SADEN

sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

XII CONGRESO SOCIEDAD ARAGONESA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN | 2018

SADEN
sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:
Vicente Blay Cortés

Vicepresidente:
Francisco Losfablos Callau

Secretario:
Mª José Pamplona Civera

Tesorero:
Amaya Barragán Angulo

Vocal:
Luis Irigoyen Cucalón

CARTA DEL PRESIDENTE

Estimados compañeros y amigos:

Me alegra mucho dirigirme de nuevo a vosotros para anunciaros la celebración de nuestro XII Congreso de la SADEN que tendrá lugar en Zaragoza los días 21, 22 y 23 de febrero del 2018.

Como es habitual, en el programa hemos querido incluir los temas de actualidad e interés en nuestra especialidad. Para ello contaremos con moderadores y ponentes de reconocido prestigio y con dedicación a esas cuestiones, de forma que estamos esperanzados en que el Congreso os resulte atractivo y sirva para compartir conocimientos y experiencias. Se han planteado mesas redondas de nutrición, obesidad, hipófisis, diabetes, Endocrinología clínica y un taller para enfermería de Endocrinología y Nutrición. Además, contamos con vuestras aportaciones científicas al Congreso en forma de comunicaciones.

Me es muy grato presentar a los nuevos cargos que se incorporaron en el año 2017 de acuerdo con las decisiones tomadas en las últimas Asambleas. Así, se incorporaron, el Vicepresidente, Francisco Losfablos; la Secretaria, María José Pamplona, y el Vocal, Luis Irigoyen. Ya se había incorporado como Tesorera, Amaya Barragán en 2016.

Durante el Congreso tendrá lugar la Asamblea General Ordinaria.

De nuevo, tenemos la satisfacción de informar que el congreso ha sido acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.

Además del encuentro científico, esperamos que el evento sea una nueva oportunidad para estrechar y enriquecer nuestras relaciones personales y de amistad.

Desde la Junta Directiva, nos ponemos a vuestra disposición.

Un cordial saludo.

Vicente Blay Cortés
Presidente de la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición

Miércoles, 21 de Febrero

16:00-16:15 RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN Y COLOCACIÓN DE PÓSTERS.

16:15-17:30 TALLER DE ENFERMERÍA

(Moderadora: Dª Pilar Crespo. Enfermera Educadora de diabetes. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza)

16:15-16:45 Técnicas de dietoterapia para mejorar el control glucémico. D. Ignacio Lillo Monforte. Graduado en Nutrición humana y Dietética.

16:45-17:15 Cuidado del pie diabético. Dª Silvia Blasco. Enfermera en Hospital de Alcañiz (Teruel)

17:15-17:30 Preguntas

17:30-18:15 MESA-DEBATE NUTRICIÓN

(Moderadora: Dra. Julia Ocón. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza)

17:30-18:15 Nuevo consenso ESPEN, ASPEN, FELANPE, en diagnóstico de desnutrición.
Dr. Alejandro Sanz. Jefe de Sección Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

18:15-19:30 COMUNICACIONES ORALES

(Moderadora: Dra. Ana Belén Mañas. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Ernest LLuch Martin. Calatayud (Zaragoza)

19:30-21:00 SIMPOSIUM SATÉLITE

Jueves, 22 de Febrero

16:15-16:30 INAUGURACIÓN DEL CONGRESO

16:30-18:30 MESA HIPÓFISIS

(Moderador: Dr. Pablo Trincado. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.)

16:30-17:00 Manejo clínico del hipogonadismo prepuberal. Dr. Lluis Bassas. Servicio de Andrología en la Fundación Puigvert y jefe de sección del laboratorio de Seminología y Embriología. Barcelona

17:00-17:30 Radioterapia en patología hipofisaria.
Dra. Miriam López Mata. FEA Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza

17:30-18:00 Dificultades en tratamiento del hipopituitarismo. Dra. Paola Gracia. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

18:00-18:30 Preguntas

18:30-19:00 Café

19:00-21:00 CONFERENCIA: Microbiota intestinal

Dr. Francisco Javier Tinahones. Presidente de la SEEDO. Jefe de servicio de Endocrinología del Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Viernes, 23 de Febrero

9:00-11:00 MESA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

(Moderador: Dr. José Antonio Chena. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital San Jorge. Huesca)

09:00-09:30 Novedades en el tratamiento de la obesidad.
Dr. Fernando Goñi. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital de Basurto. Bilbao

09:30-10:00 Resultados a largo plazo de las diferentes técnicas de Cirugía Bariátrica. Dra. Irene Bretón. Presidenta de la SEEN. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

10:00-10:30 Nuevos aspectos en la dietas muy bajas en calorías. Dr. Diego Bellido. Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
A Coruña.

10:30-11:00 Preguntas

11:00-11:30 Café.

11:30-12:30 CONFERENCIA: Genes Reloj

Dª Marta Garaulet. Farmacéutica y Catedrática de la Universidad de Murcia.

12:30-14:00 COMUNICACIONES ORALES.

(Moderador: Dra. Ana Lidia Medrano. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital de Barbastro. Huesca)

Premio a la Mejor Comunicación (Patrocinado por Lilly Diabetes)

14:00-16:00 COMIDA.

16:00-18:00 MESA DIABETES

(Moderador: Dra. Irene Burgase. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital de Barbastro. Huesca).

16:00-16:30 Aspectos generales de farmacovigilancia e implicaciones prácticas en el tratamiento de la diabetes. Dra. Francisca González. Médico Atención Primaria en Centro de Salud Delicias Sur de Zaragoza y Primer Premio Nacional de Farmacovigilancia 2009.

16:30-17:00 Monitorización continua de glucosa, ¿pequeño avance o revolución? Dr. F. Javier Ampudia. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

17:00-17:30 Futuro inmediato en el tratamiento de la Diabetes. Dr. José Antonio Gimeno. Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza

17:30-18:00 Preguntas

18:00-18:45 CONFERENCIA DE CLAUSURA

Dª Magdalena Lasala. Escritora, poetisa, actriz. Miembro de la Real Academia de Nobles y Bellas Artes de San Luis. Premio de las Letras Aragonesas 2014

18:45-19:30 ASAMBLEA ORDINARIA

21:00 CENA DE CLAUSURA.

