

dad haplotípica del promotor proximal de GH1 es consecuencia de una tasa de conversión génica muy elevada causada por el alto grado de homología existente (>92%) entre las secuencias de los 5 genes que componen el clúster de GH en el cromosoma 17.

O2/d2-022

EN LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO (<1500 g) ADECUADOS A SU EDAD GESTACIONAL Y SIN CATCH-UP ¿ESTARÍA INDICADO EL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO?

T. Durá Travé, M. Chueca, N. Ulibarrena, S. Zirikian, C. Andrés, A. Sola

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Objetivo:

Estudio descriptivo antropométrico en una cohorte de recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) desde el nacimiento hasta los 8 años de edad, analizándose las características del crecimiento en estos pacientes.

Material y Métodos:

Registro retrospectivo del peso y talla al nacimiento y a los 0,5, 1, 1,5, 2, 3, 4, 6 y 8 años de edad de una cohorte de 170 RNMBP (<1.500g). Se dividieron en recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional (AEG, n=101) y recién nacidos con bajo peso para la edad gestacional (PEG, n=69), según las tablas de Carrascosa et al. Las variables antropométricas se compararon con un grupo control.

Resultados:

La edad gestacional era de 30,4±3,1 semanas. El peso y la talla al nacer eran de 1.182,1±228,4 g y de 30,5±3,2 cm, respectivamente. En ambos sexos y en todas las edades consideradas los pesos, tallas e IMC eran superiores (p<0,05) en el grupo control. A los 2 años de edad el 81,2% y el 71% de los AEG y PEG (p<0,05), respectivamente, tenían una talla normal. A los 8 años de edad la talla del 8,9% de AEG y del 17,4% de PEG no habían experimentado un crecimiento recuperador.

Conclusiones:

Los RNMBP tienen un crecimiento recuperador que permite alcanzar a los 4 años de edad una talla normal al 87,1% y 78,3% de AEG y PEG, respectivamente. A los 8 años de edad el 8,9% de AEG no presentaban crecimiento recuperador, sin contemplarse la posibilidad de tratamiento con hormona de crecimiento.

10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.295

Diabetes

O3/d3-023

ALTA INCIDENCIA DE DIABETES TIPO 1 EN POBLACIÓN INMIGRANTE DE OSONA Y BAIX CAMP

M. Torrabías Rodas¹, A. Feliu Rovira², J. Altimiras Roset¹, M. Castells Prat¹, I. Porcar Cardona², P. Domech Terricabras¹

⁽¹⁾ Hospital General de Vic. ⁽²⁾ Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus

Introducción:

La población inmigrante ha aumentado considerablemente en España en la última década, y registra una baja incidencia de diabetes tipo 1 (DM1) en sus países de origen. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en la incidencia de DM1 según el origen, la edad y el sexo en dos comarcas con altas tasas de inmigración (una interior y otra costera) en las que sus respectivos hospitales son receptores de la totalidad de debuts que se producen.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los casos de debut diabético tipo 1 en menores de 18 años en las comarcas de Osona y Baix Camp entre los años 2000 y 2012, utilizando como fuente la historia clínica de las unidades de endocrinología de nuestros centros y los datos demográficos del IDESCAT (Institut d'Estadística de Catalunya). Las tasas de incidencia se expresan por 100.000 habitantes por año.

Resultados:

La población infantil en Osona y el Baix Camp en este periodo aumentó un 36,6% (de 53.721 a 73.416), un 18,9% la población autóctona y casi se cuatuplicó (3,82 veces más) la inmigrante, a expensas mayoritariamente del colectivo magrebí (75.5%). Cuantificados un total de 118 debuts diabéticos, un 66.9% fueron nativos y un 32.2% magrebíes, con tasa de incidencia total de 14.5, pero el análisis por origen y edad muestra una incidencia superior en los magrebíes respecto a los autóctonos (34.5 vs 11.1 p<0.001) y en menores de 5 años respecto a los de 5-18 años (18.9 vs 12.5 p<0.05), sin diferencias entre sexos (p>0.05). El riesgo relativo es 3.32 para los magrebíes y 1.51 para menores de 5 años.

Conclusiones:

La incidencia de DM1 en este periodo se mantiene estable, de 14.5, sin diferencias entre sexos, pero si según el origen, siendo mayor en magrebíes que en nativos (34.5 vs 11.1) y en menores de 5 años respecto a los de 5-18 años (18.9 vs 12.5).

Estas altas incidencias de diabetes en la población magrebí de nuestro medio abren un campo de es-

tudio sobre los factores de riesgo que podrían estar incidiendo sobre esta población en los países de destino.

