SADEN

sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

XI CONGRESO SOCIEDAD ARAGONESA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN | 2016

SADEN
sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:
Dra. Marta Monreal Villanueva

Vicepresidente:
Dra. Julia Ocón Bretón

Secretario:
Dra. Yolanda Blasco Lamarca

Tesorero:
Dra. Esperanza Aguillo Gutiérrez

Vocal:
Dr. José Antonio Chena Alejandro

CARTA DEL PRESIDENTE

Queridos compañeros y amigos:

Un año mas, nos reunimos para la celebración del XI Congreso de la SADEN que se realizará los días 6, 7 y 8 de abril próximos.

El programa nos ofrece una puesta al día y revisión en temas de actualidad e interés en nuestra especialidad. Contamos con moderadores y ponentes de reconocido prestigio para abordar dichos temas y esperamos que os resulte atractivo y nos sirva para compartir conocimientos y esperiencias. En él se incluyen mesas redondas de tiroides, diabetes, lípidos y riesgo CV, nutrición y endocrinología clínica. Dicho programa preliminar puede consultarse en la página Web de la Sociedad.

Esperamos contar con vuestras aportaciones científicas por medio de las comunicaciones al congreso que podrán enviarse hasta el 15 de marzo con los requisitos que se indican en la página Web.

Este año corresponde proceder al turno de renovación de cargos como se establece en los Estatutos de la Sociedad, que incluyen los de Presidente, y Tesorero. De igual forma y tal como se votó por unanimidad en la Asamblea del anterior congreso, se elegirán también los cargos de Vicepresidente, Secretario y Vocal que ejercerán dicho cargo como electos durante el próximo año hasta la renovación definitiva y automática de los mismos en el próximo mes de Febrero de 2017.

Los candidatos a ocupar los cargos enviaran sus candidaturas a la Secretaria de la Sociedad (yblasco@yahoo.com), con fecha límite el 15 de marzo. La renovación de cargos de la Junta Directiva tendrá lugar durante la Asamblea General Ordinaria que se celebrará con motivo del congreso.

Tenemos la satisfacción de informar que dicho congreso ha sido declarado de interés científico y sanitario para la comunidad de Aragón y está pendiente de confirmación como actividad acreditada por la comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón.

Esperamos que aparte de la actividad cientifica sea un punto de encuentro para enriquecer nuestras relaciones personales y de amistad.

Desde la Junta Directiva, nos ponemos a vuestra disposición.
Un cordial saludo.

Marta Monreal Villanueva
Presidente de la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición

Miércoles, 6 de Abril

16.00-16.15 RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN Y COLOCACIÓN DE PÓSTER.

16.15-16.30 INAUGURACIÓN DEL CONGRESO.

16.30-18.30 Mesa TIROIDES

Moderador: Mª Jose Pamplona (FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital San Jorge. Huesca).

1.Tratamiento mediante ablación percutánea de nódulos tiroideos benignos. (Dra.Carmen Cabrejas. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova. Zaragoza).
2.Manejo de la oftalmopatía de Graves (Dra. Isabel Melchor. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza).
3. Actualización nuevas guías del cáncer de tiroides (Dr. Juan Carlos Galofre. Consultor de Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universitaria de Navarra. Responsable del Grupo de Trabajo de Tiroides de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición).

19.00-21.00 SIMPOSIUM DIABETES (Patrocinado por NovoNordisk).

Jueves, 7 de Abril

16.15-18.00 Mesa DIABETES
Moderador: Alejandro Sanz (Jefe de Sección Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza).

1. SGLT2 inhibitors in insulindependent patient (Dr. John Wilding. Head of the Department of Obesity and Endocrinology at the University of Liverpool, UK).
2. Nuevas insulinas: aportación en la práctica clínica (Dr. Miguel Brito. Adjunto Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Puerta de Hierro. Madrid).

18.00-18.30 Pausa café.

18.30-21.00 EXPERT MEETING (Con la colaboración de Grupo de Diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y co-promocionado por la Alianza Boehringer-Lilly).
Moderador: Dra. Marta Monreal Villanueva (FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Presidente Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición).

1.“Highlights EASD/ADA” (Dr. Javier Escalada. Consultor del Departamento de Endocrinología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona).
2. Sleep, diabetes and cardiovascular risk (Dr. Albert Lecube. Jefe de Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida).

Viernes, 8 de Abril

09.00-10.30 Mesa LÍPIDOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR
Moderador: Dr. Francisco Losfablos (FEA de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ernest Lluch. Calatayud).

1. Evaluación del tratamiento de la dislipemia diabética: Nuevas guías ¿qué aportan? (Dr. Luis Irigoyen. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza).
2. Evolocumab: Nuevo inhibidor del PCSK9 para el tratamiento de la dislipemia (Dr. Fernando Civeira. Catedrático de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Jefe de la Unidad de Lípidos del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza).

10.30-12.00 COMUNICACIONES ORALES
Moderador: Jara Altemir (FEA Endocrinología y Nutrición. Fundación Hospital de Calahorra).
*Premio a la Mejor Comunicación (Patrocinado por Lilly Diabetes).

12.00-12.30 Pausa café.

12.30-14.00 Mesa NUTRICIÓN
Moderador: Dra. Julia Ocon (FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza).

Rehabilitación multimodal: nueva aproximacion terapéutica en el manejo perioperatorio del paciente quirúrgico.
1. Estrategias quirúrgicas. (Dr. Jose M. Ramirez. Especialista en Cirugía General. Hospital Clínico Universitario. Profesor Asociado de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Coordinador del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal).
2. Papel de la nutrición. (Dra. Cristina de la Cuerda. Servicio de Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid).
3. Prehabilitación. (Dra. Julia Guillen. Jefe de Servicio de Anestesia. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza).