COMUNICACIONES LIBRES

VALORACIÓN DEL CONUT SCORE COMO MÉTODO DE CRIBADO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

AUTORES: Jose Jorge Ortez Toro, Julia Ocón Bretón, Ana Agudo Tabuenca, Laura Borau Maorad, Carlos Peteiro Miranda, Borja Sanz Martín

OBJETIVO: El CONUT score es un método de cribado nutricional que utiliza únicamente parámetros analíticos para su clasificación. Nuestro objetivo es evaluar su especificidad y sensibilidad en pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU) comparado con el Gold standard.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional y analítico en pacientes hospitalizados en plantas médicas del HCU, realizando el CONUT score, el MUST y la VGS (Valoración Global Subjetiva) en las primeras 24-48 horas del ingreso.

Las principales variables recogidas fueron: antropométricas, analíticas (Albúmina y PCR), nutricionales (ingesta dietética), índice de Barthel e índice de Charlson. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas. Se consideraron significativos valores de $p<0,05$.

RESULTADOS: Se analizaron 95 pacientes con edad media de 70,63 años (DE 18,6), con distribución homogénea por sexos. El 26,3% de los pacientes tenía un índice de Charlson >4 y el 62% estaban desnutridos según la VGS.

La sensibilidad y especificidad del CONUT score como test de cribado fue 57,6% y 66,7% respectivamente, su VPP 73,9% y su VPN 51,02%. Se realizó un test de correlación con la VGS y se obtuvo un kappa de 0,227 y comparado con el MUST un kappa de 0,229. Todo lo anterior con una $p<0,05$.

CONCLUSIONES: El CONUT score tiene una sensibilidad muy baja (57,6%) y además una escasa concordancia con la VGS y el MUST, por lo que no es un buen método de cribado nutricional en el paciente hospitalizado.

COMUNICACIONES LIBRES

HETEROGENEIDAD DE ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH (TRAB) CIRCULANTE Y SU IMPLICACIÓN CLÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Borja Sanz Martín, Carlos Peteiro Miranda, Jose Jorge Ortez Toro, Ana Agudo Tabuenca , Laura Borau Maorad, Luis Irigoyen Cucalón.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: Los TRAb pueden simular la acción de TSH y causar hipertiroidismo, como se observa en la enfermedad de Graves-Basedow (EGB), siendo de gran utilidad en la práctica clínica. El ensayo de inmunoglobulinas inhibidoras de la unión de TSH (TBII) utilizado en la mayoría de laboratorios clínicos, mide los anticuerpos marcados que compiten con la TSH en su unión al receptor. Su determinación nos permite conocer de forma indirecta la concentración de TRAb, sin embargo, no es específico (no distingue entre anticuerpos estimulantes, bloqueantes o neutros).

CASO CLÍNICO: Mujer, 30 años, con antecedente de infección VIH en tratamiento antirretroviral hace 3 años. Acude con clínica hipertiroidea de un mes de evolución e hipertiroidismo clínico (TSH: 0,01, T4L 4,11) con TBII de 29,89 y TPOAb >1000. Se solicita gammagrafía y ecografía tiroideas que muestran hipercaptación y bocio difuso respectivamente. Se diagnostica de EGB y se inicia tratamiento con tiamazol. En sucesivas visitas se objetiva hipotiroidismo clínico manteniendo niveles de TBII >30, por lo que se ajusta la dosis de tiamazol y finalmente se suspende. Tras dos años de seguimiento presenta niveles de hormonas tiroideas normales persistiendo TBII elevados (>30).

CONCLUSIONES: Los niveles de TBII son de gran utilidad para monitorizar la actividad inmune en la EGB. No obstante, es importante recordar que con los métodos de análisis actuales se obtiene una medición indirecta e inespecífica de anticuerpos y no de su función biológica (sólo valorable con bioensayos), por lo que podemos tener niveles elevados de TBII con diferentes presentaciones clínicas.

COMUNICACIONES LIBRES

PSICOSIS ORGÁNICA, POR INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ACETATO DE CIPROTERONA EN PERSONA TRANSEXUAL

AUTORES: Mª José Pamplona Civera, , Carmen Cabrejas Gómez, Paola Gracia Gimeno, Orosia Bandrés Nivela, Concepción Vidal Peracho.

INTRODUCCIÓN: La atención a personas transexuales en la consulta general de Endocrinología no es habitual, pero recientemente en Aragón se ha establecido el derecho de dichas personas a ser atendidas en el centro de especialidades correspondiente a su área de salud. En ocasiones, ingieren mayor cantidad de los fármacos prescritos para acelerar el proceso.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de trastorno de la personalidad tipo esquizotípico, con intentos autolesivos, que ingresa en el servicio de psiquiatría por cuadro de psicosis, con ideas delirantes, inhibición psicomotriz, importante pérdida de peso y en estado de abandono personal. Se trata de persona transexual que lleva tratamiento hormonal con acetato de ciproterona, estrógenos en parches y en gel, para cambio de hombre a mujer. Reconoce haber tomado dosis de acetato de ciproterona mayor al prescrito. Se solicita estudio hormonal completo hallándose déficit de ACTH y cortisol: ACTH <5 pg/mL y cortisol 0.87 ug/dL (repetido 1.29). Se inició tratamiento con Prednisona 5 mg/día mejorando progresivamente su estado mental durante casi 2 meses de ingreso, permitiendo primero salidas a su domicilio y finalmente el alta.

CONCLUSIONES: Vemos dos complicaciones poco habituales, descritas en la literatura, la insuficiencia suprarrenal como efecto secundario a largo plazo de tratamiento con acetato de ciproterona y psicosis por insuficiencia suprarrenal.

COMUNICACIONES LIBRES

INTERCONSULTA VIRTUAL: EVALUACIÓN DE SU UTILIDAD EN ENDOCRINOLOGÍA

AUTORES: Leticia Pérez Fernández, Ana Belén Mañas Martínez, Perfecta Sanz Foix.

OBJETIVOS: Conocer el perfil de interconsultas virtuales (ICV) solicitadas desde atención primaria a Endocrinología y evaluar el feedback positivo de la comunicación entre la atención especializada – primaria.
Metodología: Estudio descriptivo del número de ICV recibidas en Endocrinología del Sector Calatayud durante un periodo de 6 meses desde su implantación.

