

Euskadiko Endokrinologia, Diabetes eta Nutrizio Elkartearen **XXV. Biltzarra**

EUSKADIKO ENDOKRINOLOGIA,
DIABETES ETA NUTRIZIOKO ELKARTEA

SEDyNE

SOCIEDAD DE ENDOCRINOLOGÍA,
DIABETES Y NUTRICIÓN DE EUSKADI

XXV Congreso de la Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi

Uteurrena 25 Aniversario

Bilbao – Bizkaia Aretoa UPV/EHU

2024ko Martxoaren 15a
15 de Marzo de 2024

LABURPENEN LIBURUA **LIBRO DE RESÚMENES**



BARRUALDE-GALDAKAO ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BARRUALDE-GALDAKAO



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

AURKIBIDEA / INDICE:

BATZORDEAK / COMITÉS	4. ORRIALDEA / PAG 4
EGITARAUUA / PROGRAMA	6. ORRIALDEA / PAG 6
AHOZKO KOMUNIKAZIOAK / 1. MAHAIA COMUNICACIONES ORALES / MESA 1	13. ORRIALDEA / PAG 13
AHOZKO KOMUNIKAZIOAK / 2. MAHAIA COMUNICACIONES ORALES / MESA 2	33. ORRIALDEA / PAG 33
KOMUNIKAZIOEN ARGITALPENAK / PUBLICACIÓN DE COMUNICACIONES	52. ORRIALDEA / PAG 52
LAGUNTZAILEAK / COLABORADORES	97. ORRIALDEA / PAG 97

ANTOLAKUNTZA BATZORDEA / COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente - Presidentea:

Amelia Oleaga Alday

Secretaria - Idazkaria:

Cristina Moreno Rengel

Tesorera - Diruzaina:

Ana Izuzquiza Echezarreta

Vocales - Batzordekideak:

Fernando Goñi Goicoechea

Miguel Paja Fano

Javier Espiga Alzola

Estíbaliz Ugarte Abásolo

Aitzol Lizarraga Zufiaurre

Natalia Iglesias Hernández

Eider Etxeberria Martin

Laura Calles Romero

Vanessa Arosa Carril

Teresa Garay Rubio

Iñigo Hernando Alday

SEDyNE-KO ZUZENDARITZA BATZORDEA / COMITÉ CIENTÍFICO Y JUNTA DIRECTIVA SEDYNE:

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente - Presidentea:

Yolanda García Fernández

Secretaría - Idazkaria:

M^a Carmen Fernández López

Vocales – Batzordekideak:

Cristina Moreno Rengel

Ana Izuzquiza Echezarreta

Amelia Oleaga Alday

Natalia Iglesias Hernández

Marta Camarero

Maite Guimón

Josu Pérez

JUNTA DIRECTIVA

Presidente - Presidentea:

Yolanda García Fernández

Secretaría - Idazkaria:

M^a Carmen Fernández López

Tesorera – Diruzaina:

Sara Valle

Vocales – Batzordekideak:

Marta Camarero

Maite Guimón

Josu Pérez

08:30-09:00	Dokumentazioa jasotzea.	
09:00-09:15	Inaugurazio ofiziala.	Mitxelena
09:15-09:45	Inaugurazio-hitzaldia. Aurkezlea: Yolanda García doktorea. Galdakao-Usansoloko Unibertsitate Ospitalea. <i>Disfagia eta ehundura berriak sukaldaritzan.</i> Eneko Atxa jauna.	Mitxelena
09:50-10:50	Mahai-inguru bateratua. Moderatzailea: Estíbaliz Ugarte doktorea. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea. <i>Haurdunaldi aurreko diabetesaren ikuspegi integrala.</i> M^a José Picón doktorea. Virgen de la Victoria Ospitale Klinikoa. Malaga. <i>Diabetes Mellitus eta giltzurrunetako gaixotasun kronikoa duen pazientearen dieta.</i> Oihana Monasterio andrea. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea.	Mitxelena
09:50		
10:10		
10:30	Eztabaida.	
10:50-11:20	Kafea	Halla
11:20-12:50	1. Mahai-ingurua. Moderatzaileak: Concepción Fernández doktorea. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea. Miguel Paja doktorea. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea. <i>Gongoil zelatariaren biopsia selektiboaren rola tiroidearen kartzinoma bereizian.</i> Amaia Expósito doktorea. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea.	Mitxelena
11:20		

- 11:40 **Aho-kordaren paralisia konplikazio kirurgiko gisa.**
Enrique Maravi doktorea.
Nafarroako Ospitaleguna. Iruñea.
- 12:00 **Diabetes Mellitus 1 mota prebenitzeko jarduna.**
Luis Castaño doktorea.
Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.
Eztabaida.
- 12:20 h.
- 11:20-12:50 Saioa hezitzaileekin.** Baroja
Moderatzailea:
Idoia Sáez de Argandoña andrea.
Arabako Unibertsitate Ospitalea.
- 11:20 **Nutrizio enteralaren alderdi praktikoak**
Diabetes Mellitusa duten pazienteetan.
Andoni Monzón doktorea.
Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.
- 11:50 **Diabetes Mellitusa duen pazientearen komunikazioa eta motibazioa.**
Iñaki Lorente jauna.
Nafarroako Diabetes Elkarte. Iruñea.
Eztabaida.
- 12:20
- 12:50-14:00 Ahozko Komunikazioetarako Saioa.**
Moderatzaileak:
- 1. Mahaia.** Baroja
Ignacio Merlo doktorea.
Donostiako Unibertsitate Ospitalea.
Ana Rosa Molina doktorea.
Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.
- 2. Mahaia.** Mitxelena
Nerea Egaña doktorea.
Donostiako Unibertsitate Ospitalea.
Victor Sola doktorea.
Arabako Unibertsitate Ospitalea.

14:00-15:30 Bazkaria.

Chillida

15:45-17:15 2. Mahai-ingurua.

Mitxelena

Moderatzailea:

Maite Guimón doktorea.

Alfredo Espinosa Ospitalea – Urduliz.

15:45 ***Larruzalpeko gantz-ehunaren biopsiaren erabilgarritasuna.***

Albert Lecube doktorea.

Arnau de Vilanovako Unibertsitate Ospitalea. Lleida.

16:05 ***Farmako hipogluzemiatzaile berriek gorputz-osaeran duten inpaktua.***

Leire Isasa doktorea.

Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.

16:25 ***Lp(a) arrisku kardiobaskularreko faktore gisa eta etorkizuneko tratamenduak.***

Jose Luis Hernández doktorea.

Marqués de Valdecilla Unibertsitate Ospitalea. Santande

16:45 **Eztabaida.**

15:45-17:15 Hezitzaileentzako mahai-ingurua.

Baroja

Moderatzailea:

Marta Camarero andrea.

Galdakaoko Unibertsitate Opsitalea.

15:45 ***APPEk/sare sozialek Diabeteserako duten erabilgarritasuna.***

Elsa Fernández doktorea.

Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.

16:15 ***Egoera berezietako elikadura.***

Purificación Peral andrea.

Basurtuko Unibertsitate Ospitalea.

16:45 **Eztabaida.**

17:15-17:45 Amaierako hitzaldia.

Mitxelena

Aurkezlea: Nuria Valdés doktorea.

Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea.

***Adimen artifizialak gaixotasun
endokrinometabolikoak maneiatzeko duten
ahalmena ezagutzuz.***

Carlos Valdespina jauna.

Salusplay zuzendari nagusia.

18:00-19:00 SEDyNEren Batzarra.

Mitxelena

PROGRAMA

Auditorio / Sala

- 08:30-09:00** Recogida de documentación.
- 09:00-09:15** Inauguración oficial. Mitxelena
- 09:15-09:45** Conferencia inaugural. Mitxelena
- Presenta:** **Dra. Yolanda García.**
Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.
Disfagia y nuevas texturas en cocina.
D. Eneko Atxa.
- 09:50-10:50** Mesa redonda conjunta. Mitxelena
- Modera:** **Dra. Estíbaliz Ugarte.**
Hospital Universitario Basurto.
- 09:50** ***Abordaje integral de la diabetes pregestacional.***
Dra. M^a José Picón.
Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga.
- 10:10** ***Dieta en el paciente con Diabetes Mellitus y enfermedad renal crónica.***
Dña. Oihana Monasterio.
Hospital Universitario Basurto.
- 10:30** Discusión.
- 10:50-11:20** **Café.** Hall
- 11:20-12:50** Mesa Redonda 1. Mitxelena
- Moderan:**
Dra. Concepción Fernández.
Hospital Universitario Basurto
Dr. Miguel Paja.
Hospital Universitario Basurto.
- 11:20** ***Papel de la biopsia selectiva del ganglio centinela en el carcinoma diferenciado de tiroides.***
Dra. Amaia Expósito.
Hospital Universitario Basurto.

- 11:40 ***Parálisis de cuerda vocal como complicación quirúrgica.***
Dr. Enrique Maraví.
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
- 12:00 ***Actuación en prevención de Diabetes Mellitus tipo 1.***
Dr. Luis Castaño.
Hospital Universitario Cruces.
- 12:20 Discusión.
- 11:20-12:50 Sesión con Educador@s.** Baroja
Moderador: Dña. Idoia Sáez de Argandoña.
Hospital Universitario Araba.
- 11:20 ***Aspectos prácticos de la nutrición enteral en pacientes con Diabetes Mellitus.***
Dr. Andoni Monzón.
Hospital Universitario Cruces.
- 11:50 ***Comunicación y motivación en el paciente con Diabetes Mellitus.***
D. Iñaki Lorente.
Asociación Navarra de Diabetes. Pamplona.
- 12:20 Discusión.
- 12:50-14:00 Sesión de Comunicaciones Orales.**
- Moderadores:**
- Mesa 1.** Baroja
Dr. Ignacio Merlo.
Hospital Universitario Donostia.
Dra. Ana Rosa Molina.
Hospital Universitario Cruces.
- Mesa 2.** Mitxelena
Dra. Nerea Egaña.
Hospital Universitario Donostia.
Dr. Víctor Sola.
Hospital Universitario Araba.
- 14:00-15:30 Comida.** Chillida

- 15:45–17:15 Mesa redonda 2.** Mitxelena
Moderadora: Dra. Maite Guimón.
Hospital Alfredo Espinosa-Urduliz.
- 15:45 ***Utilidad de la biopsia de tejido adiposo sc.***
Dr. Albert Lecube.
Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.
- 16:05 ***Impacto de los nuevos fármacos hipoglucemiantes sobre la composición corporal.***
Dra. Leire Isasa.
Hospital Universitario Cruces.
- 16:25 ***Lp(a) como factor de riesgo cardiovascular y futuros tratamientos.***
Dr. Jose Luis Hernández.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
- 16:45 **Discusión.**
- 15:45-17:15 Mesa Redonda para Educador@s.** Baroja
Moderadora: Dña. Marta Camarero.
Hospital Universitario Galdakao.
- 15:45 ***Utilidad de las APPs/ redes sociales en Diabetes.***
Dra. Elsa Fernández.
Hospital Universitario Cruces.
- 16:15 ***Alimentación en situaciones especiales.***
Dña. Purificación Peral.
Hospital Universitario Basurto.
- 16:45 **Discusión.**
- 17:15-17:45 Conferencia de clausura.** Mitxelena
Presenta: Dra. Nuria Valdés.
Hospital Universitario Cruces.
Descubriendo el poder de la Inteligencia artificial en el manejo de enfermedades endocrinometabólicas.
D. Carlos Valdespina.
CEO de Salusplay.
- 18:00-19:00 Asamblea SEDyNE.** Mitxelena

Euskadiko Endokrinologia, Diabetes
eta Nutrizio Elkartearen **XXV. Batzarra**



XXV Congreso de la Sociedad de Endocrinología,
Diabetes y Nutrición de Euskadi

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK - 1. MAHAIA
COMUNICACIONES ORALES - MESA 1

2024ko Martxoaren 15a
15 de Marzo de 2024

Ahozko Komunikazioak. 1.Mahaia
Comunicaciones Orales. Mesa 1

Baroja Aretoa - Sala Baroja

Ahozko Komunikazioak. 1.Mahaia Comunicaciones Orales. Mesa 1

Moderatzaileak / Moderadores:

Dr. Ignacio Merlo doktorea.

Donostiako Unibertsitate Ospitalea. / Hospital Universitario Donostia.

Dr. Ana Rosa Molina doktorea.

Guruzetako Unibertsitate Ospitalea. / Hospital Universitario Cruces.

	TÍTULO
1	ESTUDIO PILOTO COMPARATIVO DE UN SISTEMA ASISTENCIAL ALTERNATIVO DE ASISTENCIA TELEMÁTICA VS ESQUEMA ASISTENCIAL HABITUAL PRESENCIAL, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1
2	ESTUDIO PILOTO DEL AUTOCUIDADO DE LOS PIES EN PACIENTES CON DIABETES
3	DETECCIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS TRAS ENCUESTA DE CONOCIMIENTO A PERSONAL DE ENFERMERIA
4	PUNTUACIONES DE RIESGO POLIGÉNICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DIABETES MONOGENICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA
5	COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELEVANCIA DE LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA PARA SU VALORACIÓN
6	CORRELACION ENTRE LA PRESENCIA DE LIPODISTROFIAS, LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES Y DOSIS TOTAL DIARIA DE INSULINA
7	VARIANTES EN LOS GENES CNNM2 Y Rragd COMO CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA RENAL

1. ESTUDIO PILOTO COMPARATIVO DE UN SISTEMA ASISTENCIAL ALTERNATIVO DE ASISTENCIA TELEMÁTICA VS ESQUEMA ASISTENCIAL HABITUAL PRESENCIAL, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

AUTORES: Ismene Bilbao Garay¹, Mari Luz Uranga¹, Jorge Rojo ¹, Saleta Sanchez¹, Susana Ibañez¹, M^a Teresa Iglesias Gaspar², Alfredo Yoldi¹, Lluís Jordana¹.

¹Servicio de Endocrinología.

²Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación.

Hospital Universitario Donostia.

INTRODUCCIÓN:

La progresiva adquisición de nuevas tecnologías hace presagiar que nos dirijamos a un sistema mixto de atención a nuestros pacientes con Diabetes, ya que abre la puerta a una mayor accesibilidad, evita desplazamientos, esperas y ausencias laborales entre otras ventajas.

Objetivo: Proporcionar una nueva forma de atención al paciente con diabetes en los distintos periodos, sin que empeore el control metabólico, mejorando la satisfacción de la atención médica recibida y evitando dificultades en la comunicación, cancelaciones e inasistencias.

METODOLOGÍA:

Se recogen un total de 40 pacientes, que se distribuyen en dos grupos principales: grupo control (n=20) con seguimiento médico en consultas presenciales y/o telefónica cada 3-6 meses y un grupo de intervención (n=20) que seguirá un esquema asistencial basado en comunicación a través de la carpeta de Salud, realizándose comentarios y ajustes trimestralmente a partir de los datos obtenidos por MFG(MEDIDOR FLASH DE GLUCEMIA) y compartidos en la plataforma Libreview.

Criterios de inclusión: pacientes con DM tipo 1 usuarios del sistema MFG Freestyle libre y que compartan datos a través de la plataforma virtual Libreview. Se excluyen pacientes menores de 18, mayores de

70, HbA1c mayor a 9, embarazadas o previsión de embarazo, seguimiento en consultas inferior al año y utilización del MFG menor al 70% del tiempo en los 3 meses previos. La Población se distribuye según su preferencia de intervención.

Se analizan la edad, tiempo de evolución de diabetes mellitus, IMC, existencia o no de complicaciones, hábito tabáquico, hipertensión arterial (HTA), disfunción tiroidea, perfil lipídico, HbA1c, dosis de insulina. En el análisis estadístico, los porcentajes se comparan con el test de Chi-cuadrado (o su correspondiente no paramétrico -F exacta de Fisher) y la comparación de medias para muestras independientes con el test de la t Student (o su correspondiente no paramétrico -U de Mann-Whitney).

Para analizar el nivel del control metabólico se han recogido datos del MFG, a lo largo de un año, en las visitas 0, 3, 6, 9 y 12 meses respectivamente. Para la comparación de medias, de medidas repetidas se emplea el test de ANOVA de medidas repetidas (o su correspondiente no paramétrico -test de Friedman) desglosando por grupos.

Al final del estudio se realiza una encuesta de satisfacción a la población a la que se le ha ofrecido el nuevo modelo de asistencia.

RESULTADOS:

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos principales en cuanto a las variables analizadas, los grupos son homogéneos.

En el modelo de análisis no se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a empeoramiento o mejoría del control metabólico a lo largo del tiempo de seguimiento entre los dos grupos

La encuesta de satisfacción realizada muestra una respuesta positiva acerca de este modelo nuevo de seguimiento, y sólo un 15% e ellos volvería al modelo de visita presencial si pudieran elegir, frente a un 85% que se mostraban favorables a continuar con el nuevo modelo asistencial.

CONCLUSIONES:

En este estudio, los pacientes del modelo telemático, mantuvieron el mismo nivel de control metabólico, con un nivel de aceptación alto según los resultados de la encuesta de satisfacción, además de una preferencia mayoritaria por continuar con el nuevo modelo asistencial.

Si bien nuestra muestra es limitada por volumen, es muy probable que estos resultados puedan ser reproducidos en centros de la red de asistencia de Osakidetza, ya que disponemos de herramientas de trabajo que permiten cumplir las garantías de confidencialidad requeridas.

2. ESTUDIO PILOTO DEL AUTOCUIDADO DE LOS PIES EN PACIENTES CON DIABETES.

AUTORES: Ana Isabel Almeida Prado, Nuria De Ríos Briz, Patricia Mandiola López, Marta Fuentes de la Cuerda, Vanesa Regulez Campo.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno metabólico crónico que, con el tiempo, conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. El autocuidado del pie es una herramienta fundamental de promoción de la salud y de prevención de complicaciones en el paciente con diabetes.

La adherencia al autocuidado de los pies es muy variada y, en ocasiones, no se le da valor hasta que aparecen lesiones en el pie. Es importante contar con herramientas que nos ayuden a conocer el nivel de autocuidado de los pies de los pacientes para poner en marcha las medidas educativas necesarias que nos ayuden a reducir las complicaciones del pie diabético.