14.00-16.00	Comida de trabajo.
16.00-17.30	Mesa ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA *Moderador: Dra. Amelia Oleaga (Jefe de Servicio Endocronología y Nutrición. Hospital de Basurto. Bilbao).* TOP publicaciones 2015-16 en endocrinología clínica 1. Hipófisis. (Dra. Paloma de Castro. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza). 2. Suprarrenal (Dr. Fernando Calvo. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario). 3.Gónadas y paratiroides. (Dra. Guayente Verdes. FEA Endocrinología y Nutrición. Hospital Obispo Polanco. Teruel).
17.30-18.30	ASAMBLEA ORDINARIA.
18.30-20.00	CONFERENCIA DE CLAUSURA: HAY VIDA MÁS ALLA DE LA ENDOCRINOLOGÍA Dr. Santiago Chóliz (Médico Jubilado Endocrinología y Nutrición). Dr. Ramón Albero (Médico Jubilado Endocrinología y Nutrición).
20.00	CLAUSURA DEL CONGRESO.
21.00	CENA DE CLAUSURA

COMUNICACIONES LIBRES

REGISTRO INCIDENCIA CETOACIDOSIS DIABÉTICA

AUTORES: Agudo Tabuenca A, Borau Maorad L, Campos Fernández J, Medrano Navarro AL, Aguillo Gutiérrez E, Sancho Serrano MA.

OBJETIVOS: Analizar la incidencia de la cetoacidosis diabética del año 1999, 2004 y desde el 2007 hasta el 2015 según la gravedad, causa, sexo y precipitante.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo de pacientes entre 14 y 82 años ingresados en Endocrinología y Nutrición con diagnóstico de cetoacidosis diabética entre los años 1999 y 2015. Se excluyen del estudio pacientes con situación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica y los años 2000 a 2003, 2005 y 2006. Se analizan diferentes parámetros, entre ellos, factor precipitante, pH, bicarbonato o edad.

RESULTADOS: De un total de 184 casos analizados, el 34,78% se da en pacientes entre 19 y 29 años, un 72% corresponden a DM1 y un 20,1% a DM2. El 37% corresponden a debuts diabéticos, siendo esta la causa más frecuente, seguida de la infecciosa (24,5%). El 54,3% de los casos corresponden a mujeres. Se han registrado 36 cetoacidosis diabéticas graves en función de pH (definido como pH<7). La media de pH al ingreso fue de 7,12. Se han registrado 96 cetoacidosis diabéticas graves (definido como HCO3<10 mmol/l) en función del nivel de bicarbonato al ingreso, siendo la media de 10,71 mmol/l.

CONCLUSIONES: No se observa una disminución en la incidencia de CAD con los años, lo que debería hacernos replantear un método de mejora en la adherencia al tratamiento, además de un aumento de incidencia de patología autoinmune.

ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE YODO EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESPAÑOLA. PROYECTO TIROKID. RESULTADOS EN ARAGÓN

AUTORES: Mª Orosia Bandrés Nivela (1), Amaya Barragán Angulo (1), C. Cabrejas Gómez (1), Blanca Garcia Garcia (1), Concepción Vidal Peracho (1), Dolores Corruchaga Arregui (1).
(1)Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Royo Villanova (Zaragoza).

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de déficit de yodo en la población infantil con edad comprendida entre los 6 y 7 años.

METODOLOGÍA: Estudio observacional transversal en población de primer curso de primaria (6-7 años de edad). Estudio en todo el territorio nacional. La captación de la información se realizaba a través de una encuesta a cumplimentar por los padres, junto con la obtención de una muestra de orina casual para la determinación de yoduria y determinación de TSH medida en sangre total capilar. En Aragón se realizó el estudio en 4 Centros de Zaragoza y en 2 Centros de Teruel.

RESULTADOS: En todo el territorio nacional se recogieron 1981 escolares. En Aragón se recogieron datos completos de 179. La mediana de yoduria fue de 168 µ/l. La mediana de yoduria fue mas alta en hombres (180´8 vs 153´5 µ/l; p<0´001).El consumo de sal yodada fue del 80´4%. No se encontró correlación entre la TSH y la mediana de yoduria en ningún area geográfica. La prevalencia de TSH baja fue de 0´1% y de TSH elevada de 7´6%. La prevalencia de TSH elevada fue mayor en niños con historia familiar de hipotiroidismo.

CONCLUSIONES: El consumo de sal yodada sigue siendo inferior a las recomendaciones de la OMS, conseguir que sea del 90%. El estado nutricional de yodo es adecuado en este grupo de edad. La prevalencia de TSH alta es elevada, aunque en la mayoria de los casos retorna a la normalidad, requiere mas estudios.

COMUNICACIONES LIBRES

MASTOPATÍA DIABÉTICA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

AUTORES: Beatriz Lardiés Sánchez, Leticia Pérez Fernández, Isabel Azcona Monreal, María Martínez García, Guayente Verdes Sanz, Javier Acha Pérez.

INTRODUCCIÓN: La mastopatía diabética es una complicación poco frecuente y conocida de la diabetes mellitus cuya verdadera importancia radica en que puede simular una neoplasia maligna

DESCRIPCIÓN DE CASOS: Caso 1: mujer de 33 años, DM tipo 1 de 12 años de evolución, mal control metabólico crónico y retinopatía diabética proliferativa panfotocoagulada. Autopalpación de tumoración en mama derecha, a nivel de intercuadrantes superiores en región retroareolar, indolora.

Caso 2: mujer de 28 años, DM tipo 1 de 16 años de evolución de mal control metabólico, con gastroparesia diabética. Aparición de bultoma periareolar en mama izquierda, doloroso a la palpación.

