SEEN Sevilla 2021

NEWSEEN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Diario Oficial del 62 Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición SEEN Sevilla, 15 de octubre de 2021

SEEN Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

Lilly novo nordisk SANOFI Vegenat HEALTHCARE GRUPO NUTRISENS

AGENDA

09:30-10:45/SESIÓN 8, 9, 10
Auditorio 1
CONSENSOS DEL ÁREA DE NEUROENDOCRINOLOGÍA CON OTRAS SOCIEDADES

Auditorio 2
ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO: MUCHO POR APRENDER

Auditorio 3
DMT1 Y RIESGO CV

11:45-12:30 CONFERENCIA 2
Auditorio 1
DIETA EN EL ENFERMO RENAL: ¿LO ESTAMOS HACIENDO TODO MAL? Moderadores: Miguel Ángel Rubio (Madrid) y Francisco Botella (Albacete)
Juan Jesús Carrero (Estocolmo. Suecia)

17:15-18:00
CONFERENCIA DE CLAUSURA
Auditorio 1
100 AÑOS EN LA VIDA DE LA INSULINA: ¿QUÉ NOS CUENTAN LOS QUE LA CONOCEN? Moderadores: Javier Escalada (Pamplona) y Manuel Gargallo (Madrid)
UNA RELACIÓN DE MUCHOS AÑOS
F. Javier Ampudia-Blasco (Valencia)
COMPAÑERAS DESDE HACE POCO
Beatriz Lardiés (Zaragoza)

18:00-18:15 CLAUSURA
Auditorio 1
Javier Escalada (Presidente SEEN)
Alfonso Soto Moreno (Presidente Comité Local)
Raúl Luque (Presidente Comité de Programa)

Nutrición al final de la vida

"El éxito del tratamiento nutricional en las personas con demencia avanzada depende del diálogo previo con el equipo sanitario"



Dr. Francisco Pita.

El Dr. Francisco Pita, miembro del Área de Nutrición de la SEEN, nos habla del posicionamiento de la Sociedad sobre nutrición artificial de la demencia avanzada, un trabajo del área de Nutrición de la SEEN en el cual "se ha hecho un esfuerzo de síntesis de la evidencia, legislación y principios éticos, gracias también a la participación de dos reconocidos especialistas en Bioética: el Dr. Javier Júdez y el profesor Federico de Montalvo". El equipo se declara muy satisfecho con el trabajo realizado, desde el convencimiento de que puede ser una herramienta de gran ayuda en la práctica clínica. El objetivo es ofrecer la alternativa al tratamiento crónico por sonda en la fase final de la enfermedad. Ya se ha remitido a la revista Endocrinología, Diabetes y Nutrición y se ha aprobado su publicación.

"Toda persona tiene derecho a decidir sobre recibir o no un tratamiento, sobre todo si le va a repercutir en la calidad de vida o en prolongar una agonía o situación. Por esto es importante realizar un documento de instrucciones previas", ha apuntado. En caso de no disponer de ese documento, sugiere plantear a los familiares o allegados si consideran que la persona habría querido recibir tratamiento por sonda en esas circunstancias. "Si no vamos a mejorar los síntomas, e incluso podemos empeorarlos, no podemos recomendar este tratamiento sobre otras alternativas que existen", ha aclarado.

Ha recordado que distintos estudios sobre nutrición por sonda en las personas con demencia avanzada sugieren que no mejora la supervivencia ni disminuye la incidencia de neumonías por aspiración, las úlceras por presión parecen empeorar con la gastrostomía, hay una limitación de interacción social y pérdida del placer de saborear la comida, además de las complicaciones mecánicas por los arrancamientos de sonda con posibles contenciones mecánicas.

Puntualiza: "Que un tratamiento médico exista o esté disponible no implica que sea el mejor". Una de las principales circunstancias que rodean este escenario es que la familia interpreta (o recibe un mensaje o información) que si no se le pone una sonda a su familiar, se le está dejando morir de hambre. Esto no es así. El tratamiento con sonda puede producir complicaciones que lleguen a provocar la muerte.

El Dr. Pita considera que es misión del especialista explicar la ausencia de beneficios en el momento final de la enfermedad (o fase de demencia avanzada) y los posibles riesgos.

Considera que el éxito del tratamiento nutricional en las personas con demencia avanzada va a depender del diálogo y de conversaciones previas del paciente y familiares con el equipo sanitario que le ha estado atendiendo.