METODOLOGÍA:

Se trata del pilotaje de un estudio descriptivo, transversal y

observacional que se ha llevado a cabo entre el 1 de septiembre al 31 de diciembre de 2023 a pacientes con Diabetes Mellitus (DM) que acuden a la consulta de enfermería del Servicio de Endocrinología de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces (EEC) y que cumplen los criterios de inclusión (pacientes mayores de 18 años con DM1 o DM2 que firman el consentimiento informado).

Objetivo del estudio: Evaluar el nivel de autocuidados del pie en pacientes con diabetes y establecer comparaciones entre grado de autocuidado y tipo de diabetes y entre las variables sociodemográficas analizadas.

Hemos utilizado el cuestionario “Diabetic Foot Self-Care Questionnaire of the University of Malaga” (DFSQ/UMA), que evalúa el nivel de autocuidado de los pies en los pacientes con diabetes. Es una herramienta validada y fácil de cumplimentar y que aporta una gran información sobre el autocuidado de los pies de los pacientes con diabetes de cualquier tipo. Dicho cuestionario consta de 16 items que se agrupan en 3 dimensiones (autocuidado personal, autoexploración y calzado y calcetines), siendo la puntuación máxima de autocuidado de 80 puntos y la mínima de 16, además de un registro de variables sociodemográficas.

Se obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de la OSI EEC para la realización del estudio (CEI E23/45).

Se ha realizado un análisis descriptivo y analítico de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

El análisis estadístico se ha realizado con el programa R v.4.3.1. (R Core Team 2023)

Se obtuvo una muestra de 60 pacientes, de los cuales 8 fueron datos perdidos por lo que se han obtenido una muestra total de 52 pacientes para el cuestionario DFSQ. Del total de participantes el 50% corresponden a mujeres y el otro 50% corresponde a hombres. La media de edad de los pacientes fue de 57.44 años. El 38,46% de los

pacientes están diagnosticados de DM1, mientras que el 61,54% restante de DM2. Por otro lado, el 15,38% de los participantes afirman haber tenido heridas en los pies en el último año.

No hay resultados significativos en el resultado global del cuestionario DFSQ entre los pacientes por tipo de diabetes, ni en la presencia de heridas en el último año, sin embargo, se obtuvieron datos estadísticamente significativos ($p < 0.05$) en la pregunta 1 (revisión de pies) con respecto al género, siendo menor la puntuación en mujeres.

CONCLUSIONES:

La realización del pilotaje ha servido de entrenamiento a las investigadoras en el uso del cuestionario DFSQ, además de la obtención de datos preliminares para la evaluación de los objetivos planteados.

En nuestro estudio se ha obtenido una puntuación media en la escala de DFSQ de 65,50 puntos siendo los resultados similares a otros estudios (59,07 puntos; Rodríguez Moreno et al. 2017). Aunque la puntuación total obtenida es favorable con respecto a la puntuación máxima (80 puntos) de autocuidado de los pies, consideramos que la educación sanitaria que realizamos las enfermeras en esta área es fundamental para prevenir futuras complicaciones.

Reseñar que en los datos obtenidos en hombres han obtenido una mayor puntuación en la revisión de los pies.

Como limitaciones del estudio el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que al equipo investigador le resulta de interés continuar con la recogida de datos, con el fin de aumentar el tamaño muestral y poder obtener en un futuro más datos estadísticamente significativos.

3. DETECCIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS TRAS ENCUESTA DE CONOCIMIENTO A PERSONAL DE ENFERMERIA.

AUTORES: Irma Hidalgo Málaga, Marta Camarero Erdoiza, Maria Angeles Villahoz Iglesias, Ainhoa Zarandona del Campo, Ruth Marcos Santamaria, Estibaliz Saenz del Burgo Guerra, Ainara Fraile Vazquez.

OSI Barrualde Galdakao.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta a millones de personas. Los pacientes con diabetes requieren un cuidado constante y una atención especializada para mantener su salud y prevenir complicaciones a largo plazo.

La enfermería es fundamental en la provisión de educación y apoyo para asegurar que puedan administrarse la insulina de manera adecuada, monitorear los niveles de azúcar en sangre y prevenir complicaciones, desempeñando un papel clave en la gestión de la diabetes.

Al realizar educación a pacientes ingresados, hemos comprobado que hay disparidad entre la información recibida por la educadora de diabetes y la enfermera responsable del paciente ingresado.

Hipótesis:

Puede existir carencia de conocimientos específicos en aspectos educativos referentes a la diabetes en el personal de enfermería

El objetivo principal es determinar las necesidades educativas del personal de enfermería en insulinización para poder reforzar sus conocimientos en dichas áreas.

METODOLOGIA:

Estudio descriptivo transversal en hospitalización del Hospital Galdakao-Usánsolo y Santa Marina

Criterios de inclusión: Enfermeras de las plantas de hospitalización del hospital de Galdakao y Santa Marina

Los participantes realizaron un cuestionario ad-hoc con 10 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta y sólo una correcta. Todas se inscribieron en Jakinsarea y recibieron la encuesta de conocimientos online

N: 41 enfermeras.

RESULTADOS:

1. *Antes de realizar una glucemia capilar me aseguro de que el paciente*
 - 6 (14,63%) Limpia la zona de punción con un algodón
 - 3 (7,32%) No suelo asegurarme
 - 32 (78,05%) Se lava las manos con agua y jabón
Error 21,95% Correcto 78,05%
2. *¿Dónde se debe administrar la insulina?*
 - 1 (2,44%) Parte superior de extremidades inferiores
 - 40 (97,56%) Tejido celular subcutáneo
Error 2,44% Correcto 97,56%
3. *Las lipodistrofias son*
 - 1 (2,44%) Atrofia muscular grasa consecuencia de inyectar mucha cantidad de insulina
 - 1 (2,44%) Prominencias del tejido graso consecuencia de inyectar demasiado profundo
 - 39 (95,12%) Prominencias del tejido graso consecuencia de inyectar en la misma zona
Error 4,88% Correcto 95,12%
4. *Administrar insulina sobre una lipodistrofia*
 - 23 (56,10%) Disminuye la absorción de la insulina
 - 18 (43,90%) Hace variable la absorción de la insulina
Error 56,10% Correcto 43,90%
5. *¿Cada cuánto tiempo se deben cambiar las agujas de los bolígrafos de las insulinas?*
 - 7 (17,07%) Cada 7 días
 - 26 (63,42%) Cada vez que administro insulina
 - 8 (19,51%) Una vez al día
Error 36,58% Correcto 63,42%

6. *¿Cuándo hay que administrar la insulina lenta?*
 5 (12,20%) 15 minutos antes de la ingesta
 36 (87,80%) Siempre a la misma hora
 Error 12,20% Correcto 87,80%
7. *¿Las mezclas de insulina se deben agitar?*
 6 (14,63%) Dependiendo del tipo de mezcla
 34 (82,93%) Se debe agitar y cargar justo antes de administrar
 1 (2,44%) Se debe agitar y dejar reposar antes de administrar
 Error 19,5% Correcto 82,93%
8. *Si el paciente tiene una glucemia menor de 70 mg/dl ¿Qué hago?*
 9 (21,96%) Le paso la comida si es la hora de comer
 1 (2,44%) Le doy un zumo
 24 (58,56%) Le doy un vaso de agua con 15 gr. de azúcar
 6 (14,64%) Le doy un vaso de zumo con 15 gr. de azúcar
 1 (2,44%) NO contesta
 Error 39,02% Correcto 58,54% No contesta 2,44%
9. *Tras tratar la hipoglucemia ¿qué debo hacer?*
 3 (7,32%) Avisar al médico
 33 (80,49%) Realizar una glucemia capilar en 15 minutos
 5 (12,20%) Darle algo de comer
 Error 19,51% Correcto 80,49%
10. *Tras remontar una hipoglucemia preprandrial*
 4 (9,76%) No le pongo la insulina rápida pautada en esa ingesta
 13 (31,71%) Le pongo sólo la insulina lenta pautada
 3 (7,31%) No le pongo ni la insulina lenta ni la insulina rápida
 21 (51,22%) Le pongo las insulinas según pauta
 Error 48,79% Correcto 51,22%

CONCLUSIONES:

Se detectan necesidad de unificar criterios y actualizar conocimientos para la educación y adiestramiento de las personas en tratamiento con insulina reforzado los puntos donde mayor porcentaje de errores se ha obtenido

Se programa formación on line dirigida al personal de enfermería participante.

4. PUNTUACIONES DE RIESGO POLIGÉNICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DIABETES MONOGENICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA.

AUTORES: Laura Saso-Jiménez¹, Inés Urrutia¹, Rosa Martínez¹, June Corcuera¹, Olaia Velasco¹, Josu Aurrekoetxea-Oribe², Begoña Calvo², Elsa Fernández-Rubio¹, Ignacio Valverde-Benitez¹, Itxaso Rica¹, Luis Castaño¹.

¹ IIS Biobizkaia, Hospital Universitario de Cruces, UPV/EHU, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN.

² Grupo de Investigación en Oncología Médica, Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Hospital Universitario de Cruces.

INTRODUCCIÓN:

La prevalencia de diabetes monogénica en la población europea se encuentra alrededor del 1-5% de todos los casos de diabetes. La realización de estudio genético para el diagnóstico de diabetes monogénica es recomendable en pacientes con historia familiar de diabetes, autoinmunidad pancreática negativa y debut en edad temprana. Sin embargo, solamente se encuentra una causa monogénica en aproximadamente el 60% de los casos estudiados. La diabetes monogénica comparte características y síntomas con las diabetes poligénicas (tipo 1 y tipo 2) lo que hace difícil su diferenciación a nivel clínico.

En los últimos años se han desarrollado puntuaciones que recogen el riesgo genético de desarrollar diabetes tipo 1 y tipo 2. Estas herramientas pueden ayudar en la correcta identificación del tipo de diabetes, crucial para la elección terapéutica, el pronóstico y el consejo genético de los pacientes.

El **objetivo** de este estudio fue evaluar la utilidad de puntuaciones de riesgo poligénico (PRSs) de diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 para aclarar el origen de la enfermedad en pacientes con sospecha de diabetes monogénica negativos para el estudio genético.

METODOLOGÍA:

El estudio incluyó 710 pacientes con diabetes tipo 1 (DT1) y autoinmunidad positiva al debut, 480 pacientes con diabetes tipo 2 (DT2), 480 pacientes con diabetes monogénica confirmada (MODY) y 150 casos con sospecha de diabetes monogénica, negativos para el estudio genético mediante paneles de secuenciación masiva (MODYx).

A partir de muestras de sangre se extrajo ADN y se realizó el genotipado de todos los pacientes utilizando un array comercial de *Illumina*. Tras el control de calidad y la imputación de otros polimorfismos no incluidos en el array se aplicaron PRSs desarrolladas previamente en otras cohortes europeas para calcular tanto el riesgo poligénico de DT1 como de DT2 en cada uno de los pacientes.

En primer lugar, se determinó la capacidad de las PRSs para discriminar entre los diferentes tipos de diabetes. A continuación, se desarrollaron modelos lineales multivariantes para analizar la asociación del riesgo poligénico con el desarrollo de DT1 y DT2. Finalmente, se comparó el riesgo poligénico de los pacientes con diabetes MODY frente a los pacientes MODYx.

RESULTADOS:

- Los modelos PRS presentaron una AUC-ROC de 0,88 y 0,68 para la discriminación en nuestra cohorte de DT1 y DT2 respectivamente. Un valor de PRS superior al percentil 90 mostró una odds-ratio (OR) de 20,26 (IC95% 13,3-31,95; p.val<0,001) para DT1 y una OR de 3,09 (IC95% 2.21-4.31; p.val<0,001) para DT2.
- El grupo MODYx mostró un porcentaje mayor de casos en los percentiles de riesgo alto tanto para DT1 como para DT2 frente al grupo de pacientes MODY. En comparación con el grupo MODY, un valor superior al percentil 90 del PRS de DT1 se asoció con MODYx con una OR de 6,14 (IC95% 1,68-21,62; p=0,005) mientras que estar por encima del percentil 90 del PRS de DT2 se asoció con MODYx con una OR de 3,62 (95% CI 2.02-6.50; p.val<0,001).

- Un modelo que combina las PRS para DT1 y DT2 logró una AUC-ROC de 0,72 para discriminar entre los grupos MODY y MODYx

CONCLUSIONES:

La utilización de PRSs pueden ayudar al diagnóstico de los diferentes tipos de diabetes en nuestra población, discriminando casos con alto riesgo de diabetes poligénica (DT1 y DT2) de casos con bajo riesgo.

La aplicación de estas herramientas puede resultar útil para identificar el origen de la enfermedad en pacientes con sospecha de diabetes monogénica sin diagnóstico, priorizando casos con riesgo poligénico bajo para la realización de estudios genéticos más completos como exoma o genoma completo, frente a casos con riesgo poligénico más elevado.

5. COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA Y RELEVANCIA DE LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA PARA SU VALORACIÓN.

AUTORES: Izaro Houghton, Tamaya Cadiñanos, Elena González, Pedro González, Blanca González, Nuria Valdés.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades caracterizadas por la alteración del comportamiento relacionado con la ingesta que se traduce en una alteración de la salud tanto física como psico-social. Clásicamente, el Índice de Masa Corporal (IMC) ha sido utilizado como parámetro para clasificar el estado nutricional de las pacientes y determinar su gravedad.

La impedancia bioeléctrica es un método doblemente indirecto para la estimación de la composición corporal, que se utiliza en la práctica clínica para valorar el estado nutricional. Sin embargo, puede ser poco fiable cuando los pacientes presentan un IMC $<15 \text{ kg/m}^2$.

El objetivo principal del estudio fue describir las características clínicas, antropométricas y de composición corporal en 26 pacientes de la consulta de TCA del Hospital Universitario de Cruces (HUC). Como objetivo secundario, se estudió la posible relación entre la presencia de amenorrea secundaria, tanto con el porcentaje de masa grasa, como con el IMC.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo observacional utilizando datos de impedancias bioeléctricas realizadas entre 06/2022 y 01/2024 mediante el dispositivo multifrecuencia InBody 770. Se recogieron además datos clínicos y de salud ósea a partir de la densitometría (Radioabsorciometría de Doble Energía DEXA). Se incluyeron pacientes con TCA estables con un $IMC > 15$.

RESULTADOS:

Se evaluaron 26 mujeres con TCA, 17 con anorexia nerviosa restrictiva (66,7%), 5 con anorexia nerviosa purgativa (18,5%) y 4 con TCA no especificado con bajo peso (14,8%). La edad media de las pacientes fue de 21 años (14-39). El peso medio fue $49,37 \pm 8$ kg (peso mínimo 35,9 y máximo 66,5) y el IMC medio $18,8 \pm 2,4$ Kg/m², teniendo 14 de ellas un $IMC < 18,5$ kg/m². El 48,1% practicaba actividad física con una frecuencia >2 veces a la semana, el 25,9% lo hacía ≤ 2 veces a la semana, y el 22,2% no realizaba ningún tipo de actividad física. El 40,7% estaba en situación de amenorrea. Los Z score medios fueron: columna lumbar -1,02 (DS $\pm 1,21$); cuello femoral -0,52 (DS $\pm 0,84$); cadera total -0,81 (DS $\pm 0,88$).

En un 70% de las pacientes se evidenciaron valores disminuidos de masa grasa corporal total respecto al valor normal estimado por el dispositivo a partir una ecuación de regresión lineal que tiene en cuenta la altura de la paciente. Igualmente, en un 35% de las pacientes, se vieron valores de masa muscular bajos. Un tercio de las pacientes tuvieron valores disminuidos en la cantidad de agua corporal, con mayor descenso en el agua intracelular. El ángulo de fase medio fue $5,01 \pm 0,65$.

La media de porcentaje de masa grasa en pacientes sin amenorrea fue del 20,65%, mientras que en las pacientes en amenorrea del 15,9% ($p = 0,039$). El IMC medio en las pacientes sin amenorrea fue del 18,97, frente al IMC medio de 18.5 de las pacientes con amenorrea, resultando en una diferencia no significativa ($p = 0,65$).

CONCLUSIONES:

La impedancia bioeléctrica puede ser una herramienta útil para valorar la composición corporal de las pacientes con trastornos de conducta alimentaria. En nuestro estudio, las pacientes en situación de amenorrea tienen un porcentaje de grasa significativamente inferior a las que no están en amenorrea, sin embargo, el IMC no varía significativamente entre estos subgrupos. Por ello, consideramos que esta técnica podría ayudar a identificar a las pacientes con un porcentaje de masa grasa bajo que se ha relacionado clásicamente con la amenorrea.

	Bajo	Normal	Alto
Masa grasa (Kg)	19 (73.1%)	7 (26.9%)	0
Masa musculoeslética (Kg)	11 (42.3%)	14(53.8%)	1(3,8%)
Masa Magra (kg)	9 (34.65%)	16 (61.5%)	1 (3,8%)
Agua corporal total	9 (34.65%)	16 (61.5%)	1 (3,8%)
Agua intracelular	11 (42,3%)	14 (53.8%)	1 (3.8%)
Agua extracelular	9 (34,6%)	16 (61.5%)	1 (3.8%)

6. CORRELACION ENTRE LA PRESENCIA DE LIPODISTROFIAS, LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES Y DOSIS TOTAL DIARIA DE INSULINA.

AUTORES: Saida Huerga González, Virginia Agudo Endemaño, Amaia Hidalgo Murillo, Virginia Urquijo Mateo, Nerea Utrilla Uriarte, Pedro González Fernández, Elsa Fernández Rubio.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

La lipodistrofia se define como la parte de tejido graso inflamado debido a la inyección continuada de insulina; es una de las complicaciones que puede presentar una persona con diabetes mellitus tipo 1 (DM 1). Una de sus causas es no rotar las zonas de administración de la insulina. Su presencia puede conllevar un deterioro del control glucémico por una mala absorción y un aumento de la dosis total diaria de insulina hasta en un 50% de la dosis necesaria. Como consecuencia de ello, puede aumentar el riesgo de hipoglucemias cuando se administra la insulina fuera de la zona de lipodistrofia.