Caso 3: mujer de 46 años, DM tipo 1 de 28 años de evolución, con retinopatía diabética no proliferativa leve (algún pequeño microaneurisma) y buen control metabólico crónico. Autopalpación de bultoma indoloro en cuadrante superior derecho en mama derecha.

Diagnóstico por imagen:
En estudio mamográfico: aumento de densidad del tejido fibroglandular, y en ecografía mamaria importante sombra acústica posterior, en ambos casos coincidiendo con la región indurada. En RMN: ausencia de zonas de realce sospechosas.

Anatomía patológica: fibrosis estromal con infiltración linfocitaria periductal, lobular y perivascular.

En los 3 casos: seguimiento clínico-radiológico, sin tratamiento específico

CONCLUSIONES:
- Característico en mujeres premenopáusicas con DM insulinodependiente de larga evolución.
- A la palpación mamaria: induración poco dolorosa uni o bilateral de bordes mal definidos.
- Es preciso el seguimiento anual con pruebas de imagen (generalmente mamografía).
- Lo más importante: descartar malignidad.
- No precisa tratamiento quirúrgico (recidiva) y no suele malignizar.

COMUNICACIONES LIBRES

PREVALENCIA DE SARCOPENIA Y DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO Y DEFINICIÓN DE PUNTOS DE CORTE DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS QUE ORIENTEN EN SU DETECCIÓN

AUTORES: Beatriz Lardiés Sánchez, Leticia Pérez Fernández, Isabel Azcona Monreal, María Martínez García, Diana Boj Carceller, Alejandro Sanz París.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia de sarcopenia y desnutrición en una población de ancianos institucionalizados y establecer puntos de corte específicos de parámetros antropométricos (circunferencia de pantorrilla, brazo y cuello) que orienten en la detección de ambas entidades

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo de 312 ancianos institucionalizados en Zaragoza (66.3% mujeres). Se llevó a cabo la medición de variables antropométricas, test de rendimiento físico y fuerza muscular, pruebas de laboratorio y análisis de composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica. Para definir sarcopenia se utilizaron los criterios diagnósticos establecidos por el Grupo Europeo de Trabajo sobre Sarcopenia en Edad Avanzada (EWGSOP), y para valorar el estado nutricional se utilizó el Mini Nutritional Assessment (MNA)

RESULTADOS: La prevalencia de sarcopenia fue de 37,8%, la prevalencia de desnutrición fue de 45,5% (40% de varones y 47,7% de mujeres), y ambas entidades estaban presentes de forma concomitante en el 26,8% de la población. El punto de corte de la circunferencia del cuello para definir un estado de desnutrición fue 33,75 cm (mujeres) y 37,5 cm (varones). También se establecieron puntos de corte específicos para circunferencia de pantorrilla y brazo

CONCLUSIONES:

- Elevada prevalencia de sarcopenia y desnutrición en población de edad avanzada: sería necesario diseñar estrategias para identificar afectos o en riesgo y proporcionar intervenciones dirigidas.
- Serían necesarios puntos de corte específicos de los parámetros antropométricos para cada tipo de población y sexo.
- La circunferencia del cuello podría ser utilizada como un nuevo parámetro antropométrico en la valoración de sarcopenia y desnutrición, precisándose más estudios para confirmar su validez.

COMUNICACIONES LIBRES

DIABETES INSÍPIDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA METÁSTASIS HIPOFISARIA

AUTORES: Isabel Azcona Monreal, Beatriz Lardiés Sánchez, Leticia Pérez Fernández, Maria Martínez García.

CASO CLÍNICO: Mujer de 51 años, fumadora de 20 paquetes/año, que inicia de forma súbita clínica de polidipsia de hasta 10 litros/día junto con poliuria y nicturia. Posteriormente inicia diplopía binocular, hemianopsia bilateral,cefalea y ptosis completa del párpado superior del ojo derecho. Se deriva a Oftalmología solicitando por su parte una Resonancia Magnética cerebral informando un voluminoso macroadenoma hipofisario que invade el seno cavernoso derecho.

La paciente no presenta signos de deshidratación y mantiene cifras de normotensión.

En la analítica basal no se observan alteraciones destacables.

En la analítica de orina destaca una osmolalidad urinaria de 202 mOsm/Kg, sodio en orina de 45.2 mEq/L y una osmolalidad en suero de 291 mOsm/Kg .

Ante la sospecha de Diabetes insípida se completa el estudio analítico y se inicia Desmopresina mejorando sustancialmente la clínica.

Se interviene de forma programada sin incidencias.

La valoración anatomopatológica intraoperatoria informa de posible metástasis de carcinoma a distancia, por lo que se realiza estudio de imagen de extensión demostrándose en el TAC una lesión pulmonar sugestiva de malignidad que se confirma en el estudio anatomopatológico.

CONCLUSIONES: Es preciso por tanto sospechar afectación hipofisaria de probable etiología metastásica, especialmente en pacientes mayores de 55 años, que inician clínica brusca de diabetes insípida y oftalmoplejía de rápida evolución; y en el caso de no presentar antecedentes tumorales previos conocidos, realizar los estudios de imagen adecuados para detectar el posible tumor primario.

COMUNICACIONES LIBRES

SUPERVIVENCIA A MEDIO PLAZO DE PACIENTES EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN APLICANDO DIFERENTES TEST DE CRIBADO NUTRICIONAL

AUTORES: Julia Campos Fernández, Patricia Mateo Manrique, Julia Ocón Bretón, Jose Antonio Gimeno Orna, Ana Agudo Tabuenca, Laura Borau Maorad. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza).

