estimada media fue 7.6% (4 a 10 años, 7.6%; 11-14 años, 7.8%; 15-18 años, 7.7%; mayores de 18 años, 7.3%).

CONCLUSIONES

En el marco del SSPA se ha implantado con éxito un sistema integral de seguimiento clínico en población pediátrica con DM1 usuaria de sistema MFG, que permitirá la monitorización de resultados en salud.

LOCALIZACIÓN DE SEMILLAS RADIOACTIVAS 125I (RSL) EN CIRUGÍA DE METÁSTASIS CERVICAL DE CÁNCER DE TIROIDES

125I RADIOACTIVE SEED LOCALIZATION (RSL) IN SURGERY OF CERVICAL METASTASIS OF THYROID CANCER

García González, Juan Jesús; Domínguez Rabadán, Rocío; Ravé García, Reyes; Rodríguez Vera, Pablo; Martín Hernández, Tomás

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad del implante de semillas radioactivas (RSL) para la localización de la recurrencia cervical del cáncer de tiroides.

MATERIAL Y MÉTODOS

Seis pacientes con cáncer de tiroides reoperados por recurrencia ganglionar cervical, evidenciados por ultrasonido y citología/Tg PAAF, fueron seleccionados para este procedimiento. Se introdujo una semilla 125 I en la lesión metastásica mediante una aguja guiada por ecografía. Durante la cirugía, se utilizaron una sonda/gammacámara portátil para la localización de la lesión. Después de la cirugía se verificó que la semilla estaba incluida en el tejido extirpado. Se analizaron la duración de la intervención quirúrgica, actividad de la semilla, niveles de tiroglobulina, dosis efectiva de radiación, complicaciones y grado de resección quirúrgica.

RESULTADOS

Todos los ganglios marcados fueron positivos en histología. La duración media del procedimiento ecográfico fue de 12.8 ± 5.2 minutos. La semilla permaneció dentro del paciente, una media de 4.3 días (3-7) y el tiempo quirúrgico medio fue de 45 ± 37.5 minutos. Encontramos 13 especímenes metastásicos. La actividad media de la semilla implantada fue de 70.32 ± 22.7 MBq (42,8-105). El nivel de tiroglobulina fue de 2.08 ± 1.56 ng/dl. Registramos un caso de hipoparatiroidismo transitorio.

CONCLUSIONES

La introducción de RSL en nuestra unidad ha mostrado beneficios para el paciente y el equipo médico, siendo una procedimiento seguro y efectivo que también mejora la programación quirúrgica.

CONTROL GLUCÉMICO TRAS IMPLANTACIÓN SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA EN NUESTRO CENTRO

GLYCEMIC CONTROL AFTER CLOSED LOOP HYBRID SYSTEM IMPLANTATION IN OUR CENTRE

Damas Fuentes, Miguel; Martínez Montoro, José Ignacio; Fernández Valero, Andrea; García Alemán, Jorge; Picón César, María José; Tinahones, Francisco J
Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La irrupción en el mercado de sistemas híbridos de asa cerrada, que automatizan la infusión de insulina basal, han revolucionado el tratamiento de la diabetes tipo 1.

OBJETIVOS

Evaluar los principales parámetros de control glucémico en nuestras primeras pacientes utilizando un sistema de asa cerrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, basado en práctica clínica. Se recogieron datos de la historia clínica y de la última descarga de Carelink de las pacientes con implantación del sistema de asa cerrada modelo Medtronic 670G utilizando esta plataforma de descarga.

RESULTADOS

Se incluyeron 7 pacientes, siendo el 100% mujeres, con edad 41,9±7,6 años. El tiempo medio desde la instauración fue de 203.9±69,1 días. La indicación fue en 5 casos hipoglucemias desapercibidas y en 2 casos preparación de gestación. Respecto al control previo, la media era 145,1±12,3 mg/dl y la desviación estándar (DS) era 69,0±17,3 mg/dl, con 11,8±6,6 hipoglucemias registradas en dos semanas. La HbA1c era de 6,7±0,5% y el test de Clarke 5,6±3,1. El tiempo en rango medio (70-180 mg/dl) fue de 79±8,8%, con tiempo por encima de rango >180 de 18,3±7,9% y >250 de 2,9%±2,7%. El tiempo por debajo de rango < 70 fue 2,7±1,5% y <54 de 0,71±0,76%. El tiempo en modo automático fue de 94,7%, con un uso de sensor del 93%. La HbA1c estimada fue de 6,6%, con todas las pacientes cumpliendo el objetivo de ≤7%. La media de glucemia capilar fue 157,6±18,6 mg/dl con una DS 60,3±17,9 mg/dl. La media de glucemia en el sensor fue 143,7±8,8 mg/dl con una DS de 44,6±9,8 mg/dl y un CV de 30,8±5,1%.

CONCLUSIONES

1. La implantación de un sistema de asa cerrada híbrido consiguió en nuestra muestra un excelente control glucémico, adecuándose a los estándares del Consenso Internacional sobre Tiempo en Rango. 2. Se necesitan más estudios que evalúen la persistencia de estos resultados a largo plazo y sus efectos sobre complicaciones y calidad de vida.

LA ELEVACIÓN DE TSH INCREMENTA EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS

HYROTROPIN ELEVATION INCREASES THE RISK OF MALIGNANCY OF THYROID NODULES

Tomé Fernández-Ladreda, Mariana¹; Carral San Laureano, Florentino¹; Fernández, Juan José, ²; Jiménez, Jm ³, Helms, A⁴; Jiménez Millán, Ana Isabel¹; Ayala, María Del Carmen¹

1 Endocrinología y Nutrición. H. U. de Puerto Real

2 Obstetricia y Ginecología. H. U. de Puerto Real

3 Departamento de Matemáticas. Facultad de Ciencias. Universidad de Cádiz

4 Anatomía Patológica. H. U. de Puerto Real

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

El rol del nivel sérico de TSH como predictor de malignidad en la evaluación del nódulo tiroideo no está aclarado aunque varios estudios sugieren que un nivel elevado de TSH incrementa el riesgo de malignidad de los nódulos tiroideos.

OBJETIVOS

Evaluar la asociación del nivel preoperatorio de TSH con la presencia de cáncer de tiroides (CT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de datos clínicos, analíticos y anatomopatológicos de pacientes intervenidos por patología tiroidea entre 2013 y 2019. Se evalúa la asociación de los niveles de TSH con la presencia de CT.

RESULTADOS

Se han intervenido 600 pacientes (50,7 ± 13,4 años; 82,7% mujeres) por patología nodular tiroidea entre 2013 y 2019. Los 106 pacientes con CT (88 cánceres papilares) presentaban mayores niveles de TSH que los 494 pacientes con patología tiroidea benigna (TSH 2,84 ± 2,82 vs 1,67 ± 1,66 mcU/ml; p < 0,001).

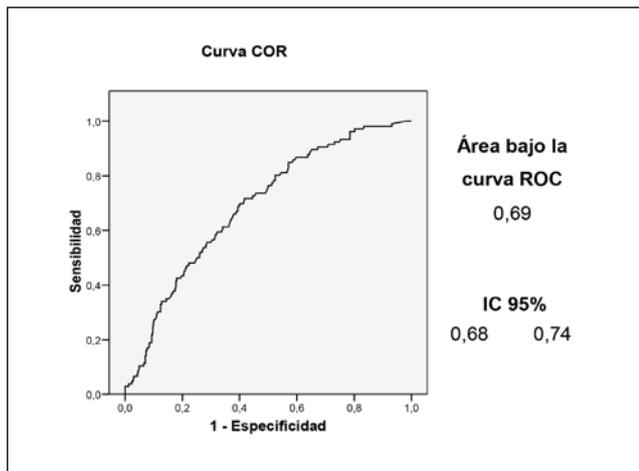


Figura 1. Curva ROC de los niveles de TSH como y la presencia de cáncer de tiroides. LA ELEVACIÓN DE TSH INCREMENTA EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS

En la tabla adjunta se expone el riesgo de malignidad por niveles de TSH: TSH (mcU/ml) Pacientes (%) Benignos (%) CT (%) OR IC 95% p 0,0-0,37 119 (19,8%) 112 (94,1%) 7 (5,9%) 0,82 0,76-0,89 < 0,001 0,38-3,7 419 (69,8%) 340 (81,1%) 79 (18,9%) 1,00 Más de 3,7 62 (10,4%) 42 (70,0%) 20 (30,0%) 1,12 1,01-1,23 0,015

CONCLUSIONES

La presencia preoperatoria de niveles de TSH superiores a 3,7 mcU/ml incrementa el riesgo de malignidad en los pacientes con patología nodular tiroidea.

TIRADS-ACR VS ATA ¿PODRÍAMOS REDUCIR EL NÚMERO DE PAAF?

COULD WE REDUCE THE NUMBER OF FNA?

De Lara Rodríguez, Irene; Romero Lluch, Ana Reyes; Dueñas Disotuar, Suset; Déniz García, Alejandro; Navarro González, Elena

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen varias escalas ecográficas para establecer los criterios de punción-aspiración con aguja fina (PAAF) sobre los nódulos tiroideos en función de las características y del tamaño de estos. En nuestro centro utilizamos los criterios de la Asociación Americana del Tiroides (ATA) pero trabajos recientes sugieren que la escala Thyroid Imaging Reporting and Data System-American College of Radiology (TIRADS-ACR) podría reducir el número de PAAF sin un aumento importante de los falsos negativos.

OBJETIVOS

Evaluar si la escala TIRADS-ACR es superior a la escala ATA a la hora de seleccionar los nódulos susceptibles a PAAF.

TSH (mcU/ml)	Pacientes (%)	Benignos (%)	CT (%)	OR	IC 95%	p
0,0-0,37	119 (19,8%)	112 (94,1%)	7 (5,9%)	0,82	0,76-0,89	< 0,001
0,38-3,7	419 (69,8%)	340 (81,1%)	79 (18,9%)	1,00		
Más de 3,7	62 (10,4%)	42 (70,0%)	20 (30,0%)	1,12	1,01-1,23	0,015

Tabla 1. Riesgo de malignidad por niveles de TSH LA ELEVACIÓN DE TSH INCREMENTA EL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo. En cada nódulo sometido a PAAF en consultas de endocrinología del Hospital Universitario Virgen del Rocío se recogió la puntuación en la escala TIRADS-ACR (1-5) y sospecha ATA. Posteriormente se recogió el resultado citológico y/o anatomopatológico (AP) definitivo en caso de estar disponible. El tamaño fue recogido de retrospectivamente. Con todos estos datos se evaluó el número y porcentaje de nódulos en los que se hubiera evitado la PAAF utilizando la escala TIRADS-ACR y el porcentaje de falsos negativos. Se excluyeron nódulos con citología Bethesda I, III y IV en los que no estaba disponible el resultado anatomopatológico definitivo.

RESULTADOS

Presentamos los resultados provisionales de 200 nódulos. Del total, 196(98%) cumplían criterios ATA, de los cuales 55(28,1%) no sería susceptibles de PAAF según TIRADS-ACR, de ellos, 2(3,6%) presentaron diagnóstico definitivo de Carcinoma papilar y 1(1,8%) de NIFPT. Por lo que tendríamos una tasa de falsos negativos del 3,6%.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la utilización de la escala TIRADS-ACR permitiría reducir el número de PAAF en un 28% en comparación con la ATA, sin embargo, tendríamos que asumir un 3,6% de los nódulos por con diagnóstico de malignidad que se escaparían por no cumplir criterios.

Características generales de la muestra		
Número de nódulos		n = 200 (pendiente de ampliar a 700)
Mujeres		157(78,5%)
Edad(años)		55[48-68]
Tamaño del nódulo(mm)		26[19,1-35]
Nódulos con resultado citológico no intervenidos (sin AP) n=99	Bethesda I, III y IV	Excluidos
	Bethesda II	99(100%)
	Bethesda V	0
	Bethesda VI	0
Nódulos con resultado citológico intervenidos (con AP) n=101	Benignos	52(51,4%)
	NIFPT	4(3,9%)
	Malignos	45(44,55%)

Tabla 1. Descripción ecográfica de los nódulos con AP maligna sin criterios para PAAF por TIRADS ACR:

1.- Nódulo sólido, isoecoico, de aspecto heterogéneo, con halo bien delimitado y vascularización periférica de 23,2 mm.