Objetivo: Evaluar si existe correlación entre los años de evolución de la enfermedad, dosis total diaria de insulina y presencia de lipodistrofias en los pacientes con DM 1 atendidos en las consultas de endocrinología del Hospital Universitario Cruces.

Objetivo secundario: estimar si hay correlación entre la presencia de lipodistrofias y el control metabólico.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional transversal en pacientes con DM 1 en seguimiento en las consultas de endocrinología del Hospital Universitario Cruces.

Los datos se recogieron de forma aleatoria durante los meses noviembre y diciembre del 2023.

Las variables estudiadas fueron: la presencia de lipodistrofias, años de evolución de la diabetes, DTDI, dosis de insulina basal, dosis de insulina prandial, índice masa corporal (IMC), hemoglobina glicosilada (HbA1c), tiempo en rango (TIR), tiempo por debajo de rango (TBR), tiempo por encima de rango (TAR).

El análisis estadístico se realizó con la prueba de U de Mann-Whitney y la correlación de Spearman.

RESULTADOS:

Se analizaron datos de 304 pacientes, 169 mujeres y 135 hombres, con $12,54 \pm 0,63$ años de media de evolución de la diabetes y con un IMC medio $23,35 \pm 0,29$ Kg/m².

De los datos recogidos, se ha observado que 91 personas presentaban lipodistrofias (29,9%), de las cuales 61,5% (n=56) eran mujeres y 38,5% (n=35) hombres. La media de DTDI que se administraban eran $42,40 \pm 1,28$ unidades (UI).

Con respecto al control metabólico, las medias obtenidas fueron: HBA1c del $7,30 \pm 0,06$ %, TIR del $59,49 \pm 0,98$ %, TBR del $3,75 \pm 0,20$ %, TAR del $36,75 \pm 0,99$ %.

Objetivamos una correlación positiva moderada entre la presencia de lipodistrofias y años de evolución ($r=0,387$; $p<0,001$).

Además, existió una correlación positiva leve entre las lipodistrofias y el IMC ($r=0,296$; $p <0,001$), la DTDI ($r=0,210$; $p<0,001$), dosis de insulina basal ($r=0,225$; $p<0,001$), dosis de insulina prandial ($r=0,172$; $p<0,001$), TAR ($r=0,150$; $p=0,12$) y HbA1c ($r=0,122$; $p=0,03$).

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas entre la presencia de lipodistrofias y el TBR ($r=0,059$; $p=0,320$). En cuanto al TIR se obtuvo una correlación negativa leve ($r= -0,160$; $p<0,001$).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio los años de evolución de la enfermedad, la dosis total de insulina, el IMC, un peor control metabólico (una mayor TAR y

HBA1c y un menor TIR) se correlaciona positivamente con una mayor aparición de lipodistrofias.

Por ello, es necesario reforzar la educación terapéutica para que las personas con DM realicen correctamente la técnica de administración, revisen las zonas de administración de la insulina y sepan reconocer las lipodistrofias para evitarlas.

7. VARIANTES EN LOS GENES *CNNM2* Y *RRAGD* COMO CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA RENAL.

AUTORES: Ainhoa Camille Aranaga-Decori¹, Sara Gómez-Conde^{1,2,3}, Alejandro García-Castaño^{1,2}, Josu Aurrekoetxea¹, Leire Gondra^{1,3,4}, Mirian Sánchez-Morán¹, Gema Ariceta^{5,6}, Paula Coccia⁷, Jesús Lucas García⁸, Isolina Riaño Galán^{9,10,11}, Leire Madariaga^{1,2,3,4}, Luis Castaño.^{1,2,3,12}

¹Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia, Barakaldo, España, ²CIBERDEM, CIBERER, ³Departamento de Pediatría, Universidad del País Vasco UPV/EHU, ⁴Sección de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario Cruces, ⁵Servicio de Nefrología Pediátrica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, ⁶Universidad Autónoma de Barcelona, ⁷Servicio de Nefrología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires, ⁸Sección de Nefrología Infantil, Hospital General Universitario Castellón, ⁹AGC de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, ¹⁰Instituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias (ISPA), ¹¹CIBERESP, ¹²Endo-ERN, Leiden, Países Bajos.

INTRODUCCIÓN:

El magnesio (Mg^{2+}) es el segundo catión intracelular más abundante y desempeña un papel central en diversos procesos celulares, incluyendo reacciones enzimáticas, señalización celular y síntesis del ADN/ARN, que se manifiestan sobre todo en los sistemas cardiovascular y nervioso y metabolismo mineral. Además, el Mg^{2+} es un antagonista del calcio intracelular, y participa en la modulación de la PTH. El mantenimiento de la homeostasis del Mg^{2+} , que depende

del equilibrio entre su absorción intestinal y su excreción renal, es esencial. La hipomagnesemia se define como una concentración plasmática de $[Mg^{2+}] < 1,7 \text{ mg/dL}$ ($0,75 \text{ mmol/l}$).

En los últimos años se han descrito diferentes genes implicados en la homeostasis renal del Mg^{2+} , entre los cuales se encuentran el gen *CNNM2* y el gen *RRAGD*, cuyas variantes se transmiten por un patrón de herencia autosómico dominante. El gen *CNNM2* codifica para una proteína transmembrana implicada en el transporte de Mg^{2+} expresada en el cerebro, riñón y pulmón. Las variantes patogénicas en este gen, se asocian tanto a un fenotipo de hipomagnesemia renal (MIM 613882), como neurológico con convulsiones refractarias y discapacidad intelectual (MIM 616418). El gen *RRAGD*, por su parte, codifica para una proteína G monomérica expresada en el corazón y en el riñón. Las variantes patogénicas en este gen se asocian a una tubulopatía descrita recientemente denominada Hipomagnesemia Renal Autosómica Dominante (MIM 620152), caracterizada por hipomagnesemia grave, hipopotasemia, pérdida salina urinaria y nefrocalcinosis. Con frecuencia los pacientes desarrollan una miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca temprana, que en un subgrupo significativo requiere trasplante cardíaco.

METODOLOGÍA:

Estudio genético de 7 pacientes (correspondientes a 5 familias no relacionadas) con hipomagnesemia de origen renal no filiado, mediante secuenciación masiva dirigida (panel que incluye genes asociados a la hipomagnesemia, entre otros) y secuenciación de exoma completo en los casos negativos. Estudio de la segregación familiar de las variantes detectadas mediante secuenciación Sanger.

RESULTADOS:

Se observaron variantes probablemente causales en el gen *CNNM2* en 2 pacientes de familias diferentes. El primer paciente, diagnosticado inicialmente de hipercalcemia hipocalciúrica familiar, presenta una variante probablemente patogénica en el gen *CNNM2* en heterocigosis (c.2384C>A; p.Ser795*). Tras una nueva evaluación de

laboratorio se confirma que presenta también hipomagnesemia, al igual que 2 de sus familiares, que también son portadores de la variante. El segundo, con diagnóstico de hipomagnesemia, presenta otra variante *de novo* probablemente patogénica en heterocigosis en el mismo gen (c.1310G>A; p.Gly437Glu).

Por otro lado, detectamos una misma variante patogénica del gen *RRAGD* (c.227C>T; p.Ser76Leu) en heterocigosis en 5 pacientes con hipomagnesemia renal de 3 familias no relacionadas. En la primera familia presentan la variante dos hermanas gemelas monocoriónicas con hipomagnesemia y miocardiopatía dilatada, y la hija de una de ellas, también afecta. El padre de las gemelas falleció y no se le pudo realizar el estudio genético, mientras que la madre es sana y no presenta la variante. Encontramos la misma variante en los casos índice de la segunda y tercera familia. En ambos casos los progenitores son sanos y no presentan la variante, por lo que consideramos que la variante es *de novo* en los dos pacientes.

CONCLUSIONES:

El avance en las técnicas genéticas posibilita la determinación de la etiología de trastornos hereditarios raros, y el diagnóstico de nuevas entidades, facilitando el consejo familiar. El Mg^{2+} sérico debería determinarse en los trastornos relacionados con el calcio y la PTH en la práctica clínica.

Euskadiko Endokrinologia, Diabetes
eta Nutrizio Elkartearen **XXV. Batzarra**



XXV Congreso de la Sociedad de Endocrinología,
Diabetes y Nutrición de Euskadi

AHOZKO KOMUNIKAZIOAK - 2. MAHAIA
COMUNICACIONES ORALES - MESA 2

2024ko Martxoaren 15a
15 de Marzo de 202

Mitxelena Auditorioa - Auditorio Mitxelena

Ahozko Komunikazioak. 2.Mahaia Comunicaciones Orales. Mesa 2

Moderatzaileak / Moderadores:

Dra. Nerea Egaña doktorea.

Donostiako Unibertsitate Ospitalea. / Hospital Universitario Donostia.

Dr. Víctor Sola doktorea.

Arabako Unibertsitate Ospitalea. /Hospital Universitario Álava.

	TÍTULO
1	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA DEL NÓDULO TIROIDEO MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) EN EL HOSPITAL ALTO DEBA
2	ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TRANSESFENOIDAL EN LA CAV EN EL PERIODO 2018-2022
3	IMPOSIBILIDAD PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL, RETO HABITUAL
4	INTERVENCION NUTRICIONAL EN PACIENTES STEINERT Y SU EFECTO EN COMPOSICION CORPORAL Y FUNCIONALIDAD
5	MACROADENOMA HIPOFISARIO NO FUNCIONANTE: ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL HUA
6	USO DE LA COPEPTINA BASAL Y ESTIMULADA PARA LA VALORACIÓN DEL SD. POLIURIA POLIDIPSIA. EXPERIENCIA DE USO.
7	REVISIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LAS GASTROSTOMÍAS RADIOLÓGICAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USÁNSOLO DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA DEL NÓDULO TIROIDEO MEDIANTE PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF).

AUTORES: Iker Miret Atxikallende, María Magdalena Arteaga Ossa.

Hospital Alto Deba.

INTRODUCCIÓN:

La PAAF es una técnica de amplia aceptación en la literatura científica a la hora de determinar la benignidad o malignidad de los nódulos tiroideos. Durante los últimos años, el endocrinólogo ha asumido progresivamente la función de ser el profesional que realiza dicho procedimiento. De esta manera, se ha agilizado el proceso de manejo del nódulo tiroideo, lo cual ha repercutido en una reducción de los tiempos de espera y en el incremento de la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio descriptivo mediante tablas de frecuencia, analizando las PAAF llevadas a cabo en nuestra Unidad entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023, en atención a los grados de sospecha según guías ATA y los resultados citológicos según escala Bethesda. Se presentan los datos comparativos entre las primeras 50 PAAF realizadas (grupo 1) y las 50 posteriores (grupo 2), con el objetivo de analizar las diferencias que pudiera haber en los resultados conseguidos.

RESULTADOS:

En el grupo 1, presentaban un grado de sospecha bajo o muy bajo el 50% de los pacientes, el 48% presentaban un grado de sospecha intermedia y el 2% un alto grado de sospecha. Los resultados citológicos obtenidos fueron de un 12% de Bethesda I, un 74% de Bethesda II, un 10% de Bethesda III, un 2% de Bethesda IV y un 2% de Bethesda V. En el grupo 2, presentaban sospecha baja o muy baja el 48% de los pacientes, sospecha intermedia el 48% de los pacientes y alta sospecha el 4% de los pacientes. Sus resultados citológicos fueron de un 10% de Bethesda I, un 80% de Bethesda II, un 8% de Bethesda III y un 2% de Bethesda VI. La práctica totalidad de los resultados Bethesda I corresponden a muestras hemáticas o

contenido quístico. De los 9 pacientes Bethesda III, dos de ellos están pendientes de cirugía, en dos de ellos se ha decidido realizar seguimiento, uno correspondió a neoplasia intratiroidea folicular variante papilar (NIFTP) multifocal, uno resultó ser benigno y dos de ellos fueron adenomas foliculares. Un paciente con Bethesda IV se encuentra pendiente de cirugía y el otro fue un adenoma oncocítico. El Bethesda V se trata de un caso complejo en seguimiento y el Bethesda VI fue un carcinoma papilar.

CONCLUSIONES:

El porcentaje de PAAF realizadas en nódulos de baja sospecha (especialmente en nódulos sólidos isoecogénicos >1.5 cm) parte de una decisión consciente de determinar la benignidad del nódulo, en aras de facilitar el seguimiento. De esta manera, han sido dados de alta numerosos pacientes con seguimiento crónico anual o bianual mediante ecografía y analítica, en el caso de que sus nódulos fueran de baja sospecha y contaran con citología benigna, so condición de volver a consultar con su médico de familia si presentasen cambios clínicos. Por otra parte, se ha observado una discreta reducción de los resultados Bethesda I, situándonos, en el primer año de realización de PAAF, a las puertas de unas cifras aceptables en un centro con experiencia en PAAF.

2. ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TRANSESFENOIDAL EN LA CAV EN EL PERIODO 2018-2022.

AUTORES: Miguel Paja, Nerea Egaña, M. Dolores Moure.

Hospital Universitario de Basurto.

INTRODUCCIÓN:

La cirugía del área hipotálamo-hipofisaria por vía transesfenoidal (CTE) es el abordaje de elección siempre que la lesión lo permita por su menor morbilidad respecto al abordaje transcraneal. Sin embargo, sus resultados varían dependiendo de diversos factores, tanto del propio tumor como del equipo humano y técnico. Revisamos los

resultados de la CTE en los 3 centros de Osakidetza donde se lleva a cabo.

METODOLOGÍA:

Revisión retrospectiva de todas las CTE de los Hospitales Universitarios de Cruces (HCRU), Donostia (HDON) y Basurto (HBAS) en el periodo 2018-2022. Analizamos el número de intervenciones por años, la patología intervenida dividida en 6 grupos, los objetivos marcados y su consecución, y la aparición de complicaciones a largo plazo como consecuencia de la intervención.

RESULTADOS:

En total se realizaron 204 intervenciones TE (HUCRU: 122; HUDON: 44; HUBAS:38), una media de 40,8 cirugías anuales (rango: 35-45/año). Los tres centros tienen un neurocirujano o dos trabajando en equipo, dedicados a esta cirugía; en los tres se realiza cirugía endoscópica y en dos de ellos se realizan abordajes ampliados al seno cavernoso. La patología más prevalente fueron los adenomas clínicamente no productores (n:117; 57,4%), seguidos de la acromegalia (n:33) y la enfermedad de Cushing (n:20), para un total de 63 adenomas secretores operados (30,9%). Las restantes cirugías incluyeron 24 tumores no adenomatosos (11,8%), entre ellos 7 craneofaringiomas. Entre los 63 tumores clínicamente productores, el 92,1% (n:58) se consideraron curables por la intervención, lográndose este objetivo en la evaluación a los 6 meses en 43 casos (74,1%), en 35 de ellos sin secuelas ni complicaciones permanentes. La causa más frecuente de intervención los adenomas no productores fue el compromiso del II par, incluyendo (82/117; 70,1%). Los daños por la intervención afectaron a un 35% del total de CTE, con siete (6%) déficits permanentes de ADH. Cinco pacientes operados de adenomas no productores requirieron reintervenciones inmediatas y uno de ellos falleció a los 10 meses de la primera intervención por complicaciones derivadas de esta. Comparando los resultados por centros, hay una tendencia a mejores resultados con la mayor actividad quirúrgica en los adenomas no productores.

CONCLUSIONES:

La cirugía TE en la sanidad pública vasca abarca 40 casos anuales, con unos resultados comparables con las series publicadas. Estos

resultados pudieran beneficiarse de un diagnóstico más precoz de las lesiones productoras aumentando la sospecha clínica en diversas especialidades y de una mayor superespecialización con centralización de todos los casos a intervenir.

3. IMPOSIBILIDAD PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL, RETO HABITUAL.

AUTORES: Natalia González Cabrera, Maider Sánchez Goitia, Leire Pérez García, Aitor Galarza Montes, Sheila González González, Clara Zazpe Zabalza.

Hospital Universitario Araba.

INTRODUCCIÓN:

La sobrecarga oral de glucosa 100g (SOG) es la prueba diagnóstica de diabetes gestacional (DMG) y se realiza cuando el cribado con el test de de OSullivan es positivo. En ocasiones, no se consigue finalizar la prueba por vómitos o bien las pacientes rechazan realizarla, lo cual imposibilita llegar al diagnóstico.

En nuestro centro, en estos casos, las pacientes son remitidas al servicio de Endocrinología para su seguimiento. Son tratadas como si tuvieran DMG al no poder excluirlas. Esto supone una carga asistencial importante por lo que hemos intentado analizar la idoneidad de nuestra actitud.

METODOLOGÍA:

Se han recogido los datos de 36 gestantes atendidas en consulta de patología gestacional durante 2023 con imposibilidad para realizar la sobrecarga de 100g. De ellas el 77.7% (n=28) fue por vómitos repetidos y el 16.6% (n=6) por rechazo y 2 por otros motivos.

La edad estaba comprendida entre 21 y 42 años (media 32.5), con un índice de masa corporal pregestacional entre 18.2 y 50.9 (media 29.1kg/m², mediana 27.7). El 33.3% presentaba sobrepeso y el 38.8% presentaba obesidad.

El 27.7% (n=10) presentaba antecedentes familiares de primer grado de diabetes y el 11% (n=4) antecedente personal de DMG previa.

RESULTADOS:

De las 36 pacientes el 22% (n=8) precisaron tratamiento con insulina y el 33% (12) bien precisaron insulina o bien presentaron perímetro abdominal fetal 3º trimestre y peso al nacimiento >p75.

Hubo una tasa de cesáreas del 16.6% (n=6) superior a la media en Osakidetza (entre 2011 y 2021 media de 13.2%) y parto instrumental 22.2% (n=8) (media en nuestro centro 13%).