OBJETIVO: Evaluar la supervivencia a 5 meses de pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel en dependencia de distintos test de cribado nutricional.

METODOLOGÍA: Se incluyeron pacientes hospitalizados en Medicina Interna a los que se les aplicaron los test de cribado nutricional NRS-2002, MNA, MUST y SNAQ durante las primeras 24-48 horas del ingreso.
Las principales variables recogidas fueron: antropométricas, nutricionales (ingesta dietética), funcionales (movilidad) o el deterioro cognitivo. El índice de Charlson fue utilizado para valoración de comorbilidad. Los puntos finales clínicos fueron: mortalidad total, reingresos y muerte o reingreso.
Se compararon las características iniciales de los pacientes y su puntuación durante el ingreso en diferentes escalas de valoración y/o cribado nutricional en dependencia de su evolución posterior. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas. Se consideraron significativos valores de $p<0,05$.

RESULTADOS: Se analizaron 82 pacientes con edad media de 76,4 años (DE 14,5). La infección respiratoria (8,5%) fue el principal motivo de ingreso. El índice de Charlson medio fue 2,7 (DE 2,2).
Se produjo el fallecimiento de 19 pacientes (23,2%). En 9 de ellos el NRS-2002 fue ≥ 3 (52,9%), 9 presentaban un MNA-SF < 8 (52,9%), 14 (73,7%) dificultades para la movilidad y 15 (78,9%) referían estrés físico/psíquico en el último mes. De 27 (32,9%) pacientes que reingresaron, el 18,5% presentaban un SNAQ de ≥ 3. Fallecieron o reingresaron 39 (47,6%), siendo el MNA-SF predictor de esta situación.

Variable	Muerte			Reingreso			Muerte o reingreso		
	Sí	*No*	*p*	*Sí*	*No*	*p*	*Sí*	*No*	*p*
NRS ≥ 3	52,9 %	24,1 %	0,024	25,9 %	34%	0,465	35,1 %	26,3 %	0,408
SNAQ cuantitativo	1,50	1,02	0,115	1,30	1,07	0,348	1,45	0,83	0,21
MUST = 0	50%	56,1 %	0,867	50 %	55,1 %	0,101	45,7 %	63,2 %	0,060
MUST = 1	25%	24,6 %		38,5 %	18,4 %		37,1 %	13,2 %	
MUST = 2	25%	19,3 %		11,5 %	26,5 %		17,1 %	23,7 %	
MNA cuantitativo	7,18	9,19	0,004	8,72	8,68	0,855	8,19	9,23	0,043

CONCLUSIONES: Los métodos de cribado asociados con incremento de mortalidad posterior fueron el NRS-2002 y el MNA-SF.

COMUNICACIONES LIBRES

COORDINACIÓN EN LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES EN PACIENTES INSULINIZADOS EN EL SECTOR I

AUTORES: A. Camuñas Pescador (1), A. García Laborda (1), C. Vidal Peracho (2), E. López Alcutén (3), B. García García (2), C. Cabrejas Gómez (2).

(1) Enfermera Educadora, (2) FEA Endocrinología, (3) Enfermería Endocrinología. Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: La educación terapéutica en diabetes (EDT) se realiza en el Sector I a los pacientes ingresados, revisados al alta en consultas del hospital (1-2 consultas) y en el CME Grande Covián.
La adecuada coordinación entre niveles asistenciales: educadora en diabetes del hospital y la enfermera de atención primaria, educadora del hospital y en CME debe garantizar la continuidad y calidad en los cuidados al diabético.

OBJETIVO: Evaluar la coordinación de la ETD entre la educadora del HRV y la educadora del CME Grande Covián, aportando una propuesta de coordinación entre hospitalización y consultas externas del centro de especialidades.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron los pacientes que han recibido ETD en el HRV. Se elaboró un protocolo de informe individualizado con la educación diabetológica realizada en el hospital, al alta, tras insulinización. Dicho informe es remitido por correo interno a la educadora del CME, con copia en la historia clínica de Endocrinología y Nutrición.

RESULTADOS: De los pacientes que recibieron ETD en el HRV (N:338), un 73% continuaron el proceso educativo en el CME Grande Covián. En un 41% de los casos (N:138) se realizó el informe de alta de ETD.

CONCLUSIONES:
1. El informe individualizado de ETD puede garantizar la continuidad asistencial en la educación terapéutica del diabético, si se incrementa a la mayoría de la población atendida.
2. La presión asistencial limitó el informe al alta en dos tercios de la población atendida e insulinizada, si bien 40% se benefició del nuevo protocolo.

COMUNICACIONES LIBRES

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABETES (ETD) EN EL SECTOR I

AUTORES: A. García Laborda (1), A. C. Camuñas Pescador (1), O. Bandrés Nivela (2), A. Barragán(2), D. Corruchaga Arregui (3), E. Casabona (3)
(1)Enfermera Educadora, (2)FEA Endocrinología, (3)Enfermería Endocrinología.

INTRODUCCIÓN: La Educación Terapéutica en Diabetes es imprescindible en el tratamiento de la DM, facilitando al paciente la gestión de su enfermedad..

OBJETIVO: Evaluar los procesos educativos realizados a pacientes diabéticos, por las educadoras en HRV y CME Grande Covián, en 2015..

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los pacientes diabéticos que recibieron ETD durante el ingreso y al alta, en consultas externas del HRV y CME.

