

P-182. EFICACIA SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO DE UNA FÓRMULA DE NUTRICIÓN ENTERAL HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA ESPECÍFICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON HIPERGLUCEMIA

A. Vidal Casariego, S. Cadahía Lema, F. Pita Gutiérrez, G. Lugo Rodríguez y T. Martínez Ramonde

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España.

Objetivos: Evaluar los efectos sobre parámetros de control glucémico de una fórmula de nutrición enteral hipercalórica e hiperproteica específica en pacientes hospitalizados con hiperglucemia.

Material y métodos: Estudio observacional realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con hiperglucemia que recibieron nutrición enteral específica. Se recogieron datos demográficos, parámetros glucémicos (glucemia media, HbA_{1c} , frecuencia de hipoglucemias e hiperglucemias, variabilidad glucémica), estado nutricional y tolerancia digestiva. El análisis estadístico se realizó utilizando pruebas t de Student, U de Mann-Whitney y chi-cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. La fórmula utilizada es una dieta completa hipercalórica (1,5 kcal/ml) e hiperproteica, diseñada para el manejo dietético de pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición y diabetes mellitus y/o situaciones de hiperglucemia que requieren soporte nutricional enteral. El reparto de macronutrientes es: proteínas 21% del valor calórico total (VCT), hidratos de carbono 31% VCT y grasas 46% VCT. Contiene un 60% de ácidos grasos monoinsaturados del total de grasas y un aporte reducido de grasas saturadas (4,8% VCT). Además, incluye 6 tipos de fibra (80% soluble y 20% insoluble).

Resultados: La muestra incluyó a 36 pacientes, con una edad media de 69,6 años (DE 14,3); el 63,9% eran hombres. Las principales patologías fueron enfermedades neurológicas (34,3%) y tumores (34,3%). El 22,2% de los pacientes utilizaban gastrostomía para la administración de la nutrición enteral. En cuanto al estado nutricional, el peso medio fue de 67,8 kg (DE 13,0) y el IMC promedio de 24,7 kg/m² (DE 6,3). La prealbúmina inicial media fue de 19,0 mg/dL (DE 7,2), aumentando ligeramente a 20,1 mg/dL (DE 7,4) al final del estudio ($p = 0,307$). Respecto al control glucémico, la glucemia media fue de 170 mg/dL (DE 51,8), con una HbA_{1c} promedio de 6,71% (DE 1,17). La frecuencia de hipoglucemias (< 70 mg/dL) fue baja, registrándose en el 0,24% (DE 0,87) de las mediciones, mientras que las hiperglucemias (> 180 mg/dL) ocurrieron en el 31,8% (DE 29,5) de las ocasiones. La variabilidad glucémica, evaluada mediante la desviación estándar y el coeficiente de variación, mostró valores de 44,8 (DE 33,7) y 24,2 (DE 12,4), respectivamente. En términos de tolerancia, el volumen objetivo de nutrición enteral fue de 962 ml/día (DE 138), administrándose en promedio 930 ml/día (DE 138), lo que representa un cumplimiento del 96,7%. Los eventos adversos más comunes fueron diarrea y aumento de residuo gástrico.

Conclusiones: La fórmula de nutrición enteral hipercalórica e hiperproteica evaluada mostró una tolerancia adecuada y permitió un control glucémico aceptable en pacientes hospitalizados con hiperglucemia.

P-183. BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA DE INSULINA: OTROS USOS EN EL HOSPITAL DE DÍA DE ENDOCRINOLOGÍA

M. Ramos Fortes^a, N. Mangas Fernández^a, M.J. Martínez Roldán^a, Q. Asla Roca^{a,b,c}, M. Bonet Quiroga^a y A. Chico Ballesteros^{a,d,e}

^aServicio de Endocrinología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ^bInstitut de Recerca (IR-SANT PAU), Barcelona, España. ^cFacultat de Medicina, Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVic-UCC), Vic/Manresa, España. ^dCIBERDEM, Madrid, España. ^eUniversidad Autónoma de Barcelona, España.