Analizamos por separado las 12 pacientes que precisaron insulina o presentaron percentiles fetales >p75 con objetivo de determinar qué datos podrían orientarnos para discriminar a las pacientes con alta probabilidad de DMG, teniendo en consideración los factores de riesgo más frecuentes:

- Edad > 35 años:
 - Sólo 2 pacientes tenían >35 años (16% frente al 30.5% general)
 - Entre las pacientes que precisaron insulinización ninguna tenía >35 años.
 - Edad media de 32 frente a 32.5 general.
- Sobrepeso/obesidad previa a gestación:
 - Solo 1 paciente presentaba IMC pregestacional <24.9 frente al 27.7% general
 - IMC pregestacional medio fue de 31.2 (21 a 46.9) frente a 29.1 general, mediana 30.3 frente a 27.7.
 - El 50% presentó IMC >30 pregestacional frente al 38.8% general
 - Sobrepeso 41.6% frente al 33.3% general.
- Antecedentes familiares de 1º grado de diabetes: 33.3% frente al 27.7% general
- DMG previa: 16% frente al 11%, sólo una paciente presentó tanto AF como DMG previa.

Analizamos también el resultado del O Sullivan para ver si el resultado podría ser un factor orientativo. La media general fue de 161.4 (140-

217) frente a 164 (140-191) las pacientes que precisaron insulina. Sólo 1 de las pacientes que precisaron insulinización tuvo un O Sullivan >180.

Únicamente 15 de 36 mujeres (41.6%) realizaron SOG postparto y de ellas, sólo una presentó curva de intolerancia.

CONCLUSIONES:

- No hemos encontrado ningún factor (edad, IMC pregestacional, cifra de O Sullivan, AF, DMG previa...) determinante a la hora de seleccionar a las pacientes que se beneficien de ser tratadas a falta de diagnóstico seguro de DMG.
- Hay mayor IMC en el grupo que precisó insulinización/p>75 fetales pero en el contexto general de alta incidencia de sobrepeso/obesidad de las pacientes con OSullivan positivo.
- Dada la alta tasa de cesáreas, instrumentalismo e insulinización creemos necesario continuar tratando a todas las pacientes sin diagnóstico cierto.
- Nos parece importante implementar un protocolo para disminuir el porcentaje de SOG fallidas por vómitos.

4. INTERVENCION NUTRICIONAL EN PACIENTES STEINERT Y SU EFECTO EN COMPOSICION CORPORAL Y FUNCIONALIDAD.

AUTORES: Almudena Ruiz Molina, Sonia Ibarretxe Guaresti, Christian Alabort Ugidos, Miren Badiola Molinuevo, Maria Picallo Perez, Maddalen Dublang Irazabal, Sara Valle Rodriguez-Navas, Aida Cadenas Gonzalez, Jorge Pablo Hernandez Hernandez, Aitor Icobalceta Narbaiza, Ramon Arteaga Fuentes, Yolanda Garcia Fernandez, Lina Marcela Ramirez Garcia, Ainhoa Zarandona Del Campo, Maria Angeles Villahoz Iglesias, Marta Camarero Erdoiza, Eider Calvo Masa, Unai Perez Dominguez, Noemi San Jose Perez, Leire Ordoñez Lopez , Inmaculada Bolinaga Moral.

Hospital Universitario Galdakao.

INTRODUCCION:

La distrofia miotónica de Steinert es una enfermedad progresiva que puede afectar a múltiples sistemas como el muscular, respiratorio, cardíaco, endocrino, ocular y sistema nervioso central. Sus manifestaciones comprenden una pérdida progresiva de fuerza muscular.

Objetivo: Valorar el efecto de la intervención nutricional en pacientes Steinert con dieta oral en la composición corporal y en la funcionalidad.

METODOLOGÍA:

Con una muestra de 26 pacientes Steinert, con dieta oral, en CCEE, se les realizan las siguientes pruebas: Antropometría (peso, talla y IMC), bioimpedancia vectorial, MECV-V y Test funcional GET UP and GO.

Con la bioimpedancia vectorial obtenemos % FM (masa grasa) para diagnosticar OBESIDAD (>35% M y >25% V) y el ASMM (masa muscular esquelética apendicular) en kgr.

Con el cociente ASMM/kgr peso corporal, medimos el % de masa muscular (considerando baja cantidad de masa muscular <37% V y <27,6% M para estadio 1 y <31,5% V y < 22,1% M para estadio 2).

Con el Test funcional GET UP and GO valoramos la fuerza en las piernas, equilibrio, velocidad, coordinación y funcionalidad en la marcha siendo <10 segundos el valor de normalidad.

Se realiza educación nutricional por parte de la Nutricionista, adaptada a los resultados obtenidos para cada paciente.

Del total de la muestra de 26 pacientes, 6, el 23%, tienen prescritos algún tipo de SON. En el resto, pese a estar indicado, no está financiado.

RESULTADOS:

De la muestra de 26 pacientes el 100% presenta baja masa muscular, medida por el cociente ASMM/W, y del total de la muestra, 24, el 92,3%, presentan disfagia. 19 de los pacientes (el 73%), presentan

Obesidad (medida por %FM en BIVA), presentando el 100 % baja masa muscular estadio 2 (<31,5% V y < 22,1% M).

Además, el 73,68% de estos pacientes con FM elevada y baja masa muscular, realizan la prueba de funcionalidad GET UP and GO con valores >10 segundos.

Estos datos se contraponen al de los pacientes no obesos, el 26,9% de esta muestra, en los que el 100% presentan baja masa muscular, medida por el cociente ASMM/W, siendo el 71,4% baja masa muscular estadio 1 (<37% V y < 27,6% M), en los que sólo el 1 paciente realiza la prueba de funcionalidad con valores > 10 segundos (es el paciente de mayor edad de la muestra).

Si tenemos en cuenta el dato de ángulo de fase, en mujeres, la prueba con valores de > 10 segundos, tienen ángulos de fase ≤ 4 . En hombres, hay más variabilidad, con ángulos de fase $\geq 4,4$ (excepto un paciente con 3,5) realizan la prueba < 10 segundos.

CONCLUSIONES:

La educación nutricional, como pilar de intervención nutricional, para modificar hábitos dietéticos, con dieta baja en grasas saturadas y rica en proteínas, es fundamental para disminuir el % FM corporal, mantener ó incrementar la ASMM y mejorar la funcionalidad, siempre acompañada de actividad física.

5. MACROADENOMA HIPOFISARIO NO FUNCIONANTE: ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL HUA.

AUTORES: Clara Zazpe Zabalza, Rafael Micó Cucart, Sheila González González, Aitor Galarza Montes, María Vega Blanco, Octavio Pérez Alonso, Leire Garaizabal Azkue, Mikel González Fernández, Víctor de Diego Sola, Beatriz Pérez Ruiz, Leire Pérez García, Clara Rosario Fuentes Gómez.

Hospital Universitario Álava.

INTRODUCCIÓN:

El objetivo es estudiar los datos de una cohorte de pacientes con diagnóstico de macroadenoma no funcionante y evaluar la evolución de éstos en función del tratamiento al que se opta: quirúrgico, conservador o tratamiento con agonistas dopaminérgicos (AD).

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo de 51 pacientes del Hospital Universitario Araba, entre 41 y 88 años, con diagnóstico de macroadenoma hipofisario no funcionante. En un grupo se realiza cirugía al diagnóstico y en otros no se interviene, decidiendo actitud conservadora con solo vigilancia, o tratamiento con AD. Se analizan las características del tumor previo al tratamiento (tamaño tumoral, invasión, apoplejía, alteraciones campimétricas secundarias...) y el tratamiento al que se opta en cada caso. Además, se recogen datos del desenlace en función de la actitud escogida (curación, crecimiento y complicaciones secundarias). El análisis de datos se realiza mediante SPSS.

RESULTADOS:

Se estudia una cohorte con edad media de 68,3 años, siendo el 56% varones y el 44% mujeres. El tamaño tumoral inicial medio es de 2,6 centímetros y llevan en seguimiento en nuestras consultas durante una media de 8 años.

En la prueba de imagen realizada al diagnóstico se detecta que un 84,6% de los adenomas produce alguna invasión de estructuras adyacentes (el 50% invade el quiasma, el 28,8% los senos cavernosos y el 5,8% el clivus). En los pacientes con afectación quiasmática, vemos que un 19,2% tiene una hemianopsia bitemporal al diagnóstico mientras que en el 15,5% hay otros defectos campimétricos (cuadrantanopsias o alteraciones altitudinales). Además, observamos que un 17,3% de los adenomas debutan con clínica secundaria a apoplejía hipofisaria.

Respecto al tratamiento, 34 pacientes (65,3%) son tratados con cirugía al diagnóstico, la mayoría transesfenoidal (61,5%, vs 3,8% transcraneal). En un caso posterior a la cirugía se realizó radioterapia.

Por el contrario, en 10 pacientes (21,2%) se opta por tratamiento conservador y en 7 (13,5%) tratamiento con AD.

En el 47% de los pacientes operados se logra curación sin restos tumorales visibles durante el seguimiento frente al 52,9% que presentan resto tumoral tras la intervención. El 95 % de los pacientes tras la cirugía presenta déficit hormonal (4 pacientes déficit de un eje, 17 pacientes más de un eje y 10 presentan además diabetes insípida). El 17,6% de los operados normalizan la alteración visual, un 11,7% empeoran y el 70,5 % no sufren cambio.

En los pacientes no intervenidos en los que se decide sólo vigilancia se observa estabilidad de tamaño en 6 pacientes y en 4 crecimiento. En aquellos con agonistas dopaminérgicos ningún paciente presenta crecimiento, 1 logra disminución de tamaño y 6 permanece estable el tamaño del adenoma. Entre estos últimos no se observa empeoramiento de alteraciones campimétricas ni apoplejía durante el seguimiento.

CONCLUSIONES:

En nuestra serie la mayoría de los macroadenomas son intervenidos por vía transesfenoidal pero en algunos pacientes, por tamaño menor a 2 cm o por imposibilidad de cirugía, se decide una actitud conservadora: vigilancia tumoral, o tratamiento con AD con objetivo de intentar estabilidad de tamaño o disminución. En nuestra serie observamos que tras cirugía es frecuente que persista resto tumoral y la complicación más frecuente tras la intervención es el déficit de uno o más ejes hormonales, no siendo frecuente el empeoramiento de la campimetría. En ninguno de los pacientes en los que se decide tratamiento con AD se observa crecimiento tumoral frente a aquellos en los que se decide sólo vigilancia que sí presentan crecimiento en un 60%, teniendo la limitación de que son un número pequeño de pacientes en los que se decide esta actitud conservadora. Aun así, estos datos apoyan estudios previos de la literatura que abogan el tratamiento con AD como tratamiento seguro y eficaz en pacientes en los que se decide no intervenir.

6. USO DE LA COPEPTINA BASAL Y ESTIMULADA PARA LA VALORACIÓN DEL SD. POLIURIA POLIDIPSIA. EXPERIENCIA DE USO.

AUTORES: Ane Amilibia Achucarro, Inmaculada Venegas Nebreda, Amaia Mendia Madina, Sara Larrabeiti Martinez, Adolfo Garrido Chercoles, Nerea Egaña Zunzunegui, Alfredo Yoldi Arrieta.

Hospital Universitario Donostia.

INTRODUCCIÓN:

Dentro del estudio del síndrome de poliuria-polidipsia (SPP), se debe realizar un diagnóstico diferencial entre diabetes insípida central (DIC), diabetes insípida nefrogénica (DIN) y polidipsia primaria (PP). Para ello, clásicamente se ha utilizado el test de Miller o prueba de deshidratación. En esta prueba no es posible la medición directa de la acción de la vasopresina y se valora su función indirectamente a través de la osmolaridad urinaria. El test de sobrecarga salina ofrece la posibilidad de valorar su acción directa con la medida de coceptina (fracción terminal de la molécula provasopresina), prueba recomendada por su mejor rendimiento diagnóstico.

Desde el 2021 se viene realizando esta prueba en nuestro laboratorio y hospital de día. El objetivo de este estudio es valorar los resultados de la misma y su utilidad diagnóstica.

METODOLOGIA:

Se han analizado los valores de coceptina basal y estimulada solicitados al Laboratorio de Hormonas de nuestro hospital desde junio del 2021 hasta noviembre de 2023. De los valores obtenidos, seleccionamos los estudios solicitados desde el Servicio de Endocrinología y Nutrición. En total se han realizado 13 estudios a 13 pacientes. Por una parte, 3 de los pacientes acudieron a consulta por sospecha de DIN secundaria a litio (1 hombre de 35 años y 2 mujeres de 59 y 68 años). Por otra parte 10 pacientes acudieron por poliuria (2 hombres de 15 y 33 años y 8 mujeres de entre 42 y 58 años). La interpretación de resultados se pudo realizar en base a los valores de la tabla 1. En todos ellos se realizó medición de coceptina basal. En

los casos en los que los valores iniciales eran menores de 21,4 se completó estudio con test de coeptina.

VALORES DE COEPTINA	INTERPRETACIÓN
BASAL > 21.4 pmol/L	DI nefrogénica
ESTIMULADA < 4.9 mmol/L	DI central completa o parcial
ESTIMULADA > 4.9 mmol/L	Polidipsia primaria

RESULTADOS:

En el estudio de sospecha de DIN, la coeptina basal fue concluyente en 2 de los 3 estudios realizados (Coeptina basal 36,1 y 32,2) por lo que se pudo llegar al diagnóstico sin tener que realizar pruebas funcionales. En el 3º caso sin embargo, la coeptina basal fue de 13 por lo que el diagnóstico se completó con un test de sed modificado, con respuesta nula al estímulo de desmopresina, confirmándose el diagnóstico de DIN.

En el estudio del SPP, se realizaron 10 test de sobrecarga salina con medición de coeptina. De las 10 pruebas realizadas, en 9 se obtuvo un nivel de natremia adecuado para el estímulo osmótico y los resultados obtenidos sirvieron para aclarar diagnóstico. A excepción de una paciente que presentó malestar general y náuseas leves al llegar a niveles de natremia > 145, el nivel de tolerancia a la prueba fue buena y se completaron los estudios sin incidencias, con alta hospitalaria en el mismo día.

Los resultados fueron 7 diagnósticos de PP y 2 de DIC. En uno de los test no se consiguió un nivel de natremia adecuado y la paciente dejó de acudir a consultas por lo que no se pudo completar estudio.

CONCLUSIONES:

La coeptina ofrece la posibilidad de medición directa de la acción de la vasopresina, pudiendo ser utilizada para la valoración de diversas entidades clínicas. En caso de sospecha de DIN, puede evitar la necesidad de realizar estudios funcionales. A la hora de realizar diagnóstico diferencial entre la DIC y la PP, el test de sobrecarga salina con medición de coeptina es una prueba sencilla, con buen nivel de

seguridad si se realiza de forma protocolizada y que en general tiene buena tolerancia.

Por otra parte, su medición en el postoperatorio de cirugías hipofisarias sería de utilidad para el manejo postoperatorio, dado que es un factor predictivo de desarrollo de la DIC. A día de hoy esto no es posible en nuestro centro dado que la obtención de los resultados es de unos 15 días.

7. REVISIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LAS GASTROSTOMÍAS RADIOLÓGICAS PERCUTÁNEAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USÁNSOLO DURANTE LOS AÑOS 2022 Y 2023.

AUTORES:C. Alabort, M. Badiola, M. Picallo, S. Valle, M. Dublang, A. Cadenas, A. Icobalceta, A. Ruiz, J.P. Hernández, R. Arteaga, L. M. Ramirez, A. Zarandona, M. A. Villahoz, M. Camarero, E. Calvo, U. Perez, N. San Jose, L. Ordoñez, I. Bolinaga, S. Ibarretxe, Y. García.

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

INTRODUCCIÓN:

La nutrición artificial a través de gastrostomía percutánea es la vía de alimentación recomendada en pacientes que mantienen la función intestinal íntegra pero no pueden mantener una ingesta calórica suficiente por vía oral durante periodos prolongados de tiempo. La colocación de gastrostomías profilácticas en pacientes con tumores de cabeza y cuello y de tracto gastrointestinal superior que van a ser sometidos a tratamientos intensivos es una práctica habitual en nuestro centro, dado que minimiza la desnutrición asociada a la radioterapia (RT) y la quimioterapia (QT). La indicación de la misma se decide en un Comité Multidisciplinar, en función de criterios clínicos que predicen un mayor riesgo de disfagia y desnutrición. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de los pacientes con gastrostomías y describir las complicaciones asociadas a las mismas.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional retrospectivo de 99 adultos a los que se colocó una sonda de gastrostomía percutánea radiológica (PRG) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023 en nuestro centro. Se recogieron datos sobre sexo, edad, motivo de la indicación de la sonda, presencia de desnutrición en el momento de indicación de la sonda, tratamiento oncológico recibido y complicaciones tras la colocación de la sonda. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 23.0.

RESULTADOS:

Se recogieron datos de 76 hombres (76.8%) y 23 mujeres (23.2%), con edad media de

66.4 años (DE 10.5). 58 pacientes (58.6%) presentaban desnutrición según criterios GLIM en el momento de la indicación de la gastrostomía. 82 pacientes (82.8%) presentaban patología oncológica. De éstos, 65.9% tenían tumores de cabeza y cuello, 30.5% tumores de esófago y 3.7% otros tipos de tumores. En cuanto a modalidad de tratamiento recibido, 67.1% recibieron tratamiento QT-RT concomitante, 17.1% tratamiento QT y 15.9% tratamiento RT. En 51.2% de los casos la gastrostomía se colocó previo al inicio de tratamientos.

En referencia a las complicaciones asociadas a las gastrostomías durante el seguimiento, 42 pacientes (42.4%) presentaron granulomas en el estoma, 25 pacientes (25.3%) infección local del estoma, 10 pacientes (10.1%) salida accidental de PRG, 5 pacientes (5.1%) dilatación del estoma, y 3 pacientes (3%) absceso de pared abdominal. 32.2% de pacientes (26 pacientes con patología oncológica y 6 con patología no oncológica) fallecieron durante el seguimiento, en ninguno de los casos por causas relacionadas con la PRG. El tiempo medio desde la colocación de la gastrostomía hasta el fallecimiento fue de 6.05 meses (DE 5.7). Se realizó un análisis comparativo de las complicaciones en pacientes con patología oncológica (n=82) y no oncológica (n=17), sin obtener resultados estadísticamente significativos (p=ns).