RESULTADOS: Se realizó ETD a 1779 diabéticos, 338 (19%) pacientes en HRV y 1441(81%) en CME. En HRV 94 pacientes hospitalizados (28%) y 244 ambulatorios (72%). De los hospitalizados: 63 (67%) eran debuts con insulinoterapia.
De los cuales un 21% fueron educados (supervivencia) en urgencias. 31 (43%) fueron descompensaciones diabéticas graves. 59 pacientes DM1 recibieron ETD para optimización metabólica, 21 pacientes con calculador de bolo prandial. 39 pacientes pendientes de cirugía bariátrica, fueron educados en la inyección de AR GLP-1. En CME se realizó ETD a 1441 pacientes remitidos desde consultas de Endocrinología, 55 (4%) eran DM gestacionales. ETD básica en insulinización a 1386 pacientes (96%) y avanzada (4%) 18 pacientes portadores de ISCI y 142 pacientes con calculador de bolo prandial. Instruyó a 187 pacientes en la inyección de AGLP-1.

CONCLUSIONES:

1. La consulta de ETD es imprescindible para garantizar la calidad asistencial y seguimiento del paciente diabético, mediante la colaboración medico-educadora.
2. Las nuevas tecnologías como calculadores de bolos prandriales e ISCI en DM1 y los AR GLP1 en DM2 incrementan las necesidades educativas en el campo de EDT.

COMUNICACIONES LIBRES

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ADULTOS JÓVENES E INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA

AUTORES: Leticia Pérez Fernández, Diana Boj Carceller, Beatriz Lardiés Sánchez, Isabel Azcona Monreal, María Martínez García, Alejandro Sanz Paris.

OBJETIVOS: Estudio de adherencia de población sana joven a la dieta mediterránea así como análisis del estado nutricional según variables epidemiológicas.

METODOLOGÍA: Estudio transversal. Mediante cuestionario validado de adherencia a dieta mediterránea en 224 sujetos se determinó el grado de adherencia global y para las distintas preguntas. Recogidas variables antropométricos (IMC) así como epidemiológicas (sexo, edad, origen, realización de actividad física, cocinar en domicilio, tiempo empleado en redes sociales).

RESULTADOS: Muestra con edad 22,08 años (DE 3,44) siendo el 34,6% hombres y el 65'4% mujeres. Un 88,1% procedían de áreas del interior y un 11,9% de áreas costeras. Los hombres mostraron mayor adherencia alta a la dieta mediterránea (28,4%) que las mujeres (15,7%); P: 0,03. Existieron diferencias significativas en la restricción de carne roja y bebidas azucaradas con un mayor cumplimiento por parte de las mujeres; así como mayor restricción de repostería e ingesta de legumbre y frutos secos en el grupo hombres. IMC hombres 23,90 (DE 2,90) y en mujeres 21'02 (DE 2,76); P<0,001. IMC mayor en sujetos procedentes de costa; P: 0,029. No existieron diferencias significativas en la realización de actividad física moderada según el sexo ni según su adherencia a la dieta mediterránea.

CONCLUSIONES: Los hombres presentaron un mayor grado de adherencia a la dieta mediterránea. La restricción de carne roja y bebidas azucaradas es mayor en las mujeres; mientras que los hombres presentan mayor restricción de repostería y mayor ingesta de legumbre y frutos secos.

COMUNICACIONES LIBRES

PARAGANGLIOMA MALIGNO Y PROLACTINOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES: M. Martínez García, B. Lardiés Sánchez, L. Pérez Fernández, I. Azcona Monreal, D. Álvarez Ballano, P. Trincado Aznar.

INTRODUCCIÓN: La combinación de adenoma hipofisario(PA) y feocromocitoma-paraganglioma es poco frecuente. Aunque pueden coexistir por coincidencia, hay evidencia de que los genes predisponentes a feocromocitomas-paragangliomas pueden intervenir en la tumorogénesis hipofisaria. Se ha descrito una nueva condición llamada "3Pas"para la asociación de PA con feocromocitoma y/o paraganglioma en pacientes con mutación de SDH.

CASO CLÍNICO: Mujer de 58 años con masa laterocervical izquierda y dolor hemifacial. Tras TAC cervico-torácico y posterior RM, se halló simultáneamente una lesión hipervascular en espacio carotídeo izquierdo, que desplazaba vena yugular y englobaba arteria carotídea, sugestiva de paraganglioma, así como un macroadenoma hipofisario que tras estudio funcional se diagnosticó de prolactinoma y panhipopituitarismo. La gammagrafía123I-MIBG mostró escasa captación y con111In-Octreótido, aumento de densidad compatible con glomus carotídeo. Se finalizó estudio con PET/TAC: paraganglioma cervical izquierdo de alto grado de malignidad, con metástasis pulmonares y óseas, confirmado mediante biopsia ósea. Se embolizó el tumor sin resección posterior por infiltración vascular ni MIBG terapéutica por ausencia de captación. Debido a mala tolerancia a Sunitinib, actualmente se encuentra con ciclofosfamida, vincristina y DTIC, presentando mejoría clínica. En estudio genético se encontró mutación heterocigota en gen SDHB no descrita previamente.

CONCLUSIONES:

- El 10%de los paragangliomas son malignos y un 30% hereditarios(autosómico dominante y penetrancia elevada edad-dependiente), de ahí la importancia del estudio genético, sobre todo si asociación con PA.
- Las mutaciones SDHB asocian riesgo de malignidad y mal pronóstico.
- No existe tratamiento curativo para paraganglioma maligno no resecable, proponiéndose quimioterapia en pacientes con MIBG negativo y progresión rápida.

COMUNICACIONES LIBRES

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

AUTORES: Borau Maorad L, Aguillo Gutiérrez E, Campos Fernández J, Agudo Tabuenca A, Ortez Toro JJ, Sancho Serrano MA.