Introducción: Las bombas de infusión continua subcutánea (BICS) son dispositivos utilizados principalmente para la administración de insulina en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1). Estas bombas permiten la administración continua de pequeñas cantidades de insulina ultrarrápida a través de una aguja o cánula insertada bajo la piel. Gracias a su capacidad de ajuste según las necesidades individuales, las BICS ayudan a reducir las variaciones en los niveles de glucosa, mejorando el control glucémico, la calidad de vida y disminuyendo las complicaciones agudas y crónicas. En la actualidad, estas bombas se han convertido en herramientas precisas y personalizables que permiten un mejor control del flujo hormonal, lo que es especialmente útil en enfermedades endocrinas complejas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es explorar cómo las BICS, tradicionalmente utilizadas para la DM1, pueden adaptarse para la administración continua de otras hormonas en personas con enfermedades endocrinas complejas.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 37 años, derivada para el manejo de hipoparatiroidismo tras tiroidectomía total, quien presentaba hipocalcemia persistente que requería múltiples ingresos, a pesar de recibir dosis altas de tratamiento convencional con calcio y vitamina D y PTH recombinante humana 1-34 (teriparatida: PTH (1-34)) subcutánea. Ante la insuficiencia del tratamiento, se decidió iniciar el uso de BICS con teriparatida (1-34), consiguiendo normalizar la calcemia y disminuir los síntomas. Durante su ingreso, se implementó un programa de atención y educación de enfermería que incluyó una valoración inicial del estado emocional de la paciente y su habilidad para usar la BICS. Se realizaron tres sesiones de intervención, enfocándose en el manejo práctico de la BICS, los signos de hipocalcemia y la importancia de la reconsulta con el equipo de Endocrinología. La satisfacción de la paciente se evaluó mediante una entrevista semiestructurada un mes después del inicio del tratamiento.

Resultados: Al iniciar el tratamiento con BICS y realizar ajustes en la dosificación, se brindó educación a la paciente, lo que resultó en una notable mejoría clínica, permitiéndole mantenerse asintomática. Al recibir el alta, pudo reanudar su vida familiar y laboral. Un mes después, durante una valoración cualitativa, la paciente expresó su satisfacción con la herramienta utilizada en el tratamiento, destacando una mejora significativa.

Conclusiones: En este caso, el tratamiento con BICS de teriparatida constituyó la forma más eficaz de mantener la calcemia y controlar los síntomas, por lo que esta opción terapéutica puede considerarse en pacientes con hipoparatiroidismo refractario a tratamiento convencional. Se necesitan más estudios para investigar la seguridad, eficacia y calidad de vida a largo plazo.

P-184. ICOSAPENTO DE ETILO (IPE): UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA TRATAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

B. Baraia-Etxaburu Astigarraga, R.M. Sierra Poyatos, J. Cárdenas Salas, B. Luiza Luca, D. Meneses González, J. Ruiz Sánchez y C. Vázquez Martínez

Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Introducción y objetivos: El icosapento de etilo (IPE) es un éster del ácido omega-3 indicado en pacientes con enfermedad arteriosclerótica establecida y/o DM-2 + ≥ 1 factor de riesgo cardiovascular (FRCV), con niveles de triglicéridos ≥ 150 mg/dL y col-LDL < 100 mg/dL. Su acción incluye: la reducción de triglicéridos, efectos antiinflamatorios, antioxidantes, y mejoría de la función endotelial. Nuestro objetivo es valorar la eficacia clínica y analítica de IPE en la práctica clínica real.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, se registraron datos de pacientes a los que se les prescribió IPE en el Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz (septiembre '23-agosto '24). Datos en media \pm DE, porcentaje y análisis estadístico de T-Student para datos pareados.

	N = 45 Basal	N = 25 Cambio
Peso	84,9 \pm 14,7	+0,55 \pm 2,4
IMC	30,4 \pm 5,0	+0,2 \pm 0,88
TAS	134,4 \pm 15,1	-8,5 \pm 14,6 ^a
TAD	76,8 \pm 9,7	-4,4 \pm 12,1
Glucosa	138 \pm 4	-8,9 \pm 38,6
HbA _{1c} (%)	6,8 \pm 1,1	+0,1 \pm 0,7
HbA _{1c} < 7	60%	+7%
Colesterol-Total	140,8 \pm 34,6	-13,5 \pm 39 ^a
Colesterol-LDL	55,7 \pm 25,4	-4,1 \pm 32,4
< 70	73%	+14%
< 55	61%	=
< 40	29%	=
Colesterol-HDL	36,8 \pm 8,2	+0,8 \pm 4,6
Triglicéridos	255,8 \pm 132,6	-75,8 \pm 97,4 ^{**}
< 150	0%	48%
ApoB (n = 17)	80,52 \pm 20,8	-11,4 \pm 13,3 ^a
Lipoproteína(a) (n = 31)	100,4 \pm 105,8	
< 75	51%	
75-124	13%	
125-249	26%	
250-399	10%	
\geq 400	0%	
Colesterol-No-HDL	81,1 \pm 144	-6,7 \pm 12,5*
LDL/ApoB (n = 15)	0,69 \pm 0,14	-0,05 \pm 0,11
Triglicéridos/HDL	7,72 \pm 5,49	-2,26 \pm 4,40*
VLDL	51,2 \pm 26,5	-15,2 \pm 19,5 ^{**}
Part. remanentes	43,4 \pm 14,8	-7,1 \pm 12,3*
Creatinina	1,17 \pm 0,37	-0,02 \pm 0,18
Filtrado glomerular	66,2 \pm 22,6	+2,4 \pm 10,2
Microalbuminuria	118,7 \pm 275,0	-5,0 \pm 160,6
< 30	62%	+12%
30-< 300	33%	-9%
\geq 300	5%	-3%
GOT	21,4 \pm 10,3	+3,3 \pm 6,2*
GPT	24,2 \pm 12,2	+1,9 \pm 8,6
GGT	31,4 \pm 15,0	+2,6 \pm 31,6
FIB-4	1,44 \pm 1,09	+0,07 \pm 0,33