RESULTADOS: Total de 247 interconsultas, 106 en los primeros 3 meses desde la implantación y 141 en los 3 meses posteriores. Patologías más frecuentes en ambos trimestres: DM2 (17% en 1º trimestre -27,6% en 2º trimestre), hipotiroidismo clínico (17,9% - 18,4%), hipotiroidismo subclínico (20,7% - 20,4%). Del total, 83 (33,6%) no precisaron citación presencial, pudiendo resolverse y/o recomendando seguimiento. Las patologías que presentaron mayor porcentaje de no citación fueron el hipotiroidismo subclínico (52,7%) y el hipotiroidismo clínico (33,3%), presentando en 1 de cada 5 interconsultas por dicho motivo solicitud expresa del médico para seguimiento por su parte. Las patologías con mayor necesidad de citación fueron la DM1 (100%), DM2 (77,2%) e hipertirodismo (76%). Un 50% que consultaban por patología nodular presentaban ecografía cervical previamente a la derivación en el 1ºtrimestre frente al 73% en el 2º. Se observó un 30,4% de pacientes DM sin HbA1c reciente en el primer trimestre de derivación frente a un 19,5% en el 2º.

CONCLUSIONES:
• La ICV permite la resolución de dudas y/o envío de recomendaciones sin necesidad de citación presencial de forma considerable.
• Tras su implantación, los pacientes presentan previamente a la derivación pruebas complementarias específicas, que agilizan el diagnóstico y tratamiento de su patología.

COMUNICACIONES LIBRES

CARCINOMA SUPRARRENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

AUTOR: Mikel González Fernández, Isabel Azcona Monreal, María Elena López Alaminos, María Martínez García, Patricia De Diego García, Pablo Trincado Aznar

INTRODUCCIÓN: El carcinoma adrenocortical es una entidad rara con una incidencia anual de 1 o 2 casos por millón de habitantes. La mayoría son esporádicos, aunque pueden estar asociados a síndromes (Síndrome de Li-Fraumeni, Síndrome de Beckwith-Wiedemann, MEN 1). El 60% de los tumores son funcionales y la forma más frecuente de presentación es el síndrome de Cushing. El principal factor pronóstico es el estadio al diagnóstico. Aunque el tratamiento multidisciplinar puede aumentar la supervivencia la quimioterapia nunca es curativa.

CASO CLÍNICO: Varón de 73 años, con diarrea de 6 meses de evolución, junto con pérdida de peso de 25kg y sin clínica infecciosa asociada. Analíticamente destacaba: pH 7.63, bicarbonato 41.1 potasio de 2.1 y sodio 154. Ingresa a cargo de digestivo donde se cataloga de diarrea crónica posiblemente farmacológica y se traslada al servicio de endocrinología para estudio de hipopotasemia. Se realiza escáner y PET/TAC que muestra una voluminosa lesión suprarrenal izquierda sugestiva de carcinoma adrenocortical, así como metástasis hepáticas y pulmonares. En la nueva analítica observamos: ACTH 11, cortisoluria 740mcg/24h, cortisol nocturno 10.32, Test de Liddle a dosis altas sin descenso de cortisol. Se realiza estudio histopatologico compatible con carcinoma adrenocortical. Dado el estadio se decide no realizar tratamiento oncológico activo y control por parte de endocrinología de los niveles de cortisol.

CONCLUSIONES:

El carcinoma adrenocortical es una enfermedad rara y de pronostico ominoso.

El diagnóstico es complicado y ocurre casi siempre en el contexto de estudio de otra patología

COMUNICACIONES LIBRES

PERROS DE ALERTA MÉDICA PARA DIABETES TIPO 1 Y EPILEPSIA

AUTORES: Paco Martín Zarzuelo (Presidente de Fundación CANEM), Lidia Nicuesa Poderós (Asesora de diabetes de Fundación CANEM).

OBJETIVOS:
• Mostrar los beneficios de los perros de alerta médica para pacientes con diabetes tipo 1 y/o epilepsia
• Explicar la base del adiestramiento de los perros de alerta médica
• Exponer las funciones de los perros de alerta médica en el control de la diabetes tipo 1 y la epilepsia
• Presentar el protocolo de trabajo y seguimiento de los perros de alerta médica entregados a familias por Fundación CANEM

Fundación CANEM es una entidad especializada en el adiestramiento de perros de alerta médica para diabetes tipo 1 y epilepsia. Un perro de alerta médica es un perro específicamente seleccionado, educado y adiestrado para detectar con antelación las hipo e hiperglucemias (diabetes) y/o las crisis de desconexión sensorial (epilepsia) a través de su olfato.

Más de 80 familias que conviven con diabetes y/o epilepsia cuentan con un perro de alerta médica de Fundación CANEM. Basándonos en los positivos resultados de estos proyectos y en la investigación llevada a cabo por nuestro equipo de profesionales, podemos afirmar con total seguridad la capacidad de los perros de alerta médica para mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con alguna de estas patologías.

El objetivo de presentar las funciones de los perros de alerta médica es que se conozcan los beneficios de su convivencia con personas con diabetes y/o epilepsia.

COMUNICACIONES LIBRES

ENFERMEDAD DE CUSHING RESISTENTE A TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: Carlos Miguel Peteiro Miranda, Ana Agudo Tabuenca, Jose Jorge Ortez Toro, Borja Sanz Martin, Laura Borau Maorad, Yolanda Blasco Lamarca.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: El exceso crónico de glucocorticoides se acompaña de un amplio rango de signos y síntomas conocidos como síndrome de Cushing. La enfermedad de Cushing, producida generalmente por microadenomas hipofisarios secretores de hormona adrenocorticotropa (ACTH), representa aproximadamente el 70% de los casos de síndrome de Cushing endógeno. El tratamiento de elección de los adenomas corticotropos es la cirugía; siendo útiles en caso de persistencia o recidiva, una nueva cirugía, la radioterapia (RT) y/o el tratamiento médico.