Nuevos proyectos de la SEEN en la Asamblea

En la Asamblea de la SEEN, su Presidente, el Dr. Javier Escalada, su Secretaria, la Dra. Visitación Álvarez de Frutos, han informado a los socios de un número ingente de proyectos de investigación, docencia y mejora de la asistencia sanitaria que cubre las diferentes áreas de la Especialidad. Estos proyectos incluyen colaboraciones con otras sociedades científicas nacionales e internacionales e instituciones públicas y privadas. Asimismo, en la Asamblea se ha dado a conocer un número creciente de proyectos de las diferentes Áreas y Grupos de Trabajo de la SEEN. Se han comunicado los datos de asistencia del 62ºCongreso de la SEEN, con resultados muy interesantes, dado que ha sido el primer Congreso híbrido. Se ha informado del incremento de las Becas y Premios de SEEN-FSEEN, que serán entregados esta noche en la Cena de Clausura.

Asimismo se ha puesto de relieve un importante crecimiento de la actividad de la SEEN en Redes Sociales, la iniciativa de Aula Virtual y de Teleconsulta, que han recibido premios y menciones destacadas. En el apartado de Asistencia, resalta la concesión de becas para adquisición de ecógrafos en centros del territorio nacional y los avances en el Proyecto RECALSEEN para tener una fotografía de los recursos humanos disponibles en los Servicios de Endocrinología del país. Destaca también el trabajo encomiable del Dr. Isidoro Cano y su equipo editorial en el Manual de Endocrinología y Nutrición, en el que tomará el relevo la Dra. María Ballesteros.

Continuó la Dra. Rosa Casañ, Tesorera, con el estado contable de la SEEN. El Dr. Carles Zafón ha desglosado la evolución de la Revista Endocrinología, Diabetes y Nutrición, que en los últimos años ha aumentado progresivamente su factor de impacto y repercusión en citas, visitas y descargas de artículos. El Presidente ha agradecido, en nombre de todos los socios, su labor en la Revista. La Dra. Irene Bretón, Presidenta de la Fundación SEEN, ha hecho énfasis en el enfocar las actividades de la Fundación hacia los ciudadanos y asociaciones de pacientes.

SUMARIO



Pág. 1
Tratamiento nutricional en demencia avanzada

Pág. 2
Sesión sobre errores innatos del metabolismo

Pág. 3
La pandemia aumentó la actividad asistencial

Pág. 4
"Animamos a los jóvenes a potenciar su talento"

Encuentro con el experto argentino

Nuevos avances en la detección temprana del síndrome de Nelson



Dra. Karina Danilowicz.

En los últimos años, la nueva definición de síndrome de Nelson a progresión del tumor corticotropo post-adrenalectomía, sumado al avance en los estudios por imágenes, ha permitido una detección más temprana de esta patología, según reflexiona la Dra. Karina Danilowicz, responsable de la División Endocrinología Hospital de Clínicas y docente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Argentina).

En el momento de la primera descripción de esta dolencia, la lesión de la región selar se ponía en evidencia con la radiografía simple, ya cuando la misma había crecido de manera significativa. La aparición de la resonancia magnética nuclear ha permitido detectar la progresión del adenoma más tempranamente, ante leves aumentos del tamaño tumoral, ha detallado.

Al tratarse de una enfermedad rara, surgen dificultades en establecer marcadores moleculares que permitan encarar una terapéutica personalizada. Asimismo, la eficacia de diferentes fármacos no puede establecerse con evidencia, ha declarado la ponente.

La especialista ha indicado que los datos actuales en la literatura surgen en su gran mayoría de la experiencia de diferentes centros, siempre con números limitados, y estudios retrospectivos. Por ese motivo, la Dra. Danilowicz considera que la creación de un registro de datos contribuiría a un mejor conocimiento de esta entidad.

En la actualidad, el síndrome de Nelson se detecta más tempranamente. Esto se acompaña del hallazgo de situaciones clínicas de curso más indolente, donde la observación puede ser suficiente, afirma.

Como cautela, destaca que al indicar una adrenalectomía bilateral por una enfermedad de Cushing recurrente o persistente, tener especial cuidado a valores elevados o en ascenso de ACTH dentro del primer año post adrenalectomía.

Asimismo, ha matizado que "si bien la mortalidad asociada a síndrome de Nelson ha disminuido, aún hoy existen casos de curso muy agresivo".