2.- Nódulo sólido, hipoeicoico, con áreas quísticas de 11mm.

TIRADS-ACR vs ATA ¿Podríamos reducir el número de PAAF?

CARCINOMA SUPRARRENAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

ADRENAL CARCINOMA. OUR EXPERIENCE IN THE LAST 10 YEARS.

De Lara Rodríguez, Irene¹; Domínguez Rabadán, Rocío²; Tous Romero, María del Castillo²; Piñar Gutiérrez, Ana¹; Pumar López, Alfonso¹, Mangas Cruz, Miguel Ángel¹

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

2. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

SUPRARRENALES Y GÓNADAS (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma suprarrenal es un tumor con muy mal pronóstico que requiere un manejo específico y multidisciplinar. En los últimos años se ha experimentado una mejoría en la expectativa de vida de estos pacientes debido a algunos avances clínicos.

OBJETIVOS

Describir la población con diagnóstico de carcinoma suprarrenal y analizar el pronóstico de esta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en el período 2010-2019, en pacientes atendidos en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío y del Hospital Universitario Virgen Macarena. Se recogieron variables basales demográficas, de estadiaje inicial tumoral, inicio, duración y dosis de mitotane, tratamientos complementarios, datos de supervivencia y progresión de la enfermedad y efectos secundarios. Las variables cualitativas se expresan como n y porcentaje y las cuantitativas como mediana[p25-p75].

RESULTADOS

Se administró mitotane 14(87,5%) pacientes, el 64% en adyuvancia, al 28% por estadio avanzado y 7% por recurrencia. El tiempo mediano para llegar a mitotemia en rango terapéutico fue de 5[4-6]meses con una dosis mediana de 3[2,5-3,5]g. El tiempo total mediano con el fármaco fue de 14[5-20] meses. El 50%(8) recibió otro tratamiento, 6(75%) quimioterapia con una media de 6 ciclos y 5(62,5%) recibieron radioterapia.

Características generales de la muestra		
Número de nódulos		n = 200 (pendiente de ampliar a 700)
Mujeres		157(78,5%)
Edad(años)		55[48-68]
Tamaño del nódulo(mm)		26[19,1-35]
Nódulos con resultado citológico no intervenidos (sin AP) n=99	Bethesda I, III y IV	Excluidos
	Bethesda II	99(100%)
	Bethesda V	0
	Bethesda VI	0
Nódulos con resultado citológico intervenidos (con AP) n=101	Benignos	52(51,4%)
	NIFTP	4(3,9%)
	Malignos	45(44,55%)

Tabla 1. Descripción ecográfica de los nódulos con AP maligna sin criterios para PAAF por TIRADS ACR:

1.- Nódulo sólido, isoeoico, de aspecto heterogéneo, con halo bien delimitado y vascularización periférica de 23,2 mm.

2.- Nódulo sólido, hipoeoico, con áreas quísticas de 11mm.

CARCINOMA SUPRARRENAL. Nuestra experiencia en los últimos 10 años

Recidivaron el 31,2%(5), uno de ellos en pulmón y cuatro con metástasis retroperitoneales. Solo uno no estaba en tratamiento con mitotane en el momento de la recidiva, 3(60%) presentaban mitotininemia en rango y 1 por debajo de rango. El porcentaje de fallecimiento fue 43,8%(7). El tiempo mediano libre de enfermedad es de 12[0-50] meses con una supervivencia mediana total de 26[14-50]meses. Como efectos secundarios destacan los gastrointestinales 37,5%, hiperlipidemia 31,3%, hipotiroidismo, alteraciones neurológicas y dermatológicas en el 25%.

CONCLUSIONES

La mortalidad en los pacientes con carcinoma suprarrenal sigue siendo muy elevada, se diagnostica en fase avanzada y tiene una elevada tasa de recurrencia. Se necesita mejorar los conocimientos en la biología de este tumor para conseguir avances en la supervivencia.

CIRUGÍA BARIÁTRICA EN DIABETES: MÁS ALLÁ DEL PESO

BARIATRIC SURGERY FOR TYPE 2 DIABETES: BEYOND THE WEIGHT LOSS

Guardia Baena, Juan Manuel¹; Marginean, Delia²; Novo Rodríguez, Cristina¹; Herrera Montes, Isabel¹; Muñoz-Garach, Araceli¹; Álvarez Martín, M^a Jesús¹; Luna López, Victoria¹; Santiago Fernández, Piedad¹

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. H.U. Virgen de las Nieves. Granada

2. Departamento de Medicina. Universidad de Granada

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

Últimamente se postula la cirugía bariátrica (CB) como tratamiento eficaz para la DM 2

OBJETIVO

Analizar la evolución en parámetros metabólicos de pacientes con diabetes mellitus 2 (DM 2) obesos sometidos a cirugía bariátrica (CB)

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos las historias clínicas de pacientes con DM 2 obesos intervenidos entre enero del 2017 y diciembre del 2018. Variables: edad y sexo, índice de masa corporal (IMC), TA, HbA1c, glucosa, lípidos pre y 3, 6 y 12 meses postcirugía. Se han excluido del análisis estadístico aquellas historias en las que faltaban 2 o más variables a analizar.

RESULTADOS

Revisamos 28 historias clínicas: 15 varones y 13 mujeres de 51,42 años de edad (40 a 59 años). 23 pacientes fueron sometidos a Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL) y 5 a By-pass gástrico (BPG).

El IMC precirugía fue de 47,82 kg/m² y a los 12 meses de 32,71 kg/m². Se ha producido una disminución estadísticamente significativa [t(21)=12,709, p<0,05] del 31,59%.

La media de glucosa precirugía fue de 186,08 mg/dl y a los 12 meses de 85, 29 mg/dl. La disminución fue estadísticamente significativa (z= -4,015, p<0,05). Encontramos un descenso de la glucemia basal más importante en el grupo sometido a GTL frente a los sometidos a BPG a los 6 meses de la intervención (p=0.01; 83.29 frente a 126.4 mg/dl respectivamente). Con respecto a la HbA1c el grupo sometido a GTL tienen unos valores de HbA1c basales significativamente más elevados que los sometidos a BPG (p=0.015; 8.48% frente 7.08%); se produce un descenso de la HbA1c en ambos pero sin diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a los parámetros lipídicos encontramos diferencia estadísticamente significativa en los valores de HDL-C con un incremento a los 12 meses tras la cirugía del 21,38% [t(5)= -3,712, p<0,05; 44,25mg/dl frente a 53,71mg/dl]

Así mismo se observa una disminución estadísticamente significativa en los valores medios de triglicéridos del 53,9% [t(15)= 2,905, p<0,05; 209,76 mg/dl y a los 12 meses postcirugía de 96,70mg/dl]

CONCLUSIONES

Tras la CB, se observa una disminución del IMC del 31,59%, asociado a una mejora en el perfil lipídico (aumento de HDL y disminución de triglicéridos). Se observa una mejora en el control glucémico postcirugía, con glucemia media acercándose a rangos de normalidad. Llama la atención que la mejoría en el control glucémico es más manifiesta en los pacientes GTL que en BPG. Estudios con mayor número de pacientes incluidos permitirán ampliar nuestros resultados.

¿ES LA CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB) LA SOLUCIÓN AL GRAN PROBLEMA? RESULTADOS A CORTO PLAZO

IS BARIATRIC SURGERY THE SOLUTION TO THE BIG PROBLEM? SHORT-TERM RESULTS

Herrera Montes, Isabel¹; Garzón Aguilar Garzón Aguilar, Jaime²; Novo Rodríguez, Cristina¹; Guardia Baena, Juan Manuel¹; Muñoz-Garach, Araceli¹; Mogollón González, Mónica³; Tenorio Jiménez, Carmen¹; Santiago Fernández, Piedad¹

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

2. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada

3. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública que afecta al 21.6% de la población española y va ligada al desarrollo de DM2. La cirugía bariátrica (CB) se postula como una solución al problema.

OBJETIVOS

Resultados en variables antropométricas de los pacientes sometidos a CB en HU Virgen de las Nieves.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a CB entre enero y diciembre del 2019. Variables: edad y sexo; antropométricas: peso, talla, IMC pre cirugía y a los 3 y 6 meses tras la cirugía. Apoyo psicológico. Complicaciones inmediatas. Estudio estadístico: análisis de medias y desviación estándar y aplicación de la T de Student para comparar grupos.

RESULTADOS

Total de 89 pacientes; seleccionamos 84 historias; 29 hombres y 55 mujeres, de 26 a 67 años de edad (media de 47.82 años). Previo a cirugía 61 pacientes han seguido una dieta de bajo contenido calórico; 7 de ellos han asistido a un curso de apoyo psicológico. Intervención: 18 pacientes sometidos a by pass (BP) y 65 a Gastrectomía Tubular Laparoscópica (GTL); 1 paciente se ha reintervenido mediante anillado del pouch gástrico. Media de IMC pre cirugía: 45.90 kg/m² sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (34.75-62.30); IMC a los 3 meses postcirugía se redujo a una media de 38.22 kg/m² (n=71; 29.37-49.37); IMC a los 6 meses fue de 33.75 kg/m² (n=32; 21.30-42.45). El porcentaje de pérdida de peso ha sido de 17.49 kg a los 3 meses de CB y de 28.96 a los 6 meses tras CB. Los hombres tienen una pérdida de peso significativamente mayor que las mujeres a los 3 meses postcirugía (p=0.02; -20.06 frente a -16.07 ♂:♀). Existen diferencias estadísticamente significativas en el % de pérdida de peso según el tipo de cirugía, siendo menor en los pacientes intervenidos por BP que en GTL (a los 3 meses: 13.86% el descenso medio en BP vs 18.56% en GTL. A los 6 meses: 22.27 % el descenso medio en BP vs 30.54% en GTL). 8 pacientes (9.52%) han acudido al servicio de urgencias por complicaciones menores en los días siguientes a la cirugía.

CONCLUSIONES

La CB en nuestro medio se postula como una herramienta eficaz para conseguir la reducción ponderal en personas con obesidad grave con una baja incidencia de complicaciones postquirúrgicas graves inmediatas.

REDUCCIÓN DEL COSTE EN FÁRMACOS PARA LA DIABETES TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA EN DIABETES MELLITUS 2 (DM2)

REDUCTION OF DIABETES MEDICATION COSTS AFTER BARIATRIC SURGERY

Muñoz-Garach, Araceli¹; Marginean, Delia²; Guardia Baena, Juan Manuel¹; Novo Rodríguez, Cristina¹; Herrera Montes, Isabel¹; Triguero Cabrera, Jennifer³; Tenorio Jiménez, Carmen¹; Santiago Fernández, Piedad¹

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada
2. Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Facultad de Medicina
3. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de DM2 es de 15% de la población, lo cual supone un elevado gasto farmacéutico incrementado por el uso de nuevos fármacos. La cirugía bariátrica (CB) puede minimizar el gasto.

OBJETIVOS

Valorar la reducción en el coste en medicamentos en pacientes con obesidad grave y DM 2 sometidos a CB.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de historias clínicas de pacientes con DM 2 y obesidad intervenidos entre enero del 2017 y diciembre del 2018. Variables: fármacos para el tratamiento de la diabetes pre y postcirugía. Coste asociado a dicho tratamiento y reducción del coste farmacéutico a los 12 meses tras CB. Análisis de frecuencias y aplicación de la T de Student para comparación de grupos.

RESULTADOS

De los 65 pacientes registrados en DIRAYA intervenidos de CB en el periodo descrito, hemos seleccionado 28 historias de pacientes con DM 2. Precirugía, 2 pacientes se controlaban solo con dieta, 17 pacientes con metformina, 7 pacientes con metformina más un análogo de insulina lenta, 1 paciente con metformina más iSGLT2 y 1 paciente con metformina más sulfonilureas. La estimación del coste por paciente y día: metformina de 0.08 €/día, iSGLT2: 1.8 €/día, sulfonilureas: 0.084 €/día e insulina: 1.54 €/día. Coste total precirugía era de 14.74 €/día. A los 12 meses después de la CB 5 pacientes se trataban con metformina y 2 con metformina y análogo de insulina lenta; se consiguió una reducción del gasto a los 12 meses tras CB del 75.3% con un coste total de 3.64 €/día.