CONCLUSIONES:

El número de complicaciones postoperatorias de las PRG en nuestro hospital es apreciable, especialmente la formación de tejido de granulación e infección del estoma. Debe realizarse una valoración individualizada de las indicaciones de gastrostomía profiláctica en los pacientes oncológicos.

Euskadiko Endokrinologia, Diabetes
eta Nutrizio Elkartearen **XXV. Batzarra**



XXV Congreso de la Sociedad de Endocrinología,
Diabetes y Nutrición de Euskadi

KOMUNIKAZIOEN ARGITALPENAK
PUBLICACION DE COMUNICACIONES

2024ko Martxoaren 15a
15 de Marzo de 2024

	TÍTULO
1	LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EDUCACION DIABETOLOGICA: A PROPOSITO DE CASOS CLINICOS
2	QUISTE PARATIROIDEO RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO
3	SATISFACCIÓN Y FORMACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL
4	SE COMPLICAN NUESTRAS GASTROSTOMÍAS- GASTROYEYUNOSTOMÍAS?
5	GRADO DE ADOPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONSENSO NACIONAL SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) DESDE ENDOCRINOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PAÍS VASCO
6	INFLUENCIA DE LA VACUNA BACILO CALMETTE-GUÉRIN EN LA INCIDENCIA DE CASOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 INFANTO JUVENIL EN EUSKADI
7	NUEVAS ALTERACIONES EN OTROS GENES ASOCIADOS A LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS.
8	¿FUNCIONA LA FORMACIÓN ONLINE EN INSULINOTERAPIA PARA ENFERMERAS?
9	REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (RNDM1Spain)
10	UTILIDAD DE LAS PLUMAS DE INSULINA CONECTADAS EN LA REDUCCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1) CON >4% DE TIEMPO EN HIPOGLUCEMIA
11	ESTUDIO EN VIDA REAL DE TOLERANCIA A SEMAGLUTIDA ORAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA
12	DISFUNCIÓN CARDIACA COMO DEBUT EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FEOCROMOCITOMAS Y PARAGANGLIOMAS
13	BÚSQUEDA DE SECOND HIT EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ADENOMAS HIPOFISARIOS
14	EVOLUCIÓN DE LA TALLA EN PACIENTES CON ALTERACIONES DEL GEN SHOX TRAS LA TERAPIA CON HORMONA DE CRECIMIENTO
15	NUTRICIÓN ENTERAL POSTPILÓRICA
16	PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ENDOCRINOPATÍAS
17	NICTALOPIA POR DÉFICIT DE VITAMINA A
18	DIABETES GESTACIONAL PRECOZ VS TARDÍA: ¿DIFIEREN LOS RESULTADOS OBSTÉTRICO-PERINATALES?

1. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA EDUCACION DIABETOLOGICA: A PROPOSITO DE CASOS CLINICOS.

AUTORES: María Isabel Tombo Fernández, Orieta Sánchez Rivero.

Hospital Comarcal Bidasoa.

INTRODUCCION:

La importancia de una buena educación diabetológica en un paciente diabético con el fin de evitar complicaciones a corto y/o largo plazo.

METODOLOGIA:

Descripción de dos casos que acudieron a nuestra consulta y tras realizar comprobación se observa que no se administraban la dosis de insulina.

RESULTADOS:

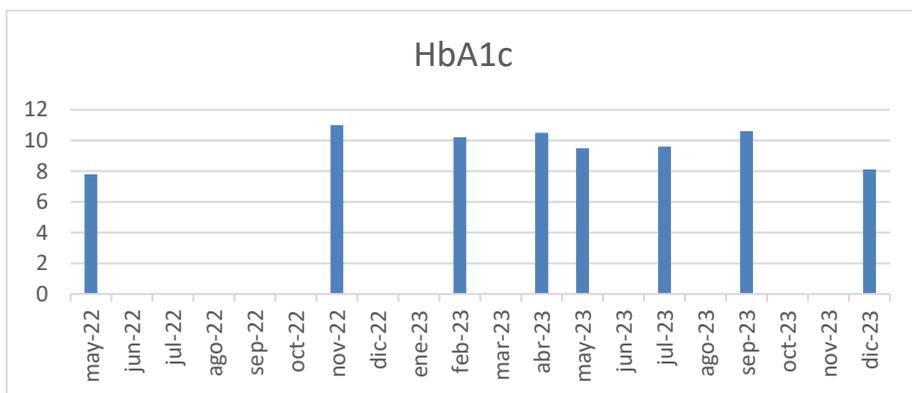
El primer caso se trata de una mujer de 82 años que es derivada a consultas por mala evolución de HbA1c (10,5%) y glucemia (246 mg) con tratamiento de antidiabéticos orales, ingesta abundante de hidratos de carbono y sintomatología por mal control. Al inicio se le insulinizaba con insulina basal, se le realiza educación diabetológica intensiva tanto a la paciente como al familiar verificando el buen manejo.

Al mes de inicio, mejora la HbA1c (9,5%) y glucemias en rango, pero refiere sintomatología gastrointestinal por lo que se le realiza TAC y RM de páncreas ante sospecha de lesión en cabeza de páncreas que se confirma. Se deriva al Unidad Oncológica, pero la paciente desestima tratamiento sistemático. Debido a la patología y proceso diabético, se produce una descompensación hiperglucémica con glucemias > 250 mg/dl durante todo el día, por lo que requiere acudir al Servicio de Urgencias para tratamiento insulínico endovenoso e inicio de insulina rápida. Se realiza de nuevo educación y seguimiento de glucemias con el objetivo de evitar descompensación, pero requiere acudir de nuevo a Urgencias por este mismo motivo. Se le cita en varias ocasiones en educación para ajuste de insulinas basales y rápidas subiendo un tercio de la dosis pautada de cada cita ya que los valores de glucemias son >300 mg. En la última educación, debido a que el valor de glucemia media era 468 mg/dl, se realiza repaso

exhaustivo junto con la familia, que insiste en que la paciente se administra bien la insulina. Se le realiza demostración de técnica de inyección y se observa que la paciente no se está administrando la dosis de ambos tipos de insulina ya que, a la hora de apretar el dispositivo, lo gira poniéndolo a cero, por lo tanto, no se administra insulina, pensando que se ha administrado. Tras esta incidencia, se reduce la dosis de insulina e insistimos a la familia vigilancia en la administración.

Actualmente, la paciente ha ganado peso, se encuentra mejor y con dosis mínimas de insulina tanto basal como rápida ha mejorado las glucemias (205 mg/dl) y HbA1c (8,6%).

Evolución de la HbA1c desde el inicio hasta en estos momentos:



El segundo caso se trata de un varón de 53 años que es derivado desde MAP por alteración de glucosa en la analítica de empresa que se confirma con valor de glucosa 342 mg/dl y HbA1c 11%. Inicia insulinización con su enfermera de AP y es citado en la misma semana en la consulta de educación diabetológica para seguimiento de insulinización. Se inicia con repaso de manejo de glucómetro e insulinización, donde se observa que el paciente en vez de apretar el botón del bolígrafo, lo gira, no administrándose ninguna dosis de insulina.

Actualmente, el paciente se está administrando la dosis indicada y se verifica cada vez que acude a educación.

CONCLUSIONES:

En este caso vemos la gran importancia del papel del educador@ en el manejo de la administración de insulina verificando la buena realización de la técnica de auto inyección. En nuestra consulta utilizamos un formulario con diferentes puntos a entrevistar al paciente (lavado de manos previo control, manejo de hipoglucemias, rotación de insulina, vigilancia de lipodistrofias y hematomas, frecuencia de cambios de aguja, técnica de auto inyección, dieta, ejercicio, cuidados de pies, ultima retinografia y HbA1c, revisión glucemias: sensor/glucómetro).

Desde esta incidencia, hemos reforzado más la educación al paciente en el buen manejo de la administración insulínica, acentuándonos en la técnica de auto-inyección.

2. QUISTE PARATIROIDEO RECIDIVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES: Estela Elías Martínez, Ivana Zubillaga, Tomasso Matteucci.

Hospital Comarcal Bidasoa.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes de paratiroides son una causa infrecuente de lesiones a nivel cervical o en mediastino. Ocurren en ambos sexos, principalmente entre la 4^o y 5^o década de la vida. Pueden ser funcionantes o no funcionantes.

En los no funcionantes el diagnóstico es complejo, puesto que no poseen manifestaciones clínicas específicas y pueden confundirse con quistes tiroideos.

METODOLOGÍA y RESULTADOS:

Hombre de 60 años que consulta en atención primaria por aparición de bultoma cervical derecho, indoloro. Se solicita Ecografía de cuello, detectando probable quiste tiroideo derecho de 3,5x5,8x6,3cm. TSH:

1,14mU/L. Derivan a consultas de endocrinología para valoración.

En la exploración se palpa en región cervical derecha una masa de unos 5cm de superficie regular, consistencia elástica, indolora, móvil con la deglución, no se palpan adenopatías. Se realiza PAAF guiada por ecografía, evacuadora, obteniéndose 60ml de contenido líquido transparente que se envía para estudio citológico. Se identifica el líquido como “agua de cristal de roca” sin detectar malignidad citológica. Desde Anatomía Patológica se sugiere la realización de PTH en el líquido del aspirado: 27pg/ml.

Se completa estudio analítico: creat: 0,54mg/dl, Calcio: 9,2mg/dl, p: 3, PTH: 43pg/ml, Vit D: 33ng/ml, TSH: 1,05mU/L.

Se diagnostica como quiste paratiroideo no funcionante. Tras PAAF evacuadora disminución de tamaño nodular, paciente asintomático, por lo que se propone seguimiento.

A los dos años acude de nuevo con bultoma cervical palpable indoloro. Ecografía muestra quiste de 63x91x39mm. Se realiza nueva PAAF evacuadora, obteniéndose 110ml de líquido incoloro. No válido para diagnóstico citológico.

Paciente asintomático en la actualidad sin presentar nódulo palpable.

CONCLUSIONES:

Los quistes paratiroideos microscópicos son hallazgos frecuentes, en material de autopsia hasta en un 40-50% aumentando con la edad. Por lo contrario, los quistes paratiroideos macroscópicos son entidades clínicas raras. Se han reportado alrededor de 300 casos en la literatura. Las paratiroides inferiores son las más corrientemente afectadas. El origen es incierto:

-desarrollo: remanentes de tercera y cuarta hendidura branquial.

-coalescencia de microquistes.

-degeneración quística de un adenoma.

La mayor parte de los quistes paratiroideos se localizan en cuello, pueden aparecer en mediastino. La mayoría son no funcionantes. La presentación habitual suele ser masa solitaria asintomática en región inferior de cuello de 1 a 10cm. Pueden ser descubiertos como incidentalomas durante cirugía de cuello o en pruebas de imagen.

Menos del 10% están asociados con hiperparatiroidismo y su origen estaría en un adenoma paratiroideo.

Aunque suelen ser asintomáticos, los de gran tamaño pueden ocasionar sintomatología asociada a compresión de estructuras vecinas: disfagia, disnea, disfonía.

El quiste paratiroideo puede constituir un problema diagnóstico. Se debe realizar diagnóstico diferencial con quistes tiroideos, de hendiduras branquiales y del conducto tirogloso. Puede ser difícil diferenciarlos clínicamente, el estudio debe incluir exploración, ecografía y PAAF.

La PAAF juega un importante rol diagnóstico y terapéutico. Característicamente, el líquido es claro, incoloro. El análisis revela alto contenido de PTH en el aspirado. Lo que es considerado como diagnóstico de esta lesión. En pacientes con quistes no funcionantes los niveles de PTH y calcio en sangre son normales.

En quistes funcionantes el tratamiento es quirúrgico.

En quistes no funcionantes la terapia de elección es la Punción Aspirativa. La extirpación quirúrgica es una opción en casos recidivantes y/o sintomáticos después de repetir la PAAF.

Los agentes esclerosantes (etanol) es una alternativa a la cirugía en centros especializados, pero pueden causar fibrosis con eventual daño de los nervios laríngeos.

3. SATISFACCIÓN Y FORMACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

AUTORES: Amaia Legarreta Alday, Ainara Deusto Puertas, Eunáte Sanchez Aguirre, Zuria Alba Muñoz, M^a Luisa Antuñano Lopez, Carmela Manrique Mutiozabal, Teresa Ruiz de Azua, Ester Caballero, Renilla, Estela Benito Martinez, Maite Guimon Bardesi.

Hospital de Urduliz Alfredo Espinosa.

INTRODUCCIÓN:

Conocer las necesidades de formación relacionadas con la diabetes y grado de satisfacción con la atención recibida en las consultas de los pacientes con DM1 en el Hospital de Urduliz.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal de 30 pacientes con DM tipo 1 atendidos en nuestras consultas de diabetes tipo 1 entre las fechas 27/11/2023 hasta 4/01/2024.

A todos ellos se les realizó una encuesta dirigida a conocer Necesidades de Formación. Para ello, se incluyeron 8 ítems a puntuar del 1 al 8 según preferencias: Alimentación por raciones, Alimentación saludable, Ejercicio físico, Manejo de Hipoglucemia, Manejo de Hiperglucemia, Complicaciones crónicas, Utilización de monitorización de glucosa, Utilización de Apps y otras herramientas.

Además, se recogieron variables demográficas en cuanto a edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y grado de control metabólico medido por hemoglobina glicosilada plasmática.

Por otra parte, se recogieron datos en relación a preferencia de modelo de formación: individual o grupal; frecuencia de consulta médica: mayor, menor o igual; preferencia por disponer de una Enfermera Educadora de referencia, satisfacción respecto a la atención no presencial –telemática recibida por parte de la enfermera educadora y grado de satisfacción general con la atención recibida.

RESULTADOS:

De los 30 pacientes, un 53% fueron hombres y un 43% mujeres. La edad media fue de 51.1 años, con un tiempo medio de evolución de 24,2 años y una Hemoglobina Glicosilada media de 7,57 %.

En cuanto a necesidades de formación se detectó mayor demanda sobre el manejo de hipoglucemia seguido de alimentación por raciones. El menor interés referido fue la utilización de APPs.

El formato preferido fue grupal frente a individual con un 77% y un 23% respectivamente.

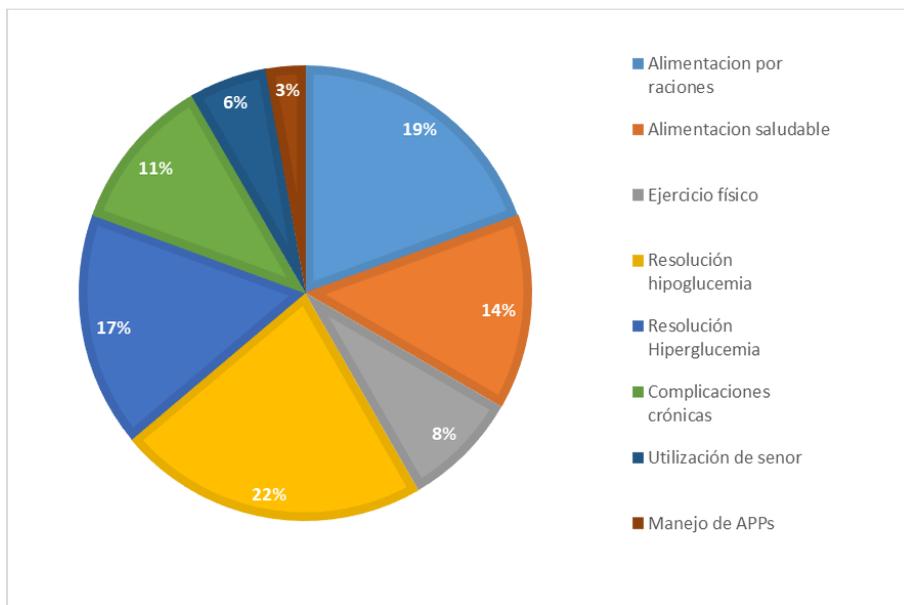
Respecto a la frecuencia de atención en consulta médica, un 70% indicó continuar con la misma frecuencia que hasta ahora, un 20% mayor frecuencia y un 10% menor.

Respecto a la satisfacción con el teléfono directo con la Educadora un 47% refirió estar totalmente satisfecho, un 20% satisfecho, 3% nada satisfecho y un 30% no sabe/no contesta.

Por último, el grado de satisfacción general con la atención recibida fue en un 73% totalmente satisfecho, un 23% satisfecho y un 4% nada satisfecho.

CONCLUSIONES:

Pese a que los pacientes presentan una diabetes de más de 20 años de evolución, la necesidad formativa prioritaria continúa siendo la educación diabetológica, seguido de manejo de hipoglucemia y alimentación por raciones, corroborando que el pilar de tratamiento en la Diabetes Mellitus tipo 1 es la Educación Terapéutica.



4. SE COMPLICAN NUESTRAS GASTROSTOMÍAS- GASTROYEYUNOSTOMÍAS?

AUTORES: Irene Aguirre Hortigüela, Maria Mercedes Martín Sánchez, Idoia Saez de Argandoña Quintana, Judith Alonso Cabrera, Ana Manzano Martín, Blanca García Flores, Asunción Fernández Rico, Maite Cononel Oraa.

Hospital Universitario Álava.

INTRODUCCIÓN:

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y la gastroyeyunostomía endoscópica percutánea (PEGY) son dispositivos eficaces y seguros para cubrir los requerimientos nutricionales de los pacientes, con desnutrición o en riesgo de desnutrición e imposibilidad de ingesta oral completa, en los que se estime una supervivencia superior a los cuatro meses.

Un manejo inadecuado de estos dispositivos puede conllevar la aparición de complicaciones leves e incluso severas.

Los problemas asociados a estos dispositivos, repercuten en la seguridad, calidad de vida de nuestros pacientes, así como en la de sus cuidadores y entorno.

Frecuentemente recibimos en la consulta de Enfermería a pacientes con complicaciones, lo que conlleva un aumento de la carga asistencial y del gasto sanitario.