El síndrome de Nelson es un trastorno que se caracteriza por una secreción anormal de hormonas, aumento del volumen de la hipófisis y desarrollo de adenomas invasivos de gran tamaño.

_ La mortalidad por síndrome de Nelson ha disminuido

En términos generales, se estima que ocurre en un porcentaje de la población que puede oscilar entre el 15% y el 25% de pacientes sometidos a la extirpación quirúrgica de las glándulas suprarrenales por enfermedad de Cushing. No obstante, registros más recientes hablan de un rango que va desde el 8% hasta el 47% en adultos y del 25% al 66% en niños. Las cifras han decaído de forma drástica, dado que la adrenalectomía bilateral es poco frecuente en pacientes con síndrome de Cushing.

La presentación del síndrome de Nelson puede darse hasta 24 años después de que se haya llevado a cabo el procedimiento. Su prevalencia es del 38% a los tres años de la cirugía bilateral, y se incrementa paulatinamente, llegando al 47% a los siete años, llegando a una cierta estabilización a partir de ese punto.

Los síntomas asociados con el síndrome de Nelson incluyen hiperpigmentación intensa de la piel, cefaleas, afectación de la visión y amenorrea en mujeres. Los niveles de hormona adrenocorticotropa (ACTH) y de hormona estimulante de melanocitos son anormalmente elevados en las personas con esta condición. El síndrome de Nelson afecta por igual a pacientes varones y mujeres.

_ La resonancia magnética nuclear ha permitido detectar la progresión del adenoma tempranamente

Aunque se ha asociado con la triada clásica de hiperpigmentación, secreción excesiva de adrenocorticotropina y adenoma corticotropo, no se trata de una entidad suficientemente estudiada. Las opciones terapéuticas son la cirugía transfenoidal y -muchas veces como adyuvantes- radioterapia, radiocirugía y farmacoterapia. Algunos trabajos indican que la radioterapia profiláctica en el momento de la adrenalectomía pueden tener un efecto protector. Algunos de los agentes farmacológicos se emplean con frecuencia tras la cirugía transfenoidal.

El síndrome de Nelson (también conocido como síndrome post-adrenalectomía) fue documentado por primera vez en 1958 por el médico endocrinólogo Don H. Nelson, que acabó dándole su actual denominación.

Diversos trabajos de investigación han puesto de relieve la importancia de que en su abordaje se implique a equipos multidisciplinares.

La evaluación del riesgo cardiovascular en DM1 merece una atención exhaustiva



Dr. Emilio Ortega.

En la sesión dedicada al riesgo cardiovascular (CV), el Dr. Emilio Ortega, del CIBERObn (Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología Obesidad y Nutrición), aborda el proceso de evaluación del riesgo en personas con diabetes mellitus de los tipos 1 y 2 (DM1 y DM2) con atención a los elementos compartidos y diferenciadores de ambas condiciones.

Para el Dr. Ortega es fundamental que la evaluación de la salud CV y la prevención, tanto en DM1 como en DM2, esté claramente definida en la ruta del paciente. "No ya en cada consulta, por supuesto, sino como una intervención específica en periodos de tiempo establecidos y en una consulta estructurada, para realizar la evaluación y seguimiento del riesgo, los tratamientos y el cumplimiento de los objetivos de prevención", ha aseverado.

_ Cada vez trabajamos más en personalizar la evaluación del riesgo

De hecho, en lo tocante a prevención CV "cada vez trabajamos más en la personalización de la evaluación. En la enfermedad aterosclerótica se va a seguir avanzando en esta dirección, encaminada a la adopción de decisiones terapéuticas compartidas", afirma.

Sobre las disparidades a las que alude el título de su intervención, indica que en la DM2 la evaluación puede requerir menor profundidad debido a que los objetivos están mejor establecidos y el riesgo mejor definido. En consecuencia, es más sencillo ser rigurosos en el control de la diabetes de este tipo por el mejor conocimiento de esos elementos, salvo que se esté tratando a personas jóvenes. El riesgo CV de partida es elevado. Por el contrario, existe la percepción -ha advertido- de que el riesgo CV no es tan elevado en pacientes con DM1, por lo cual el control puede ser menos estricto.