O3/d3-024

VALORACION DE LA MONITORIZACION CONTINUA DE LA GLUCOSA AMBULATORIA EN ADOLESCENTES, PARA LA DETECCION PRECOZ DE LA DIABETES RELACIONADA CON FIBROSIS QUISTICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

D. Belver García¹, J. Pérez Sanchez¹, O. Asensio de la Cruz², M.M. Bosque García², M.P. Guallarte Alias³, R. Corripio Collado¹

⁽¹⁾ Unidad Endocrinología Pediátrica, Hospital de Sabadell. Corporació Universitària Parc Taulí. ⁽²⁾ Unidad Neumología Pediátrica, Hospital de Sabadell. Corporació Universitària Parc Taulí. ⁽³⁾ Unidad Gastroenterología Pediátrica, Hospital de Sabadell. Corporació Universitària Parc Taulí

Introducción:

En pacientes con fibrosis quística (FQ) la diabetes y prediabetes son factores predictores tempranos del deterioro progresivo de la función pulmonar. El test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) es la prueba diagnóstica por excelencia. Desde 2004 se ha puesto de manifiesto la presencia de hiperglucemias no detectadas con esta prueba. Recientemente la monitorización continua de la glucemia (MCG) se está mostrando como una herramienta útil para detectar hiperglucemias postprandiales que, de otro modo, estarían silentes.

Objetivo:

Valorar la utilidad de la MCG para la detección precoz de excursiones glucémicas (EG) silentes en pacientes pediátricos con FQ.

Métodos:

Se incluyeron pacientes FQ de 10-17 años de edad, controlados en nuestro Hospital, sin diagnóstico de diabetes y que habían estado libres de infecciones y/o tratamiento antibiótico las 6 semanas previas. Se categorizaron según los resultados del TTOG realizado en el último año, teniendo también en cuenta los valores intermedios >200mg/dL. Se realizó MCG ambulatoria durante 5 días manteniendo estilo de vida habitual.

Resultados:

Se analizaron los datos de 13 pacientes (6♀):

-El TTOG mostró alteraciones en 3 sujetos. Ninguno diabetes. Uno intolerancia a hidratos de carbono (IHC). Dos mostraron valores intermedios superiores a 200mg/dL.

-En MCG: 6 pacientes mostraron EG>200mg/dL, aunque sólo 2 de ellos presentaron TTOG anormal.

-El sujeto que mostró IHC tenía también EG>200mg/

dL. Su glucemia media fue de 136±38SD mg/dL y presentó un 10% del tiempo por encima de 190mg/dL.

-La glucemia media (GM) de los 13 pacientes fue 109±14SDmg/dL. La GM del grupo con MCG alterada fue de 119.6±10.6SDmg/dL y 99.8±9.3SDmg/dL en el grupo sin alteración, respectivamente (p=0,005).

Conclusiones:

- La MCG parece ser más sensible en la detección de excursiones glucémicas anómalas en pacientes con FQ.

- Los nuevos dispositivos permiten que la determinación MCG ambulatoria sea factible y cómoda en el paciente adolescente con FQ permitiendo detectar hiperglucemias en condiciones fisiológicas.

-Queda pendiente valorar si la dieta con hidratos de carbono de bajo índice glucémico podría frenar la evolución de la prediabetes.

O3/d3-025

CORRELACIÓN DE LAS ALTERACIONES EN LA COAGULACIÓN Y FACTORES PRONFLAMATORIOS CON LAS CIRCUNSTANCIAS AL DEBUT EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

M. Martín Alonso, P. Prieto-Matos, L. Castro Corral, P. González Ildefonso, F. Manzano Recio, C. Sánchez Villares Lorenzo

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Introducción:

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) implica mayor riesgo de aterogénesis. Un estado pro-coagulante y pro-inflamatorio asociado podría ser un factor condicionante.

Objetivos:

Analizar parámetros inflamatorios y de coagulación en una muestra de pacientes con DM1 y correlacionarlo con las circunstancias al debut. Determinar si las condiciones al diagnóstico influyen sobre las necesidades de insulina.

Pacientes y métodos:

Estudio transversal retrospectivo de 50 niños con DM1 escogidos aleatoriamente según su paso por las consultas de endocrinología pediátrica. Datos al debut: edad, sexo, Tanner, talla, peso, pH, HbA1c, HLA, autoinmunidad y dosis de insulina al alta; en el momento actual: PCR ultrasensible, leptina, adiponectina, IL6, TNF- α , ácido úrico, leucocitos, transaminasas, coagulación básica, homocisteína, factor von Willebrand, factor VIIIc, antitrombina III, fibrinógeno y PAI-1. Se dividen los pacientes según el tiempo de evolución desde el debut hasta el momento de la analítica (menos o más de 4 años de evolución)

Resultados:

Comparando las dosis de insulina al alta en función de los distintos marcadores genéticos (DR3 y/o DR4) y los diferentes autoanticuerpos se demuestra una mayor dosis de insulina en niños con anticuerpos anti-insulina ($0,58 \pm 0,27$ vs $0,74 \pm 0,23$ U/kg/día; $p=0,042$) sin encontrar diferencias entre los distintos estadios puberales y medidas antropométricas entre ambos grupos. No se encuentran otras diferencias en función de marcadores genéticos o de autoinmunidad.