Los pacientes que mantenían el tratamiento farmacológico para su diabetes 12 meses postcirugía con dos fármacos presentaban cifras de HbA1c significativamente más elevadas que los que se controlaban solo con dieta (p=0.025; 6.75% frente a 5.5% respectivamente). En relación a la glucemia media basal no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

CONCLUSIONES

La CB se muestra eficaz para el tratamiento de los pacientes con DM 2 reduciendo las comorbilidades asocia-

das a la obesidad y mejorando el control metabólico; este hecho supone una reducción en el gasto farmacéutico de un 75.3% a los 12 meses postcirugía. Son necesarios trabajos con mayor número de pacientes para reflejar más evidentemente los beneficios de la CB sobre control glucémico de DM2. Llama la atención en nuestro estudio, que ninguno de estos pacientes seguía tratamiento con análogos de GLP1.

ESTUDIO DE MUTACIONES GERMINALES EN PACIENTES CON PARAGANGLIOMA ATENDIDOS EN HOSPITAL VIRGEN MACARENA DESDE 2015.

STUDY OF GERMINAL MUTATIONS IN PATIENTS WITH PARAGANGLIOMA ATTENDED IN HOSPITAL VIRGEN MACARENA SINCE 2015

Domínguez Rabadán, Rocío¹; Tous Romero, María del Castillo¹; Ravé García, Reyes¹; Vallejo Benítez, Ana²; Fernández García, Raquel³; Martínez- Brocca, María Asunción¹

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

2. UCG Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

3. UCG Genética. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

HIPÓFISIS Y TUMORES NEUROENDOCRINOS

INTRODUCCIÓN

La mayoría de guías actuales recomiendan considerar estudio genético en pacientes diagnosticados de paraganglioma. En 2015, colaboramos en un estudio que valoraba porcentaje de pacientes con paraganglioma a los que se realizaba estudio genético, en nuestra área sanitaria, con resultado del 20 %. Desde entonces, se trabaja para aumentar este porcentaje. A pacientes con presencia de mutación germinal, se ofrece estudio a familiares y cribado de tumores a portadores de mutación.

OBJETIVOS

Valorar cambios en porcentaje de solicitud de estudio genético desde el año 2015 en pacientes con paraganglioma, porcentaje de pacientes con mutación germinal y genes afectados. Valoración de pacientes identificados de portadores de mutación tras diagnóstico de caso índice; así como detección de tumor mediante cribado genético.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro hospital de paraganglioma o derivados a nuestra consulta para valoración .Se recogen las siguientes variables: edad al diagnóstico, sexo, localización, número, secreción hormonal, clínica,

metástasis al diagnóstico, tratamiento, antecedentes familiares, realización de estudio genético al caso índice y familiares, y en caso de mutación, gen afecto, y si los familiares portadores desarrollaban la enfermedad.

RESULTADOS

Se incluyen 22 pacientes con diagnósticos de paraganglioma anatomopatológico o clínico. Se excluyó 1 paciente por pertenecer a otra área sanitaria y 4 pacientes cuyo diagnóstico se realizó, por cribado a raíz de estudio genético. 19 de estos pacientes tienen realizado estudio genético, de los cuales 7 son portadores de mutación, estando 1 paciente pendiente de resultado. Los pacientes con mutación son el 36,8%, siendo el gen afecto más frecuente SDHB en 5 pacientes (26,3%). Actualmente tenemos 29 pacientes portadores de mutación tras diagnóstico de caso índice, detectándose tumor mediante cribado genético en 4.

CONCLUSIONES

Desde 2015, el estudio genético se ha generalizado en los pacientes diagnosticados de paraganglioma en nuestra área sanitaria. 36,8 % de nuestros pacientes presentaron una mutación germinal, siendo SDHB la más frecuente (26,3%). Esto ha conllevado un incremento de pacientes portadores asintomáticos en nuestras consultas. El diagnóstico de tumores detectados por cribado es bajo.

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA FREESTYLE LIBRE (FSL) Y OBJETIVOS DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (DM1) NACIDOS ENTRE 2000 Y 2006

FREESTYLE LIBRE SYSTEM AND METABOLIC CONTROL OBJECTIVES IN TYPE 1 PATIENTS BORN BETWEEN 2000 AND 2006

Carral San Laureano, Florentino; Tomé García-Ladreda, Mariana; Piñero Zaldivar, Antonia; Expósito, Coral; Jiménez Milán, Ana Isabel; García Calzado , Concepción; Ayala Ortega, María del Carmen

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerto Real

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de 2018 los pacientes con DM1 menores de 18 años tienen acceso con financiación pública al sistema FSL.

OBJETIVOS

Describir el grado de implantación del sistema FSL y los objetivos de control metabólico en pacientes con DM1 nacidos entre 2000 y 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal en 80 pacientes con DM1 (13,7% de los pacientes de consultas) nacidos entre 2000 y 2006 (51,3% varones; 7,5 ± 4,5 años de evolución; 92,5% con MDI) identificados en la base de datos “Diabetes tipo 1” de nuestra unidad. Se analizan las glucométricas descargadas el 1 de Febrero de 2020 de la web “Libreview”.

RESULTADOS

El 12,5% (10 pacientes) de los nacidos entre 2000 y 2006 han rechazado o no tenían criterios para el uso del sistema FSL y el 6,3% (5 pacientes) o no lo utilizan o no han cargado ningún dato en “Libreview”. El 60% (42 pacientes) disponían de datos actualizados el mismo día (30 pacientes) o la semana previa a la descarga de datos (12 pacientes), el 7,1% tenían datos del mes previo (5 pacientes), el 8,6% de los últimos tres meses y el 17,1% datos de hacía más de 3 meses (12 pacientes). En la tabla se exponen las glucométricas evaluadas: Tan sólo el 9,2% (6 pacientes) y el 12,3% (8 pacientes) tenían en las últimas 4 semanas un % de lecturas entre 70 y 180 mg/dl superior al 70% o una cifra de HbA1c estimada ≤ 7%, respectivamente. Sin embargo, el 52,3% (34 pacientes) tenían un % de lecturas < 70 mg/dl menor del 4%.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, el 81% de los pacientes con DM1 nacidos entre 2000 y 2006 descargan información del sistema FSL en la web “Libreview”, disponiéndose en el 72% de datos actualizados del último mes. Sin embargo, la amplia mayoría de pacientes presentan un control glucémico deficiente, tanto en HbA1c estimada como en tiempo en rango de control glucémico (70-180 mg/dl), por lo que sería recomendable en esta población establecer medidas (como la telemedicina) orientadas a optimizar el control metabólico.

SIN DIFERENCIAS EN LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA DEGLUDEC O GLARGINA U300 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN PRÁCTICA CLÍNICA

NO DIFERENCES IN INSULIN DOSES BETWEEN DEGLUDEC AND GLARGINE U300 IN PATIENTS WITH TYP1 DIABETES IN CLINICAL PRACTICE

Carral San Laureano, Florentino; Tomé García-Ladreda, Mariana; Piñero Zaldivar, Antonia; Jiménez Millán, Ana Isabel; García Calzado, Concepción; Ayala Ortega, María Del Carmen

Endocrinología y Nutrición. H. U. Puerto Real

DIABETES

INTRODUCCIÓN

En la actualidad disponemos de muy escasa información sobre las diferencias de dosificación de las insulinas Degludec y Glargina U300 en pacientes con DM1 en condiciones de práctica clínica habitual.

OBJETIVOS

Evaluar las diferencias en la dosificación de las insulinas Degludec y Glargina U300 en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) en práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal de pacientes con DM1 en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) que acuden a consulta monográfica en 2019. Se seleccionan los pacientes en tratamiento con insulina Degludec o Glargina U300 y se evalúan las diferencias clínicas, de control glucémico y de dosificación.

Glucométricas de todos los pacientes con descargas en Libreview (n=65)							
Escaneos al día	Datos captados (%)	HbA1c (%)	Promedio (mg/dl)	CV (%)	70-180 mg (%)	> 180 mg (%)	< 70 mg (%)
5,5 ± 5,3 (0-27)	62,2 ± 29,8 (2-100)	8,2 ± 1,5 (5,2-13,2)	194,9 ± 47,0 (102-333)	40,6 ± 8,7 (8,4-60,0)	44,6 ± 17,5 (9-97)	49,7 ± 18,0 (3-86)	5,8 ± 5,0 (0-65)
Glucométricas en pacientes con al menos un 50% de datos captados (n=43)							
7,4 ± 5,5 (2-27)	82,0 ± 13,4 (50-100)	8,2 ± 1,5 (5,2-13,2)	190,1 ± 44,8 (102-333)	40,4 ± 6,8 (25,2-58,4)	46,3 ± 15,8 (9-84)	48,3 ± 17,2 (3-86)	5,7 ± 4,4 (0-16)

Tabla 1. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA FREESTYLE LIBRE (FSL) Y OBJETIVOS DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (DM1) NACIDOS ENTRE 2000 Y 2006

RESULTADOS

Se analizan los datos de 525 pacientes con DM1 en tratamiento con MDI que acuden a consultas en 2019, de los cuales utilizan Degludec 235 pacientes (45,7%) y glargina U300 170 pacientes (33,2%). En la tabla se exponen las diferencias entre pacientes con Degludec o con Glargina U300: Tampoco se observan diferencias de dosificación entre ambas insulinas cuando se clasifican los pacientes en 8 subgrupos excluyentes en función del tiempo de evolución (< 5 años, 6-15 años, 16-30 años y >30 años) y grado de control glucémico ($HbA1c \leq 7\%$ o $HbA1c > 7\%$).

CONCLUSIONES

En nuestra práctica clínica habitual en pacientes con DM1 no se observan diferencias en la dosificación de insulina basal, prandial, total o ratio basal/total entre pacientes que utilizan iDegludec o Glargina U300, ni en el global de la población analizada ni en los diferentes subgrupos de tiempo de evolución y grado de control glucémico analizados.

DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA POR MUTACIONES EN SOX2: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

SEPTO-OPTIC DYSPLASIA DUE TO SOX2 MUTATIONS: ABOUT TWO CASES

Jiménez Sánchez, Andrés¹; Elizondo González, Ruth Lourdes¹; García García, Emilio²

1. UGC Endocrinología y Nutrición.H. U. de Valme. Sevilla
2. UGC Pediatría (Unidad Funcional Endocrinología Pediátrica). H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

HIPÓFISIS Y TUMORES NEUROENDOCRINOS

INTRODUCCIÓN

La displasia septo-óptica (DSO) engloba un conjunto heterogéneo de trastornos con triada clásica de hipopituitarismo, malformaciones oculares y del sistema nervioso central. De genotipo heterogéneo y habitual-

	Glargina U300 (n=170)	Degludec (n=235)	P
Edad (años)	36,42 ± 14,32	36,73 ± 13,03	0,824
Evolución (años)	16,60 ± 12,10	19,98 ± 11,96	0,006
Hombres (%)	63,5%	44,8%	< 0,001
Última HbA1c 2019 (%)	7,57 ± 1,22	8,07 ± 1,51	< 0,001
Insulina basal			
UI/día	30,62 ± 14,90	32,09 ± 18,07	0,369
UI/kg/día	0,43 ± 0,19	0,43 ± 0,20	0,978
Insulina prandial			
UI/día	22,90 ± 15,97	22,84 ± 15,31	0,972
UI/kg/día	0,33 ± 0,23	0,32 ± 0,20	0,555
Insulina total			
UI/día	53,64 ± 27,27	54,59 ± 28,66	0,737
UI/kg/día	0,77 ± 0,37	0,75 ± 0,32	0,537
Ratio basal/total	0,59 ± 0,14	0,58 ± 0,14	0,621

Tabla 1. SIN DIFERENCIAS EN LA DOSIFICACIÓN DE INSULINA DEGLUDEC O GLARGINA U300 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN PRÁCTICA CLÍNICA

mente desconocido, se han identificado mutaciones en factores de transcripción (HESX1, SOX2, SOX3 y OTX2), con dominio HMG, implicados en migración y diferenciación neuroectodérmica. Existen múltiples formas de herencia e interacción con factores ambientales. Hay una potencial correlación genotipo/fenotipo y estigmas sugestivos: anoftalmia o microftalmia (bilateral y menos intensa en mutaciones con cambio de sentido), alteraciones urogenitales (en varones) y cognitivas en mutaciones SOX2. El déficit hormonal más habitual es somatotropina (GH).