CASO CLÍNICO: Mujer de 52 años diagnosticada de microadenoma hipofisario corticotropo (1999), realizándose cirugía transesfenoidal en 2002, con posterior recidiva (2009) y reintervención. Dada la persistencia de la enfermedad tras ambas cirugías se realizó tratamiento con RT estereotáxica (2010), persistiendo la clínica, así como el hipercortisolismo, por lo que se inició tratamiento con pasireótido (2012), que fue retirado por ineficacia y reacciones adversas. Ante la ausencia de criterios de curación, se realizó suprarrenalectomía bilateral (2015). En el momento actual la paciente está en tratamiento sustitutivo con hidroaltesona y fludrocortisona, con niveles de ACTH normales y no ha desarrollado hiperpigmentación ni otra sintomatología.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Cushing es una enfermedad rara, con una incidencia entre 1,2 y 2,4 casos por millón de habitantes y año. El tratamiento de primera línea es la cirugía y ante el fracaso de la misma y las terapias de segunda línea (RT/radiocirugía y/o fármacos), se puede realizar suprarrenalectomía bilateral como tratamiento definitivo del hipercortisolismo, siendo necesarios controles analíticos y radiológicos posteriores por el posible desarrollo de síndrome de Nelson.

COMUNICACIONES LIBRES

EVALUACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE REDUCCION PONDERAL EN OBESOS MORBIDOS EN EL SECTOR DEL HRV

AUTORES: Concepción Vidal, Eva López, Milagros Pinillos, Carmen Cabrejas, Pilar Fuertes, Orosia Bandrés. Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV.

OBJETIVOS: La obesidad es una patología muy frecuente en nuestras consultas, con un incremento de prevalencia de obesidad mórbida en nuestro país (1,8 a 6,1/1000 habitantes), sobre todo en mujeres.Nos propusimos efectuar el seguimiento mensual mediante un programa estructurado, en consultas de enfermería, con el objetivo de cambiar hábitos de alimentación y conseguir una reducción ponderal.

METODOLOGÍA: Se incluyeron pacientes con IM>35 con comorbilidades y/o candidatos a cirugía bariátrica. Se realiza impedanciometria, perímetro abdominal , cuestionarios ingesta, SF-36, Predimed e indicaciones en la alimentación. Seguimiento mensual.

RESULTADOS: se incluyeron 38 pacientes con edad 40,07±12 años, peso medio de 111 kg, IMC 40.9, % grasa 45.84%, 24% con HTA,15% dislipemia, 2% de DM2, 2% de hiperuricemia. Se objetivaron disminuciones ponderales significativas del peso desde el inicio del tratamiento al compararlo con los cinco primeros meses de tratamiento. Las variaciones ponderales mostraron una disminución media -4.4 a -6.06 K desde el segundo al quinto mes. Disminuyó el perímetro abdominal a los seis meses (p=0.015).Las disminuciones ponderales en el 4º y 5º mes fueron ≥ 5% del peso inicial (-5.55 kg). Los valores medio de Predimed en 20 de los pacientes fueron de 7.88±1.93 y 9 mostraban valores < 8 (45%)

CONCLUSIONES:
1.Se consiguieron disminuciones ponderales de alrededor del 5% en el 4º y 5º mes y de la grasa abdominal durante el seguimiento.
2.La baja adherencia a la dieta mediterránea en un 45% del grupo con Predimed, permite al profesional implementar una mejora en los hábitos nutricionales.

COMUNICACIONES LIBRES

EVALUACION DE UN PROGRAMA PILOTO DE REDUCCION PONDERAL EN OBESOS MORBIDOS SEGÚN GÉNERO EN EL SECTOR DEL HRV

AUTORES: Concepción Vidal, Carmen Cabrejas, Eva López, Milagros Pinillos, Paola Gracia, María José Pamplona. Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV

OBJETIVOS: Nos propusimos efectuar el seguimiento mensual mediante un programa estructurado, en consultas de enfermería, con el objetivo de cambiar hábitos de alimentación y conseguir una reducción ponderal y evaluar la respuesta según género.

METODOLOGÍA: Se incluyeron pacientes con IM>35 con comorbilidades y/o candidatos a cirugía bariátrica. Se realiza impedanciometría, perímetro abdominal, cuestionarios ingesta, SF-36, Predimed e indicaciones en la alimentación. Seguimiento mensual.

RESULTADOS: se incluyeron 38 pacientes, de los cuales 26(68%) son mujeres (39,8,07±12 años) y 12 (32%) son varones (41±11 años), peso medio inicial de 127±16 kg los varones, IMC 42.62, % grasa 43.45%; peso 103.80, IMC 40.24, % grasa 47%, en mujeres. Se objetivaron disminuciones ponderales significativas del peso desde el segundo al cuarto mes en los varones y en las mujeres desde el segundo al quinto mes de seguimiento .Las disminuciones ponderales fueron ≥5% del peso inicial (-5.19 kg en mujeres) desde el tercer al quinto mes e inferiores al 5% (-6.34 peso inicial) en los varones.

CONCLUSIONES:
-Los resultados del programa han sido inferiores en los varones que disminuyeron de peso de forma muy discreta e inferior al 5%, mientras que las mujeres alcanzaron las disminuciones recomendadas.

COMUNICACIONES LIBRES

RESULTADOS DEL TEST DE DISFAGIA EN LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGIA DEL HRV

AUTORES: Asunción Orga, Concepción Vidal, Ana Cristina Camuñas, María Jesús Pardos, Angela Garcia, Eva López. Sección de Endocrinología y Nutrición del HRV

OBJETIVOS: La disfagia es un síntoma frecuente de diferentes patologías .80% es de origen orofaríngeo. Nos interesaba conocer los resultados del Test MECV-V, realizados en consultas externas de Nutrición del HRV, en los dos últimos años.

METODOLOGÍA: se realizaron 51 test MECV-V, en pacientes en seguimiento extrahospitalario, por sospecha de disfagia.

RESULTADOS: se realizó el test a 25 mujeres (49%) y 26 varones (51%), con una edad media 73±12 años (rango 39-89). 45 de los test (88%) fueron positivos. La escala de Karnell muestra alteración de seguridad leve 8%, moderada 57% y severa 14% y 72% (N= 37) muestran alteraciones de la eficacia. Los ACV (26%), seguidos de la demencia (18%), Parkinson (14%) y degenerativas (14%), son las patologías más frecuentes. Las alteraciones tanto en la seguridad como en la eficacia aparecen en 31 pacientes (61%). EAT 10 mostraba valores 9±6, en 55%. Un Karnell moderado, estaba mas asociado a ACV, demencia y Parkinson, mientras que Karnell severo es mas frecuente en ACV y enfermedades degenerativas.20% (N=10) fallecieron.