Analizando las necesidades de insulina al alta según las características al debut encontramos correlación positiva con la HbA1c ($p=0,003$, $r=+0,419$) y negativa con el pH ($p=0,001$, $r=-0,46$)

Analizando los parámetros inflamatorios y protrombóticos respecto a las características al debut, encontramos correlación positiva entre la HbA1c y la PCR ultrasensible ($p<0,01$, $r=0,39$)

No se encuentran diferencias significativas en relación a los parámetros inflamatorios y protrombóticos en función del tiempo de evolución.

Conclusiones:

Los anticuerpos antiinsulina traducen una menor función residual pancreática demostrado por una mayor necesidad de insulina. Las circunstancias al debut influyen en los parámetros inflamatorios y en las necesidades de insulina al alta apoyando el papel de la glucotoxicidad y de la memoria metabólica generada. Son necesarios estudios más amplios para confirmar estos hechos.

O3/d3-026**HIPERTENSION ARTERIAL SUBCLINICA EN ADOLESCENTES DIABETICOS TIPO 1**

M. Torrabias Rodas, N. Esteva Nuto, L. Comas Mongay, M. Castells Prat, E. Sellarès Casas, M. Viñolas Tolosa

Hospital General de Vic

Introducción:

La hipertensión arterial (HTA) es un predictor de complicaciones crónicas en la diabetes, no obstante existen alteraciones subclínicas más precoces que pasan desapercibidas con la toma aislada de presión arterial (PA), que son más prevalentes en pacientes con diabetes que en población general y que se detectan mediante la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA). Estas alteraciones son el patrón no dipper (falta de descenso nocturno de la PA), que incrementa significativamente el riesgo de microalbuminuria y retinopatía.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de una muestra de pacientes

adolescentes con diabetes tipo 1, normoalbuminúricos y sin retinopatía, controlados en la consulta de endocrinología pediátrica de nuestro hospital a los que se realiza estudio de MAPA.

Resultados:

Muestra de 14 pacientes con diabetes tipo 1 con una edad media de 15.8 años (rango 12-18), de 5.7 años de evolución, con HbA1c media de 8.4%, todos con normotensión según toma aislada de PA. Pero la MAPA permite identificar 3 (21.4 %) pacientes prehipertensos, 11 (78.5%) con patrón no dipper y 3 (21.43 %) dipper. El grupo no dipper respecto al dipper presenta mayor edad (16.5 vs 15.3, $p=0.099$;NS), más años de evolución de la diabetes (7.9 vs 4.1, $p=0.056$;NS) y peor control metabólico (HbA1c 9.1 vs 7.9, $p=0.16$;NS). El 100% del grupo no dipper son normotensos ($p=0.21$;NS)

Conclusiones:

Un 78% de la muestra presenta ya alteraciones subclínicas de la PA, manifestadas por patrón no dipper mediante MAPA, aunque todos ellos normotensos según la toma aislada de PA.

Aunque en este momento todos son normoalbuminúricos y sin retinopatía sería interesante el seguimiento de estos pacientes no dipper a largo plazo para correlacionarlo con las complicaciones.

O3/d3-027**HÁBITOS DE VIDA Y CONTROL METABÓLICO EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM-1)**

E. Corella Aznar, A. Garza Espi, G. Lou Francés, S. Sanchez Marco, M. Ferrer Lozano

Hospital Infantil Miguel Servet Zaragoza

Introducción:

Ante la importancia de una correcta autogestión de la enfermedad en adolescentes, parece necesario diseñar intervenciones psicosanitarias eficaces que protejan su salud física y psicológica, y para una adecuada planificación de la transición a una unidad de adultos.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de 42 pacientes adolescentes afectados de DM1 controlados en una Unidad de Diabetes infantil. Cumplimentaron voluntariamente un cuestionario de hábitos de vida y manejo de su diabetes, correlacionándose los resultados con su control metabólico.