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia en el manejo de la DSO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos.

RESULTADOS

Los casos son hijos de padres sanos, jóvenes y no consanguíneos. Caso 1. Mujer con retraso global del desarrollo y signos de primera motoneurona (espasticidad, hipotonía y subluxación de cadera). Diagnosticada al nacimiento de malformaciones oculares (anoftalmia bilateral, criptoftalmos, sinquiasis palpebral y órbita hipoplásica) y cerebrales (quiasma óptico displásico, hipoplasia del cuerpo caloso e hipotálamo, agenesia del septum pellucidum, adenohipófisis hiperintensa en RM, ventriculomegalia obstructiva, retraso en la mielinización cerebral y depósitos de hemosiderina) remitida para despistaje de alteraciones hormonales. Desarrolla a los 2 años de edad déficit severo aislado de GH, iniciando tratamiento. Estudio genético (secuenciación Sanger): heterocigosis c.70_89del20 en SOX2. Caso 2. Varón con retraso global del desarrollo (predominio motor), epilepsia, microcefalia y microftalmia leve, remitido por talla baja. Desarrolla a los 5 años de edad déficit severo aislado de GH, iniciando tratamiento. Estudio genético (CGH-array): deleción 3q26.33 que afecta a SOX2 y SOX2OT.

CONCLUSIONES

La DSO supone un reto diagnóstico y debe asociar un estudio molecular que permita realizar un consejo genético y despistaje precoz de otras comorbilidades según el genotipado. Dada su elevada complejidad, requiere valoración y seguimiento multidisciplinar, especialmente durante el crecimiento y desarrollo. La función de Endocrinología en estos pacientes es descartar déficits hipotálamo-hipofisarios susceptibles de tratamiento.

EVOLUCIÓN DE UN PROGRAMA DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO

EVOLUTION OF A HOME PARENTERAL NUTRITION PROGRAM IN A REGIONAL UNIVERSITY HOSPITAL

Pereira Cunill, José Luis¹; Mejías Trueba, Marta²; Martínez Ortega, Antonio Jesús¹; Serrano Aguayo, Pilar¹; Tatay Domínguez, María Dolores¹; Del Can Sánchez, Diego¹; Remón Ruiz, Pablo Jesús¹; Pérez Blanco, José Luis²; Pedro Pablo García¹

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

2. Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) aporta beneficios al paciente, familia y al sistema sanitario, con mejoría en calidad de vida y liberación de recursos hospitalarios.

OBJETIVOS

Estudiar la evolución de la NPD en los últimos años respecto a la supervivencia y a las complicaciones

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte de Estudio: Estudio longitudinal retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes adultos con que habían recibido NPD desde enero de 2011 hasta diciembre de 2018. Recogida de Datos: Se revisaron los registros de los pacientes en los programas informáticos empleados en el área de nutrición del Servicio de Farmacia (Multicomp® y Kabisoft®), así como los datos recogidos en la Historia Clínica Digital por parte de la Unidad de Endocrinología y Nutrición. Variables medidas: Las variables registradas fueron: sexo, fecha de nacimiento, edad al inicio de la NPD, patología de base, indicación de nutrición parenteral, tipo de acceso venoso, método y pauta de administración, fecha de inicio y fecha de fin de la NPD, motivo de suspensión, complicaciones de la NPD y fecha y causa de fallecimiento del paciente, si procediese. Para el análisis de los datos se empleó el software estadístico R®, con análisis descriptivo y curva de supervivencia.

RESULTADOS

El 68,40% de los pacientes fueron mujeres y la edad media fue de 54,47 ± 11,60 años; 58 pacientes (76,32%) presentaban patología oncológica y 18 pacientes (23,68%) patología no oncológica. La duración media de NPD fue de 11,12 ± 23,38 meses. En cuanto al tipo de acceso venoso empleado, en el 32,89% (n=25) fue tipo PICC, el 10,53% (n=8) catéteres tunelizados y el 32,89% (n=25) reservorios subcutáneos. Respecto a las complicaciones, un 53,95% (n=41) no presentó ningún tipo de complicación, mientras que el otro 46,05% (n=35) experimentó una o varias complicaciones asociadas a la NPD. El número total de episodios de bacteriemias relacionadas con el catéter (BRC) fue 57, que corresponde a una tasa de complicaciones infecciosas de 2,25/1000 días de catéter. Respecto a la supervivencia, e los 55 pacientes que habían fallecido al finalizar el estudio, 9 presentaban una patología de base no oncológica (16,36%) y los 46 restantes, una patología

maligna (83,64%), existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre la supervivencia de los pacientes oncológicos y no oncológicos

CONCLUSIONES

La Supervivencia es mayor en los pacientes con patología no oncológica, habiendo un claro incremento en la prescripción de la NPD, con una baja tasa de complicaciones.

ANÁLISIS DE CALIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

QUALITY ANALYSIS IN THE USE OF TOTAL PARENTERAL NUTRITION IN A SECOND LEVEL HOSPITAL

Lainez López, María¹; Peláez Bejarano, Ana²; Florencio Ojeda, Luna¹; Jaldón Hidalgo, Guadalupe¹; Rebollo Pérez, María Isabel¹

1. UGC Endocrinología y Nutrición.hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

2 UGC Farmacia Hospitalaria. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La nutrición parenteral está clasificada como medicamento de alto riesgo, es decir, presenta una elevada probabilidad de causar daños a los pacientes en caso de utilización incorrecta. Conlleva complicaciones de carácter mecánico, alteraciones metabólicas y complicaciones infecciosas y hepatobiliares. Debido a su elevada complejidad es necesaria la supervisión de estas preparaciones las realice un especialista en Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD).

OBJETIVOS

Evaluar la calidad en la utilización de nutrición parenteral total (NPT) en un hospital de segundo nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de las NPT prescritas desde octubre 2018 a octubre 2019.Los datos recogidos, obtenidos de la historia clínica digital Diraya® y del software de prescripción electrónica Prisma®, fueron: edad, sexo, diagnóstico, días en dieta absoluta previa al inicio de NPT, servicio prescriptor de NPT, supervisión por la UNCYD, cálculo de requerimientos energéticos, duración de NPT y fecha de alta.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio recibieron NPT 177 pacientes,104(58,8%) hombres y 73(41,2%) mujeres, edad media 60,7±15 años. Principales diagnósticos: Imposibilidad de vía oral por resección intestinal, diarrea grave, fístula enterocutánea, obstrucción intestinal y pacientes oncológicos con intensa mucositis. Pre-

vio al inicio de NPT, el tiempo medio en dieta absoluta fue 2,87 días. Las unidades que iniciaron NPT fueron: 44,6% cirugía, 40,1% nutrición clínica y dietética, 6,2% hematología, 5,1% medicina interna y 4% digestivo, es decir el 40,1% de prescriptores eran especialistas en nutrición y un 59,9% no. La UNCYD supervisó un 88,7% de las NPT prescritas, y en todas ellas se calcularon los requerimientos energéticos. El tiempo desde la prescripción de NPT hasta la intervención de nutrición fue de 1,2 días de media. La duración media de la NPT fue 7,9 días (1-45). En un 41,8% la NPT tuvo una duración menor a 5 días. Los pacientes que iniciaron NPT con la unidad de nutrición fueron alta a los 21±13 días, con el resto de unidades el alta fue a los 23±19 días.

CONCLUSIONES

Aunque un alto porcentaje de NPT es prescrita por no especialistas en nutrición, supervisa la mayoría. El seguimiento por parte de la UNCYD conlleva una calidad de prescripción (cálculo de requerimientos) y los pacientes requieren menos días de estancia hospitalaria que aquellos que no reciben seguimiento.

EXPERIENCIA A CORTO PLAZO CON SEMAGLUTIDE EN UN SUBGRUPO DE PACIENTES CON DM TIPO 2

SHORT-TERM EXPERIENCE WITH SEMAGLUTIDE IN A PATIENT SUBGROUP WITH DM TYPE 2

Lainez López, María¹; Concejo Martínez, Elena²; Manzanares Córdova, Rossana¹; López Valverde, M^a Eugenia¹; González Navarro, Irene³

1. UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

2. UGC Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

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

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Semaglutide es el último análogo de GLP-1 semanal comercializado con alta eficacia y seguridad demostrada.

OBJETIVOS

Conocer la respuesta en reducción de peso y HbA1c a corto plazo de los pacientes con DM tipo 2 a los que se ha iniciado tratamiento con semaglutida en consulta de endocrinología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluye un subgrupo de pacientes de consulta general de endocrinología del área sanitaria del Hospital Juan Ramón Jiménez a los que se ha prescrito semaglutida

semanal subcutáneo desde la Unidad de Endocrinología y Nutrición durante el periodo de tiempo desde el 1 de junio de 2019 y 31 de diciembre de 2019. Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el se analiza características de los pacientes y respuesta en peso y en hemoglobina glicosilada antes y después del tratamiento. Se analizan los datos con SPSS versión 15.

RESULTADOS

El total de pacientes fue de 44; 50% hombres. La media de edad: 61,23 años (DE 10,54). Tiempo medio de evolución de la diabetes de 14,84 años (DE 8,84), 43,2% de los pacientes con complicaciones de la diabetes; 5 con complicaciones microvasculares y macrovasculares; 7 macrovasculares; 7 microvasculares. 32 pacientes realizaban tratamiento previo con insulina; 41 pacientes con hipoglucemiantes orales (31 metformina; 18 iSGLT2); 18 análogo del receptor GLP1 diferente a semaglutida; 14 con liraglutida 1,8 mg diarios. De los 44 pacientes totales llegaron 18 a dosis de 1mg semanal de semaglutide a los tres meses, 24 con 0.5mg y 2 con 0,25mg. Presentaron efectos adversos 10 pacientes. En 4 de ellos se suspendió el tratamiento. La mediana del peso basal fue de 97,37 kg, (RI 26,35) y la mediana a los 3 meses del inicio del tratamiento con semaglutide de 95,5 kg (RI 23,92). La media del porcentaje de peso perdido fue de 2,84% (RI 5,26). La diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La mediana de los niveles de HbA1c previos al inicio del tratamiento con semaglutida fue del 7,9% (RI 2,2) y del 7,1% (RI 1,9) a los tres meses. Tb con diferencias significativas ($p < 0,005$) En el subanálisis del grupo con liraglutide previo la mediana de HbA1c inicial 7,5 y HbA1c 3 meses 7,2 ($p 0,569$) frente al subgrupo sin análogo previo HbA1c inicial 8,25 % y HbA1c 3 meses 7 % ($p < 0,000$). En cuanto al peso, la mediana en pacientes con liraglutide inicial 107.3 kg y tras 3 meses 100.6 Kg ($p 0.21$), y en el subgrupo sin análogo al inicio 96,225 kg y a 3 meses 91,4 kg ($p 0,003$)

CONCLUSIONES

En nuestra muestra de 44 pacientes, semaglutide demuestran una reducción del peso y niveles de hemoglobina glicosilada a los 3 meses estadísticamente significativa, a pesar de no estar a dosis máximas de tto un 59,1 % de los pacientes. Los pacientes con liraglutide previo pierden peso y bajan HbA1c aunque sin significación estadística.

INCIDENTALOMA SUPRARRENAL. MÁS OSCURO DE LO ESPERADO

ADRENAL INCIDENTALOMA. DARKER THAN EXPECTED

Ariza Jiménez, José Antonio; Romero Porcel, José Álvaro; Arturo Cuellar Lloclla, Eyvee; Cózar León, María Victoria

Servicio de Endocrinología y Nutrición-Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

SUPRARRENALES Y GÓNADAS (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

El Black-Adenoma es un tumor suprarrenal poco frecuente, benigno y no funcionante. Aún así hay descritos casos asociados a síndrome de Cushing o síndrome de Conn. Las técnicas de imagen actuales (FDG-Dopa, TAC, RMN) no nos permiten hacer un diagnóstico diferencial con otros incidentalomas suprarrenales, por lo que su diagnóstico es histológico.

OBJETIVOS

Ampliar conocimientos sobre el manejo diagnóstico y terapéutico del Black-Adenoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos el caso de un varón con un incidentaloma suprarrenal relacionado con un adenoma poco conocido.

