

**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 hiperglucemias.

**Material y métodos:** Estudio observacional realizado en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con hiperglucemias que recibieron nutrición enteral específica. Se recogieron datos demográficos, parámetros glucémicos (glucemia media,  $\text{HbA}_{1c}$ , 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 hiperglucemias 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/m<sup>2</sup> (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  $\text{HbA}_{1c}$  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 hiperglucemias.

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

M. Ramos Fortes<sup>a</sup>, N. Mangas Fernández<sup>a</sup>, M.J. Martínez Roldán<sup>a</sup>, Q. Asla Roca<sup>a,b,c</sup>, M. Bonet Quiroga<sup>a</sup> y A. Chico Ballesteros<sup>a,d,e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>b</sup>Institut de Recerca (IR-SANT PAU), Barcelona, España. <sup>c</sup>Facultat de Medicina, Universitat de Vic-Central de Catalunya (UVic-UCC), Vic/Manresa, España. <sup>d</sup>CIBERDEM, Madrid, España. <sup>e</sup>Universidad 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	N = 25
	Basal	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 <sup>a</sup>
TAD	76,8 $\pm$ 9,7	-4,4 $\pm$ 12,1
Glucosa	138 $\pm$ 4	-8,9 $\pm$ 38,6
HbA <sub>1c</sub> (%)	6,8 $\pm$ 1,1	+0,1 $\pm$ 0,7
HbA <sub>1c</sub> < 7	60%	+7%
Colesterol-Total	140,8 $\pm$ 34,6	-13,5 $\pm$ 39 <sup>a</sup>
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 <sup>**</sup>
< 150	0%	48%
ApoB (n = 17)	80,52 $\pm$ 20,8	-11,4 $\pm$ 13,3 <sup>a</sup>
Lipoproteína(a) (n = 31)	100,4 $\pm$ 105,8	
< 75	51%	
75-124	13%	
125-249	26%	
250-399	10%	
≥ 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%
≥ 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, <sup>a</sup>p < 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%, ISGLT2 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. Suspenderon 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 incluyen pacientes > 18 años con diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, LADA y pancreohiperativa. 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 <sub>1c</sub> (%)	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 <sup>2</sup> )	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