*p < 0,05, **p < 0,01, ^ap < 0,10.

Resultados: En total 45 pacientes iniciaron IPE: 78% hombres, 91% DM2, 6% PreDM, 100% con ECV previa, 69% obesidad, 98% HTA, 13% fumadores, 58% exfumadores, 27% AOS, 78% esteatosis, 82% enfermedad coronaria, 47% IAM, 48% Angina, 20% ICC, 17% ACVA, 80% EAP, Microangiopatía 60% (retinopatía 27%, 49% nefropatía, 9% neuropatía). Tratamiento basal: estatina 96% (60% alta, 36% moderada intensidad), fibratos 27%, ezetimiba 42%, omega-3 24%, iPCSK9 2%, IECA/ARA2: 87%, eplerenona/aldactona 6%, sacubitrilo/valsartán 6%, AAS/clopidogrel 87%, anticoagulante 13%, GLP1 49%, SGLT2 64%. A los 6 meses: 25 pacientes disponían de datos de revisión, 5 pacientes intensificaron estatina, 1 paciente inició y otro suspendió fibrato, 5 pacientes iniciaron ezetimiba, ninguno inició bempedoico. Suspendieron IPE 4 pacientes (diarrea, aumento de CK, palpitaciones, limitación económica). No ocurrieron eventos ni mortalidad CV durante el seguimiento. Los datos basales de la cohorte total y del cambio en los 25 pacientes se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con la literatura publicada, IPE es eficaz en reducir los niveles de triglicéridos y el riesgo de eventos CV.

P-185. IMPACTO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA DIABETES MELLITUS Y SUS COMPLICACIONES

M. Jiménez Aceituno, A. de Gracia Valero y A. Segarra Balao

Hospital Universitario de Jaén, España.

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con múltiples complicaciones micro y macrovasculares. El desarrollo y progresión de las complicaciones está determinado por determinados factores metabólicos tales como hipertensión, dislipemia y obesidad, entre otros. En concreto la obesidad juega un papel fundamental, ya que la adiposidad visceral se relaciona con una mayor resistencia a la insulina, lo que incrementa el riesgo de complicaciones. Aunque el IMC y el perímetro cintura son parámetros medidos de forma habitual, presentan limitaciones. A día de hoy existen técnicas más avanzadas como la bioimpedanciometría y la ecografía nutricional para el estudio de la composición corporal.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con diferentes tipos de DM y valorar la composición corporal a través de impedanciometría vectorial y ecografía nutricional.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes > 18 años con diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, LADA y pancreopriva. Se recogen datos de historia clínica, y se realiza analítica, bioimpedanciometría vectorial y ecografía nutricional.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con una edad media de 57,3 \pm 13,9 años. Del total, 57,8% de la muestra eran hombres y el 42,2% mujeres. En cuanto a la distribución según el tipo de diabetes

Tabla P-185

	DM Tipo 1	DM tipo 2	DM LADA
HbA _{1c} (%)	7,86 \pm 1,06	10,94 \pm 1,37	7,67 \pm 0,66
Perímetro cintura (cm)	85,91 \pm 8,59	114,4 \pm 12,55	92,42 \pm 10,81
Dislipemia (%)	70	50	86
IMC (kg/m ²)	26,71 \pm 3,39	32,10 \pm 3,73	27,24 \pm 1,91
Grasa subcutánea (sobre recto femoral) (cm)	0,46 \pm 0,49	0,58 \pm 0,45	0,98 \pm 0,46
Grasa preperitoneal (cm)	0,61 \pm 0,37	0,45 \pm 0,16	0,65 \pm 0,27
FM (kg)	19,43 \pm 7,66	28,52 \pm 8,69	19,32 \pm 11,24
Complicaciones (%)	44,4	62,5	14,3