RESULTADOS

Varón de 66 años, hipertenso, fumador y en tratamiento con Enalapril 20mg/24h, en el que en estudio de cirugía biliar por colelitiasis sintomática se detecta en TC una tumoración de la glándula suprarrenal izquierda (39,2x36,1x41,1mm). Se amplía estudio con RM donde no se descarta posible feocromocitoma frente a metaplasia lipoidea. Se realiza posteriormente estudio PET donde se describe lesión hipermetabólica sugestiva de malignidad.

Es derivado a nuestras consultas para filiar etiología del incidentaloma, donde descartamos funcionalidad del mismo con test de Nugent (cortisol 1.5 µg/dl), cortisol libre urinario (109.44 µg/24h), cociente aldosterona/ARP (Ald/ARP 4.05) y catecolaminas en orina (Metanefrinas 0.9 nmol/mgCr, Normetanefrinas 1.5 nmol/mgCr) todos normales.

Dados los hallazgos de sospecha del PET se decide cirugía laparoscópica para suprarrenalectomía izquierda y colecistectomía.

El análisis histológico del tumor describe un adenoma cortical con predominio de células claras con áreas oncocíticas pigmentadas "Black adenoma" y transformación mielolipomatosa focal. Dichas áreas estaban teñidas por el pigmento granular de lipofuscina, lo que permitió hacer el diagnóstico diferencial con el melanoma adrenal y la hemorragia suprarrenal.

Actualmente, tras 2 años y 9 meses desde la intervención, el paciente se encuentra asintomático, presentando una buena evolución clínica y analítica.

CONCLUSIONES

- El Black adenoma es un adenoma benigno que se diagnostica en raras ocasiones.

- A pesar de que es poco frecuente debe considerarse en el diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing y síndrome de Conn.

- Las técnicas de imagen actuales (TC, RM y PET-FDO-PA) no son suficientes para el diagnóstico del Black adenoma. Sólo es posible su diagnóstico a partir del estudio anatomopatológico de la pieza.

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 TRANSESENFENOIDAL AMPLIADA EN EL TRATAMIENTO DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS

SUPPORTING THE TREATMENT OF PITUITARY ADENOMAS WITH EXTENDED TRANSESENFENOIDAL 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 transesefenoidal 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 ADIPOSEO 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.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es analizar si la aparición de dispositivos de nueva generación puede ayudar a un control más preciso de las glucemias

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de una muestra de pacientes con DM que han usado un dispositivo de control digital para medir los valores de glucosa en sangre durante 90 días. Se han registrado el número de veces que se ha usado el dispositivo y su repercusión sobre el registro de hipoglucemias e hiperglucemias sufridas por los pacientes

RESULTADOS

N=177 pacientes, de los cuales el 46,3% (82) son hombres y el 53,7% (95) mujeres, con una media de edad de 41 años. Del total de la muestra, sólo un 80,7% ha realizado un correcto cumplimiento con las mediciones. Los pacientes que realizan más de 10 mediciones diarias pasan mayor tiempo en rango (70%) en comparación con los pacientes con menor monitorización (44%). Sin embargo, en pacientes con pocas mediciones diarias la frecuencia de hipoglucemias es cercana al 0 mientras que en pacientes con más de 10 mediciones diarias, se observa hasta un 30% más de eventos hipoglucémicos. Además, en pacientes con baja VG (<20) se observaron pocos episodios de hipoglucemia (1.65%) frente a pacientes con una VG >50 donde se alcanzaba hasta un 35% más de hipoglucemias. Finalmente, los pacientes con mayor VG (>50) se monitorizaron un 33% menos en comparación con pacientes con VG más bajas.

CONCLUSIONES

El número de mediciones con el dispositivo ha influido en el número de registros de hipoglucemias e hiperglucemias, ya que ha habido un mayor registro de éstas relacionado con el uso adecuado del dispositivo. Dentro de dichas mediciones, el coeficiente de variabilidad glucémica se determina como un factor limitante para obtener un control óptimo de la DM. El papel de los profesionales de la salud como educadores a la hora de instruir en el uso de este tipo de dispositivos es crucial para que los pacientes ganen autonomía en el manejo de la enfermedad.

RESULTADOS DE TRASPLANTE SIMULTÁNEO PÁNCREAS-RIÑÓN EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

RESULTS OF PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANTATION IN A THIRD-LEVEL HOSPITAL

Alcántara Laguna, María Dolores; Alzás Teomiro, Carlos Manuel; León Idougourram, Soraya; Rebollo Román, Ángel; Gálvez Moreno, María Ángeles

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

DIABETES

INTRODUCCIÓN

El primer trasplante de páncreas en 1966 supuso un cambio de paradigma en la evolución de la diabetes en pacientes con mal control crónico y enfermedad renal terminal. El tipo de trasplante más frecuentemente realizado es el trasplante simultáneo de páncreas y riñón (TSPR) procedentes, habitualmente, del mismo donante y realizado principalmente en pacientes con diabetes tipo 1 (DMT1) y un filtrado glomerular menor a 20 mL/min/1.73m².

Existe evidencia que avala su eficacia y coste-efectividad aunque no en forma de ensayos clínicos.

OBJETIVOS

Describir la supervivencia, supervivencia del injerto, diabetes sin insulinopenia, función renal e IMC de pacientes con DMT1 sometidos a TSPR en nuestro hospital a lo largo de 5 años (entre 2013 y 2018) hasta la fecha actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes sometidos a TSPR de 2013 a 2018 en el Hospital Universitario Reina Sofía. Resultados expresados en media, mediana y desviación típica para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Análisis estadístico con SPSS v. 24.

RESULTADOS

31 pacientes, con una edad media al TSPR de 38,32 años ($\pm 6,86$) y una media de seguimiento tras él de 49,45 meses ($\pm 20,53$). La duración media de la diabetes hasta el trasplante era de 27,57 ($\pm 7,08$) años. El IMC al inicio del seguimiento fue de 22,52 kg/m² ($\pm 3,37$); y al final del seguimiento de 24,4 ($\pm 4,42$). Hubo una supervivencia global del 100%; una incidencia de rechazo del 6,2 % (2 pacientes, en uno de injerto renal y en otro del pancreático). Un 6,2 % (2) de los pacientes necesitaban insulina al final del seguimiento. Uno de ellos presentó rechazo y el otro paciente perdió el injerto pancreático por otros motivos. Un 6,2 % (2) requirió iniciar tratamiento con antidiabéticos orales. El péptido C medio era de 1,91 ng/mL ($\pm 1,08$), con una HbA_{1c} del 5,78 % ($\pm 0,64$). El filtrado glomerular (MDRD) medio al final del seguimiento fue de 65,51 ml/min/1.73m² ($\pm 20,79$).

CONCLUSIONES

1. En nuestra muestra observamos resultados prometedores tras TSPR.
2. Estos resultados son similares a los descritos en la literatura realizados en centros con alto volumen de procedimientos.
3. Sería conveniente continuar estudiando las cohortes disponibles de manera más prolongada y de forma multicéntrica tras la mejora de la técnica quirúrgica e inmunosupresión y tras la introducción de nuevas tecnologías en el tratamiento de la diabetes que se han ido produciendo en los últimos años.

VÍA CLÍNICA DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

CLINICAL INTERVENTION IN NUTRITIONAL MANAGEMENT FOR HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

González Navarro, Irene¹; Rebollo Pérez, M. Isabel²; García Garrido, Sandra³; Florencio Ojeda, Luna²; Lainez López, María²

1. UGC Endocrinología Y Nutrición. Hospital Virgen Del Rocío Sevilla

2. UGC Endocrinología Y Nutrición. Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

3. FABIS. Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

NUTRICIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

La desnutrición en pacientes oncológicos repercute negativamente en la enfermedad. Actualmente no existe en nuestro hospital una vía clínica que permita realizar un abordaje nutricional integral a estos pacientes y así mejorar la evolución y resultados de los tratamientos.

OBJETIVOS

Instaurar un cribado nutricional en la Unidad de Oncología Radioterápica (OncoRT) para identificar pacientes con cáncer cabeza-cuello que puedan beneficiarse de un adecuado diagnóstico y tratamiento nutricionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente se trataba de un estudio prospectivo en el que se incluían a todos los pacientes que por primera vez acudían a OncoRT en 2019. La evaluación del riesgo nutricional se realizaría en esa visita mediante MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). En caso de riesgo, el paciente se derivaría a la Unidad de Nutrición Clínica (Nut) para valoración completa y diagnóstico nutricional adecuado. Debido a la dificultad de coordinar un trabajo multidisciplinar no se implantó de forma sistemática este cribado en OncoRT. Por ello, los datos se están recogiendo actualmente e incluyendo a todos los pacientes valorados en comité de tumores cabeza-cuello en 2019. Con soporte de historias clínicas se valora si se les realizó cribado MUST en OncoRT y, en caso negativo, se calculó y se observó si fueron o no derivados a Nut.

RESULTADOS

Durante 2019 se estudiaron en el comité de tumores cabeza-cuello 100 pacientes, siendo N=60 durante los primeros 5 meses. De ellos, 80% se derivaron a OncoRT y 75% de OncoRT a Nut, manteniendo alto el porcentaje aún cuando MUST solo se realizó al 21% de los sujetos estudiados por OncoRT. De los pacientes de OncoRT a los que se les pudo realizar MUST retrospectivo (>97%)

73% poseían riesgo alto y 25% intermedio, demostrando alta prevalencia de desnutrición o riesgo a ello en estos pacientes oncológicos. Es destacable también que de los pacientes no derivados a Nut (N=12) para seguimiento y control, más del 30% tenían riesgo alto según MUST retrospectivo y debían haberse beneficiado de esta vía.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de pacientes oncológicos de cabeza-cuello poseen riesgo de desnutrición, siendo alto en una proporción elevada. Este estudio apoya la necesidad de implantar una vía de actuación donde se realice valoración nutricional sistemática, al menos en las unidades con mayor prevalencia de desnutrición. Dicho cribado puede ser efectivo y mejorar los resultados clínicos así como la calidad de vida de pacientes con determinados tipos de cáncer o tratamientos donde la ingesta deficiente es prevalente.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTROS DATOS PRELIMINARES CON EL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCEMIA – FREESTYLE LIBRE

DESCRIPTIVE STUDY OF OUR PRELIMINARY DATA WITH THE FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM - FREESTYLE LIBRE

Novo Rodríguez, Cristina; Herrera Montes, Isabel; Muñoz Garach, Araceli; Guardia Baena, Juan Manuel; Tenorio Jiménez, Carmen; Piédrola Maroto, Gonzalo; Santiago Fernández, Piedad; Céspedes Más, Susana; López de la Torre Casares, Martín

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

DIABETES

INTRODUCCIÓN

La medición de la glucosa en líquido intersticial mediante el sistema de monitorización flash de glucemia (sMFG) ha supuesto un cambio en nuestra práctica en diabetes ya que aporta una información excepcional para su manejo facilitando la toma de decisiones con la consecuente mejora de la calidad de vida de los usuarios.

OBJETIVOS

Analizar las variables relacionadas con el control metabólico antes y tras la utilización del sMFG en pacientes con DM1 en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a través de la revisión de la plataforma libreview, se seleccionó una muestra de 44 pacientes con sMFG colocado durante el año 2019 en

el Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Variables: HbA1c antes del uso de SMFG, promedio de escaneos por día, glucosa promedio, coeficiente de variación, porcentaje de datos dentro, por encima y por debajo de objetivo. HbA1c 3 meses tras el uso de sMFG. HbA1c estimada 3 meses tras el uso de sMFG. Para el estudio estadístico se ha utilizado SPSS 15.0.

RESULTADOS

La media +/- DE de HbA1c (%) antes del uso de sMFG fue 8.1 +/-1.5, el promedio de escaneos diarios 8.9 +/-10.3, la glucemia promedio (mg/dl) 166.6 +/- 37.6, coeficiente de variación medio de 40.1 +/-7. El porcentaje de datos dentro, por encima y por debajo de objetivo fue respectivamente 55.6 +/-16.9, 37.6 +/-19.8 y 6.8 +/-7.1, la media de HbA1c (%) 3 meses después del uso de sMFG fue de 7.1 +/- 1.3. La HbA1c (%) estimada 3 meses después del uso de sMFG fue de 7.4 +/- 1.3. Las diferencias entre la HbA1c pre y post uso de sMFG fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Hubo correlación positiva muy buena entre la HbA1c de laboratorio con respecto a la estimada por el sMFG con un coeficiente de correlación de Pearson $r=0.84$ ($p=0.01$).