CONCLUSIONES:

1.El test MECV-V es de gran utilidad en el seguimiento extrahospitalario de la disfagia sobre todo en ACV, demencia y Parkinson.

2.Las alteraciones de la seguridad moderada aparecen con mas frecuencia en ACV, demencia y Parkinson y las severas en ACV y enfermedades degenerativas del SNC.

COMUNICACIONES LIBRES

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES CON EXTERIORIZACIÓN CERVICAL.

AUTORES: María Elena López Alaminos, María Martínez García, Isabel Azcona Monreal, Mikel González Fernández, Pablo Trincado Aznar, Patricia De Diego García.

INTRODUCCIÓN: El cáncer papilar de tiroides presenta un pronóstico excelente en la mayoría de los casos (supervivencia más del 95% a los 10 años) siendo las metástasis a distancia raras. Los sitios de invasión más frecuentes son los ganglios linfáticos, los pulmones y los huesos.

OBJETIVO Y METODOLOGÍA: Presentamos un caso de una paciente con carcinoma papilar de tiroides iodorefractario con extensa invasión y exteriorización del tumor a nivel cervical.

CASO CLÍNICO: Mujer de 69 años intervenida de tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar izquierdo. AP: Carcinoma papilar de tiroides oncocítico, afecta a la totalidad de la pieza con invasión extensa extratiroidea. A pesar de la ampliación quirúrgica, la administración en total de 150 mCu I131 y radioterapia se sigue objetivando enfermedad activa en sucesivas pruebas de imagen. Ante la iodorefractariedad se inicia tratamiento con sorafenib con leve mejoría al inicio. A los 18 meses del inicio del proceso se objetiva tiroglobulina: 6997 ng/ml y una masa creciente con exteriorización cutánea en la zona cervical anterior. TAC cervical: Recidiva tumoral con gran tumoración que se extiende a esófago y plano cutáneo. Conglomerado adenopático cervical izquierdo metastásico. Se biopsia la masa, con resultado AP: Piel, metástasis de carcinoma con morfología acorde con carcinoma papilar de tiroides. Ulceración, necrosis, fibrosis y signos de hemorragia antigua. La paciente fallece antes de iniciar segunda línea de tratamiento: lenvatinib.

CONCLUSIONES: Aunque el cáncer papilar se extiende característicamente por los ganglios linfáticos, la diseminación contigua a estructuras del cuello es posible. De forma excepcional, el carcinoma papilar de tiroides sin llegar a diferenciarse puede alcanzar planos cutáneos y provocar la exteriorización del mismo.

COMUNICACIONES LIBRES

FACTORES MATERNOS Y FETALES PREDICTORES DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

AUTORES: Mª Orosia Bandrés Nivela, Concepción Vidal Peracho, Mª Jose Pamplona Civera, Paola Gracia Gimeno, Carmen Cabrejas Gómez, Pilar Fuertes Agustín.
Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: Evaluar parámetros maternos y fetales que predicen los resultados obstétricos y el peso del recién nacido (PRN) en pacientes con diabetes gestacional (DG)

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, con vertientes descriptivas y analíticas. Pacientes diagnosticadas de DG entre los años 2012 y 2017. La variable dependiente fue el PRN con punto de corte en peso > percentil 90 (p90). Se recogieron variables maternas: edad, IMCpre-gestacional (IMCpre), aumento de peso hasta el diagnóstico, tabaquismo, media de perfiles glucémicos; tipo y semana de parto. Las variables fetales: perímetro abdominal (PA) y cefálico (PC). Datos analíticos: valores de la sobrecarga oral de glucosa, HbA1c; perfil lipídico y HOMAr. La variable fetal de ajuste que se incluyó fue el perímetro abdominal determinado por ecografía a las 35 (DE 1,4) semanas.

RESULTADOS: 560 mujeres edad de 34,6(DE 4,2), IMCpre 25,92(DE 4,9) Kg/m2, aumento de peso de 8,2(DE 3,8)Kg, HbA1c 5,2(DE 0,35)%, HOMAr 2,1(DE 1,6), media de glucemias preprandiales 88(DE 7,2) y postprandiales 121(DE 9,2) mg/dl. Semana de parto 38,82 (DE 1,4); parto pretermino: 4,6%, PRN>p90 8,1%. Parto por cesarea 11,6%. El IMC previo; mayor HbA1c, HOMAr y niveles de HDL mas bajos se asoció de forma significativa con PRN>p90. Los factores predictivos independientes de PRN> p90,por orden de importancia pronóstica: PA (p=0,001),media de glucemias preprandiales (p=0,008),aumento de peso hasta el diagnóstico (p=0,025),hábito tabáquico (OR=0,19; IC 95% 0,035-1,02).

CONCLUSIONES: Destaca la influencia de un mayor peso previo a la gestación, mayor ganancia ponderal en la gestación, un mayor grado de resistencia a la insulina, como factores desfavorables para el pronóstico del PRN.

COMUNICACIONES LIBRES

PARAGANGLIOMA GANGLIOCÍTICO DUODENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: María Martínez García, Isabel Azcona Monreal, María Elena López Alaminos, Mikel González Fernández, Leticia Pérez Fernández, Pablo Trincado Aznar.

INTRODUCCIÓN: el paraganglioma gangliocítico es un tumor raro, generalmente benigno, cuya localización más frecuente es la segunda porción duodenal (90.2%). Generalmente no presenta gran actividad mitótica ni inmunorreactividad Ki-67. Su presentación clínica se debe a su crecimiento y ulceración.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA: describimos el caso de un paciente con hemorragia digestiva alta secundaria a un paraganglioma gangliocítico.