INTRODUCCIÓN: Los opioides suprimen el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal produciendo un hipogonadismo central. Se ha descrito en menos del 1% de los pacientes la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), provocando una insuficiencia suprarrenal secundaria (ISRS) e incluso crisis addisonianas. No obstante, ninguno de estos efectos está descrito en ficha técnica. Describimos dos casos clínicos en los que el tratamiento con fentanilo transdérmico ocasionó una ISRS.

CASO CLÍNICO 1: Varón de 36 años ingresado por astenia de 1 mes de evolución. Llevaba tratamiento con fentanilo transdérmico por hernia discal L5-S1. En la analítica se objetivaron cortisol y ACTH descendidos, siendo la RMN hipofisaria normal, así como el resto del perfil hipofisario. De cara al alta se procedió a la retirada gradual del fentanilo, objetivándose recuperación hormonal progresiva y normalización completa tras 2 meses de la suspensión.

CASO CLÍNICO 2: Mujer de 40 años en tratamiento con fentanilo transdérmico por síndrome piramidal crónico. En la analítica se detectaron cortisol y ACTH bajos y resto de hormonas hipofisarias dentro de la normalidad, salvo prolactina ligeramente elevada en probable relación con fármacos. Se disminuyó progresivamente el fentanilo hasta la suspensión, pese a lo cual no se recuperó el eje HHA, iniciándose tratamiento sustitutivo con hidrocortisona. La paciente ha estado en tratamiento con otros opioides que podrían justificar la ausencia de normalización hormonal.

CONCLUSIONES: Dada la elevada prevalencia de utilización del tratamiento con opioides es importante conocer sus posibles efectos adversos endocrinológicos, insuficiencia suprarrenal e hipogonadismo secundarios, y monitorizar los niveles hormonales y/o la aparición de síntomas compatibles con dichas deficiencias, de cara a realizar un diagnóstico y manejo precoces.

COMUNICACIONES LIBRES

CARACTERISTICAS DE LA NED
por PEG en Sector Hospital Royo Villanova

AUTORES: VIDAL.C, CAMUÑAS.A.C, GARCIA.B, BARRAGÁN.A, BANDRÉS.O, CABREJAS.C. Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: La Nutrición enteral domiciliaria (NED) es cada vez más utilizada en nuestro país según los registros Nadya-Senpe. 60% de adultos con NED tienen enfermedades neurológicas y 61% usan PEG (gastrostomía). El cese del tratamiento es por fallecimiento en 55% de los adultos.

OBJETIVOS: Conocer qué tipo de patologías tienen los pacientes con NED administrada por PEG en nuestro sector y que tipo de dietas utilizamos, durante el año 2015.

MÉTODOS: Se estudiaron los pacientes según sexo, patología, tipo de fórmula de nutrición, uso de fibra y tipo de NED en las enfermedades más frecuentes.

RESULTADOS: Se evaluaron 34 pacientes, 57% mujeres y 43% varones. 40% tienen demencia, 15% encefalopatía, 15% ACV y 9% ELA. 62% llevan fórmulas hipercalórica/hiperproteica/con fibra (HC/HP/F) pacientes, 21% llevan NED normocalórica/normoproteica/con fibra (NC/NP/F). 93% de los pacientes llevan fórmulas con fibra. La NED hipercalórica/hiperproteica/con fibra (HC/HP/F) es utilizada en 60% ACV ,100% de las encefalopatías y 56% de las demencias. 20% de los pacientes con ACV y 22% en demencias usan formulas normocalórica/normoproteica/con fibra (NC/NP/F). Un 21% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento.

CONCLUSIONES:

1. La patología neurológica es la causa mas frecuente de NED en 80% de los pacientes.
2. Las formulas NED (HC/HP/F) son las más utilizadas en dos tercios de la muestra, en relación con el estado nutricional y los volúmenes a administrar y sólo 20% utilizan formulas (NC/NP/F).
3. Se aprecian una mortalidad inferior y una mayor prevalencia femenina de NED por PEG, aunque se requiere mayor tiempo de observación.

COMUNICACIONES LIBRES

DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN GENERAL el DÍA MUNDIAL DE LA NUTRICIÓN 2015

AUTORES: VIDAL.C, CASABONA.E, CORRUCHAGA.L, LOPEZ.E, CAMUÑAS A.C, GARCIA. A. Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova de Zaragoza

INTRODUCCIÓN: El estudio Predimed, desarrollado en nuestro país, ha demostrado los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea, en la prevención primaria cardiovascular.

OBJETIVOS: Conocer la adherencia a la dieta mediterránea en población general, al azar, de la zona de nuestro hospital , unos 200.000 habitantes, con la actividad clínica habitual hospitalaria y extrahospitalaria el 28 de mayo, día mundial de la nutrición 2015.

MÉTODOS: Se distribuyó el cuestionario Predimed a las personas que transitaban por el hospital y acudían a otras consultas externas, de forma anónima. Se realizaron también otras actividades divulgativas. Se recogió edad, sexo, y diabetes y se asesoró en el cuestionario.

RESULTADOS: Respondieron al cuestionario Predimed 171 personas, 67% mujeres y 33% varones, edad 51,86±12 años. 10% son diabéticos. Se cuantificó Predimed: alta adherencia (12-14 puntos), media (8-11), baja (5-7) y muy baja (< 5). En todo el grupo el valor del cuestionario fue 9,12. En varones 9,48, en mujeres 9,18, en diabéticos 9,65, en no diabéticos 9,06. Se observó una adherencia media en toda la muestra 74%, baja 20% y alta 6% .La correlación Rho Spearman, en todo el grupo, es significativa (p=0.009) entre edad y valores del Predimed con tests no paramétricos. Se utilizó SPSS 20.