A su modo de ver, la evaluación en casos de DM1 debe ser "exhaustiva", porque los factores de riesgo pueden ser relevantes, aunque no aparentes. "Comparados con sujetos de sus mismas características demográficas libres de enfermedad, el salto en términos de riesgo cardiovascular es considerable. De hecho, mucho mayor que el salto comparativo entre una persona con DM2 y los individuos de sus mismas características que no viven con la enfermedad", ha declarado.

El experto celebra la consecución de hitos como el establecimiento de factores más específicos para la identificación de personas con mayor riesgo, un logro que alcanza a ambos tipos de diabetes y tiene su fundamento en estudios con un alto grado de evidencia (aleatorizados y controlados) y otros (prospectivos y epidemiológicos). Considera que en los últimos 15 años "hemos aprendido a identificar mejor esos marcadores de riesgo: presencia de complicaciones crónicas de la enfermedad, duración, alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos…". Sobre estas últimas, hace hincapié en que, incluso cuando no son particularmente llamativas, existen en ambos tipos de pacientes. También tiene en consideración los potenciales efectos de algunas terapias farmacológicas en cuanto a elevación del riesgo.

De cara al futuro, concibe como "clave" caminar a una mejor individualización y personalización de los tratamientos, "más allá de la etiqueta de la diabetes". Indica que se está haciendo café para todos en cuanto a riesgo cardiovascular y en su opinión la mejor opción es un traje a medida, también en prevención, y válido para DM1 y DM2.

Sobre los elementos diferenciadores entre estas enfermedades, ha insistido en la gran evidencia que respalda las recomendaciones para esta última frente a la escasa bibliografía sobre DM1, una circunstancia que vincula a la diferente prevalencia de estas condiciones.

Entre los elementos compartidos destaca la glucemia en su relación con la predisposición a padecer enfermedades cardiovasculares, así como las alteraciones del colesterol y los triglicéridos (iguales en el fondo, aunque no en la forma, ya que las alteraciones sutiles pueden estar presentes en la DM1). Finalmente, los objetivos de tratamiento se pueden considerar compartidos, con el matiz sobre que se trata de algo que se hace "por contigüidad" más que por el respaldo de la evidencia.

_ La dislipemia puede tener relevancia en la población con DM1

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número de personas con diabetes se incrementó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. "La prevalencia de esta enfermedad ha aumentado más rápidamente en los países de ingresos medianos y bajos que en los de rentas altas", de acuerdo con esta organización.

La diabetes es una causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. Además, entre los años 2000 y 2016, se ha registrado un incremento del 5% en la mortalidad prematura causada por la diabetes.

Se calcula que en 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de defunciones. Además de las actividades preventivas (una alimentación saludable y actividad física, además de evitar el consumo de tabaco), las revisiones periódicas y el control médico adecuado permiten controlar la diabetes, previniendo, retrasando y tratando de forma adecuada sus complicaciones.

Covid en Endocrinología y Nutrición

La pandemia aumentó la actividad asistencial de los especialistas



Dr. Pablo Remón.

El Dr. Pablo Remón, del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), describe la actual situación como "especial", una singularidad dentro de la rutina en la cual se ha convertido esta pandemia. Es el primer congreso presencial de la SEEN desde que la COVID-19 nos recluyó y forzó la adaptación de nuestra labor divulgadora: "Porque mientras que una gran parte del país, y del mundo, se paralizó ante el avance inexorable del virus, nuestra especialidad tuvo que adaptarse y enfrentarse a los desafíos científicos, clínicos y asistenciales que trajo el nuevo paradigma". Fruto de este esfuerzo adaptativo -apunta- nos encontramos los magníficos trabajos que han aportado los distintos grupos para comunicar en este congreso. Las herramientas de registro telemático, el esfuerzo colaborativo y la implementación de nuevas tecnológicas en la clínica son la norma entre los mejores trabajos presentados en estos días.

_ Las nuevas tecnologías nos ayudarán a realizar una mejor atención

_ Debemos preocuparnos por las nuevas necesidades de los pacientes

Estas herramientas -prosigue- "no sólo han sido de utilidad en la pandemia, sino que probablemente nos podrán ayudar a realizar una mejor atención a nuestros pacientes y llegar a más de ellos en los momentos de necesidad". Así, por ejemplo, la consecución de un registro dietético de ingesta con aviso automatizado a las UNCYD (Unidades de Nutrición Clínica Y Dietética) para la identificación de pacientes en riesgo de desnutrición supone un gran avance para conseguir llegar a los pacientes desnutridos en uno de los medios que más desnutrición producen, el hospital, de la forma más precoz posible, cuando la ingesta comienza a reducirse.