RESULTADOS: varón de 45 años con cuadro de melenas y anemia (Hb 5.9g/dl). En enteroscopia se halla una tumoración ulcerada yuxtapapilar de 22-25mm, con AP de tumoración sólida que atraviesa la muscularis mucosa con crecimiento desde la submucosa; constituida por células epitelioides agrupadas en trabéculas y nidos sólidos, separados por una fina red sustentacular y vascular y algunas células gangliónicas. Ki67 <2% e IHQ positiva para CD56, S100 y sinaptofisina; todo ello compatible con paraganglioma gangliocítico duodenal. Analíticamente, al diagnóstico: cromogranina A 489.8ng/mL (N: 0-100) y somatostatina 73.02pmol/L (N: 0-16). Gammagrafía 123I-MIBG y estudio de extensión sin hallazgos. Se decide en Comité de tumores duodenotomía y exéresis del mismo. Como complicaciones, infección de laparotomía y colección intraabdominal. No hay signos de recidiva a los 18 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES:

-En una revisión realizada en 2016 se encontraron 230 pacientes con paraganglioma gangliocítico. La hemorragia digestiva es su presentación más frecuente (40.9%).

-Las características patognomónicas de estos tumores son la identificación de tres elementos celulares: células fusiformes, epiteliales y ganglionares.

-A menudo se diagnostica erróneamente como TNE G1. El diagnóstico diferencial histológico incluye el paraganglioma convencional, tumor carcinoide, ganglioneuroma solitario y GIST, siendo importante diferenciarlos, ya que el pronóstico difiere entre ellos.

COMUNICACIONES LIBRES

EPIDEMIA DE RESULTADOS HORMONALES COMPATIBLES CON HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO EN PORTADORES DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN HOSPITAL DE DÍA DE CARDIOLOGÍA

AUTORES: Pablo Trincado Aznar, María Martínez García, María Elena López Alaminos, Mikel González Fernández, Isabel Azcona Monreal, Diego Álvarez Ballano.

OBJETIVOS: La elevación de los niveles séricos de hormonas tiroideas, con valor de TSH normal o aumentado, en ausencia de clínica compatible con hipertiroidismo, exige considerar la posibilidad de un error o interferencia en la lectura de las pruebas de laboratorio, ya sea por la presencia de anticuerpos heterófilos o factor reumatoide como por el uso de distintos fármacos. Sin embargo, el diagnostico no siempre es sencillo por lo que es importante revisar la metodología de extracción de muestras.

METODOLOGÍA: Describimos el cuadro clínico y bioquímico de seis pacientes en Hospital de Día de Cardiología, potadores de reservorio, remitidos para valoración por Endocrinología por hipertiroidismo secundario. Las extracciones sanguíneas se realizaron siguiendo el protocolo habitual de la planta.

RESULTADOS:

	Fecha	Edad	Sexo	Diagnostico cardiológico	Patología tiroidea previa	Tratamiento con furosemida a altas dosis	Tratamiento con sildenafilo
1	30-1-17	59	M	ICC con disfunción sistólica y prótesis aórtica	Hipotiroidismo postquirúrgico	1750 mg/sem	No
2	20-9-17	61	M	ICC derecha + prótesis mitral	No	1040 mg/sem	40 mg/6h
3	6-9-17	80	M	ICC derecha + prótesis tricúspidea y mitral	No	1000mg/sem	20 mg/6h
4	22-9-17	66	H	ICC derecha por patología pluri valvular	Hipotiroidismo primario	1500 mg/sem	40 mg/8 horas
5	9-11-17	63	H	ICC por miocardiopatía isquémica	Hipotiroidismo por amiodarona	80 mg/12 horas	40 mg/6 horas
6	11-10-17	69	H	ICC por miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica	Hipotiroidismo por amiodarona	1250 mg/sem	NO

	T4L reservorio (N 0.58-1.64 ng/dl)	T3 L reservorio (N 2.25-3.82 pg/ml)	TSH reservorio (N 0.38-5.33 mUI/ml)	T4L periférica (N 0.58-1.64 ng/dl)	T3L periférica (N 2.25-3.82 pg/ml)	TSH periférica (N 0.38-5.33 mUI/ml)	TTP (N 25-38 seg)	Ratio TTPA (N 0.8-1.2)
1	2.06	2.12	10.54				41.7	1.39
2	1.64	4.31	12.06	0.93	3.48	13.10	38.4	1.28
3	3.28	4.65	4.71	0.96	3.51	4.75	106.4	3.55
4	2.77	3.14	16.46	1.04	2.76	16.04	259.5	8.65
5	2.45		6.19	1.61		7.83	76.3	2.54
6	2.20		1.06	0.98	2.77	1.58	74.3	2.48

COMUNICACIONES LIBRES

*continuación de los RESULTADOS sobre: **EPIDEMIA DE RESULTADOS HORMONALES COMPATIBLES CON HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO EN PORTADORES DE RESERVORIO SUBCUTANEO EN HOSPITAL DE DÍA DE CARDIOLOGÍA**

Se describe la posible interferencia de la heparina del reservorio subcutáneo con las pruebas de función tiroidea posiblemente por liberación de la fracción hormonal libre desplazada por los ácidos grasos libres, así como discutimos los posibles mecanismos potenciadores de la furosemida a dosis elevadas que desplaza la T4 de sus proteínas de unión y del sildenafilo como generador de ácidos grasos.

CONCLUSIONES: Es necesario reconocer a la heparina (aunque no conste reflejada como tratamiento) como causa de aumento facticio de las hormonas tiroideas con intención de evitar tratamientos erróneos o pruebas diagnósticas innecesarias.

COMUNICACIONES LIBRES

TIROIDECTOMÍA DE URGENCIA POR DISNEA BRUSCA EN PACIENTE CON BOCIO CERVICAL BENIGNO E HIPOTIROIDISMO

AUTORES: Pablo Trincado Aznar, Isabel Azcona Monreal, María Martínez García, María Elena López Alaminos, Mikel González Fernández, Patricia de Diego García.
El bocio nodular benigno es una patología frecuente, que afecta al 5-15 % de la población. A pesar de que los bocios de gran tamaño con síntomas obstructivos como la disnea son una clara indicación quirúrgica, la obstrucción aguda de la vía aérea superior es rara si no existe compresión traqueal por crecimiento retroesternal, hemorragia, colapso traqueal o malignidad.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA: Describimos el caso de un paciente con bocio cervical e hipotiroidismo que precisó cirugía urgente por compresión brusca retrofaríngea de la vía aérea.