CONCLUSIONES:

1. Dos tercios de la muestra presentan una adherencia media a la dieta mediterránea y el 80% tienen patrones de adherencia media y alta.
2. No se aprecian diferencias entre población con y sin diabetes
3. Las personas de mayor edad muestran mejores valores del cuestionario Predimed lo cual sugiere que mantienen mejor este patrón alimentario.

COMUNICACIONES LIBRES

TERIPARATIDE EN EL TRATAMIENTO DEL HIPOPARATIROIDISMO POSQUIRURGICO EN PACIENTE CON BPBP PREVIO

AUTORES: VIDAL.C, BARRAGÁN.A, CABREJAS.C, GARCIA.B, BANDRÉS.O, CAMUÑAS A.C. Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova de Zaragoza

INTRODUCCIÓN: La hormona PTH, utilizada en el tratamiento de la osteoporosis, se ha introducido recientemente en el arsenal terapeútico para el tratamiento del hipoparatiroidismo.

OBJETIVOS: Evaluar la respuesta a PTH en el control de la hipocalcemia severa posquirúrgica desarrollada tras cirugía tiroidea.

MÉTODOS: Seguimiento clínico de la paciente controlada en consultas de cirugía bariátrica del HRV.

RESULTADOS:
Se trata de una paciente de 58 años con antecedentes de BPBP en 2009, IMC 46.41 inicial, estable en la disminución ponderal 35 kg, IMC 31, en tratamiento con vitamina A , D y Zinc oral con un BMN de más de diez años de evolución con un nódulo frio y microcalcificaciones con PAAF reiteradas benignas, ante el crecimiento lento del Bocio intratorácico con desplazamiento traqueal, se interviene en octubre 2015. Con niveles habituales de vitamina D, calcemias y estudio nutricional normal, tras cirugía tiene tres ingresos hospitalarios en dos meses por hipocalcemia sintomática severa y calcemias 5,5 mgr/dl-6,1 mgr/dl-5,8 mgr/dl que requirieron calcio y magnesio IV, en hospitalización .Dado el deterioro del estado general y la severidad y dificultad del tratamiento de la hipocalcemia, se inicia tratamiento con teriparatide subcutánea a dosis de 40 mcgr/día, con excelente respuesta terapéutica y disminución de las necesidades de calcio y Vitamina D así como intensa mejoría clínica.

CONCLUSIONES:
Ante hipocalcemias que no responden al protocolo de tratamiento habitual, teriparatide está indicada para normalizar la calcemia y el estado de bienestar, en pacientes con esta deficiencia hormonal.

COMUNICACIONES LIBRES

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPERCALCEMIA Y NÓDULO TIROIDEO

AUTORES: B. García García, O. Bandrés Nivela, A. Barragán Angulo, M.C. Cabrejas Gómez, C. Vidal, A. C. Camuñas Pescador.
Sección Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario por carcinoma paratiroideo representa el 1% de los casos. La prevalencia de glándulas paratiroideas ectópicas intratiroideas representa el 0´2%.

CASO CLÍNICO: Mujer de 70 años que ingresa por síndrome constitucional, polidipsia y síndrome depresivo. En la exploración clínica destaca: bocio a expensas del lóbulo tiroideo derecho. Analítica general: calcio total 14.6 mg/dl, fósforo 2.0 mg/dl, vitamina D 10.78, PTH 457 pg/ml, albúmina 4,2 gr/dl. Gammagrafía paratiroidea con SestaMIBI – SPECT TAC: foco de captación en tercio inferior del lóbulo tiroideo derecho que persiste en la imagen tardía. En el SPECT TAC el foco hipercaptante se corresponde con un gran nódulo tiroideo derecho. En gammagrafía tiroidea se observa un gran nódulo frío en el lóbulo tiroideo derecho. Ecografía cuello: nódulo tiroideo derecho sólido hipoecogénico de 4-4.5 cm. Lóbulo izquierdo sin nódulos. PAAF de nódulo tiroideo: carcinoma papilar de tiroides. TAC cervico-torácico: bocio derecho endotorácico. Se realizó tiroidectomía total y paratiroidectomía de ambas glándulas paratiroideas derechas (las izquierdas eran normales). En la microscopia se ve lesión de 4x 2,5 cm de límites mal definidos que infiltra tejido tiroideo y sobrepasa la cápsula e infiltra tejido adyacente. Los núcleos celulares contienen nucléolos prominentes e inclusiones intranucleares. El inmunofenotipo muestra positividad para PTH y negatividad para tiroglobulina y calcitonina. El diagnóstico principal es un carcinoma de paratiroides intratiroideo.

DISCUSIÓN: El carcinoma de paratiroides intratiroideo es muy poco frecuente (se han publicado 10 casos en la literatura). La PAAF de una lesión paratiroidea puede confundirse con neoplasias tiroideas. La inmunhistoquímica nos permite diferenciar tejido tiroideo y paratiroideo.

COMUNICACIONES LIBRES

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA MONOGRÁFICA DE CÁNCER DE TIROIDES DEL SECTOR I DE ZARAGOZA

AUTORES: Amaya Barragán Angulo (1), Maria Eugenia Casabona (2), Orosia Bandrés (1), Carmen Cabrejas (1) y Ana Cristina Camuñas Pesacador (3).
(1)FEA Endocrinología, (2)Enfermería Endocrinología, (3) Enfermera educadora en diabetes.

OBJETIVOS: Estudio descriptivo de los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de Cáncer de tiroides (CT), respecto al tipo y subtipo tumoral, género, tamaño, clasificación TNM y dosis de radioyodo recibida.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de 207 pacientes, actualmente en seguimiento, recogidos del registro de pacientes de la Consulta Monográfica de CT del Sector I de Zaragoza.