La COVID-19 no redujo la labor asistencial, sino que, "tal y como demuestran las comunicaciones en este congreso, la aumentó de forma muy significativa". Dada la ausencia de tratamientos dirigidos y efectivos frente a la COVID-19, la mejor estrategia de tratamiento se ha basado, desde el inicio de la pandemia, en aplicar un soporte eficaz y continuado. "Eso en nuestro caso ha significado una gran carga en la atención nutricional y metabólica de estos pacientes que han sufrido la desnutrición, la disfagia y la sarcopenia", explica.

Esta última ha sido la gran protagonista de este período ya que los músculos se han visto muy perjudicados debido a los encamamientos prologados, las largas estancias en UCI y el estrés metabólico producido por la tormenta de citoquinas.

Es importante destacar que "nuestro día a día no se ha circunscrito a la COVID-19, la mayoría de nuestros pacientes con otras patologías endocrinas son pacientes con enfermedades crónicas que hemos atendido en nuestros servicios durante un largo curso vital y que han seguido requiriendo de nuestra atención dada su especial vulnerabilidad en este periodo", ha puntualizado.

Los pacientes con obesidad y síndrome metabólico se han visto especialmente afectados, ya que los necesarios confinamientos, las restricciones de movilidad y la situación económica adversa han supuesto un escollo en su lucha contra "la que ha sido, es y será una de las peores epidemias de nuestro entorno". Estos pacientes, además, han sufrido peores infecciones por SARS-CoV-2, con mayor necesidad de ingreso hospitalario, ventilación mecánica y mortalidad, siendo afectados tanto por la obesidad como por la desnutrición y la sarcopenia.

_ Se ha conseguido un registro dietético de ingesta con aviso automatizado a las UNCYD

"En este momento en el que empezamos a vislumbrar un futuro más allá del vivido, debemos preocuparnos por las nuevas necesidades de los pacientes. La doble carga de la desnutrición es esperable que se incremente en el futuro cercano, dadas las consecuencias sanitarias y económicas que ha supuesto este período y, evitar la tercera y la cuarta ola de la huella de la pandemia (las consecuencias de la interrupción del control de crónicos y la desigualdad generada) va a suponer un reto inmediato para el que deberemos aplicar los aprendizajes derivados de la misma", ha explicado.

"Por otro lado, la aplicación de herramientas como es la bioimpedanciometría y el ángulo de fase en la atención de nuestros pacientes desnutridos, no sólo ha permitido dar una mejor información de tratamiento y pronóstico, sino que también nos ha aportado un nuevo campo de desarrollo en nuestra labor asistencial", ha añadido.

Vitamina D: implicaciones extraóseas

Creciente interés por el tratamiento de la hipovitaminosis D, con mayor número de determinaciones en los últimos años



Dra. Mª Rosa Alhambra.

El creciente interés por el déficit de vitamina D se plasma en un gran número de publicaciones relacionadas en diferentes ámbitos de la salud. Existe una gran cantidad de datos epidemiológicos que indican que el riesgo de cáncer, enfermedades infecciosas, autoinmunes y cardiovasculares es más elevado cuando los niveles de 25-hidroxivitamina D están por debajo de 20 ng/ml, ha recordado la Dra. Mª Rosa Alhambra (Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba). Sin embargo, la experta matiza que no se dispone de datos de ensayos aleatorios en los que los suplementos de vitamina D puedan disminuir el riesgo o el pronóstico del cáncer, de las infecciones o enfermedades autoinmunes, ni disminuir los riesgos cardiovasculaes o enfermedades metabólicas. Además, tampoco existen estudios prospectivos para definir los niveles óptimos de 25-hidroxivitamina D para mantener la salud extraesquelética.

En su opinión, la deficiencia de vitamina D es un problema de salud pública a nivel mundial, pues está implicada en la homeostasis del calcio, pero también se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares, diabetes, marcadores de inflamación y otras alteraciones que representan algunos de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Aún no se conoce realmente su alcance, pues la prevalencia de déficit de vitamina D sigue siendo incierta, ya que los datos para muchos países son escasos. Se ha estimado que este déficit puede afectar a todos los grupos étnicos y los diferentes grupos de edad, incluso en países con exposición solar todo el año, sin distinción entre países industrializados o no, ha señalado. "En la población española, la prevalencia del déficit de vitamina D (niveles de calcidiol por debajo de 20 ng/dl) oscila entre el 30% en los jóvenes y el 87% en los ancianos institucionalizados, siendo en las edades intermedias y en ancianos no institucionalizados entre un 50 y un 70%", puntualiza.