RESULTADOS. Paciente de 85 años que acude a Urgencias por clínica de dificultad respiratoria y disfagia de aparición brusca. No refiere sintomatología compresiva previa. Hace dos años fue diagnosticado de bocio multinodular tóxico cervical sin prolongación endotorácica, objetivándose en el estudio ecográfico un tiroides de gran tamaño sin nódulos especialmente dominantes ni sospechosos. Se inició tratamiento con metimazol 2 comprimidos al día, pero no realizó revisiones por Endocrinología y ha continuado con el mismo tratamiento hasta la fecha. En Urgencias se objetiva un hipotiroidismo severo con TSH: 49.68 micro UI/ml y T4 Libre < 0.25 ng/dl.
En la exploración física se objetiva tiroides de consistencia normal aumentado de tamaño de forma bilateral y simétrica, con una saturación de oxigeno de 97%. La Radiografía de tórax es normal y el TAC cervical muestra un bocio multinodular con muy leve extensión intratorácica, tráquea centrada con diámetro coronal de 17 mm y extensión craneal con polos superiores improntando sobre la pared posterior de orofaringe. A las tres horas de ingreso presenta una desaturación brusca (SO2 37 %), siendo valorado por el servicio de ORL que objetiva en la fibrolaringoscopia una importante protrusión de la pared posterior de la faringe que dificulta la visibilidad de la glotis. Se intenta una traqueostomía de urgencias sin éxito, precisando intubación orotraqueal y tiroidectomía. El diagnóstico anatomo-patológico fue de hiperplasia difusa y nodular con signos de hemorragia antigua y reciente. El paciente se recuperó satisfactoriamente y es dado de alta sin síntomas compresivos y en tratamiento sustitutivo.

CONCLUSIONES. Se debe tener en cuenta que un bocio benigno nodular asintomático de localización cervical puede causar una obstrucción aguda de la vía aérea, aunque los nódulos no sean particularmente grandes.

COMUNICACIONES LIBRES

MODELO DE SUPERVIVENCIA MEDIA TRAS COLOCACIÓN DE UNA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON MORBILIDAD PREVIA

AUTORES: Ana Agudo Tabuenca, Jara Altemir Trallero, Julia Ocón Bretón, José Antonio Gimeno Orna, José Jorge Ortez Toro, Carlos Miguel Peteiro Miranda.

OBJETIVOS: La gastrostomía percutánea (GP) es un método seguro y eficaz para la administración de nutrición enteral (NE). Sin embargo, no está exenta de riesgos como la broncoaspiración.
El objetivo principal ha sido desarrollar un modelo de supervivencia que prevea la probabilidad media de sobrevivir tras la GP en función de parámetros clínicos y demográficos presentes antes de su inserción.

MÉTODOS: Se ha realizado un estudio observacional y analítico. Se han recogido todas las GP colocadas entre enero de 2009 y julio de 2016 bajo la supervisión de la Unidad de Nutrición del Hospital Clínico Lozano Blesa. Se recogieron variables clínicas y analíticas, así como las complicaciones aparecidas durante el seguimiento.
Se han usado modelos de regresión de Cox y análisis multivariante para valorar el riesgo de mortalidad.

RESULTADOS: Se analizaron 289 pacientes, con una edad media de 70.1 años (DE 13.6), de los cuales un 35,6% padecían alguna enfermedad neurológica degenerativa (demencia y ELA), un 34,9% padecían algún tipo de cáncer, y a un 29,5% se les colocó por otros motivos. Un el 25,3% (73) de los pacientes tenían un índice de comorbilidad de Charlson ≥4. Un 5,9% (17) desarrollaron una neumonía aspirativa. En función de estos parámetros, con los resultados arrojados por el análisis multivariante se desarrolló el modelo de supervivencia (tabla 1).

CONCLUSIONES: Dada la alta probabilidad de mortalidad a corto plazo tras la GP, la selección de los pacientes candidatos a GP debería ser más cuidadosa, atendiendo a sus características de base.

COMUNICACIONES LIBRES

*continuación de las CONCLUSIONES sobre: **MODELO DE SUPERVIVENCIA MEDIA TRAS COLOCACIÓN DE UNA GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES CON MORBILIDAD PREVIA**

Tabla 1. Modelo de supervivencia tras colocación de GP en función de características del paciente.

Meses desde la GP					1	3	6	12	24
	Edad	Charlson	Etiología	Neumonía					
Probabilidad de supervivencia dependiendo de las características de los pacientes	Edad ≤ 72 años	Charlson < 4	Otras	No	0.9424	0.8806	0.8392	0.7369	0.6188
				Sí	0.8773	0.7553	0.6791	0.5097	0.3467
			Cáncer	No	0.8929	0.7845	0.7155	0.5583	0.3999
				Sí	0.7788	0.5852	0.4777	0.2762	0.1323
			Enf. Neurológicas degenerativas	No	0.9091	0.8153	0.7546	0.6125	0.4627
				Sí	0.8104	0.6372	0.5372	0.3389	0.1825
		Charlson ≥ 4	Otras	No	0.9165	0.8295	0.7728	0.6383	0.4937
				Sí	0.8249	0.6619	0.5661	0.3712	0.2106
			Cáncer	No	0.8466	0.6998	0.6113	0.4244	0.2599
				Sí	0.6924	0.4548	0.3374	0.1508	0.0511
			Enf. Neurológicas degenerativas	No	0.8693	0.7407	0.661	0.4863	0.3219
				Sí	0.7341	0.5155	0.401	0.2037	0.082
	Edad > 72 años	Charlson < 4	Otras	No	0.9048	0.807	0.744	0.5975	0.445
				Sí	0.8018	0.6229	0.5207	0.3209	0.1675
			Cáncer	No	0.8261	0.664	0.5686	0.3741	0.2132
				Sí	0.656	0.4051	0.2876	0.1142	0.033
			Enf. Neurológicas degenerativas	No	0.8516	0.7087	0.622	0.4374	0.2725
				Sí	0.7014	0.4676	0.3506	0.1612	0.0567
		Charlson ≥ 4	Otras	No	0.8632	0.7295	0.6474	0.469	0.3041
				Sí	0.7227	0.4986	0.383	0.188	0.0723
			Cáncer	No	0.7551	0.5477	0.436	0.2356	0.103
				Sí	0.5379	0.2648	0.16	0.0411	0.0066
			Enf. Neurológicas degenerativas	No	0.7896	0.6027	0.4975	0.2964	0.1478
				Sí	0.5936	0.327	0.2141	0.0683	0.0147