El objetivo es conocer cuáles son las complicaciones más frecuentes de estos dispositivos en nuestros pacientes, para identificar las áreas de mejora, evitar los eventos adversos y aumentar la seguridad del paciente en el uso de estos dispositivos.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión sistemática retrospectiva durante un año, de los pacientes con dispositivos PEG/PEGY, que acuden en los últimos seis meses a nuestra consulta de nutrición.

Registramos los dispositivos valorados en la consulta y las complicaciones más habituales que surgen en el manejo diario de estos dispositivos.

*Criterios inclusión: pacientes con dispositivos PEG/PEGY que acuden a la consulta en el periodo Enero-2023 a Junio-2023

*Criterios exclusión: pacientes sin PEG/PEGY o que no acudieron a las consultas programadas en el periodo indicado, o pacientes con PEG/PEGY fuera de las fechas indicadas en el estudio.

RESULTADOS:

Muestra recogida, N= 87 dispositivos (77 PEG y 10 PEGY).

Clasificados por:

- **Edad:**

- < 25 años: 9
- 25-39 años: 4
- 40-59 años: 16
- 60-79 años: 58
- > 80 años: 4

- **Tiempo de colocación:**

- 0-6 meses: 32
- 6-12 meses: 8
- Más de 12 meses: 47

- **Complicaciones: 65**

- Irritación: 21
- Problemas del balón: 15
- Infección: 6
- Granuloma: 33
- Sangrado: 8
- UPP: 11
- Otros: 14

Sin complicaciones: 22, lo que supone un 25% del total de los dispositivos valorados

Resultados

Pacientes estudiados: 87
Mujeres: 27
Hombres: 60



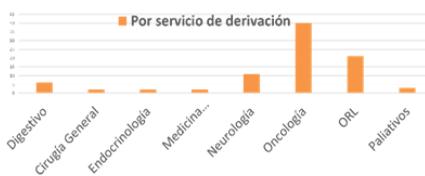
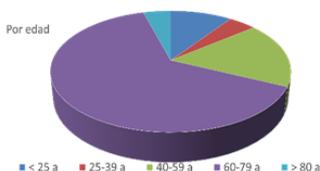
- Tope mal ajustado: 4
- Obstrucción: 1
- Problemas piel peristomal: 2
- Dolor: 1
- Piel sucia: 1
- Tapado con gasas: 1
- Fuga: 1
- Erosión laterales estoma: 1
- Exudado amarillento: 1
- Exceso de residuo en sonda: 1

77 PEG
10 PEGY



➤ Criterios inclusión: pacientes portadores PEG/PEGY que acuden a la consulta en el periodo Enero 2023 a Junio 2023

➤ Criterios exclusión: no portadores de PEG/PEGY o que no acudieron a las consultas programadas en el mismo periodo, o pacientes con PEG/PEGY fuera de las fechas indicadas



CONCLUSIONES:

Las complicaciones severas no son frecuentes.

La identificación de las complicaciones y su valoración temprana junto con la adecuada educación del manejo de estos dispositivos son claves para la prevención de la mayoría de ellas.

Una adecuada intervención en el manejo de estos dispositivos, puede reducir la aparición de estos eventos adversos, es importante por ello, la supervisión durante la educación y el manejo, del paciente o de su cuidador principal.

Hemos detectado que en las Unidades Hospitalarias y en Atención Primaria Enfermería debe mantener conocimientos actualizados en los cuidados de estos dispositivos (debido a la continua rotación de personal), imprescindible formación continuada del personal de Enfermería para disminuir las posibles complicaciones que repercuten la seguridad del paciente.

La correcta utilización de los dispositivos (PEG/PEGY), permite que la administración de la Nutrición Enteral sea más segura y cree menos complicaciones, así como reducción del gasto sanitario (gestión de tiempo, material...) en comparación a otros sistemas más agresivos.

En nuestro equipo de nutrición, el papel de la enfermera especialista es fundamental ya que colabora en la educación, valoración, diagnóstico y prevención, reduciendo y realizando un manejo adecuado de las complicaciones que puedan surgir.

Bibliografía

- DOI:<https://doi.org/10.1017/S002966512000703X>
- <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.09.008>
- [doi:10.1136/bmjgast-2021-000628](https://doi.org/10.1136/bmjgast-2021-000628)
- [doi:10.1136/bmjgast-2022-000975](https://doi.org/10.1136/bmjgast-2022-000975)

5. GRADO DE ADOPCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONSENSO NACIONAL SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) DESDE ENDOCRINOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PAÍS VASCO.

AUTORES: Aida Villarroel, Jose María Martinon, Nicolás Fernández, Natalia Zubeldia, Aitziber Izarra.

Departamento médico de Astrazeneca.

INTRODUCCIÓN:

La ERC es una enfermedad con alta prevalencia e infradiagnosticada, asociada a una alta progresión y una elevada mortalidad. Varios estudios han alertado de las dificultades que implica la detección precoz y el manejo de los pacientes con ERC. Por este motivo, se publicó un documento de consenso nacional multisociedad - Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica - sobre el manejo de los pacientes con ERC (2022). El objetivo del presente estudio es analizar el grado de adopción de las principales recomendaciones del consenso por parte

de Endocrinología y Médicos de Atención Primaria (MAP) e identificar en qué aspectos existen diferencias entre ambas especialidades en el País Vasco.

METODOLOGÍA:

El estudio se basa en las percepciones y valoraciones obtenidas durante la discusión sobre el grado de adopción de las recomendaciones de consenso por parte de 176 endocrinólogos y 469 médicos de familia a nivel nacional, siendo 3 endocrinólogos y 37 médicos de familia del País Vasco. El análisis del grado de adopción se centra en 4 puntos: infradiagnóstico de la ERC, detección de albuminuria, derivación y uso de tratamientos recomendados. Las valoraciones fueron analizadas y cuantificadas por especialidad (codificadas de menor a mayor 4 grado de adopción), estableciendo el grado 3-4 como el grado de adopción adecuado a las recomendaciones.

RESULTADOS:

El 100% de los endocrinólogos y médicos de familia del País Vasco perciben un elevado infradiagnóstico de la ERC.

El 83% de los médicos de atención primaria consideran que la detección de albuminuria se realiza en más del 50% de los pacientes con DM2. Sin embargo, los endocrinólogos perciben que en AP esta detección de albuminuria se realiza en menos del 50% de los pacientes con DM2. Además, tanto los médicos de AP (87%) como los endocrinólogos (100%) del País Vasco coinciden en que la detección de albuminuria se realiza en menos del 50% de los pacientes con obesidad en atención primaria. Además, los endocrinólogos consideran que incluso en los servicios de endocrinología el cribado de albuminuria se realiza en menos del 50% de los pacientes con obesidad.

En cuanto a la derivación, el 67% de los endocrinólogos y el 84,6% de los médicos de AP perciben que existe un alto grado de adopción de los criterios de derivación a nefrología.

Mientras que los endocrinólogos (100%) perciben un alto grado de adopción de la recomendación de la estrategia terapéutica (RAASi +

Dapagliflozina) descrita en el consenso, sólo el 52,6% de los médicos de familia considerarían la adopción de esta recomendación.

CONCLUSIONES:

Los resultados de este estudio muestran que en el País Vasco ambas especialidades perciben de la misma manera el gran infradiagnóstico de la ERC y el correcto cumplimiento de los criterios de derivación. Sin embargo, existen mayores discrepancias en cuanto a la detección de albuminuria y el tratamiento.

6. INFLUENCIA DE LA VACUNA BACILO CALMETTE-GUÉRIN EN LA INCIDENCIA DE CASOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 INFANTO JUVENIL EN EUSKADI.

AUTORES: Ignacio Diez Lopez, S. Maeso Mendez, R. Gago Martín (CS Zabalgana OSI ARABA), Miguel Angel Ogueta Lana (Dept de Salud – GV), Idoia Rodriguez Jimenez.

Departamento de Pediatría. UPV-EHU, Servicio de Pediatría. HU Araba. OSakidetza. BIOARABA.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica de etiología autoinmune muy prevalente en la infancia. En la última década se está estudiando la posibilidad de usar la vacuna Bacilo Calmette-Guérin para el tratamiento de esta enfermedad gracias a su acción inmunomoduladora. Estos autores publicaron hace unos años un trabajo no concluyente sobre la influencia del uso de BCG en el número de casos observados en la CCAA en una cohorte menos numerosa (Bol S Vasco-Nav Pediatr. 2022; 54: 16-21).

El objetivo de este trabajo es aumentar el periodo de estudio con nuevos datos de incidencia de casos de Dm tipo1a al tener ya la mayor parte de la cohorte de niños que debutan en los últimos 5 años no expuestos al uso de la vacuna (eliminada de calendario 01/01/2013).

METODOLOGÍA:

Estudio epidemiológico comparación de incidencias acumuladas entre grupos poblacionales vacunados y no vacunados desde fin de vacunación (año 2012) hasta la actualidad en toda la población de la CCAA menores de 19 años.

RESULTADOS:

Población estudiada de más de 423.500 personas en 11 años de estudio.

Número de casos de DM tipo1a en la CCAA 639 casos en < 19 años. Casos en expuesto a vacuna BCG 503 vs a no expuestos a vacuna BCG 136.

Incidencia media de DM tipo1a de 14.70 casos/100.000 hab<19 a de media, entre hombre de 16.52 vs mujeres de 13.92 (p:0.02).

Incidencia media de casos de DM tipo1a entre población vacunada con BCG es de 14.99 casos/100.000 vs no vacunados BCG de 10.32 OR de 1.45 [0.7-2.9] 95%.

La incidencia de casos de DM entre VACUNADOS es de media superior a los no vacunados. A medida que va pasando (población <19 a presenta menos proporción de individuos expuestos a BCG) el tiempo ambas incidencias se asemejan e incluso los no vacunados superan a los vacunados.

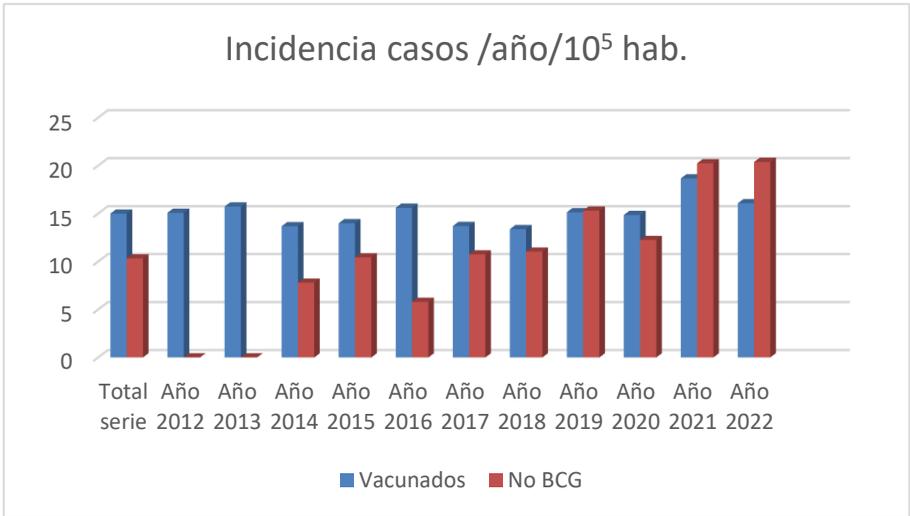
Nuestra prevalencia se ha mantenido en la media-baja respecto a lo publicado en España en 2015 con un incremento discreto progresivo o pendiente en alza en los últimos 10 años.

(<https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-sed-seen-seep-ponen-marcha-primer-registro-nacional-diabetes-tipo-espana-20220428151413.html>)

CONCLUSIONES:

La vacuna Bacilo Calmette-Guérin que se ha postulado como tratamiento de procesos autoinmunes, alérgicos, infecciosos u oncológicos, aunque todavía son necesarios más estudios. En nuestra serie la incidencia de los vacunados fue superior a los no vacunados durante un cierto tiempo, pudiéndose apuntar un cierto efecto rebaño,

ya que en los últimos años estudiados la prevalencia entre los no vacunados fue superior a los que recibieron BCG.



7. NUEVAS ALTERACIONES EN OTROS GENES ASOCIADOS A LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS.

AUTORES: Idoia Martínez de Lapiscina, Candela Baquero, Ainhoa Camille Aranaga, Nancy Portillo, Itxaso Rica, Nuria Valdés, Luis Castaño y el Grupo colaborativo Hispano- Chileno de los adenomas hipofisarios.

IIS Biobizkaia, Hospital Universitario Cruces, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN.

INTRODUCCIÓN:

La gran mayoría de los adenomas hipofisarios ocurren esporádicamente y solo el 5% son familiares, ya sean aislados o como parte de un síndrome. Se detectan alteraciones en línea germinal en genes conocidos como *MEN1*, *PRKAR1A*, *AIP*, *CDKN1B* o *GPR101* y en raras ocasiones, alteraciones en *CABLES1*, *USP8* y *USP48* se

asocian con adenomas secretores.de hormona adrenocorticotropa. Recientemente, se han descubierto alteraciones en línea germinal en los genes *PAM* y *KLLN* en pacientes que presentaban diferentes tipos de adenoma hipofisario. Por ello, el objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre estos nuevos genes y los adenomas hipofisarios mediante la búsqueda de variantes genéticas patogénicas en una gran cohorte de niños y adultos diagnosticados de adenoma hipofisario familiar y/o esporádico.

METODOLOGÍA:

Análisis molecular en línea germinal de los genes *CABLES1*, *USP8*, *USP48*, *PAM* y *KLLN* mediante un panel de secuenciación masiva en 318 pacientes con adenoma hipofisario familiar y/o esporádico. El impacto de los cambios genéticos se evaluó con diferentes herramientas automáticas *in silico*. Las alteraciones genéticas encontradas se clasificaron siguiendo los estándares de la ACMG (*American College of Medical Genetics and Genomics*) y se validaron mediante PCR y posterior secuenciación Sanger.

RESULTADOS:

Se identificaron 13 alteraciones patogénicas diferentes en 29 pacientes con adenoma hipofisario. Se descubrieron cuatro alteraciones (posiblemente) patogénicas en *CABLES1* en 9 pacientes pediátricos y adultos jóvenes que presentaban principalmente macroadenomas (7/9) productores de prolactina (5/9), seguidos de somatotropinomas (2/9), no- funcionantes (1/9) y productores de FSH (1/9). De igual forma, se encontraron tres variantes en *USP48* en tres pacientes con distinto tipo de adenoma hipofisario, y una variante en *USP8* en una mujer con un prolactinoma. Las variantes genéticas encontradas en *USP48* y *USP8* son nóveles. Por otro lado, se detectaron cuatro alteraciones previamente descritas y una novel en el gen *PAM* en 11 niños y adultos con diferente tipo de adenoma. Todas las alteraciones genéticas se encontraron en heterocigosis. No se identificó ningún cambio en el gen *KLLN*.

CONCLUSIONES:

Las alteraciones en los genes *CABLES1*, *USP8* y *USP48* no se encuentran en los corticotropinomas únicamente. Aunque son

necesarios más estudios para elucidar el papel de *PAM* en la patogénesis de la enfermedad, un alto número de pacientes presentan alteraciones en el gen. Esclarecer los mecanismos moleculares de los adenomas hipofisarios proporcionará una mejor comprensión de su aparición y permitirá al desarrollo de nuevos tratamientos terapéuticos.

8. ¿FUNCIONA LA FORMACIÓN ONLINE EN INSULINOTERAPIA PARA ENFERMERAS?

AUTORES: Ruth Marcos Santamaría, Estibaliz Saenz Del Burgo Guerra, Ainara Fraile Vazquez, Marta Camarero Erdoiza, M. Angeles Villahoz Iglesias, Ainhoa Zarandona Del Campo, Irma Hidalgo Malaga.

Hospital Santa Marina.

INTRUDUCCIÓN:

Las personas con diabetes en tratamiento con insulina han de tomar muchas decisiones a lo largo del día para mantener su salud, y prevenir complicaciones.

La enfermería, como parte del equipo de atención en salud, tiene un papel fundamental en la provisión de educación y apoyo para la gestión de esta enfermedad crónica a la persona afectada.

La OMS afirma que los profesionales de la salud involucrados en la educación diabética deben estar debidamente capacitados. En España, no se exige formación para trabajar como educadores en diabetes, esto hace que la atención a las personas con diabetes no sea homogénea.

Por esta razón existe una diferencia conocimientos entre el personal de enfermería que educa a la persona con diabetes.

Objetivo: Valorar si una intervención formativa online consigue unificar la educación que las enfermeras de diferentes ámbitos proporcionan a las personas con diabetes.

METODOLOGÍA:

Se diseñó una intervención formativa a enfermeras en realización de la glucosa capilar, técnica de inyección de insulina y, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia.

Se realizó un diseño cuasi experimental mediante una intervención al grupo con un cuestionario ad-hoc con 10 preguntas tipo test con 4 opciones de respuesta y una correcta. Participaron enfermeras del Hospital Galdakao-Usánsolo, Santa Marina y AP, que se apuntaron a través de Jakinsarea.

Las personas inscritas recibieron la encuesta online previo a la intervención.

Se realiza charla magistral con apoyo de diapositivas vía ZOOM desde el Hosp. Santa Marina, seguida vía zoom desde el hospital Galdakao.

Al mes se reenvía el mismo formulario.

Las respuestas se recogieron desde la plataforma “Inkestagune” de manera anónima con un código para comparar las respuestas de ambos cuestionarios.

Variable independiente: intervención educativa, variable dependiente: conocimientos de las enfermeras.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 22 post test completos, 3(un 13.6%) no habían realizado el pre-test, y 2 (9.09%) no tenían datos identificativos para poder comparar con los pre-test. Con lo cual se pudieron comparar 17 cuestionario (77.2%)

Se observó el tiempo de conexión a la webinar. Los resultados mostraron que de los 17 participantes que habían completado tanto pre-test como el post-test, 9 estuvieron conectados durante el 100% del tiempo. En cuanto a los otros 8, no se puede determinar el tiempo de conexión.

Tras el análisis de los resultados se obtienen que en el 50% de las repuestas mejoraron, el 30% se mantuvieron igual y hubo un 20% de aumento de errores.