"Por el momento, sabemos que el déficit de vitamina D se ha asociado con un mayor riesgo de fracturas osteoporóticas y los estudios demuestran que unos niveles adecuados de vitamina D puede reducir cerca de un 30% el riesgo de fractura. Por este motivo, en los pacientes en riesgo de osteoporosis se debe asegurar un aporte óptimo de vitamina D. Este suplemento no está tan claro en otras enfermedades", asevera.

_ La deficiencia de vitamina D es un problema de salud pública a nivel mundial

A raíz del creciente interés por el tratamiento de la hipovitaminosis D, el número de determinaciones han aumentado en los últimos años. El cribado universal de vitamina D no está indicado en la población general; tan solo debe hacerse en población de riesgo. Sociedades nacionales como la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) e internaciones como la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) han acordado que las necesidades óptimas de colcalciferol son las que permitan mantener unos niveles séricos en torno a 30 ng/ml.

"Se ha demostrado que tanto la exposición solar como el consumo de alimentos ricos en vitamina D son insuficientes para proporcionar la dosis adecuada diaria de vitamina D, aunque es la recomendación inicial para la población", aclara.

_ Tanto la exposición solar como el consumo de alimentos ricos en vitamina D son insuficientes para llegar a la dosis diaria recomendada

Para el tratamiento del déficit de vitamina D disponemos de vitamina D (colecalciferol), 25(OH) D3 (calcifediol), 1-25(OH)2D3 (calcitriol) y 1α(OH)D3 (alfacalcidiol). Los dos últimos tienen una vida corta, por lo que no se recomiendan para el tratamiento habitual del déficit de vitamina D. El colecalciferol y el calcifediol no son equipotentes. El calcifediol es más hidrofílica, tiene una vida media más corta, más rápida en su comienzo de acción y es de 3 a 6 veces más potente para elevar las concentraciones séricas de 25 (OH) D3. La dosis a utilizar depende de la causa y de la gravedad del déficit.

Se han estudiado múltiples regímenes de dosis y se ha encontrado que con distintas posologías se obtienen resultados similares. La monitorización del tratamiento se debe realizar a intervalos de 3-4 meses, y una vez alcanzadas las concentraciones séricas deseadas se debe continuar con dosis de mantenimiento.

Sesión Endo-joven

Queremos aprender y animar a otros jóvenes a potenciar su talento



Dra. Cristina Tejera.

Como ha sucedido en convocatorias anteriores, la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición dedica una sesión específica al futuro de la especialidad: la sesión Endo-joven está diseñada y protagonizada por ellos, como explica la Dra. Cristina Tejera, del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. El encuentro no solo da cabida a temas clínicos y de investigación, sino que ofrece una oportunidad para compartir experiencias.

"Este año tenemos la suerte de contar con tres ponentes de bandera. Por un lado, el Dr. Pedro Pinés, endocrinólogo y docente, que presentará el proyecto ENDONET. La mesa continuará con la experiencia de dos investigadores brillantes, que detallarán su participación activa en el grupo joven de sociedades europeas. En primer lugar, el Dr. Manuel Gahete, del Grupo Joven de ENEA (European Neuroendocrine Association) y en segundo lugar el Dr. Juan Manuel Jiménez en el Grupo Joven de ESE (European Society of Endocrinology).

La Dra. Tejera indica que en esta convocatoria el plan es aprovechar la mesa "para aprender, pero también para animar a otros jóvenes de nuestra sociedad a potenciar su talento", ya que el marco del congreso es "ideal para co-crear proyectos y establecer sinergias". También destaca la conjunción de las personas que se dedican a la clínica y otras que se dedican a la investigación, "los proyectos conjuntos siempre son más enriquecedores", afirma.

Para la especialista, está claro que la SEEN cuenta con una excelente cantera y las nuevas generaciones tienen el apoyo de otros socios más seniors. En otras ediciones, esta sesión ha sido muy bien acogida y el objetivo es que los endo-jóvenes vean en este grupo y sesión un espacio donde poder crecer.