RESULTADOS: La muestra analizada consta de 207 paciente, 78% son mujeres y 22% hombres. El 92% de los tumores corresponden al subtipo papilar (91%), siendo la variante folicular la más frecuente (45%). Los micropapilares suponen el 52% de los tumores estudiados, y el 25% de ellos tiene distribución multifocal. El estadio T1N0M0 representa el 70% de toda la muestra, 8% de los pacientes presentan metástasis loco-regionales, y un 1% metástasis a distancia. El tratamiento y la dosis de I131 recibida es muy distinto según el año de diagnóstico, habiendo un claro punto de inflexión en el año 2009.

CONCLUSIONES: Los datos obtenidos de nuestra consulta monográfica, respecto a población, subtipo y tamaño, son superponibles a los registros de tumores tiroideos nacionales e internacionales. El tratamiento y la dosis utilizada de radioyodo ha variado sustancialmente desde las guías de la ATA de 2009. Es fundamental realizar un registro de los tumores tiroideos al igual que se realiza en otro tipo de cánceres.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EL SECTOR I DE ZARAGOZA

AUTORES: Amaya Barragán Angulo (1), Maria Eugenia Casabona (2), Blanca García García (1),Concha Vidal Peracho (1) y Angela García Laborda.
(1)FEA Endocrinología, (2)Enfermería Endocrinología, (3) Enfermera educadora en diabetes.

OBJETIVOS: Comparar la epidemiología del Cáncer de Tiroides (CT) en el Sector I de Zaragoza con los datos disponibles nacionales e internacionales.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de 207 pacientes, actualmente en seguimiento recogidos del registro de pacientes de la Consulta Monográfica de Cáncer de Tiroides, del Sector I de Zaragoza.

RESULTADOS: En las dos últimas décadas la incidencia del CT ha ido progresivamente en aumento. En nuestro Sector se ha duplicado la incidencia hasta los actuales 15-20 casos año. Este aumento es a expensas del Carcinoma Papilar (CP) que supone el 91% de los tumores recogidos, y sobre todo de los tumores <2cm (85% del total). La incidencia de CT es considerablemente más elevada en mujeres que en varones (4:1). Aun así en los últimos años se observa un aumento de tumores de mayor tamaño y más casos en hombres (32% en 2014 y 45% en 2015)

CONCLUSIONES: El CT es un tumor con baja pero creciente incidencia que aumenta más y más rápido que cualquier otro tipo de cáncer. Un papel importante en su incremento es la detección de la enfermedad subclínica (“sobrediagnóstico”), pero existen datos para pensar en un incremento verdadero, aunque aún son desconocidos los factores etiológicos que puedan condicionar este incremento.

COMUNICACIONES LIBRES

VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN GESTANTES CON DISFUNCIÓN TIROIDEA

AUTORES: Mª Orosia Bandrés Nivela (1), Dolores Corruchaga Arregui(1), Eva Alcuten López(1), Ana Cristina Camuñas Pescador(1), Mª Eugenia Casabona Cabello(1), Angela Garcia Laborda (1) .
(1)Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

OBJETIVO: Analizar las características clínicas de las gestantes remitidas por disfunción tiroidea a la consulta de embarazo.
Metodología: Estudio descriptivo observacional de 480 gestantes remitidas por disfunción tiroidea. Se recogieron datos clínicos de antecedentes obstétricos, criterios y patología por la que fue derivada a la consulta de gestantes, el consumo de sal yodada y suplemento de yodo, número de abortos y resultados perinatales, comparando el rango de TSH menor de 2´5µUI/mL o mayor de 2´5µUI/mL.

RESULTADOS: Edad media de 33´47(DE 4´5); semana de realización analítica 9´62(DE 4´5); el 31´05% antecedente de abortos, teniendo el 49% antecedente de hipotiroidismo autoinmune; dosis levotiroxina previa gestación 79´3 (DE 34´6); dosis final gestación 104´6(DE 36´4); si tenemos en cuenta el punto de corte de 2´5µUI/mL el 33´5 % presentaban hipotiroidismo subclínico, según valores de referencia de población general un 16%, de las que tenían la TSH entre 2´5 y 5µUI/mL se confirmó autoinmunidad positiva en el 19%. El 2´7 % presentó hipotiroidismo clínico; el 12´7% hipertiroidismo subclínico, el 1% hipertiroidismo clínico y el 2´5% hipotiroxinemia aislada. El 61% tomaban sal yodada, el 81% tomaban suplemento de yodo y el 5´8% no consumían sal yodada, ni suplemento. El 3´1% tuvieron abortos, presentando significación estadística el antecedente de hipotiroidismo autoinmune (p=0´03). La TSH mayor de 2´5µUI/mL presentó significación estadística (p=0´04) con parto tipo cesárea.

CONCLUSIONES: Si tenemos en cuenta el punto de corte de 2´5µUI/mL la prevalencia de hipotiroidismo resultaría muy elevada. La presencia de hipotiroidismo autoinmune se relaciona con aumento de abortos.

SADEN
sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición

XI CONGRESO SOCIEDAD ARAGONESA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN | 2016

PATROCINADORES

MSD
AMGEN®
NOVARTIS ONCOLOGY
SANOFI
novo nordisk®
Lilly
Boehringer Ingelheim
NUTRICIA Advanced Medical Nutrition
CASEN RECORDATI GROUP www.casenrecordati.es
AstraZeneca
ESTEVE
janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson
Abbott Nutrition
gsk

COLABORADORES

FRESENIUS KABI caring for life
Almirall Soluciones pensando en ti
B|BRAUN SHARING EXPERTISE
IPSEN Innovation for patient care
vegenat®
FAES FARMA
NIPRO MEDICAL EUROPE
Mylan Seeing is believing
NestléHealthScience NOURISHING PERSONAL HEALTH

www.saden.org