CONCLUSIONES:

La divulgación de la formación a través de la plataforma generó dificultad por dos motivos; se ofertó de manera presencial y on line simultáneamente y llevo a confusión por parte de las posibles participantes y se brindó la posibilidad a todas las OSIs de Bizkaia lo que supuso una divulgación en cascada donde la oferta se difuminó.

Además, hubo personas que realizaron el pre-test y posteriormente no asistieron a la sesión, lo cual impidió que se les lanzara el post-test. Estos factores han contribuido a la pérdida de participantes.

Por lo cual el número de asistentes haya sido menor de los esperado.

Inicialmente tuvimos la percepción de que los resultados eran malos, porque pensábamos que la formación iba a tener más impacto. Sin embargo, al analizar los datos, se observó que hubo una mejora en el 50% de las preguntas. Esto indica que existe una relación positiva entre la intervención realizada y los resultados obtenidos.

Tenemos prevista otra formación en Jakinsarea desde el hospital Universitario Galdakao Usansolo dirigida a todo el personal de enfermería interesado: Hospitalización / AP/ EIR/estudiantes de enfermería. El powerpoint quedará grabado para su posterior visualización.

9. REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 (RNDM1Spain).

AUTORES: June Corcuera^{1,2,3}, Inés Urrutia^{1,2,3}, Begoña Calvo^{1,4}, Olaia Velasco¹, Laura Saso^{1,2,3}, Luis Castaño^{1,2,3,5,6}, Grupo Español del Registro Nacional de pacientes con DM1.

¹Instituto De Investigación Sanitaria Biobizkia, ²CIBERER,

³CIBERDEM, ⁴Osakidetza-Servicio Vasco De Salud, ⁵UPV/EHU,

⁶ENDO-RN.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes representa un importante problema de salud. De acuerdo con el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2019) estima que la incidencia en el mundo se estima en 98.200 nuevos casos por debajo de los 15 años y 128.900 por debajo de los 20 años. No obstante, estos análisis es posible que infraestimen en casi un 50% los casos incidentes debido a la escasez de registros en muchos países.

Los registros permiten poder cuantificar distintos tipos de información para apoyar la toma de decisiones.

En España no existe un registro a nivel Nacional. Existen distintos registros autonómicos y estudios epidemiológicos a nivel de CCAA para cálculos de incidencia y prevalencia en un momento o periodo concreto, todos ellos realizados con metodologías no similares. El hecho de que no exista un registro Nacional, hace difíciles las comparativas entre distintas regiones e imposibilita el seguimiento longitudinal de la epidemiología de la diabetes.

Es por ello, que este estudio tiene como objetivo principal conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus 1 (DM1) en España y disponer de datos a nivel Global del País.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional / Registro Nacional, multicéntrico, prospectivo con recogida de datos y no intervencionista, realizado en condiciones de práctica clínica habitual en consultas de endocrinología de hospitales de toda España.

La población da incluir en el registro estará formada por todos los pacientes diagnosticados de DM1 a partir del último trimestre de 2023, en seguimiento en los servicios de Endocrinología y Nutrición y Endocrinología pediátrica en los centros sanitarios participantes del territorio nacional.

Las variables recogidas en el estudio permitirán describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes, así como otros factores relacionados con el control de la DM1. Además de las variables se

recogerán muestras de suero/sangre para la creación de un Biobanco de pacientes con DM1.

La estrategia consta de tres fases:

- FASE 1: Se iniciará con Asturias, País Vasco, Cantabria, Navarra y Andalucía.
- FASE 2: Se llevará a cabo en el resto de regiones de España, excepto en Madrid y Cataluña.
- FASE 3: Siendo las regiones de mayor población y alta complejidad, se dejarán para esta última fase las regiones de Madrid y Cataluña.

RESULTADOS:

A modo de resultados, cabe resaltar que:

- Actualmente contamos con el visto bueno de todos los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEICs) de las comunidades que comienzan en la Fase 1.
- Se ha finalizado el diseño de una base de datos para el Registro Nacional de Pacientes con DM1, alojada en REDCAP, la cual recogerá toda la información clínica de los participantes y que actualmente está en funcionamiento desde noviembre de 2023.
- En cuanto al reclutamiento, se ha comenzado en los hospitales de Asturias, Cantabria y La Rioja, con el 100% de los centros de estas comunidades reclutando pacientes, y en País Vasco con el 90% de los centros reclutando pacientes. Próximamente se pretende comenzar con el reclutamiento en hospitales de Navarra y Andalucía.
- Actualmente el Registro cuenta con un total de 27 debuts registrados.

CONCLUSIONES:

Esta estrategia no solo nos va a permitir tener datos reales de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, si no, que también nos va a permitir evaluar los posibles cambios que suceden a lo largo de la enfermedad, las diferencias en incidencia entre las distintas comunidades y las diferencias a nivel internacional.

Además, también nos aportará datos de economía de la salud e impulsará la creación de un Biobanco de pacientes con DM1.

Finalmente comentar que, se pretende que de esta estrategia nazcan otros estudios auxiliares que nos permitan conocer más la diabetes.

10. UTILIDAD DE LAS PLUMAS DE INSULINA CONECTADAS EN LA REDUCCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1) CON >4% DE TIEMPO EN HIPOGLUCEMIA.

AUTORES: Tamaya Cadiñanos Fernandez de Ocariz, Izaro Houghton Maiz, Elizabeth Salinas Ortiz, Saida Huerga González, Virginia Agudo Endemaño, Virginia Urquijo Mateos, Elsa Fernández-Rubio, Nuria Valdés Gallego.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las plumas de insulina conectadas han aparecido en los últimos años como una herramienta más en el control de las personas con DM1. Estos dispositivos cuentan con un visor que refleja la última dosis de insulina administrada, lo que puede ayudar a evitar bolos repetidos por error o correcciones tempranas. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la implementación de las plumas de insulina conectadas sobre el tiempo en hipoglucemia (TBR) de las personas con DM1 y $TBR \geq 4\%$.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo en pacientes con DM1 usuarios de monitorización flash de glucosa y con tiempo en hipoglucemia $\geq 4\%$ en los que se inicia NovoPen Echo Plus®. Se realizó un corte transversal, analizando datos de glucometría y HbA1c previos al inicio de estos dispositivos, y se compararon con datos obtenidos tras 6 meses de su uso.

RESULTADOS:

Se analizaron datos de 18 pacientes, 55,6% mujeres y 44,4% varones, edad media de $38,8 \pm 13,8$ años y tiempo medio de evolución de diabetes $20,7 \pm 9,5$ años. El 61% eran usuarios de faster aspart y el 39% de aspart. El 66,7% llevaba insulina Degludec, el 33,3% Glargina U300.

Encontramos una reducción del tiempo en hipoglucemia < 70 mg/dl del 2,2% ($p=0,004$) y una reducción del tiempo en hipoglucemia < 54 mg/dl del 0,9% ($p=0,013$). Un 44,4% de los pacientes ($n=8$) alcanzaron el objetivo de $<4\%$ de TBR. No hubo diferencias significativas en el resto de parámetros de glucometría ni en la HbA1c.

	PREVIO	6 MESES	p
Glucosa media (mg/dl)	$154,6 \pm 25,2$	$158,7 \pm 18,9$	0,357
GMI (%)	$6,9 \pm 0,6$	$7,1 \pm 0,5$	0,322
Tiempo en rango 70-180 mg/dl (%)	$60,5 \pm 14,4$	$62,8 \pm 11,8$	0,294
Tiempo < 70 mg/dl (%)	$6,9 \pm 2,5$	$4,7 \pm 1,8$	0,004
Tiempo < 54 mg/dl (%)	$1,3 \pm 1,8$	$0,4 \pm 0,7$	0,013
Tiempo >180 mg/dl (%)	$20,4 \pm 5,9$	$21,8 \pm 6,4$	0,228
Tiempo > 250 mg/dl (%)	$10,8 \pm 10,4$	$10,3 \pm 7,2$	0,748
Coefficiente de variación (%)	$40,5 \pm 5,8$	$40,2 \pm 6,9$	0,751
HbA1c plasmática o capilar (%)	$6,8 \pm 0,7$	$6,9 \pm 0,7$	0,897

CONCLUSIONES:

El uso de las plumas de insulina conectadas en personas con alto porcentaje de hipoglucemias se asocia con una reducción en el tiempo

en hipoglucemia, sin deterioro en el resto de parámetros de glucometría.

11. ESTUDIO EN VIDA REAL DE TOLERANCIA A SEMAGLUTIDA ORAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA.

AUTORES: Rafael Micó Cucart, Octavio Pérez Alonso, Leyre Pérez García, Victor De Diego Sola, Aitor Galarza Montes, Sheila González González, Clara Zazpe Zabalza

Hospital Universitario Araba.

INTRODUCCIÓN:

Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón 1 (GLP-1) son una opción para conseguir buen control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2. Semaglutida es el primer fármaco análogo del GLP-1 administrable por vía oral que se ha aprobado por su efectividad en la reducción de hemoglobina glicosilada y de peso en diabetes mellitus tipo 2.

Sin embargo, uno de los principales problemas asociados que observamos en nuestra práctica clínica habitual con los fármacos GLP-1 es el abandono terapéutico asociado a la intolerancia oral.

El objetivo principal de este estudio es valorar la tolerancia de semaglutida oral y una descripción de nuestra población a estudio. Como objetivos secundarios analizaremos la HbA1c, el peso, la presión arterial y otros efectos adversos.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, prospectivo de 47 pacientes de la práctica clínica habitual de nuestro hospital con DM tipo2 e IMC >30. En este estudio nos hemos limitado a observar y registrar algunos datos de interés como su analítica, peso y medicación al inicio, y tras este registro, hemos valorado su analítica y anotado su peso. Y

finalmente hemos hecho un control presencial a los 6 meses con analítica, peso, una encuesta para conocer cómo ha tomado semaglutida, los eventos adversos que haya podido tener y las posibles causas, si lo ha dejado de tomar.

RESULTADOS:

Los datos han sido analizados por el sistema SPSS. Entre los datos más reseñables, se observa que un 8% (4/47) de los pacientes que incluimos en el estudio abandonan el tratamiento por causas digestivas. Entre la población que abandona el estudio presentan mayor edad media (56 años), un peso inicial (107kg), IMC (39), HbA1c (8.11) aunque sin encontrar significación estadística respecto a la población total incluida en el estudio.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	47	33	84	58,85	12,313
Peso inicial	41	62,4	147,7	101,259	19,1635
IMC inicial	41	27,0	54,3	36,715	6,5795
HbA1 inicial	41	6	11	7,64	1,642
Peso final	17	73,3	131,0	101,718	16,1137
Kg perdida peso	16	,0	28,5	6,025	6,7666
HbA1c final	16	5,2	7,2	6,075	,6351
N válido (por lista)	14				

RETIRADA RYBELSUS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		24	51,1	51,1	51,1
	NO	19	40,4	40,4	91,5
	SI	4	8,5	8,5	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

CAUSA DE RETIRADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		24	51,1	51,1	51,1
	DIGEST	3	6,4	6,4	57,4
	DIVERT.	1	2,1	2,1	59,6
	NO	19	40,4	40,4	100,0
	Total	47	100,0	100,0	

CONCLUSIONES:

La semaglutida oral ha supuesto una nueva herramienta para el tratamiento de la DM tipo 2. En nuestra población la tasa de abandono es levemente superior (8%) al estudio PIONEER 1 (2.3%-7.4%). Además destacaría que todavía no se ha finalizado el seguimiento, por lo que el cese de tratamiento puede ser mayor.

Para finalizar, es importante reforzar el seguimiento principalmente en los de mayor edad, peso, IMC y HbA1c inicial para intentar anteponerse a estos posibles efectos adversos y mejorar la adherencia terapéutica.

12. DISFUNCIÓN CARDIACA COMO DEBUT EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FEOCROMOCITOMAS Y PARAGANGLIOMAS.

AUTORES: Paula Zubillaga Blanco, María Muñoz del Diego, Teresa Ruiz Juan, Estrella Diego Perojo, Nuria Valdés Gallego.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

Los feocromocitomas y paragangliomas son tumores neuroendocrinos raros, que secretan catecolaminas desde la médula adrenal o extra-adrenal respectivamente. A pesar de que en torno al 15% de los pacientes afectos no tengan síntomas, un 11% pueden presentarse en forma de crisis hipertensiva, que de forma secundaria dará lugar a complicaciones cardíacas o cerebrovasculares que pueden llegar a ser letales. Por otra parte, hasta un 40% presentan mutaciones en línea germinal.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde se recogen los casos de los pacientes diagnosticados de feocromocitoma y paraganglioma con debut en forma de shock cardiogénico diagnosticados entre 2013 y 2023 en el Hospital Universitario Cruces.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 5 pacientes (4 feocromocitomas y un paraganglioma) con una edad media de 40 años (rango de 23 a 60 años), de los cuales el 60% eran varones. Entre los antecedentes personales, 4 de ellos presentaban hipertensión arterial antes del diagnóstico, dos diabetes mellitus tipo 2 y uno cardiopatía previa. Solamente uno de ellos no tenía ningún antecedente relevante.

En el momento del diagnóstico, todos presentaban alteraciones en el ecocardiograma en forma de disfunción sistólica, siendo muy severa en uno de ellos y severa en el resto. La media de normetanefrinas y metanefrinas en orina de 24 horas fue de 9.018 ± 9.6 mcg/24h y 19.359 ± 23 mcg/24h respectivamente. El diámetro medio de tamaño tumoral

fue de 6 ± 1.6 cm. Todos ellos recibieron alfa-bloqueo previo a la cirugía.

Tras la intervención quirúrgica, el 60% (3/5) normalizaron la función cardiaca. En el control a los 6 meses tras la cirugía, el 40% (2/5) de los pacientes seguía presentando HTA bien controlada con un único fármaco antihipertensivo. En todos ellos se normalizaron las catecolaminas en orina y en el TAC de control no se objetivaron restos ni signos de recidiva.

En cuanto al estudio genético, se encontró una variante patogénica en el 40% (2/5) de los pacientes, una en el gen *RET* y otra en el gen *SDHB*. Se encontró una variante de significado incierto en otro de los pacientes en el gen *RET*.

CONCLUSIONES:

El manejo de los pacientes afectados de feocromocitoma y paraganglioma que debutan con disfunción cardiaca precisa ser atendido en un centro especializado y por un equipo multidisciplinar con experiencia en estos casos, dada la rareza y morbimortalidad asociada. Además, su sospecha temprana tendrá repercusión en la recuperación de la función cardiaca.

13. BÚSQUEDA DE SECOND HIT EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ADENOMAS HIPOFISARIOS.

AUTORES: Candela Baquero, Idoia Martínez de Lapiscina, Nancy Portillo, Itxaso Rica, Nuria Valdés, Luis Castaño y el Grupo colaborativo Hispano-Chileno de los adenomas hipofisarios.

IIS Biobizkaia, Hospital Universitario Cruces, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN.

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de los adenomas hipofisarios se producen de forma esporádica, y sólo el 5% se dan en el entorno familiar. Estudios moleculares han identificado la asociación a alteraciones genéticas y epigenéticas, y las variantes estudiadas en línea germinal incluyen

genes conocidos en adenomas hipofisarios, como *MEN1*, *DICER1*, *AIP*, *PRKAR1A*, *GNAS* o *SDHD*, así como deleciones de ciertas regiones de los cromosomas 1 y 11.

El objetivo de este trabajo es realizar el estudio genético en línea somática de pacientes con adenoma hipofisario. para dilucidar una posible relación entre el fenotipo y el genotipo y explicar la penetrancia incompleta que se observa en los pacientes con adenoma hipofisario.

METODOLOGÍA:

Estudio genético en muestra de tejido tumoral de pacientes con adenoma hipofisario mediante array de hibridación genómica comparada (aCGH), así como PCR y secuenciación Sanger del gen *GNAS*. La pérdida de heterocigosidad (LOH) se analizó por secuenciación Sanger del gen alterado en línea germinal.

RESULTADOS:

Se ha analizado muestra de tejido tumoral de 17 pacientes con adenoma hipofisario. Se encontraron monosomías de ciertas regiones de los cromosomas 1 y 11 en 2 de los 6 pacientes estudiados mediante aCGH. Estos pacientes con adenomas productores de GH y mixto (PRL y GH) presentaban alteraciones en los genes *SDHD* (c.34G>A;p.Gly12Ser) y *AIP* (c.811C>T;p.Arg271Trp), *SDHD* (c.149A>G;p.His50Arg) y *PRKAR1A* (c.221G>A;p.Arg74His) en línea germinal, respectivamente.

El gen *GNAS* se analizó en 5 pacientes con adenomas secretores de hormona de crecimiento. Se encontraron las alteraciones c.601C>T;p.Arg201Cys, c.680AG>TA; p.Gln227Leu, y c.680A>G;p.Gln227Arg, previamente descritas en somatotropinomas.

Se comprobó la pérdida de heterocigosidad en el tejido tumoral en 10 pacientes con alteraciones en *SDHD*, *DICER1*, *PRKAR1A* y *AIP*. En un único paciente con un adenoma hipofisario no funcional y la alteración c.221G>A;p.Arg74His en *PRKAR1A* pudo demostrarse la pérdida de heterocigosidad.

CONCLUSIONES:

Es necesario estudiar el tejido tumoral de los pacientes con adenoma hipofisario, ya que la presencia de una segunda alteración en el tejido

podría explicar la penetrancia incompleta que se observa en estos pacientes.

14. EVOLUCIÓN DE LA TALLA EN PACIENTES CON ALTERACIONES DEL GEN SHOX TRAS LA TERAPIA CON HORMONA DE CRECIMIENTO.

AUTORES: Jon Garai Hierro, Nagore Ibarzabal Segui, Amaya Vela Desojo, Jon Izquierdo Coca, Itxaso Rica Echevarria, Maria Gema Grau Bolado, Nancy Elizabeth Portillo Najera.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones en el gen SHOX son la causa monogénica más frecuente de talla baja y afecta a 1 de cada 1000-2000 individuos, siendo la alteración más frecuente la delección. Es precisa la integridad de las dos copias del gen SHOX de ambos progenitores para su correcta función. El tratamiento de la talla se basa en la terapia con hormona de crecimiento recombinante (GH). A pesar de ello, hay un 10-20% de pacientes que no responden favorablemente. Una de las características clínicas más importantes para el SCORE es el aumento del índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 50.