_ La SEEN cuenta con una excelente cantera y el apoyo de los socios senior

Además del atractivo de la mesa en sí, la Dra. Tejera reconoce que se "juega con ventaja" al poder volver a contar con la presencialidad, aunque eso no significa en absoluto que vayan a olvidarse de los congresistas que se van a incorporar al encuentro desde su casa o trabajo.

La Dra. Tejera comparte funciones de moderadora con la Dra. Begoña Pla (Hospital Universitario de la Princesa de Madrid).

Errores innatos del metabolismo

Mejor pronóstico y evolución, ligados a la ampliación de las pruebas de cribado metabólico neonatal


Dra. Mª Luz Couce.

En el territorio de los errores innatos del metabolismo, la Dra. Mª Luz Couce, de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, considera que el descubrimiento de nuevos biomarcadores de detección, los avances en el campo de la genética y el desarrollo de nuevas terapias van a permitir que el cribado metabólico natal vaya progresando y ampliándose para detectar cada vez más enfermedades de una forma precoz. Con los nuevos hallazgos en este campo será posible conseguir un mejor pronóstico y evolución en diversas patologías.

La prevalencia estimada de las dolencias de este tipo es lógicamente variable dependiendo del tipo de alteración, pero todas comparten un elemento: encajan en la categoría de enfermedades consideradas raras, puesto que afectan a menos de 5 casos por cada 10.000 personas. "La más conocida, la fenilcetonuria, afecta a 1/10.000 personas", ha apuntado esta experta. No obstante, también ha puntualizado que, consideradas en su conjunto, no estamos ante un grupo de enfermedades infrecuentes. De hecho, puntualiza que "uno de cada 800 recién nacidos vivos nace con un error congénito del metabolismo".

Respecto a la reticencia de abordar este espectro de alteraciones en el entorno de Atención Primaria, documentado en algunos trabajos de investigación, la especialista razona que se trata de entidades que pueden ser de difícil manejo, a lo cual hay que sumar que han aumentado de forma muy significativa en los últimos años. A su modo de ver, "deben ser seguidas por pediatras o endocrinólogos/internistas, dependiendo de la edad, que estén especializados en su manejo". No obstante es muy importante que las conozcan también los médicos de AP, ya que para sospechar y pensar en algo se debe conocer previamente, y así podrán derivarlas adecuadamente.

_ Los IEM deben ser seguidos por pediatras o endocrinólogos

A pesar de que en la última década se han comunicado más de 400 "nuevas" enfermedades metabólicas hereditarias, existe evidencia de que muchos trastornos metabólicos hereditarios permanecen sin diagnosticar o erróneamente diagnosticados.

Una de las razones más importantes de ello es el desconocimiento en los ámbitos médicos fuera de los expertos en este tipo de patología, de la mayoría de los síntomas o síndromes altamente específicos que son claves para la sospecha clínica y el diagnóstico por confundirse con otras enfermedades más frecuentes (sepsis, hemorragia cerebral, insuficiencia cardiaca..), ha apuntado la Dra. Couce.

Se trata de un conjunto de enfermedades raras derivadas de un defecto enzimático en las rutas bioquímicas y metabólicas del metabolismo de las proteínas, grasas, carbohidratos o alteraciones en las funciones de los orgánulos que pueden presentarse como condiciones complejas y que afectan a diversos sistemas orgánicos. Su complejidad reside en la fisiopatología, el análisis bioquímico y molecular que conllevan, además de las opciones terapéuticas para su manejo.

Por su elevada frecuencia, algunos autores se inclinan por promover la detección de los errores innatos del metabolismo, también designados por las siglas IEM (del inglés inborn error of metabolism), en la fase de asesoramiento médico previa al embarazo, cuando la mujer o las parejas empiezan a considerar la posibilidad de tener descendencia y existe la oportunidad de realizar cribados. Su presentación puede darse 'in utero', en recién nacidos, adolescentes y adultos. Aunque la edad de presentación varíe, es frecuente que las formas más severas aparezcan en la primera infancia, asociadas a elevada morbilidad y mortalidad.

Algunos son detectables mediante ecografía, pero lo más frecuente es que la detección se produzca en el cribado neonatal. Esta estrategia ofrece la oportunidad de instaurar terapia con los tratamientos disponibles de una forma temprana.