COMUNICACIONES LIBRES

HIPOTIROIDISMO Y GESTACIÓN: ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTA DE CAMBIO DE ACTUACIÓN

AUTORES: Laura Borau Maorad, Ana Agudo Tabuenca, José Jorge Ortez Toro, Carlos Miguel Peteiro Miranda, Elena Llorente Fernández, Purificación Mateo Alcalá

OBJETIVOS: Las guías de la ATA en 2017 recomiendan considerar tratamiento con levotiroxina en pacientes con TSH > 2,5 mU/l en presencia de anticuerpos antiperoxidasa (TPOAb) positivos (grupo 1) y en pacientes con TSH 4 - 10 mU/l en ausencia de TPOAb (grupo 2). Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de pacientes gestantes con indicación potencial de tratamiento con levotiroxina.

METODOLOGÍA: En el HCU Lozano Blesa se realiza cribado sistemático de TSH en la primera analítica gestacional, con determinación de TPOAb ante cifras de TSH > 2,5 mU/l. Se recogieron datos de las 832 gestantes atendidas entre el 30 de mayo y el 27 de noviembre de 2017.
La muestra se clasificó en función del resultado de TSH y de TPOAb siguiendo el algoritmo propuesto por la ATA en 2017. Se determinó la prevalencia de disfunción tiroidea susceptible de derivación a endocrinología para evaluación de tratamiento hormonal sustitutivo.

RESULTADOS: De las 832 pacientes, 26 (3,1%) tenían valores de TSH <0,1 mU/l, 602 (72,3%) TSH entre 0,1 y 2,5 mU/l, 203 (24,3%) TSH entre 2,5 y 10 y tan solo 1 paciente (0,1%) TSH > 10. Hubo 27 pacientes sin determinación de TPOAb, dejando 805 sujetos válidos para el cálculo de las prevalencias de los grupos 1 y 2. La prevalencia de TPOAb positivos en pacientes con TSH entre 4 y 10 fue de 39/176 (22,1%). La prevalencia de pacientes en el grupo 1 fue de 23/805 (2,8%) y la del grupo 2 de 25/805 (3,1%). Hubo 112/805 gestantes (13,9%) con TSH de 2,5 – 4 y ausencia de TPOAb que podrían considerarse dentro de la normalidad y no precisarían derivación a endocrinología.

CONCLUSIONES: El tratamiento con levotiroxina en pacientes con TSH entre 2,5 y 4mU/l y autoinmunidad negativa no ha demostrado tener beneficio sobre el desarrollo del embarazo. Seguir las recomendaciones de la ATA de 2017 evitaría el sobretratamiento de pacientes sanas.

COMUNICACIONES LIBRES

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE POBLACIÓN ATENDIDA EN LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

AUTORES: Francisco Losfablos Callau,Paloma de Castro Hernández,María López Alaminos,Perfecta Sanz Foix,María Martínez García,Isabel Azcona Monreal.

OBJETIVO: conocer características epidemiológicas y tipo de patología atendida en consulta externa de Endocrinología y Nutrición del Hospital de Calatayud.Con estos datos elaborar estrategias para mejorar la atención comunitaria de estos pacientes.

MÉTODOS:estudio prospectivo observacional de 200 pacientes sucesivos realizado en mayo de 2016.Se registra en cada paciente diversos datos clínicos mediante hoja protocolizada que se vuelcan a una hoja Excel.Los resultados se presentan mediante herramientas de estadística descriptiva.

RESULTADOS: Datos poblacionales: 21% eran primeras visitas(64% primeras visitas reales y 36% pacientes dados previamente de alta),73% mujeres ,edad media 61,66 años, IMC medio 30,65 kg/m², 67% son sedentarios. Diagnóstico principal:34% hipotiroidismo,33% DM2,10% hipertiroidismo,8% bocio nodular,6% DM1,3% obesidad y resto de diagnósticos 6%.El 80% tienen sobrepeso u obesidad (39% y 41%),siendo el sobrepeso grado 2 (34%) y la obesidad grado 1 (29%) los grupos ponderales más frecuentes.El 24% de pacientes llevan insulina (61,5% de DM2) y 0,5% análogos del GLP-1 (1,5% de DM2,el IMC medio de DM2 era 32,89 kg/m²).El 19% tenían un 2º diagnóstico endocrinológico:9,5% tiroideo,5,5% obesidad,2,5% hiperparatiroidismo (frente a 1,5% como motivo de derivación) y 1,5% DM2.

CONCLUSIONES: 8 de cada 10 pacientes tienen sobrepeso u obesidad aunque sólo un 3% tiene la obesidad como motivo de consulta y un 5,5% como diagnóstico secundario.La patología más prevalente es la tiroidea.6 de cada 10 DM2 están insulinizados.Se detectan como áreas de mejora:disminuir el número de pacientes atendidos por patología tiroidea banal,disminuir el porcentaje de pacientes DM2 no insulinizados y abordar estrategias poblacionales para disminuir el exceso de peso y sedentarismo.

SADEN
sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

XII CONGRESO SOCIEDAD ARAGONESA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN | 2018

PATROCINADORES

novo nordisk®

NUTRICIA Advanced Medical Nutrition

mundipharma

janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson

MSD

AstraZeneca

SANOFI DIABETES & CARDIOVASCULAR

Lilly

Boehringer Ingelheim

GRUPO MENARINI
www.menarini.es

NOVARTIS

persan farma

Nestlé HealthScience

CASEN RECORDATI GROUP
www.casenrecordati.es

ESTEVE

COLABORADORES

almirall

IPSEN Innovation for patient care

FRESENIUS KABI caring for life

FAES FARMA

FERRING PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

Abbott Nutrition

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

ADVENTIA

PronoKal Group®

Vegenat® HEALTHCARE

www.saden.org