CONCLUSIONES

Se realizaron un adecuado número de escaneos diarios para poder valorar los resultados. En nuestra muestra evidenciamos una mejoría significativa del control metabólico en los pacientes con sMFG tras su uso durante 3 meses, que se traduce en un descenso de la HbA1c.

Vimos que había una buena correlación entre la HbA1c de laboratorio y estimada por el sensor. Todo ello hace que el sMFG sea una herramienta útil y sólida en nuestra práctica clínica habitual.

ENDOCRINOPATÍAS SECUNDARIAS A INMUNOTERAPIA ONCOLÓGICA. ESTUDIO EN COHORTE DEL AGS SUR DE SEVILLA

CANCER IMMUNOTHERAPY RELATED ENDOCRINOPATHIES. A COHORT STUDY OF THE SOUTHERN AREA OF SEVILLE

Elizondo Gonzalez, Ruth Lourdes¹; Carretero Marin, Carmen¹; Artacho Criado, Silvia Mar²; Chaves Conde, Manuel³; Cozar Leon, Maria Victoria¹; Fernandez Peña, José Ignacio¹

1. Endocrinología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla
2. Farmacia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla
3. Oncología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA

INTRODUCCIÓN

La inmunoterapia forma parte del arsenal terapéutico para los pacientes oncológicos. Con la generalización de su uso se están observando una serie de efectos secundarios endocrinológicos.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia y características de estos eventos en los pacientes tratados con inmunoterapia en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes tratados con inmunoterápicos (Ipilimumab, Atezolizumab, Pembrolizumab y Nivolumab), en el servicio de Oncología del hospital de Valme entre enero 2015 y agosto 2019.

RESULTADOS

En total 110 pacientes recibieron este tipo de terapia. Se observó predominio de varones (76,4% de los casos) y una edad media al inicio del tratamiento de 66 +/- 12 años. Nivolumab fue el fármaco más usado (45,5%), seguido de Pembrolizumab y Atezolizumab (ambos 26,4%) e Ipilimumab (1,8%). El tipo de neoplasia más frecuente fue el cáncer de pulmón (51,8%), seguido de melanoma (15,5%), cáncer vesical (11,8%) y cáncer renal (10%). El 17,3% (n=19) de los pacientes desarrolló alguna endocrinopatía, siendo la patología tiroidea la más frecuente (73,7%, n=14), principalmente hipotiroidismo. La hipofisitis fue la segunda más frecuente (2,7%, n=3). También se describió un caso de adrenalitis y otro de diabetes mellitus autoinmune con insulinopenia de rápida evolución.

La mayoría de los casos aparecieron entre el tercer y noveno ciclo de tratamiento, y únicamente 16,8% más allá del decimotercero. La tasa de endocrinopatías por fármaco fue del 100% con Ipilimumab, aunque sólo se administró a 2 pacientes; 20,7% con Pembrolizumab, 14% con Nivolumab y 13,8% con Atezolizumab. Según el tipo de neoplasia se presentaron endocrinopatías en 38,9% de los pacientes con cáncer de pulmón, 27,8% con melanoma, 22,2% con carcinoma de vejiga, y en el 5,6% de las neoplasias de cabeza-cuello y renales, respectivamente.

La supervivencia global media los pacientes con endocrinopatías fue de 398 +/- 209 días, mientras que en aquellos que no las desarrollaron fue de 382 +/- 314 días.

CONCLUSIONES

Las endocrinopatías son complicaciones de frecuente aparición y severidad variable en los pacientes sometidos a inmunoterapia. Su elevada incidencia requiere la colaboración estrecha entre las distintas especialidades y la aplicación de protocolos de actuación que permitan su diagnóstico precoz y la optimización del tratamiento y el seguimiento del paciente.

NUEVA MUTACIÓN EN GEN CDNK1B COMO CAUSANTE DE NEOPLASIA ENDOCRINA FAMILIAR TIPO 4

NOVEL MUTATION OF THE CDNK1B GENE AS THE CAUSE OF MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA TYPE 4

Carretero Marín, Carmen; Martínez de Pinillos Gordillo, Guillermo; Cózar León, María Victoria

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

TIROIDES-PARATIROIDES (GENERAL)

INTRODUCCIÓN

El MEN4 es una enfermedad rara, autosómica dominante, que comparte similitudes con MEN1 y se ha asociado a diferentes mutaciones en el gen CDNK1B.

OBJETIVOS

Descripción del caso de un paciente con diagnóstico genético confirmado de Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 4 (MEN 4) con mutación que no descrita previamente en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 50 años remitido a Endocrinología en julio 2019 por hipercalcemia con patrón de hiperparatiroidismo 1º (HPP). Elevación del calcio en analíticas desde 2017, antecedentes de cólicos renales y fracturas patológicas. Entre sus antecedentes: angiofibroma juvenil; tumor pineal diagnosticado por hidrocefalia y tratado con radioterapia en la infancia; tetraparesia asociada a meningioma atípico grado 2 intervenido en 2009, con reintervención en 2013 por recidiva. Padre diagnosticado de HPP a los 59 años con presentación agresiva (calcio 16 mg/dl, osteítis fibrosa, osteoporosis severa, nefrolitiasis). Intervenido a los 61 años mediante exéresis de adenoma paratiroideo, presentó normalización del calcio hasta los 74 años, cuando se diagnosticó recidiva del HPP. Se realizó manejo conservador por la edad y comorbilidad hasta su fallecimiento a los 81 años (2019). Dados los antecedentes personales y familiares, se solicitó estudio genético de hipercalcemia familiar, sospechando MEN1.

RESULTADOS

Estudio genético con mutación en heterocigosis del gen CDKN1B (c.94_95delCT, p.Phe33Argfs*90). Mutación no descrita previamente en la literatura, habiéndose descrito otras mutaciones en este gen asociadas al síndrome MEN 4. La mutación genera una alteración en la pauta de lectura con aparición de un codón prematuro de stop, pudiendo asumir que es patogénica y responsable del cuadro.

CONCLUSIONES

Existen 29 casos publicados de MEN 4 con 16 mutaciones asociadas, no estando entre ellas la de nuestro paciente.

La característica común es un HPP de aparición en edad adulta y más leve que en el MEN1. Los tumores hipofisarios son la 2ª manifestación en frecuencia, siendo los TNE menos prevalentes que en el MEN1. Otros tumores asociados descritos: cáncer de colon, carcinoma bronquial o tumores adrenales. Dado el caso número de casos descritos, aún no se ha definido un fenotipo característico. Consideramos altamente probable que la patología tumoral del paciente (angiofibroma, meningioma y tumor pineal) está en el contexto del síndrome.

¿CUÁNTO AHORRARÍAMOS SI LA DETERMINACIÓN DE PROLACTINA FUESE RESTRINGIDA AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA?

HOW MUCH WOULD WE SAVE IF THE PROLACTIN DETERMINATION WAS RESTRICTED TO THE ENDOCRINOLOGY SERVICE?

Moreno Martínez, M^a Macarena; De Damas Medina, María; Prior Sánchez, Inmaculada; Contreras Bolívar, Victoria; Martínez Ramírez, María José

UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Jaén

ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA

INTRODUCCIÓN

.

OBJETIVOS

Evaluar el coste anual total derivado de las hiperprolactinemias no verdaderas valoradas en Endocrinología. Analizar los factores asociados a la hiperprolactinemia verdadera.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo. Se incluyeron pacientes valorados por primera vez en Endocrinología de Enero 2018 a Diciembre 2018 derivados por elevación de Prolactina (PRL). Se excluyeron aquellos no valorados en Endocrinología, con abandono del seguimiento o diagnosticados previamente de patología hipofisaria. Se evaluaron datos socio-demográficos, resonancia magnética, número de analíticas y revisiones. Los costes fueron suministrados por la Unidad de Contabilidad Analítica de Gestión (COAN) del Complejo Hospitalario de Jaén, en base a las Unidades Relativas de Valor (URVs) para 2018. Análisis estadístico con SPSS v.15.0 para Windows.

RESULTADOS

De los 171 pacientes evaluados, se incluyen 152 pacientes. Edad media 32.15±11.95 años (85.5%♀). Solo un 39,5%(n=60) presentaban síntomas típicos (galactorrea, alteraciones del ciclo menstrual, hipogonadismo)

y por lo tanto, su determinación podría estar justificada. Las especialidades que más derivaciones realizaron fueron: Primaria (n=91), Ginecología (n=35), Urología (n=10) e Interna (n=6). No existía hiperprolactinemia verdadera en 131 pacientes (86.2%), mientras que sí se confirmó la hiperprolactinemia en 13.8% (microprolactinoma: n=12; macroprolactinoma: n=2; idiopática: n=7). Los factores asociados con la probabilidad de hiperprolactinemia verdadera fueron: síntomas típicos – justificada – (p=0.004); nivel de PRL inicial (p<0.001); unidad solicitante (p=0.020). No encontramos asociación con el lugar de procedencia: Jaén capital vs comarcal (p=0.081). Los gastos derivados de la atención de las hiperprolactinemias no verdaderas, se resumen en la tabla 1 (ver en archivo adjunto). El ahorro anual supondría una cifra de 35.152,27 € (49.493,21 €, si computasen para el SAS las revisiones).

CONCLUSIONES

La determinación de PRL debería estar restringida a los especialistas en Endocrinología por el ahorro económico tan importante que supondría.

RESULTADOS MATERNO-FETALES EN GESTANTES TRATADAS CON INSULINA DEGLUDEC

MATERNAL-FETAL OUTCOMES IN PREGNANT TREATED WITH INSULIN DEGLUDEC

De Lara Rodríguez, Irene; González Navarro, Irene; Acosta Delgado, Domingo; Déniz García, Alejandro; Del Can Sánchez, Diego; Piñar Gutiérrez, Ana

Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

DIABETES

INTRODUCCIÓN

Degludec es un análogo de insulina ultralenta con poca evidencia en su uso en gestantes. Los estudios han demostrado de manera consistente la asociación entre

Prueba/consulta	Precio unidad (UVRs)	Total
Resonancia Magnética (n=27)	174.8 €	4719,6 €
Determinación PRL		
1x (n=21)	2.84 €	59.64 €
2x (n=69)	5.68 €	391.92 €
3x (n=26)	8.52 €	221.52 €
4x (n=9)	11.36 €	102.24 €
5 x (n=5)	14.2 €	71 €
1ª Consulta Endocrino (n=131)	225.85 €	29.586,35 €
2x (n=60)	112.92 €	6.775,2 €
3x (n=10)	112.92 €	2.258,5 €
4x (n=9)	112,92 €	3.048,84 €
5x (n=5)	112,92 €	2.258,4 €
TOTAL:		
Teniendo en cuenta sólo primera visita		35.152,27 €
Computando revisiones*		49.493,21 €

Tabla 1. Costes según catálogo de URVs del año 2018

¿CUÁNTO AHORRARÍAMOS SI LA DETERMINACIÓN DE PROLACTINA FUESE RESTRINGIDA AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA?

la diabetes tipo 1 (DM1) y resultados materno-fetales adversos. La farmacocinética de degludec podría mejorar el control glucémico durante la gestación y mejorar esos resultados.

OBJETIVOS

Describir los resultados materno-fetales de las mujeres con DM1 tratadas con insulina degludec durante la gestación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en gestantes con DM1 en el periodo 2016-2019, atendidas en las consultas de diabetes y gestación. Se recogieron variables basales demográficas, tiempo evolución de la DM1, HbA1c preconcepcional, antropometría, complicaciones micro y macrovasculares así como variables de resultados materno-fetales: tipo parto, edad gestacional, complicaciones maternas, malformaciones fetales. Las variables cualitativas se expresan como n y porcentaje y las cuantitativas como mediana[p25-p75].

RESULTADOS

14 gestaciones únicas. Los resultados descriptivos de la población se exponen en la tabla 1. Se produjeron 7 partos(50%) de 7 recién nacidos vivos (RN), edad gestacional 37,83 [37-38,71]semanas. Hubo 5 casos (71,5%) de cesáreas y 2 casos (28,5%) de parto vaginal, uno inducido y otro espontáneo. De las cesáreas, 3 casos (60%) fueron urgentes, 2 por preeclampsia grave y otra por fallo de inducción. 2(40%) fueron electivas, 1 caso por cesárea anterior y 1 caso por presentación pelviana. Hubo 2 casos de preeclampsia grave y 1 caso de cetoacidosis diabética. El peso de los RN fue de 3470 [2500-3690]g, 5 casos adecuados a edad gestacional y 2 casos de RN grande para edad gestacional.