Resultados:

20 varones, 22 mujeres, edad media $15,8 \pm 1,6$ años ($13-18,49$) y $7,3 \pm 3,4$ años de evolución ($1-14,62$). HbA1c media $7,7 \pm 1\%$, $4,6 \pm 0,99$ glucemias/día,

dosis de insulina 0,93 U/kg/día, 4,2±1,22 bolus/día. El 90,5% recibe tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI). Tratamiento con ISCI/MDI: número de bolus/día MDI 4,07 Vs. ISCI 6,8, (p=0,01), dosis de insulina/día, HbA1c, número glucemias/día entre ambos grupos p=NS.

El número de bolus tiene una correlación negativa con la HbA1c (p=0,021); el número de glucemias se correlaciona negativamente con la HbA1c, glucemia media y variabilidad (p NS).

Los adolescentes que realizan ejercicio físico ≥3 veces/semana (64,3%) presentan mejor control metabólico que los que no lo realizan (HbA1c 7,4% Vs HbA1c 8,3%; p=0,02). El 9,5% de los adolescentes refirieron fumar y el 38,1% consumir alcohol, fumar (p=0,026) y beber (p NS) se asocian con peor control metabólico.

El 64,3% de los adolescentes realizan control glucémico antes de administrarse un bolus, pero el 95,2% admiten su omisión en alguna ocasión.

El 12,2% ha precisado control por el psicólogo, de estos el 75% querrían disponer de una consulta específica de adolescentes con diabetes en la que se dispusiera de uno. La solicitud global de una consulta específica fue 64,95%, siendo los peor controlados los que más la demandan.

Conclusiones:

Realizar deporte >3 veces/semana se asocia a un buen control metabólico.

El consumo de alcohol, tabaco, la menor administración de bolus y determinaciones glucémicas se asoció a peor control metabólico.

Existe una demanda elevada por parte de los adolescentes, principalmente en aquellos peor controlados, de crear unidades específicas para guiar en el autocuidado de la enfermedad y disponer de ayuda psicológica.

10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.298

Gónadas

O3/d3-028

ESTUDIO DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA, COMPOSICIÓN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS DURANTE LA INFANCIA

M. López Úbeda¹, A. De Arriba Muñoz², A. Garza Esp², S. Congost Marín³, M. Ferrer Lozano², JI Labarta Aizpún²

⁽¹⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. Endocrinología Pediátrica. Zaragoza. ⁽³⁾ Hospital de Barbastro. Pediatría.

Introducción:

El tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (a-LHRH) está indicado en la pubertad precoz central, pero es poco conocido su efecto a largo plazo sobre la composición corporal, la densidad mineral ósea (DMO) y la calidad de vida (CdV).

Objetivo:

Evaluar el estado de salud percibida física, psíquica y social y analizar la DMO y la composición corporal en mujeres adultas que han llevado tratamiento con a-LHRH.

Material y métodos:

Estudio descriptivo de 31 pacientes tratadas con a-LHRH en la infancia. Edad adulta: 21,16±4,41 años. Duración del tratamiento: 33,20±12,60 meses. Dosis: 71,87±20,83 mcg/kg/mes. Variables analizadas: peso, talla, IMC, perímetro abdominal, perímetro cadera, índice cintura/cadera, índice HOMA, DMO por DEXA y entrevista personal con realización del cuestionario de CdV SF-36.

Resultados:

El tiempo medio transcurrido entre el fin de tratamiento y la primera menarquía fue de 13,07±8,38 meses. Edad menarquía: 12 ±2 años. El análisis de la composición corporal se expone en la tabla 1. Un 19,4% y un 22,6% de las pacientes presentan una elevación del índice cintura/cadera (>0,8) y del perímetro abdominal (>80cm) respectivamente. Un 6,5% presentaban sobrepeso (IMC ≥25 kg/m²), y un 9,7% obesidad (IMC ≥30 kg/m²). El 16,1% de los pacientes presenta un índice de HOMA elevado. El valor medio de la DMO fue de -0,9±1,40 SDS. El 72,7% eran normales, un 22,7% presentaban osteopenia y un 4,6% osteoporosis. En el cuestionario de CdV no se observan diferencias con los valores de referencia en la mayoría de las dimensiones (p >0,05). Un 33,3% de las pacientes referían en la entrevista personal trastornos de ansiedad y en más de la mitad de los casos (66%) precisaban tratamiento farmacológico. El 61,3% creen que su salud es similar al año previo y un 19,4% que ha mejorado. Un 38,7% están satisfechas con la talla adquirida y a un 32,3% no les importa la misma.

EXPLORACIÓN ADULTA	
	MEDIA ± SDS
PESO (SDS)	-0,21 ± 1,66
Talla (SDS)	-1,09 ± 1,26
IMC (Kg/m ²)	22,07 ± 3,74
Perímetro abdominal (cm)	71,0 ± 10
Perímetro cadera (cm)	94 ± 12
Índice cintura/cadera	0,75 ± 0,06