Objetivos: Describir una muestra de pacientes diagnosticados de talla baja por alteración del gen SHOX y analizar la efectividad de la terapia con GH en los pacientes que ya han finalizado el tratamiento.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo observacional incluyendo todos los pacientes diagnosticados de alteraciones en el gen SHOX mediante análisis molecular y que han finalizado el tratamiento con GH en un hospital terciario.

Los datos antropométricos se valoraron siguiendo las gráficas locales de crecimiento y los datos estadísticos se analizaron con el programa

estadístico SPSS. El análisis de medias se realizó mediante pruebas no paramétricas.

RESULTADOS:

Nuestra base de datos consta de 27 pacientes (37% hombres, 63% mujeres), con una media de edad al diagnóstico de 9.38 años (± 2.95). Presentaban una talla -2.23 SDS (± 0.64), un IMC medio -0.05 SDS (± 1.06) y una velocidad de crecimiento al diagnóstico -1.72 SDS (± 1.21). El 63% de las alteraciones genéticas correspondían a deleciones.

De todos ellos, analizaremos a 15 pacientes, los cuales han alcanzado su talla final, siendo el 26.6% hombres y el 73.4% mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de 10.30 años (± 2.11). Presentaban una talla -2.07 SDS (± 0.71), un IMC medio -0.14 (± 1.11) y una velocidad de crecimiento -1.53 SDS (± 1.34) al diagnóstico. El 66.7% de las alteraciones genéticas correspondían a deleciones.

El tratamiento se inició a los 10.66 años (± 1.95) con una talla media al inicio del tratamiento -0.95 SDS (± 1.31). La media de velocidad de crecimiento (VC) se situó en 0.97 SDS (± 2.61) el primer año de tratamiento y fue de -0.01 (± 2.06) el segundo año de tratamiento.

La talla media de los pacientes al finalizar el tratamiento fue de -1.38 SDS (± 1.04), siendo similar en ambos sexos, de -1.38 SDS (± 1.24) en hombres y -1.38 SDS (± 0.99) en mujeres. La duración media de tratamiento fue de 3.80 años y al finalizar todos ellos tenían pubertad establecida.

Comparando las SDS de la talla al inicio del tratamiento con la talla al finalizar el tratamiento obtenemos una $p=0.718$, no significativa. No se ha comparado la talla final con la talla diana debido a que algunos progenitores presentaban la alteración en el gen SHOX y otros no.

CONCLUSIONES:

Mediante este estudio no hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas entre la talla al comienzo del tratamiento y al finalizar el tratamiento. Esto puede deberse al bajo n (15).

En nuestro caso el IMC medio se situó por debajo del percentil 50, al contrario del SCORE diagnóstico.

La edad de diagnóstico de esta patología ha resultado ser tardía, por lo que sería recomendable la detección precoz para así poder comenzar el tratamiento con GH lo antes posible, aunque sería necesario realizar más estudios.

15. NUTRICIÓN ENTERAL POSTPILÓRICA.

AUTORES: Carmen Fernández López, Beatriz de León Fuentes, Estrella Diego Perojo, Leire Isasa Rodriguez, Andoni Monzón Mendiola, Jose Luis Mate García, Maria Inmaculada Ortiz Galindez.

Hospital Universitario Cruces.

INTRODUCCIÓN:

La nutrición enteral (NE) es el tratamiento médico nutricional más adecuado cuando el paciente no puede cubrir sus necesidades nutricionales por vía oral.

En ciertas circunstancias clínicas, en las que la anatomía y/o la función gástrica se ven alteradas, es necesaria la infusión postpilórica de NE para poder cubrir los requerimientos nutricionales estimados.

El objetivo del estudio es analizar los datos de los pacientes que reciben NE a yeyuno valorados en el último año.

METODOLOGÍA:

Se realiza un análisis descriptivo de datos epidemiológicos, diagnóstico, motivo de NE, tipo de sonda, clase de fórmula de NE utilizada, duración de tratamiento.

RESULTADOS:

Los datos corresponden a diez pacientes, cuatro de ellos mujeres, con una edad media de 59 años (rango 17-80 años).

Las patologías que motivaron la NE fueron:

- 6 pacientes con tumores gastrointestinales: en tres por complicaciones postquirúrgicas, dos por estenosis (uno sospecha de progresión clínica) y uno de ellos por desnutrición relacionada con la enfermedad severa.
- 2 pacientes con disfagias neurógenas: uno con parálisis cerebral de la infancia con reflujo gastroesofágico (RGE) severo y uno con disautonomía por daño de barorreceptor post radioterapia (Carcinoma cavum)
- 1 paciente con hipoglucemias reactivas post by pass gástrico
- 1 paciente con carcinoma escamoso de laringe con fístula gastroesofágica

En 4 de los pacientes se optó por la infusión a yeyuno tras un primer intento de NE a nivel gástrico que fue mal tolerado.

Las sondas utilizadas fueron en el 40% de los pacientes yeyunostomías quirúrgicas, en 40% gastroyeyunostomías (uno con botón) y el 20% restante sondas nasoyeyunales.

En el 80% de los pacientes el tipo de fórmula de nutrición enteral prescrita es una polimérica: 70% hipercalórica hiperproteica -20% con aporte de fibra- y el 10% normocalórica, normoproteica sin fibra. El 20% restante reciben fórmulas peptídicas.

Cabe destacar que en el 60% de los pacientes se requirió un cambio de fórmula de NE para poder cubrir requerimientos y asegurar una adecuada tolerancia.

CONCLUSIONES:

Las complicaciones secundarias a tumores gastrointestinales han sido la causa fundamental de la necesidad de NE de infusión postpilórica.

En general, las fórmulas poliméricas, hiperproteicas e hipercalóricas son adecuadas para infundir la cantidad necesaria de NE en el menor tiempo posible, lo que nos ayudará a preservar la calidad de vida de nuestros pacientes.

16. PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON ENDOCRINOPATÍAS.

AUTORES: Jon Portu Gamazo, I. Hernando Alday, J. Rodríguez Soto, J. Izquierdo Coca, J. Garai Hierro, A. Santamaría Barrena

Hospital Universitario Basurto.

INTRODUCCIÓN:

La salud mental es un problema que en los últimos tiempos ha acaparado un interés progresivo.

Aunque es conocida la relación de patologías endocrinológicas con alteraciones psiquiátricas, no siempre es sencillo encontrar datos concretos sobre esta situación.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de los pacientes atendidos en consultas externas de Endocrinología del Hospital Universitario Basurto durante el año 2022.

Además de recoger la edad y el sexo de cada paciente, se ha identificado el motivo de consulta por el cual acudieron, la existencia de un diagnóstico de patología psiquiátrica codificado, la actividad de seguimiento activo por Psiquiatría y la medicación psiquiátrica activa en la Receta Electrónica.

Para estudiar las variables de manera descriptiva, se han empleado la media y la desviación estándar.

Mientras tanto, para relacionar variables cualitativas categóricas se ha empleado el test de Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

Se han incluido 1040 pacientes, con un 66.3% de mujeres y una mediana de edad de 60.4 años, siendo la desviación estándar de 17.1 años.

Un 35.3% de los pacientes atendidos en consultas de Endocrinología tenía un diagnóstico codificado de patología psiquiátrica, estando un 12.1% de todos los pacientes en seguimiento activo por Psiquiatría en algún momento durante el año 2022. Por otro lado, un 68.1% de los pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica codificado en la historia clínica no recibía seguimiento activo por Psiquiatría en el momento del estudio.

El 82.2% de los pacientes fue atendido en consultas de Endocrinología por uno de los siguientes motivos: diabetes, enfermedades tiroideas u obesidad. Entre ellos, el diagnóstico de patología psiquiátrica codificado se observó en el 50% de pacientes atendidos por obesidad, en el 36.6% de los pacientes atendidos por tiroidopatía y en el 35.3% de los pacientes atendidos por diabetes.

Los pacientes atendidos por diabetes tenían una prescripción activa de benzodiazepinas en el 27.2% y de antidepresivos en el 19.2%. En el caso de los pacientes atendidos por patología tiroidea la prescripción activa de benzodiazepinas fue del 26.3% y de antidepresivos del 15.9%. Por su parte, en los pacientes atendidos por obesidad la prescripción activa de benzodiazepinas era del 25.8% y de antidepresivos del 27.4%.

CONCLUSIÓN:

La patología psiquiátrica es un problema presente en algunos de los pacientes atendidos en las consultas de Endocrinología, cuya identificación puede resultar útil para un abordaje clínico más adecuado.

17. NICTALOPÍA POR DÉFICIT DE VITAMINA A.

AUTORES: Magdalena Arteaga, Iker Miret, Amaia Latorre, Marina Graña

Hospital Alto Deba.

INTRODUCCIÓN:

La vitamina A es una vitamina liposoluble que se encuentra en forma de retinol (leche, huevo, mantequilla) o caroteno (verduras de hojas verdes, vegetales amarillos, zanahorias). Se absorbe en el intestino delgado y se incorpora a los quilomicrones que la llevan hasta el hígado para su almacenamiento.

Desempeña un papel importante en el sistema inmune, en la piel y en la visión. Sirve como precursor de los pigmentos visuales en los conos y bastones, para mantener las barreras epiteliales de la conjuntiva y la córnea, y para la nutrición del epitelio pigmentario de la retina. El déficit de vitamina A puede producir xerofthalmia, nictalopia, dolor ocular y retinopatía.

Las causas del déficit de vitamina A pueden ser la desnutrición, enfermedades malabsortivas como la insuficiencia pancreática o secundarias a cirugías bariátricas. Se han reportado casos de déficit de vitamina A en técnicas de cirugía bariátrica malabsortivas puras como el bypass yeyuno-ileal y la derivación bilio-pancreática. A pesar de la disminución del componente malabsortivo en el bypass gástrico, existen reportes de casos de déficit de vitamina A en esta población también.

CASO CLÍNICO

Hombre de 72 años, antecedentes de hipertensión arterial y bypass gástrico de solo 1 anastomosis (BAGUA) por vía laparoscópica en 2012 (peso pre quirúrgico 110 kg y peso post quirúrgico 73 kg). En tratamiento con hierro, enalapril, hidroclorotiazida, vitamina D quincenal y vitamina B12 mensual.

Consulta en oftalmología refiriendo disminución de agudeza visual y nictalopia.

A la exploración oftalmológica, se constata una agudeza visual corregida (AVcc) de 0,7 en ojo derecho (OD) y 0,5 en ojo izquierdo (OI). La biomicroscopía detalla un polo anterior normal y en el fondo de ojo se observa alteración del epitelio pigmentario de la retina (EPR) que recuerdan a espículas óseas en retina ecuatorial y periferia, sin encontrar otros hallazgos en polo posterior (Foto 1). La tomografía de coherencia óptica (OCT) revela una alteración en capa de interdigitación y fotorreceptores. El campo visual demuestra un escotoma central bilateral. La autofluorescencia y el electroretinograma no muestran alteraciones significativas.

Resto del examen físico normal.

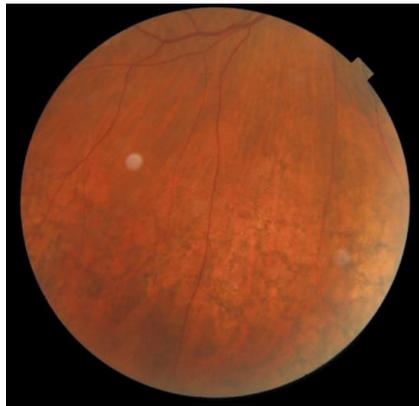


Foto 1: Fondo de ojo 1º visita oftalmología. Se observan espículas óseas en retina ecuatorial y periferia.

Se realiza analítica con los siguientes resultados

Cobalamina (Vitamina B12): 743 pg/mL [187 - 883]

Folato: 2,0 ng/mL [3,1 - 20,5]

Calcidiol (25 Hidroxi Vitamina D): 20 ng/mL

Retinol (Vitamina A): 0,05 mg/L [0,30 - 1,00]

Alfa tocoferol (Vitamina E): 7,5 mg/L [5,0 - 20,0]

Tiamina (Vitamina B1): 72 µg/L [35 - 99]

Riboflavina (Vitamina B2): 174 [125 - 300]

Filoquinona (Vitamina K1): < 0,05 µg/L [0,13 - 1,50]

Hemograma, coagulación y perfil bioquímico normal.

Se realiza diagnóstico de déficit de vitamina A y se inicia tratamiento con vitamina A oral (retinol 50.000 UI) y ácido fólico 5 mg.

Los síntomas del paciente mejoraron a las 3 semanas de inicio del tratamiento. Se repite analítica al mes de inicio de tratamiento con niveles de vitamina A de 0,32 mg/L [0,30 - 1,00]. Se suspende vitamina A oral (retinol 50.000 UI) y se inicia tratamiento con multivitamínico que contiene 5.000 UI de vitamina A.

A los 2 meses acude a la consulta de oftalmología, el paciente obtiene AVcc de 0,9 en OD y 0,9 en OI, la capa de interdigitaciones y fotorreceptores mediante OCT no muestra alteraciones y los defectos del campo visual revierten casi por completo. Sin embargo, existen alteraciones similares a nivel de retina periférica y EPR.

Acude a control en endocrinología a los 3 meses, con niveles de vitamina A normales (0,35 mg/L [0,30 - 1,00]).

CONCLUSIONES:

Es importante el seguimiento y la búsqueda de déficit vitamínicos en los pacientes sometidos a una cirugía bariátrica u otras enfermedades malabsortivas, incluso años después de haber sido sometido a estas.

18. DIABETES GESTACIONAL PRECOZ VS TARDÍA: ¿DIFIEREN LOS RESULTADOS OBSTÉTRICO-PERINATALES?

AUTORES: Ihintza Larrañaga Unanue, Magdalena Arteaga Ossa, Ainhoa Etxaniz Cerezo, Celia Bravo Ansorena, Maite Unamuno Lecuona, María Lucio Alonso, Iker Miret Atxikallende, Josu Pérez Yéboles.

Hospital Mendaro.

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus preexistente debe descartarse al principio del embarazo en todas las gestantes con factores de riesgo. Estudios

observacionales sugieren que los valores de glucemia basal en ayunas (>92 mg/dl) durante el 1º trimestre se relacionan con resultados adversos perinatales. Hasta el momento actual no está del todo definido si la frecuencia de complicaciones durante el embarazo incrementa cuando el diagnóstico de diabetes gestacional (DG) es precoz (<24s) respecto al tardío (>24s).

OBJETIVOS:

Describir las características de las gestantes con DG y la frecuencia de complicaciones durante embarazo y parto junto con los efectos sobre el RN. Evaluar si existen diferencias cuando el diagnóstico se realiza de manera precoz respecto al tardío.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo con 70 mujeres con DG diagnosticadas según criterios NDDG entre 2022 y 2023 en dos hospitales de 2º nivel. Describimos su origen geográfico, edad, datos antropométricos, bioquímicos e información sobre el tratamiento. Además, comparamos complicaciones y resultados obstétricos-perinatales en función de si la DG ha sido precoz o tardía.

RESULTADOS:

Del total de mujeres, un 64.3 % procedían de fuera de Europa (28.6% del Norte de África, 22.9 % de Latinoamérica y 10 % de Pakistán), con una edad media de $34 \pm 5,74$ años (19-45). Un 42.9% (n=30) se clasificó como DG precoz. Los motivos principales para realizar el cribado en 1º trimestre fueron el IMC, el antecedente de DG previa y la edad (42.8%, 31,42 % y 28,6%, respectivamente). La media de IMC del grupo de DG precoz fue de 31.91 kg/m² vs 28.64 kg/m² en el grupo tardío (p= 0.003) y los niveles de glucosa en ayunas de 1º trimestre y resultado de O'Sullivan fueron más elevadas en el grupo precoz (98.93 mg/dl vs 89,88 mg/dl (p=NS) y 197 mg/dl vs 171 mg/dl p <0.001). Precisaron insulina un 47.1% (n=33) de la muestra, de las cuales la mayoría correspondían al grupo precoz (18/30 vs. 15/40 (p=NS)). Solo 5/18 se insulinizaron en el 1º trimestre, 15 en 2º y 13 en 3º. Hubo diferencias en la necesidad de insulina según el país de procedencia: 60% de las no europeas vs 24% de las gestantes procedentes de países europeos (p=0.004).

Respecto al parto, un 11.4% (n=8) del total de nuestra muestra tuvo parto pretérmino: 15% del grupo tardío vs 6,6% del precoz (p=NS). Un 12.9% (n=9) del total de recién nacidos presentaron hipoglucemia neonatal, no objetivándose diferencias entre la DG precoz frente a tardía. Tampoco se relacionó la hipoglucemia con prematuridad, macrosomía ni ser pequeño para la edad gestacional. Un 37% presentó complicaciones durante el embarazo y no hubo diferencias entre ambos grupos. La preeclampsia/HTA fue la complicación más frecuente (12,9%). La frecuencia de recién nacidos grandes para la edad gestacional (GEG) fue mayor en el grupo de DG precoz (26,6% vs 17,5%, p=NS). 2 de los RN GEG presentaron distocia de hombros como complicación durante el parto vaginal.

CONCLUSIONES:

- Se observa que en nuestro medio la DG diagnosticada antes de la semana 24 no parece aumentar la frecuencia de complicaciones obstétricas, aunque presentan mayor tasa de RN grandes para edad gestacional. Sería necesario valorar la existencia de diferencias según el grado de control de la DG.

- La glucemia basal del 1º trimestre fue mayor en las gestantes con DG precoz. Es necesario evaluar su valor como factor de riesgo de desarrollo DG.

BABESLEAK / PATROCINADORES



LAGUNTZAILEAK / COLABORADORES





 **PERSAN**
Farma

NUTRICIÓN · CIENCIA · PERSONAS