Hubo 1 caso de malformación fetal (riñón en herradura).

Se produjeron 4(30,7%) pérdidas fetales, 100% muerte fetal precoz: 1 caso de interrupción voluntaria del embarazo y 2 casos (15,3%) interrupciones legales del embarazo.

Edad concepción (años)	34[30-40]			
Tiempo evolución diabetes(años)	20,5[11-30]			
Peso(kg)	59,9[53,3-67]			
IMC(kg/m2)	22,4[21,1-28,2]			
HbA1c preconcepcional(%)	7,7[7,2-9]			
Primíparas	6(42,8%)			
Gestación no programada	13(92,9%)			
Exposición a degludec durante toda la gestación	6(42,9%)			
Complicaciones microvasculares	SI	5(35,7%)	Retinopatía diabética	4(30,8%)
	NO	9(64,3%)	Nefropatía diabética	3(23,1%)

Tabla 1. RESULTADOS MATERNO-FETALES EN GESTANTES TRATADAS CON INSULINA DEGLUDEC

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 COMPLIACIONES 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 éxitus 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.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

ACTUALIDAD MÉDICA es una revista centenaria (www.actualidadmedica.es) de ámbito científico nacional e internacional que publica artículos de investigación clínica o básica, artículos de docencia y de opinión, cartas al editor, editoriales y comentarios en relación con las enfermedades y patologías que afectan al ser humano fundamentalmente en el ámbito de la medicina interna y otras especialidades médico-quirúrgicas.

Es la revista oficial de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, edita 3 números al año, y acepta manuscritos en español e inglés. Tiene una versión impresa (español) y otra versión *on line* (español o inglés).

RESPONSABILIDADES Y ASPECTOS ÉTICOS EN LA PUBLICACIÓN

ACTUALIDAD MÉDICA considera que la negligencia en investigación o en publicación es una infracción ética seria y tratará este tipo de situaciones de la manera necesaria para que sean consideradas como negligencia. Es recomendable que los autores revisen el *Committee on Publication Ethics (COPE)* y el *International Committee of Medical Journal Editors* para mayor información a este respecto.

La revista *ACTUALIDAD MÉDICA* no acepta material previamente publicado. El plagio y el envío de documentos a dos revistas por duplicado se consideran actos serios de negligencia. El plagio puede tomar muchas formas, desde tratar de publicar trabajos ajenos como si fueran propios, copiar o parafrasear partes sustanciales de otro trabajo (sin atribución), hasta reclamar resultados de una investigación realizada por otros autores. El plagio, en todas sus formas posibles, constituye un comportamiento editorial no ético y, por tanto, se considera inaceptable. El envío/publicación duplicada ocurre cuando dos o más trabajos comparten la misma hipótesis, datos, puntos de discusión y conclusiones, sin que estos trabajos hayan sido citados mutuamente uno a otro.

INVESTIGACIÓN HUMANA Y ANIMAL

Toda información identificativa no deberá ser publicada en declaraciones escritas, fotografías o genealogías. Asimismo, no se podrán revelar nombres de pacientes, iniciales o números de historia clínica en materiales ilustrativos. Las fotografías de seres humanos deberá ir acompañadas de un consentimiento informado de la persona y que dicha persona revise el manuscrito previo a su publicación, en el caso de que dicho paciente pueda ser identificado por las imágenes o los datos clínicos añadidos en dicho manuscrito. Los rasgos faciales no deben ser reconocibles. El Comité Editorial puede requerir a los autores añadir una copia (PDF o papel) de la aprobación de un Comité de Ética en el caso de trabajos con experimentación animal o ensayos clínicos (pacientes, material de pacientes o datos médicos), incluyendo una traducción oficial y verificada de dicho documento. Se debe especificar en la sección ética que todos los procedimientos del estudio recibieron aprobación ética de los comités de ética relevantes correspondientes a nivel nacional, regional o institucional con responsabilidad en la investigación animal/humana. Se debe añadir igualmente la fecha de aprobación y número de registro. En caso de que no se hubiera recibido la aprobación ética, los autores deberán explicar el motivo, incluyendo una explicación sobre la adherencia del estudio a los criterios propuestos en la Declaración de Helsinki. (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>).

AUTORÍA

Todos los datos incluidos en la presentación de un manuscrito deben ser reales y auténticos. Todos los autores incluidos deben haber contribuido de forma significativa a la elaboración del documento, así como tiene la obligación de facilitar retracciones o correcciones, si fuera necesario, cuando se encuentren errores en el texto.

En el caso de artículos de investigación original y artículos docentes, se recomienda un máximo de 6 autores, aunque se aceptan sugerencias concretas para más de 6 autores. Para otros tipos de manuscritos, 4 autores será considerado un número aceptable. Cada autor deberá especificar cómo desea que se cite su nombre (i.e., solo el primer apellido, los dos apellidos o unir ambos apellidos con guión). En caso de ser necesario, se requerirá que cada autor especifique el tipo y grado de implicación en el documento.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

REVISIÓN CIEGA POR PARES

ACTUALIDAD MÉDICA publica documentos que han sido aceptados después de un proceso de revisión por pares. Los documentos enviados serán revisados por revisores ciegos que no tendrán ningún tipo de conflicto de interés con respecto a la investigación, a los autores y/o a las entidades financiadoras. Los documentos serán tratados por estos revisores de forma confidencial y objetiva. Los revisores podrán indicar algunos trabajos relevantes previamente publicados que no hayan sido citados en el texto. Tras las sugerencias de los revisores y su decisión, los editores de la revista tienen la autoridad para rechazar, aceptar o solicitar la participación de los autores en el proceso de revisión. Tanto los revisores como los editores no tendrán conflicto de interés con respecto a los manuscritos que acepten o rechacen.

LICENCIAS

En el caso de que un autor desee presentar una imagen, tabla o datos previamente publicados, deberá obtener el permiso de la tercera parte para hacerlo. Este permiso deberá estar reflejado por escrito y dirigido a la atención del editor de la revista *ACTUALIDAD MÉDICA*. En caso de que una institución o patrocinador participe en un estudio, se requiere de forma explícita su permiso para publicar los resultados de dicha investigación. En caso de presentar información sobre un paciente que pueda revelar su identidad, se requiere el consentimiento informado de dicho paciente por escrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de un manuscrito son responsables de reconocer y revelar cualquier conflicto de intereses, o potencial conflicto de intereses, que pueda sesgar su trabajo, o pudiera ser percibido como un sesgo en su trabajo, así como agradecer todo el apoyo financiero y colaboraciones personales. *ACTUALIDAD MÉDICA* se adhiere a las directrices del *International Committee of Medical Journal Editors*, que está disponible en <http://www.icmje.org>, incluyendo aquellas de conflicto de intereses y de autoría. Cuando exista conflicto de intereses, deberá ser especificado en la Página de Título. De igual forma, el impreso de Conflicto de Intereses (ver impreso) deberá ser rellenado, firmado por todos los autores y remitido al editor *ACTUALIDAD MÉDICA*. Los autores deberán mencionar el tipo de relación e implicación de las Fuentes financiadoras. Si no existe conflicto de intereses, deberá especificarse igualmente. Cualquier posible conflicto de intereses, financiero o de cualquier otro tipo, relacionado con el trabajo enviado, deberá ser indicado de forma clara en el documento o en una carta de presentación que acompañe al envío.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el último párrafo de la sección Material y Métodos, los autores deberán comentar que los pacientes incluidos en el estudio dieron su consentimiento a participar después de haber sido informados de forma concienzuda acerca del estudio. El editor de *ACTUALIDAD MÉDICA*, si lo considera necesario, puede requerir la presentación de este consentimiento informado a los autores.

ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán ser remitidos por internet a través de la dirección www.actualidadmedica.es en el enlace de **Envío de Manuscritos**, debiéndose previamente registrar en dicha página y siguiendo las normas e instrucciones que aparecen en la misma. El texto del manuscrito (incluyendo primera página o página de título, resumen, cuerpo del artículo, agradecimientos y referencias) deberán incluirse en un único archivo. Las figuras y tablas deberán adjuntarse en archivos separados, usando un archivo para cada tabla o figura.

El envío de manuscritos a la revista a través de la plataforma disponible no conlleva ningún tipo de cargo de envío. La eventual aceptación de un manuscrito no conlleva ningún cargo por parte del autor para justificar la edición del mismo.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ARTÍCULO

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Se considerarán trabajos de investigación clínica o básica todos aquellos relacionados con la medicina interna y con aquellas especialidades médico-quirúrgicas que representen interés para la comunidad científica. Los tipos de estudios que se estiman oportunos son los estudios de casos controles, estudios de cohortes, series de casos, estudios transversales y ensayos controlados. En el caso de ensayos controlados deberán seguirse las instrucciones y normativas expresadas en CONSORT disponible en <http://www.consort-statement.org>, o en otros similares disponibles en la web.

La extensión máxima del texto será de 3000 palabras que deberán dividirse en las siguientes secciones: Introducción, Material y Métodos, Resultados, **Discusión** y Conclusiones. Además deberá incluir un resumen de una extensión máxima de 300 palabras estructurado en Objetivos, Métodos, Resultados y Conclusiones. Se acompañará de 3 a 6 palabras clave, recomendándose para las mismas el uso de términos MeSH (Medical Subject Headings de Index Medicus/Medline disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>.) y de términos del Índice Médico Español. Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de palabras médicas le recomendamos consulten el *Diccionario de Términos Médicos* editado por la Real Academia Nacional de Medicina. En total se admitirán hasta 40 referencias bibliográficas siguiendo los criterios Vancouver (ver más adelante). El número máximo de tablas y figuras permitidas será de 6. Una figura podrá estar a su vez formada por una composición de varias.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO ORIGINAL DE DOCENCIA

Se considerarán artículos docentes originales aquellos encaminados a mejorar y aportar nuevos datos sobre un enfoque práctico y didáctico de los aspectos docentes más importantes en las Ciencias de la Salud que ayuden a mejorar la práctica docente diaria.

La extensión máxima del texto será de 2500 palabras que deberá dividirse en los mismos apartados descritos con anterioridad para los Artículos Originales. Se acompañará de un resumen no estructurado de hasta 250 palabras. Se incluirán de 3 a 6 palabras clave. El número máximo de referencias será de 20. Se podrá acompañar de hasta 3 tablas o figuras en los casos precisos.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Son artículos que de forma sistemática intentan mostrar las evidencias más actuales sobre un tema de interés médico o médico-quirúrgico, tratando de establecer una serie de pautas a seguir en determinadas patologías. Los artículos de revisión podrán ser solicitados al autor de forma directa por parte del Comité Editorial (Editor y Editores Asociados) o bien remitidos de forma voluntaria por los autores. Los artículos de este tipo serán revisados por el Comité Editorial, por algún miembro del Comité Asesor/Científico y por Revisores externos.

La extensión máxima del artículo será de 4000 palabras divididas en una Introducción, Cuerpo o Síntesis de la revisión (podrán usarse los apartados y subapartados que se estimen oportunos) y Conclusiones. El resumen no tendrá que ser estructurado, con un máximo de 300 palabras; Se añadirán de 3 a 6 palabras clave. Se permitirán hasta 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas o figuras.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

CASOS CLÍNICOS

Se permitirá la elaboración y envío de casos clínicos interesantes y que tengan un mensaje que transmitir al lector. No se contemplarán casos clínicos habituales sin interés para la comunidad científica. La longitud máxima de los casos será de 1500 palabras distribuidas en una Introducción, Caso Clínico y Discusión. El resumen tendrá una extensión máxima de 150 palabras y no necesitará ser estructurado. Se permitirá un máximo de 3 figuras o tablas. El número máximo de referencias bibliográficas será de 10.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CARTAS AL EDITOR

Los artículos incluidos en esta sección podrán ser comentarios libres sobre algún tema de interés médico o bien críticas a artículos recientemente publicados (últimos 6 meses) en la revista ACTUALIDAD MÉDICA. Se aceptarán de manera excepcional críticas o comentarios publicados en otras Revistas si tienen un interés médico evidente. La extensión máxima del texto enviado serán 500 palabras sin estructurar.

No es necesario incluir resumen ni palabras clave. Se podrá incluir 1 figura o tabla acompañando a la carta. Como máximo se permiten 5 citas bibliográficas.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx) y las figuras en formato .jpg o .tiff y con una calidad de al menos 300 dpi.

CRÍTICA DE LIBROS

En esta sección se permitirá la crítica y comentarios sobre un libro de ámbito médico o médico-quirúrgico en el que se destacarán los aspectos formales y científicos más importantes, así como las aportaciones fundamentales del mismo a la práctica clínica. Su extensión máxima será de 500 palabras. No es necesario resumen, palabras clave y no se permitirán tablas ni figuras, salvo la portada del libro.

El manuscrito deberá enviarse en formato Word (.doc o .docx), las tablas en formato (.doc o .docx)

CARACTERÍSTICAS FORMALES EN LA REDACCIÓN DEL MANUSCRITO

Cada trabajo, en función del tipo de artículo anteriormente expresado, deberá estar estructurado según se ha comentado anteriormente. De forma general los trabajos deberán ir escritos en folios tamaño DIN A4 con una letra 10, tipo *Times New Roman*, con unos márgenes de 2.5cm y un interlineado de 1.5 con una justificación completa. Los artículos podrán enviarse en Español o Inglés, que son los dos idiomas oficiales de la revista.

Durante la elaboración del manuscrito podrán realizarse abreviaturas, previamente especificadas y aclaradas durante la primera aparición de la misma. Se recomienda uso de abreviaturas comunes en el lenguaje científico. No se permitirá el uso de abreviaturas en el título ni el resumen, únicamente en el cuerpo principal del manuscrito. Se deberá hacer especial hincapié en la expresión correcta y adecuada de las unidades de medida.

Se considera fundamental y norma editorial la elaboración de un manuscrito que siga las instrucciones anteriormente mencionadas en cuanto a la estructura de cada uno de los tipos de artículos.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

La estructura general de envío de los artículos será la siguiente:

· **Página inicial o Página de Título**

- Deberá incluirse un Título sin más de 90 caracteres que sea lo suficientemente claro y descriptivo
- Nombre y Apellidos de los autores
- Indicar las Instituciones en las que Trabajan o proceden los autores
- Incluir el nombre completo, dirección, e-mail y teléfono del Autor para la Correspondencia
- Título breve: Sin superar los 50 caracteres
- Añadir el número de palabras sin incluir el resumen y el número de tablas y figuras si procede

· **Segunda página o Página de Resumen y palabras clave**

Se deberá incluir un Resumen si procede según el tipo de manuscrito elegido, en el que deberá incluirse unos Objetivos (indicar el propósito del estudio de forma clara y breve), Métodos (indicando el diseño del estudio, pruebas realizadas, tipo de estudio, selección de pacientes y estudio estadístico), Resultados (los más significativos con su estudio estadístico correspondiente) y Conclusiones (énfasis en lo más importante de lo obtenido en el estudio). A continuación se incluirán de 3 a 6 palabras clave.

· **Tercera página o Página de Resumen y palabras clave en Inglés**

Siguiendo las mismas recomendaciones anteriormente descritas pero en Inglés.

· **Texto y Cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados**

- **Introducción:** Se incluirán los antecedentes más importantes, así como los objetivos del estudio a realizar.
- **Material y Métodos:** Es la parte fundamental y más crítica del manuscrito. Es conveniente especificar el periodo de estudio, el tipo de población, el diseño del estudio, los procedimientos e instrumentos utilizados en el estudio, así como especificar los criterios de inclusión y de exclusión en el estudio. Deberá incluirse el tipo de estudio estadístico realizado según las características de las variables analizadas y estudiadas. Además se añadirá si cumple con los requisitos éticos del comité del centro donde se ha llevado a cabo el estudio.
- **Resultados:** Deben ser claros, concisos y bien explicados. Se intentará resumir parte de ellos en tablas para evitar confusión durante su lectura. Se recomienda no repetir información de las tablas o gráficos en el texto.
- **Discusión:** Deberán discutirse los resultados obtenidos con respecto a los datos existentes en la literatura de una forma clara y científicamente adecuada. Se evitará repetir comentarios o datos contemplados en los apartados anteriores en la medida de lo posible.
- **Conclusiones:** Se deberán destacar los aspectos más importantes de los datos obtenidos de forma breve y con mensajes directos
- **Agradecimientos**
- **Referencias o Bibliografía:** Se incluirán las citas que el autor o autores hayan utilizado en la elaboración del manuscrito y quede constancia de ellas en el texto. Deberán ser ordenadas según su aparición en el texto y ser incluidas dentro del mismo entre paréntesis y con números arábigos. En general, se deberán referenciar siguiendo las normas Vancouver. Se expresan diferentes ejemplos a continuación para facilitar la labor de los autores. En caso de que su tipo de cita no aparezca entre los ejemplos le rogamos revise las normas Vancouver.

Artículo: Deberán incluirse todos, a menos que haya más de 6, en cuyo caso se pondrán los tres primeros y et al. Ej: Nisengard R, Bascones A. *Invasión bacteriana en la enfermedad periodontal. Avodontotoestomatol.* 1987; 3: 119-33

Suplemento de un volumen: Shen HM, Zhang KF. *Risk assesment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect.* 1994; 102 Supl 1: 275-82.

Suplemento de un número: Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. *Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann ClinBiochem.* 1995; 32 (Pt 3): 303-6.

Artículo en prensa: Deberá referenciarse igual que un artículo, pero añadiendo en la medida de lo posible el doi del artículo. Ej: Arrabal-Polo MA, Arias-Santiago S, Arrabal-Martin M. *What is the value of bonere-modeling markers in patients with calcium stones? Urol Res. doi: 10.1007/s00240-012-0511-1*

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

Libros: Carranza FA Jr. *Glickman's clinical periodontology*. Saunders: Philadelphia; 1984

Capítulo de libros: Takey H, Carranza FA Jr. *Treatment of furcation involvement and combined periodontal endodontic therapy*. En Carranza FA Jr. *Glickman's clinical periodontology*. Saunders: Philadelphia; 1984.
Editores o compiladores como autores: Norman JJ, Redfern SJ, editores. *Mental health care for elderly people*. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.

Documento de Internet: Donaldson L, May, R. *Health implications of genetically modified foods* [citado 1 de enero. 2013]. www.doh.gov.uk/gmfood.htm

- Tablas. Deberán realizarse siguiendo los mismos criterios en cuanto a tamaño y tipo de letra, así como interlineado. Cada tabla será incluida en una página en solitario y deberá ser numerada de forma correlativa a su aparición en el texto con números arábigos. Deberá llevar un título explicativo del contenido de la misma de manera clara y concisa. El formato de realización de las tablas será .doc o .docx.

- Figuras. Tanto gráficos como fotografías, dibujos o esquemas se consideran figuras. Deberán numerarse según el orden de aparición en el texto. Cada una de las figuras llevará un título explicativo de las mismas, que deberá incluirse en el cuerpo principal del manuscrito tras las Referencias o Bibliografía. Cada figura deberá enviarse en un archivo individual principalmente en formato .tiff o .jpg con una calidad de al menos 300 dpi. Se añadirá además un pie de figura explicativo.

DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y PROCESO EDITORIAL

COPYRIGHT

La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, como propietaria de la revista *ACTUALIDAD MÉDICA* será responsable de custodiar los derechos de autoría de cada manuscrito. Los autores serán requeridos a completar un documento en lo que concierne a derechos de autoría y la transferencia de estos derechos a la revista *ACTUALIDAD MÉDICA* (mirar documento). El autor corresponsal está obligado a declarar si alguno de los autores es empleado del Gobierno de Reino Unido, Canadá, Australia o Estados Unidos de América o si tiene algún tipo de relación contractual con estas instituciones. En el caso de que un autor sea empleado de Estados Unidos de América, deberá especificar el número de contrato, así como si la investigación ha recibido fondos de Estados Unidos.

La firma y acuerdo de copyright incluye:

- Responsabilidad y garantía del autor: El autor garantiza que todo el material enviado a *ACTUALIDAD MÉDICA* es original y no ha sido publicado por otra revista o en otro formato. Si alguna parte del trabajo presentado ha sido previamente publicada, deberá especificarse en el manuscrito. El autor garantiza que ninguno de los datos presentados infringe los derechos de terceras partes y autoriza a *ACTUALIDAD MÉDICA* a usar el trabajo si fuera necesario.

· Transferencia de derechos de uso: El autor transfiere a la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental todos los derechos concernientes al uso de cualquier material derivado del trabajo aceptado para publicación en *ACTUALIDAD MÉDICA*, así como cualquier producto derivado respecto a la distribución, transformación, adaptación y traducción, tal y como figura en el texto revisado de la Ley de Propiedad Intelectual.

Por tanto, los autores no estarán autorizados a publicar o difundir trabajos aceptados para publicación en *ACTUALIDAD MÉDICA* sin la expresa autorización escrita de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental.

PROCESO EDITORIAL Y REVISIÓN

Los manuscritos enviados son recibidos a través de un sistema de envío mediante página web y, una vez recibidos, *ACTUALIDAD MÉDICA* informará a los autores si el manuscrito es aceptado, rechazado o requiere de un proceso de revisión. El proceso de revisión comienza tras la recepción y una evaluación formal del Editor o Editores Asociados. Posteriormente, el manuscrito será enviado a un mínimo de dos revisores externos o miembros del Consejo Rector o del Comité Científico sin que aparezca el nombre de los autores, datos personales ni filiación de los mismos para asegurar un proceso de revisión apropiado y objetivo. Una vez que el informe del revisor externo se ha recibido, el Comité Editorial emitirá una decisión que será comunicada a los autores. El primer proceso de revisión no durará más de dos meses. Si un manuscrito requiere cambios, modificaciones o revisiones, será notificado a los autores y se les dará un tiempo para que realicen dichos cambios. La cantidad de tiempo dependerá del número de cambios que se requieran. Una vez que la versión revisada sea enviada, los autores deberán resaltar los cambios

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES DE ACTUALIDAD MÉDICA NORMAS GENERALES

realizados en un color diferente y adjuntar una carta de respuesta a los revisores donde se argumentan de forma clara dichos cambios realizados en el manuscrito.

El Comité Editorial de *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserve el derecho de hacer cambios o modificaciones al manuscrito con el consentimiento y aprobación de los autores sin hacer cambios en el contenido. El objetivo de estos cambios será mejorar la calidad de los manuscritos publicados en la revista.

Tras la aceptación de un artículo, este será enviado a prensa y las pruebas serán enviadas al autor. El autor deberá revisar las pruebas y dar su aprobación, así como indicar cualquier error o modificación en un plazo de 48 horas. Pasado este tiempo, no se admitirán cambios en el contenido científico, el número o el orden de los autores.

En caso de que aparezca errores tipográficos u otros errores en la publicación final, el Comité Editorial junto con los autores publicarán una aclaración apropiada en el siguiente número de la revista.

En el caso extremo en que los autores insistieran en hacer cambios no autorizados antes de la publicación final del artículo o violar los principios previamente mencionados, el Comité Editorial de *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserva el derecho de no publicar el artículo.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento, los revisores recibirán un diploma reconociendo su contribución a *ACTUALIDAD MÉDICA* (requiere solicitud al Editor). El Comité Editorial y Científico añadirán nuevos revisores cada año y están siempre abiertos a las sugerencias de los revisores para mejorar la calidad científica de la revista.

POLÍTICA EDITORIAL Y PUBLICIDAD

La revista *ACTUALIDAD MÉDICA* se reserva el derecho de admitir publicidad comercial relacionada con el mundo de las Ciencias de la Salud si lo cree oportuno.

ACTUALIDAD MÉDICA, su Consejo Editorial y Científico y la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental no se hacen responsables de los comentarios expresados en el contenido de los manuscritos por parte de los autores.

El Comité Editorial.

4 de junio de 2018.

A C T U A L I D A D
M É D I C A

www.actualidadmedica.es

A C T U A L I D A D
M É D I C A

www.actualidadmedica.es



**Real Academia de Medicina
y Cirugía de Andalucía Oriental**



**Real Academia de Medicina
de Sevilla**



**Real Academia de Medicina
de Cádiz**

Publicación coordinada por:

