

Volumen 10 | Suplemento 3 | 2023

Noviembre 2023

www.endocrinologia.org.mx



REVISTA MEXICANA DE ENDOCRINOLOGÍA METABOLISMO & NUTRICIÓN

ÓRGANO OFICIAL DE EXPRESIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA
DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA, A.C.

ISSN: 2339-9643

Suplemento Noviembre 2023



SMNE LXIII
CONGRESO INTERNACIONAL
28 DE NOVIEMBRE AL 2 DE DICIEMBRE DEL 2023

POLIFORUM LEÓN, GUANAJUATO, MÉXICO
MODALIDAD HÍBRIDA



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com



REVISTA MEXICANA DE ENDOCRINOLOGÍA METABOLISMO & NUTRICIÓN

Órgano oficial de expresión de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Salvador Zubirán Anchondo
Fundador de la Sociedad Mexicana
de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Cuauhtémoc Vázquez Chávez
Fundador de la Revista
de Endocrinología y Nutrición

Editor

M. en C. Aldo Ferreira Hermosillo

Editores Asociados

MC. Abril Adriana Arellano Llamas
MC. Claudia Ramírez Rentería
Dr. Arnulfo González Cantú
Dra. Paloma Almeda Valdés

Comité Editorial Nacional

Dr. Ernesto Sosa Eroza
Dr. Héctor García Alcalá
Dr. Moisés Mercado Atri
Dr. Carlos Aguilar Salinas
Dr. Israel Lerman Graber
Dr. Manuel González Ortiz
Dra. Esperanza Martínez Abundis
Dr. Fernando Larrea Gallo
Dr. Eduardo Almeida Gutiérrez
Dr. en Psicología Víctor Rodríguez Pérez
MC. Enrique Murcio Pérez
MC. Alejandra Albarrán Sánchez
Dr. Agustín Dorantes Argandar
Dr. Román Hernández Ríos
MC. Jorge Iván González Díaz
Dr. Guiriber Landa Hidalgo
Mtro. Claudio Quinzanos Fresneda
Dr. Jorge Campos Cañas
MC. Carol Artigas Gómez
Dr. Carlos Ortega González
Dr. Francisco Gómez Pérez
Dr. Bernardo Pérez Enríquez
Dr. Cuauhtémoc Vázquez Chávez
Dr. Raúl Calzada León
Dr. Fernando Bolaños Gil de Montes
Dr. Nahum Méndez Sánchez
Dr. Norberto Chávez Tapia
Dr. Juan Pablo Pantoja Millán
Dr. Miguel F. Herrera Hernández
Dra. Rebeca E. Franco y Bourland
Dr. Daniel Motola Kuba
Dr. Armando R. Tovar Palacio
Dra. Martha Kaufer Horwitz
Dr. Gerardo Guinto Balánza
Dr. Mauricio Salcedo Vargas
Dra. Maria Eugenia Galvan Plata
Dr. Haiko Nellen Hummel
Dr. José Halabe Cherem
Dra. Edith Valdez Martínez
Dra. Elisa Nishimura Meguro
Dr. Alfredo Reza Albarrán
Dr. Eduardo García García
Dra. Alma Vergara López
Dr. Juan Miguel Malacara Hernández
Dr. Sergio Zúñiga Guajardo
Dr. Guillermo Flores Padilla
Dra. Patricia Victoria Torres Durán
Dra. Martha Guevara Cruz
Dr. Arturo Carrasco Quiroz
Dr. Horacio Márquez González
Dra. Rocío Lorena Arreola Rosales
Dr. Juan Carlos Anda Garay
MC. Rodolfo Guardado Mendoza
Dra. Berenice García Guzmán
Dra. Nitzia Graciela López Juárez

Índice

Carta de Bienvenida	3
Mesa Directiva 2023	4
Capítulos	4
Comisiones 2023	5
Eméritos 2023	7
Premios 2023	8
Programa	10
Trabajos Orales	19
Carteles	67
Centro de Convenciones Poliforum León	74
Alianza con otras Sociedades	75

Comité Editorial Internacional

Dr. Yanina Pepino	Dr. Ashley Grossman	Dr. Juan José Chillarón Jordan
Dr. Mark E. Molitch	Dra. Sonia Cheng Oviedo	Dr. Manuel Velasco
Dr. Omar Alberto Chávez Velázquez	Dr. Oscar Domingo Bruno Cestona	

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Presidenta	Secretario	Tesorero
Raquel Noemí Faradji Hazán	Eduardo Márquez Rodríguez	Juan Carlos Garnica Cuellar
Vicepresidente	Subsecretaria	Subtesorero
Juan Eduardo García García	Edith Alicia Vargas Contreras	José Antonio Cetina Canto

La Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición, anteriormente Revista de Endocrinología y Nutrición, es, desde 1993, el órgano de difusión de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C., una organización no gubernamental que agrupa a personal de la salud interesado en los campos de la nutrición, el metabolismo y de la endocrinología. Toda la correspondencia deberá ser dirigida al editor, el Dr. Aldo Ferreira, a las oficinas de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. (C/ Ohio, número 27, colonia El Rosedal, Delegación Coyoacán, C.P. 04340, Ciudad de México) Tels. 5336 2216; 5336 9182; 5336 9072.
ISSN: 2339-9643, eISSN: 2462-4144

The Mexican Journal of Endocrinology, Metabolism & Nutrition (Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición), formerly Journal of Endocrinology and Nutrition (Revista de Endocrinología y Nutrición) is since 1993 the house organ of the Mexican Society of Nutrition and Endocrinology (Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC). All correspondence must be addressed to the editor, Dr. Aldo Ferreira at the offices of the Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC. (c/ Ohio, Núm. 27, colonia El Rosedal, Delegación Coyoacán, C.P. 04340, Mexico City. Tels +52 55 5336 2216; 5336 9182; 5336 9072.
ISSN: 2339-9643, eISSN: 2462-4144

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

<http://publisher.revistamexicanadeendocrinologiaynutricion.permanyer.com>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permalyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permalyer@permalyer.com

Permalyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permalyer.com



www.permalyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Edición impresa en México

ISSN: 2339-9643

Ref.: 7944AX231

La Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición es open access con licencia Creative Commons. Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.

© 2023 Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. Publicado por Permalyer. Publicación open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Queridos Compañeros:

A 63 años de su primer Congreso Internacional, la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE), hoy es una de las instituciones referenciales de la Endocrinología y Nutrición a nivel internacional. La labor de todos y cada uno de los integrantes de la familia SMNE ha logrado que nuestro evento cumbre sea uno de los más sólidos, referenciados, respetados y solicitados en nuestra área.

El Congreso Internacional de la SMNE, es un acontecimiento que congrega la comunicación de la excelencia científica en las áreas de la endocrinología, nutrición y metabolismo generadas en el orbe y también el foro de exposición por antonomasia de la producción científica de nuestra membresía y de compañeros que consideran que nuestro foro es una oportunidad para exponer su trabajo.

La vinculación de la SMNE con múltiples instituciones académicas nacionales e internacionales nutren de manera extraordinaria nuestro programa. Estos lazos hacen posible que en esta edición podamos contar con profesores insignia a nivel global, a pesar de las todas dificultades que el entorno del mundo contemporáneo genera.

Es de resaltar que el programa académico no podría haberse concretado sin el arduo trabajo de cada uno de los integrantes de los 11 grupos de trabajo de nuestra SMNE, su labor permite asegurar la calidad y el equilibrio de la carta programática.

Pero nuestro LXIII Congreso Internacional, no sólo es ciencia. Es el punto de encuentro de la familia SMNE, para ello elegimos a la cálida ciudad de León, Guanajuato, que con su tradición, modernidad, cultura, ubicación, facilidades nos recibe para esta fiesta inolvidable.

Los tiempos que habitamos son de retos y bondades, y como tal los tomamos. El LXIII Congreso Internacional de la SMNE, es un evento híbrido, para seguir construyendo puentes hacia todo el que quiera establecer comunicación con nosotros a través de nuestra APP y conectados por todas las redes sociales bajo el *hashtag* #SMNE2023.

El Curso Internacional SMNE-AACE 2023, "Obesidad y Endocrinopatías una Relación Bidireccional", el Curso Avanzado de Ultrasonido de Tiroides, El Taller para Pacientes con Obesidad, La Jornada Cultural y la Noche Bohemia, tienen la intención de nutrir y redondear nuestra oferta académica.

Construyamos Puentes, en la ciencia, la fraternidad, la cultura, la paz y la historia de nuestra amada Familia SMNE. ¡Bienvenidos a nuestro LXIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología!

Mesa Directiva SMNE



Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Mesa Directiva 2023

RAQUEL NOEMÍ FARADJI HAZÁN

Presidenta

EDUARDO MÁRQUEZ RODRÍGUEZ

Secretario

JUAN CARLOS GARNICA CUELLAR

Tesorero

JUAN EDUARDO GARCÍA GARCÍA

Vicepresidente

EDITH ALICIA VARGAS CONTRERAS

Subsecretaria

JOSÉ ANTONIO CETINA CANTO

Subtesorero

Capítulos

DR. JOSÉ ARMANDO QUINTANILLA SILLER

Noreste

DRA. VERNA MÉNDEZ VALENZUELA

Sinaloa

DRA. CATALINA PERALTA CORTÁZAR

Guanajuato

DRA. MARGARITA BARRIENTOS PÉREZ

Puebla

DRA. MARIANA CHÁVEZ LÓPEZ

Peninsular

DR. EDUARDO ONTIVEROS MARTÍNEZ

Tamaulipas

DR. JOSÉ ROBERTO GÓMEZ CRUZ

Veracruz

DR. MARIO EDUARDO MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Oaxaca

DR. JUAN SALVADOR RAMÍREZ TEJEDA

Aguascalientes

DR. RICARDO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

San Luis Potosí

DRA. VIRIDIANA ESTEFANÍA TAPIA VARGAS

Valle de Toluca

DRA. DORA ALICIA DE LA CRUZ ROBLES

Laguna

DR. LUIS ENRIQUE VEGA CARRILLO

Chihuahua

DR. DIEGO ESPINOZA PERALTA

Sonora



Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Comisiones 2023

Comisión de divulgación científica

Presidente

Raquel N. Faradji Hazán
Eduardo Márquez Rodríguez
Juan Eduardo García García
Aldo Ferreira Hermosillo
Andrés León Suárez

Comité editorial de la revista

Editor en jefe

Editores asociados

Coeditores

Editor fundador

Aldo Ferreira Hermosillo
Abril Adriana Arellano Llamas
Claudia Ramírez Rentería
Arnulfo González Cantú
Paloma Almeda Valdés
Cuauhtémoc Vázquez Chávez

Editor página Web

Editora en jefe

Coeditores

Claudia Angélica Aguilar Serralde
Germán González de la Cruz
Fatima Margarita Rodríguez Dávila

Comisión de enseñanza

Presidente

Vocales

Juan Eduardo García García
Arturo Peña Velarde
Natalia De la Garza Hernández
Rubén Silva Tinoco

Comisión de investigación

Presidente

Secretario

Vocales

Raquel N. Faradji Hazán
Margarita Torres Tamayo
Eduardo Márquez Rodríguez
Alma Rosa Álvarez Mendoza
Juan Eduardo García García
Arnulfo González Cantú
Luis Ernesto Simental Mendía
Jorge Mario Molina Díaz
José Roberto Gómez Cruz
Alfredo Ulloa Aguirre

Comisión de honor y justicia

<i>Presidente</i>	Victoria Mendoza Zubieta
<i>Secretario</i>	Margarita Torres Tamayo
<i>Vocales</i>	Raquel N. Faradji Hazán
	Eduardo Márquez Rodríguez
	Juan Carlos Garnica Cuéllar
	Juan Eduardo García García
	Edith Alicia Vargas Contreras
	José Antonio Cetina Canto

Comisión de membresía

<i>Presidente</i>	José Antonio Cetina Canto
<i>Secretario</i>	Aleida de Jesús Rivera Hernández
<i>Vocales</i>	Raúl Rivera Moscoso
	Leonardo Mancillas Adame

Comisión de programa

<i>Presidente</i>	Raquel N. Faradji Hazán
<i>Secretario</i>	Eduardo Márquez Rodríguez
<i>Vocales</i>	Juan Carlos Garnica Cuéllar
	Juan Eduardo García García
	Edith Alicia Vargas Contreras
	José Antonio Cetina Canto

Comisión premio anual "Alfonso Rivera"

<i>Presidente</i>	Raquel N. Faradji Hazán
<i>Secretario</i>	Alejandro Sosa Caballero
<i>Vocales</i>	Victoria Mendoza Zubieta
	Margarita Torres Tamayo

Comisión premio anual "Salvador Zubiran"

<i>Presidente</i>	Raquel N. Faradji Hazán
<i>Secretario</i>	Eduardo Márquez Rodríguez
<i>Vocales</i>	Margarita Torres Tamayo
	Alma Rosa Álvarez Mendoza
	Juan Eduardo García García
	Arnulfo González Cantú
	Luis Ernesto Simental Mendía
	Jorge Mario Molina Díaz
	José Roberto Gómez Cruz
	Arturo Peña Velarde
	Ceres Araceli Ochoa Sosa

Comisión premio anual "Francisco Gómez Mont"

	Raquel N. Faradji Hazán
	Eduardo Márquez Rodríguez
	Juan Eduardo García García
	Arturo Peña Velarde

Eméritos 2023

Dra. María de la Luz Arredondo Gallegos
Dr. J. Raymundo Baeza Camacho
Dra. Raquel Bañuelos Álvarez
Dra. Luz Elena Bravo Ríos
Dra. Martha Mendoza García
Dr. Rene Ocampo Campos
Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa
Dra. Alma Rosa Ríos González
Dr. Pedro Torres Ambriz
Dra. Maricela Vidrio Velázquez



LXIII

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC

León, Guanajuato

Del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2023

Premios 2023

Premio Francisco Gómez Mont 2023

Dr. Daniel Cuevas-Ramos



El Dr. Daniel Cuevas-Ramos realizó sus estudios de especialidad en Medicina Interna y Endocrinología en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Cursó el posgrado en Diabetes en conjunto con el desarrollo de Maestría y después Doctorado en Ciencias Médicas y de la Salud de la UNAM, obteniendo los grados con mención honorífica. A partir de 2009 forma parte del Departamento de Endocrinología y Metabolismo del mismo Instituto como médico especialista e investigador clínico. Realizó sus estudios de post-doctorado en Cedars-Sinai Medical Center, Pituitary Center, Endocrinology Division, UCLA, en Los Ángeles, California, USA, por dos años, bajo la tutela del Dr. Shlomo Melmed. Logró publicar dos trabajos originales, uno de ciencia básica y el segundo de investigación clínica, ambos en el Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. Además desarrolló dos revisiones en colaboración con la Dra. Maria Fleseriu, publicados en Journal of Endocrinology y Journal of Molecular Endocrinology. Al regreso de su estancia fundó la Clínica de Neuroendocrinología, en el Departamento de Endocrinología del Instituto para proporcionar atención a pacientes con enfermedades hipotálamo hipofisarias y de la cual es jefe hasta la fecha. Es nivel 2 del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT con 61 publicaciones indexadas, más de 2500 citas desde 2009 (índice h 24 e índice i10 de 40). Dentro de su labor docente inició en cursos de licenciatura de Enfermería en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez y después como profesor titular de morfofisiología, patología clínica y endocrinología en la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Fue profesor en endocrinología, metodología y estadística básica en la Universidad Panamericana y la Universidad Anáhuac México Sur, respectivamente. Constantemente participa en tutorías recibiendo alumnos de verano de investigación de toda la república, médicos pasantes de servicio social, alumnos de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas y Ciencias Biológicas o Nutrición Clínica, alumnos de Alta Especialidad en Medicina inicialmente en Diabetes y Tiroides y actualmente es profesor titular del curso de Alta Especialidad en Neuroendocrinología en la UNAM. Es editor de cuatro libros, el más reciente titulado "Hipófisis", para alumnos del curso, con dos ediciones. Ha participado en 38 pláticas científicas nacionales y 6 internacionales, incluyendo un "Meet The Profesor" en el congreso de la Pituitary Society 2023. Recientemente desarrolló el primer Congreso Internacional de Egresados en Alta Especialidad de Neuroendocrinología, para continuar con su interés en estimular la participación de exalumnos en este tipo de foros. En conjunto con el Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la SMNE, participó en los posicionamientos del diagnóstico y tratamiento en acromegalia, enfermedad de Cushing y adenomas no funcionantes, así como actualmente es coordinador del posicionamiento de deficiencia de arginina-vasopresina.

Premio Alfonso Rivera 2023

Dr. Aldo Ferreira Hermosillo



El Dr. Aldo Ferreira Hermosillo nació en la Ciudad de México en 1983. Realizó sus estudios de licenciatura en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y se especializó en Endocrinología en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social. En dicha sede realizó sus estudios de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, con aval de la UNAM. Actualmente labora como investigador en la Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Es miembro de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, del Colegio de Endocrinólogos de México, la Endocrine Society y la American Society for Nutrition. Desde el año 2020 es el Editor en Jefe de la Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición, Editor Asociado de la revista BMC Endocrine Disorders y revisor en más de 25 revistas internacionales.

Con respecto a su actividad científica, es autor de 6 capítulos de libro y 86 artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, con más de 1000 citas. Ha sido asesor de 34 tesis de especialidad, 4 tesis de maestría y 1 tesis de licenciatura. Durante sus estudios de pregrado, fue acreedor a la Beca Maimónides y al premio Gustavo Baz Prada en el año 2018. A nivel institucional (IMSS), recibió el premio a la asesoría a mejor tesis médica en 2015 y en 2022 obtuvo el Reconocimiento a la Excelencia en Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico. Además, pertenece al Sistema Nacional de Investigadores nivel 2 del CONAHCYT.



LXIII

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
León, Guanajuato

Del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2023

USG Tiroides
*Curso Teórico Práctico Avanzado
de Ultrasonografía de Tiroides*



**HOSPITAL MAC
LEÓN GUANAJUATO
27 Y 28 DE NOVIEMBRE
DE 2023**

PROGRAMA ACADÉMICO

LUNES 27 NOVIEMBRE DE 2023

DÍA UNO: CURSO TEÓRICO

15:30 a 15:50 hrs.	Anatomía normal del ultrasonido de cabeza y cuello	Dr. Antonio Segovia Palomo
15:50 - 16:10 hrs.	Ultrasonido de la enfermedad tiroidea difusa	Dr. Luis Felipe Sánchez Arriaga
16:10 - 16:30 hrs.	Descripción de las características ultrasonográficas de los nódulos tiroideos	Dra. Gladys Córdoba Hernández
16:30 - 16:50 hrs.	Conceptos actuales de los sistemas de categorías de riesgo de los nódulos tiroideos	Dr. Alejandro Sosa Caballero
16:50 - 17:00 hrs.	RECESO	
17:00 - 17:20 hrs.	Desafíos en la evaluación ecográfica de los nódulos tiroideos	Dr. Marco Antonio Álvarez Arrazola
17:20 - 17:40 hrs.	Evaluación ecográfica de los ganglios linfáticos cervicales	Dr. Guillermo Montoya Rojo
17:40 - 18:00 hrs.	Técnicas para optimizar la biopsia por aspiración con aguja fina	Dr. Antonio Segovia Palomo
18:00 - 18:20 hrs.	SISTEMA BETHESDA 2023 Nuevos cambios en la clasificación de la citología de tiroides	Dra. Katherine Tatiana Redondo De Oro
18:20 - 18:40 hrs.	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE MINIMA INVASIÓN Enfermedad nodular tiroidea benigna y maligna	Dr. Luis Felipe Sánchez Arriaga
18:40 - 19:00 hrs.	CLAUSURA DEL CURSO	

MARTES 28 NOVIEMBRE DE 2023

DÍA DOS: CURSO PRÁCTICO

08:00 a 13:00 hrs.	TOMA DE BIOPSIAS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS DE MÍNIMA INVASIÓN DE CUELLO EN EL HOSPITAL MAC LEÓN - Participan todos los alumnos y profesores - Número aproximado de pacientes: 8 a 10	
--------------------	--	--



Curso Internacional SMNE-AACE 2023

OBESIDAD Y ENDOCRINOPATÍAS, UNA RELACIÓN BIDIRECCIONAL

MARTES 28 DE NOVIEMBRE DE 2023

16:00 a 16:15 hrs.	INAUGURACIÓN	
16:15 - 16:35 hrs.	El tejido adiposo como órgano endocrino	Dr. Juan Carlos López Alvarenga
16:35 - 16:55 hrs.	Evaluación endocrina del paciente con obesidad	Dr. Leonardo Mancillas Adame
16:55 - 17:10 hrs.	PREGUNTAS	
17:10 a 17:25 hrs.	RECESO	
17:25 - 17:45 hrs.	Pubertad precoz	Dra. Patricia Medina Bravo
17:45 - 18:05 hrs.	Anticoncepción en obesidad	Dra. Lidia Arce Sánchez
18:05 - 18:25 hrs.	Cambios adaptativos en la función gonadal	Dr. Ricardo Correa
18:25 - 18:40 hrs.	PREGUNTAS	
18:40 - 19:20 hrs.	¿Dónde estamos y hacia dónde vamos en el tratamiento farmacológico de la obesidad?	Dra. Gabriela Morales González
19:20 a 19:30 hrs.	CONCLUSIONES Y CIERRE DEL DÍA	
20:00 a 23:00 hrs.	NOCHE BOHEMIA Poliforum León	

MIÉRCOLES 29 DE NOVIEMBRE DE 2023

	SALÓN GT -1	SALÓN GT-2	SALÓN GT-3
07:00 a 07:50 hrs.	Reunión Grupo de trabajo Diabetes	Reunión Grupo de trabajo Obesidad	Reunión Grupo de trabajo Nutrición
08:00 a 08:10 hrs.	INTRODUCCIÓN		
08:10 - 08:30 hrs.	Diabesidad: ¿causa o efecto?	Dr. Fernando Javier Lavalle González	
08:30 - 08:50 hrs.	Remisión de la diabetes mellitus asociada a pérdida de peso	Dra. Emma Adriana Chávez Manzanera	
08:50 - 09:05 hrs.	PREGUNTAS		
09:05 - 09:25 hrs.	Corazón: más allá del riesgo cardiovascular	Dra. Mariana García Saldivia	
09:25 - 09:45 hrs.	De NAFLD a MAFLD: La importancia del nombre	Dr. Ricardo Ulises Macías Rodríguez	
09:45 - 10:05 hrs.	SAOS: los beneficios cardiometabólicos de su tratamiento	Dr. Luis Albrecht Septien Stute	
10:05 - 10:20 hrs.	PREGUNTAS		
10:20 a 11:00 hrs.	RECESO INAUGURACIÓN ÁREA COMERCIAL		
11:00 - 11:20 hrs.	Función tiroidea en las Obesidades	Dr. José Roberto Gómez Cruz	
11:20 - 11:40 hrs.	Disfunción suprarrenal y tejido adiposo	Dr. Richard J. Auchus	
11:40 - 12:00 hrs.	PREGUNTAS		
12:00 - 12:20 hrs.	EOSS:¿La evaluación de la salud mental es una barrera?	Dra. Verónica Vázquez Velázquez	
12:20 - 12:40 hrs.	Conducta alimentaria y repercusión metabólica	Dr. Héctor Esquivias Zavala	
12:40 - 12:50 hrs.	PREGUNTAS		
12:50 - 13:30 hrs.	CONFERENCIA MAGISTRAL Obesidad: La meta terapéutica de los dos dígitos	Dr. Cristóbal Morales Portillo	
13:30 - 13:45 hrs.	PREGUNTAS		
13:45 a 14:00 hrs.	CLAUSURA		
14:00 a 15:30 hrs.	SALÓN IND-1 COMIDA CURSO INTERNACIONAL, LILLY DT2: Glucosa y Peso Una nueva era de redefinición de los objetivos de tratamiento Dr. Cristobal Morales Portillo	RESTAURANTE MA COME NO COMIDA ENCUENTRO CON EL EXPERTO Dra. Chantal Mathieu Grupo de Trabajo DT1	



SMNE LXIII

CONGRESO INTERNACIONAL

MIÉRCOLES 29 DE NOVIEMBRE DE 2023

17:00 a 17:30 hrs.	TEATRO BICENTENARIO CEREMONIA DE INAUGURACIÓN: BIENVENIDA
17:30 a 18:15 hrs.	TEATRO BICENTENARIO CONFERENCIA PLENARIA INAUGURAL: El nuevo rostro de la diabetes: un recorrido en la historia hacia una nueva realidad The new face of diabetes: from historical milestones to a new reality Ponente: Dr. Chantal Mathieu Coordinadora: Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán
18:15 a 19:00 hrs.	TEATRO BICENTENARIO EVENTO MUSICAL
19:00 a 22:00 hrs.	EXPLANADA TEATRO BICENTENARIO COCKTAIL DE BIENVENIDA

JUEVES 30 DE NOVIEMBRE DE 2023

Horario	SALÓN GT-1		SALÓN GT-2		SALÓN GT-3	
07:00 a 07:50 hrs.	Reunión Grupo de trabajo DT1		Reunión Grupo de trabajo Tiroides		Reunión Grupo de trabajo Neuroendocrinología	
08:00 a 09:00 hrs.	SALÓN -1	SALÓN-2	SALÓN-3	SALÓN IND-1	SALÓN IND-2	
	Encuentro con el Profesor (MTP) - AACE Coordinador: Dr. José Antonio Cetina Canto Endocrinopatías asociadas a inhibidores de puntos de control inmunitarios. (Immune Checkpoint Inhibitors Related Endocrinopathies) Ponente: Dr. Ricardo Correa	MINI SIMPOSIO SMEP SINDROME DE TURNER: TRANSICION Y SEGUIMIENTO EN LA ETAPA ADULTA Coordinador: Dr. Héctor Raúl Rivero Escalante Reemplazo hormonal del adolescente al adulto Ponente: Dr. D. J. Mario Molina Díaz ¿Y qué hacemos con las gónadas? Ponente: Dra. María de la Luz Ruiz Reyes Seguimiento de comorbilidades Ponente: Dr. Oscar Ochoa Romero Preguntas y respuestas	MINI SIMPOSIO Diabetes and hypertension care disruption during the pandemic and recovery approaches implemented: Latin American and Caribbean Perspective COVID Disruption and Recovery LAC research group Coordinador: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas Methodology of scoping review Ponente: Dra. Samira B Jabakhanji Disruptions in care Ponente: Dra. Oluwabunmi Ogungbe Interventions that were most effective Ponente: Dra. Roopa Mehta Recommendations and Conclusions Ponente: Dr. Edward Gregg Preguntas y respuestas	DESAYUNO Calorie Control Council Comprender los desarrollos recientes en las pautas de edulcorantes Coordinadora: Dra. Rebecca Lopez-García Edulcorantes bajos en calorías - ¿Deberían recomendarse para controlar el peso? Ponente: Dr. Hugo Laviada Molina Directrices sobre edulcorantes bajos en calorías - Explicación de los hallazgos contradictorios Ponente: Dr. John Sievenpiper	DESAYUNO EUROFARMA	
09:15 a 10:00 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: Enfermedades adrenales a través de la historia Historical Milestones in Adrenal Diseases Ponente: Dr. Richard Auchus Coordinadora: Dra. Perla A. Carrillo González					

JUEVES 30 DE NOVIEMBRE DE 2023

Horario	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3	
10:00 a 11:30 hrs.	SIMPOSIO EASD Coordinadoras: Dra. Chantal Mathieu y Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán Cardiorenal protection in diabetes and beyond Ponente: Dr. Per-Henrik Groop Smart insulin pens-closing the loop for people on MDI Ponente: Dr. Julia Mader Once weekly insulins: what clinicians and people with diabetes want to know Ponente: Dra. Chantal Mathieu Preguntas y respuestas	SIMPOSIO DISLIPIDEMIA Coordinador: Dr. Dr. Carlos A. Aguilar Salinas Consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias Ponente: Dr. Antonio Vallejo Toma de postura de la SMNE en el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias Ponente: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas La terapia hipolipemiente y la enfermedad hepática no alcohólica Ponente: Dr. José de Jesús Garduño García Panel de discusión	SIMPOSIO OBESIDAD Fenotipos de obesidades: La necesidad de individualizar los tratamientos Coordinadora: Dra. Emma Adriana Chávez Manzanera La necesidad de individualizar el tratamiento farmacológico para el manejo de obesidad Ponente: Dr. Mauricio Vera Zertuche, <i>Centro Médico ABC Observatorio.</i> Perspectivas futuras: Utilización de la inteligencia artificial como herramienta de abordaje y tratamiento de obesidad Ponente: Dr. Juan Carlos López Alvarenga, <i>Universidad de Texas Rio Grande Valley.</i> Preguntas y respuestas	
	11:30 a 12:15 hrs.	ESPACIO PARA CIENCIA Y CAFÉ - SMNE HUBS (ÁREA COMERCIAL)		
	11:40 a 12:10 hrs.	HUB 1 SANOFI (ÁREA COMERCIAL) Deeping into the stratification of T1D Ponente: Dra. Chantal Mathieu		HUB 2 LILLY (ÁREA COMERCIAL) Develando el Poder del GIP en la DT2 Ponente: Dr. Cristobal Morales Portillo
		TRABAJOS LIBRES ORALES SALONES 1, 2, 3 y 4		
	13:15 a 14:00 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: Nódulos Tiroideos: ¿Qué ha cambiado en los últimos 50 años? Thyroid Nodules: What’s changed in 50 years? Ponente: Dr. Jeffrey Garber Coordinador: Dr. Alejandro Sosa Caballero		
14:00 a 15:30 hrs.	SALÓN IND-1 COMIDA SIMPOSIO ASTRAZENECA De la detección oportuna a la práctica clínica en la prevención de complicaciones cardio-reno-metabólicas de la diabetes tipo 2 Ponente: Dr. Juan Manuel Mejía	SALÓN IND-2 COMIDA SIMPOSIO SANOFI De la investigación a la práctica clínica cotidiana en DMT1 y DMT2 Ponentes: Dra. Roopa Metha y Dr. Juan Rosas Guzmán	SALÓN IND-3 COMIDA SIMPOSIO NOVONORDISK Navegando las fronteras terapéuticas en el uso de arGLP-1 Ponentes: Dr. Leonardo Mancillas Adame y Dr. Guillermo González Gálvez	

JUEVES 30 DE NOVIEMBRE DE 2023

	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3	SALÓN-4
SIMPOSIOS 15:30 a 17:00 hrs.	SIMPOSIO NEUROENDOCRINOLOGÍA Posicionamiento de la SMNE de los tumores hipofisarios Coordinadora: Dra. Maricela Vidrio Velázquez Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Cushing Ponente: Dra. Etual Espinosa Cárdena Caso clínico: Dr. Ricardo Alejandro Ortiz Reyes Adenoma de Hipófisis No funcionantes Ponente: Dra. Guadalupe Vargas Ortega Caso clínico: Dr. Benito Domínguez Rubio Prolactinoma e Hiperprolactinemia Ponente: Dr. Ernesto Sosa Eroza Caso clínico: Dr. Alfredo Nava De la Vega	SIMPOSIO ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA Retos endocrinológicos en la adolescencia y adultez joven sobrevivientes de neoplasia diagnosticada en la infancia Coordinadora: Dra. Aleida de J. Rivera Hernández Alteraciones tiroideas funcionales y estructurales en sobrevivientes de neoplasias hematológicas Ponente: Dra. Isis Pamela Martínez López Supervivientes de tumores del área selar y paraselar (craneofaringioma y disgerminoma) Ponente: Dra. Ana Laura López Beltrán Complicaciones cardiometabólicas en supervivientes de cáncer en edad pediátrica Ponente: Dra. Jessie Nayelli Zurita Cruz Alteraciones de la fertilidad en superviviente de cáncer diagnosticado en la infancia Ponente: Dra. Mónica Margarita Madrigal González	SIMPOSIO NUTRICIÓN Alcances de la nutrición para el abordaje integral de la Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA) Coordinadora: PhD Elizabeth Solís Pérez NC Fisiopatología molecular de la Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico (EHGNA) Ponente: Dr. Ricardo Ulises Macías Rodríguez Perspectivas de prevención de la EHGNA en México desde sus raíces fisiopatológicas Ponente: Dr. Juan Mauricio Vera Zertuche Abordaje Nutricio de la EHGNA Ponente: Dra. Astrid Ruiz Margain	TALLER ACADÉMICO 15:30 a 17:30 hrs. Taller Avanzado en Sistemas Integrados de Microinfusoras y Monitoreo Continuo de Glucosa (MCG) Coordinador: Dr. Juan Ramón Madrigal Sanromán Profesores: Dr. Pieter Gillard Dra. Elena Sainz de la Maza Dr. Carlos A. Antillón Ferreira
17:00 a 17:15 hrs.	RECESO			
17:15 a 18:30 hrs.	Carteles: Ciencia y Vino (ZONA DE CARTELES)			
17:15 a 18:30 hrs.	SALÓN IND-1 TALLER NOVONORDISK Abordaje temprano de factores de riesgo cardiometabólicos Ponentes: Dra. Paloma Almeda Dr. Oded Stempa	SALÓN IND-2 TALLER ABBBOTT Taller avanzado para la interpretación de los reportes del monitoreo continuo de glucosa Ponente: Dr. Adrian Proietti	SALÓN IND-3 TALLER ASTRAZENECA Discusión de caso clínico para la detección temprana y manejo del paciente con ERC: como endocrinólogos ¿llegamos a tiempo? Ponente: Dr. Juan Manuel Mejía	
18:30 a 20:00 hrs.	SESIÓN DE NEGOCIOS: ASAMBLEA SMNE (SALÓN 1)			
20:30 a 22:30 hrs.	CENA DE PROFESORES			

VIERNES 1 DE DICIEMBRE DE 2023

06:00 a 07:00 hrs.	CARRERA 5 km. (PARQUE EXPLORA)				
Horario	SALÓN GT-1	SALÓN GT-2	SALÓN GT-3	SALÓN GT-4	
	Reunión Grupo de trabajo Dislipidemia	Reunión Grupo de trabajo Endocrinología Reproductiva	Reunión Grupo de trabajo Metabolismo Óseo	Reunión Grupo de Trabajo Endocrinología Pediátrica	
	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3	SALÓN IND-1	SALÓN IND-2
	MESA DE DISCUSIÓN TIROIDES - PEDIATRÍA Coordinadora: Dra. Ana Laura Bahena García Manejo del hipertiroidismo en niños Profesores: Dra. Ana Laura Bahena García Dra. María de la Luz Ruiz Reyes Dra. Aleida Rivera Hernández Dr. Raúl Calzada León	MINISIMPOSIO Más allá de la insulina y la glucosa en Diabetes Tipo 1 Coordinadora: Dra. Natalia de la Garza Hernández Los pacientes con DT1 ¿deberían tener acceso a iSGLT2 y aGLP1? Ponente: Dr. Pieter Gillard Mas allá de iSGLT2 y aGLP1 en DT1 Ponente: Dr. Adrian Proietti	ENCUENTRO CON EL PROFESOR NEUROENDOCRINOLOGÍA Coordinadora: Dra. Claudia Ramírez Rentería ¿Diabetes insípida o Deficiencia de Vasopresina? Ponente: Dr. Daniel Cuevas Ramos	DESAYUNO ENCUENTRO CON EL PROFESOR ASOFARMA Control efectivo de DM2 con iDPP4, como estrategia de inicio y adición Ponente: Dr. Valentín Sánchez Pedraza	DESAYUNO ENCUENTRO CON EL PROFESOR EXELTIS Inositoles: Innovación en el manejo de la resistencia a la insulina Ponente: Dra. Nitzia López Juárez
09:15 a 10:00 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: Evolución del tratamiento de las dislipidemias a lo largo de los años: cómo la investigación ha impactado la mortalidad cardiovascular Ponente: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas Coordinador: Dr. Eduardo Márquez Rodríguez				
	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3		
	SIMPOSIO METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL Coordinadores: Dr. Alfredo A. Reza Albarrán y Dra. Victoria Mendoza Zubieta Enfoque para el diagnóstico y tratamiento del raquitismo hipofosfatémico Approach to diagnosis and management in hypophosphatemic rickets Ponente: Dr. Matthew Drake Osteoporosis post-transplante Ponente: Dra. Laura Gómez Herrera Hipercalcemia hipocalciúrica familiar Ponente: Dra. Dolores Shoback	SIMPOSIO EAS Coordinadora: Dra. Perla Carrillo González Nuevas terapias hipolipemiantes Ponente: Dra. Lale Tokgozoglu Controversias en la evaluación del riesgo aterogénico relacionado con las lipoproteínas Ponente: Dra. Roopa Mehta Controversias en los objetivos terapéuticos de las dislipidemias Ponente: Dr. Diego Espinoza Peralta Panel de discusión	SIMPOSIO DIABETES Avances en remisión de la diabetes Coordinadora: Dra. Paloma Almeda Valdés Remisión en Diabetes Tipo 2: una necesidad no satisfecha a pesar de tratamientos efectivos Ponente: Dr. Hertzell Gerstein ¿Cuál es la evidencia de estrategias nutricionales en la remisión de diabetes? Ponente: Dr. Fernando Lavalle González ¿Qué evidencia existe sobre fármacos modificadores de la historia natural de la diabetes? Ponente: Dr. Guillermo González Gálvez ¿Cuál es la evidencia de procedimientos quirúrgicos para la remisión de diabetes? Ponente: Dra. Natalia de la Garza Hernández Discusión/Preguntas y respuestas		
11:30 a 12:15 hrs.	ESPACIO PARA CIENCIA Y CAFÉ - SMNE HUBS (ÁREA COMERCIAL)				
	HUB 1 LILLY (ÁREA COMERCIAL)		HUB 2 ASTRAZENECA (ÁREA COMERCIAL)		
	Decisiones clínicas que cambian el curso de la Diabetes tipo 2 Ponente: Dra. Carmen Fajardo		El arte de gestionar un equipo multidisciplinario en el abordaje cardiorenal del paciente con DM2 Ponente: Dra. Roopa Mehta		

VIERNES 1 DE DICIEMBRE DE 2023

12:15 a 13:00 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: Tratamiento secuencial de osteoporosis postmenopausica: perspectiva historica Ponente: Dra. Dolores Shoback Coordinador: Dr. Alfredo A. Reza Albarrán			
13:00 a 14:00 hrs.	TRABAJOS LIBRES ORALES SALONES 1, 2, 3 y 4			
14:00 a 16:00 hrs.	SALÓN IND-1 COMIDA SIMPOSIO SANOFI New horizons in T1D, is it possible to prevent? Ponente: Dra. Chantal Mathieu	SALÓN IND-2 COMIDA SIMPOSIO LILLY-BI ALIANZA ¿Qué pasaría si pudiéramos regresar el tiempo? Optimización en el cuidado del paciente que vive con DT2 y condiciones cardiovasculares, renales y metabólicas usando iSGLT2 Ponente: Dra. Carmen Fajardo	SALÓN IND-3 COMIDA SIMPOSIO ROCHE BIENVENIDA Dra. Paloma Almeda Valdés ¿Cómo pueden las soluciones digitales conectadas respaldar la atención óptima del paciente con Diabetes? Experiencia de un centro en Argentina Ponente: Dr. Alejandro Dain Importancia del uso de biomarcadores para Insuficiencia Cardiaca en DM2 Ponente: Dr. Jorge Yamamoto Cuevas	
Horario	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3	SALÓN-4
	SIMPOSIO ENDOCRINE SOCIETY Coordinadora: Dra. Perla A. Carrillo González El bueno, el malo y el feo ¿cómo abordar incidentalomas adrenales? Profesores: Dra. Irina Bancos Dra. Etual Espinosa Cárdenas	SIMPOSIO GRUPO DT1 Ejercicio en DT1: Retos y soluciones (Technology and Sports in Type 1 Diabetes: Advances and Perspectives Towards the Future) Coordinador: Dr. Alfonso Garduño Introducción al manejo del ejercicio en la diabetes tipo 1 Introduction to exercise management in type 1 diabetes Ponente: Dra. Teresa Cárdenas Gutiérrez Impacto de diferentes tipos de ejercicio en la diabetes tipo 1 Impact of different types of exercise in T1D Ponente: Dr. Antonio Cervera Cetina Uso de MCG con y sin sistema de asa cerrada híbrida para actividad física y deporte Use of CGM with and without hybrid close loop insulin therapy for activity and sport Ponente: Dr. Michael Riddell	SIMPOSIO ENDOCRINOLOGÍA REPRODUCTIVA Coordinador: Dr. Alfredo Ulloa Transición terapéutica de la pubertad a la edad reproductiva en Hipogonadismo Hipogonadotrófico Sindromático Ponente: Dra. Lidia Arce Sánchez Amenorrea Hipotalámica Funcional. Desafío diagnóstico y terapéutico Ponente: Dra. Miriam Lyzbeth Sánchez García Insuficiencia ovárica prematura. Enfermedades endocrinas autoinmunes y su relación Ponente: Dra. Nitzia López Juárez Preguntas y respuestas	TALLER ACADÉMICO PASO A PASO 16:00 a 18:00 Coordinador: Dr. Héctor Infanzon Talango Profesores: Dra. Marcela Janka Zires Dr. Héctor Infanzon Talango
16:00 a 17:30 hrs.				
17:30 a 17:45 hrs.	RECESO			
17:45 a 19:00 hrs.	CARTELES: CIENCIA Y VINO (ZONA DE CARTELES)			
17:45 a 19:00 hrs.	SALÓN IND-2 TALLER ABBOTT Taller avanzado de monitoreo continuo de glucosa Ponente: Dr. Adrián Proietti		SALÓN IND-3 TALLER ULTRAGENYX Actualización de FGF23	
20:00 a 23:00 hrs.	Hotel Hotsson León CENA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS			

SÁBADO 2 DE DICIEMBRE DE 2023

Horario	SALÓN-1	SALÓN-2	SALÓN-3	SALÓN IND-1	SALÓN-4
MINI SIMPOSIOS 08:00 a 09:00 hrs.	MINI SIMPOSIO METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL Coordinadoras: Dra. Dania L. Quintanilla Flores y Dra. Anabel Rodríguez Romo Osteonecrosis de la mandíbula Ponente: Dr. Eduardo Ramírez Butanda Burosumab Ponente: Dr. Matthew Drake Ostomorfos, denosumab y resorción ósea Ponente: Dra. Paulina Crespo Morfín	ENCUENTRO CON EL PROFESOR COLEGIO DE ENDOCRINÓLOGOS DE MÉXICO Coordinadora: Dra. Lisndey Alamilla Lugo El papel del glucagon en diabetes tipo 2 Ponente: Dr. Valentín Sánchez Pedraza	MINISIMPOSIO TERAPIAS DE REEMPLAZO CELULAR EN DIABETES Coordinador: Dr. Alejandro Romero Zazueta Panorama actual: trasplante de páncreas e islotes Ponente: Dr. Braulio A. Marfil Garza El futuro: terapia de reemplazo celular (hematopoyéticas y células madre) Ponente: Dr. Fernando Lavalle González Preguntas y respuestas	CURSO SOBRE OBESIDAD PARA PACIENTE Y FAMILIARES NOVO NORDISK 08:00 a 11:00 hrs.	TALLER APRECIACIÓN DE LA LITERATURA MEDICA: EVALUACIÓN CRÍTICA- DEL LABORATORIO A LA PRÁCTICA CLÍNICA (CUPO LIMITADO 40 PERSONAS) 08:00 a 11:00 hrs. KER Unit México UANL-Mayo Clinic Coordinador: Dr. Med. MSc. René Rodríguez-Gutiérrez 1era Hora: Introducción a la Lectura Crítica/Tipos de Instrumentos Ponente: Dr. Med. MSc. René Rodríguez-Gutiérrez 2da Hora: Aplicando los Instrumentos de Lectura Crítica a la Evidencia Científica Ponente: Dr. Med. Neri A. Álvarez-Villalobos 3era Hora: Aplicando la Evidencia Científica a mi Paciente Ponente: Dr. Med. MSc. René Rodríguez-Gutiérrez
09:15 a 10:00 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: Hitos de la biología molecular en neuroendocrinología Ponente: Dr. Moisés Mercado Atri Coordinadora: Dra. Alma Vergara López				
10:00 a 11:30 hrs.	SALÓN-1 SIMPOSIO TIROIDES: ACTUALIDADES EN ENFERMEDADES TIROIDEAS Coordinador: Dr. Sigfrido Miracle López Actualidades en el tratamiento del Cáncer Diferenciado de Tiroides (CDT) Refractario Ponente: Dra. Nicole Marie Iñiguez Ariza Actualidades en el Síndrome Eutiroideo Enfermo Fisiopatología Ponente: Dr. Pedro Torres Ambriz Cuadro clínico y tratamiento Ponente: Dra. Alma Vergara López Alteraciones tiroideas en falla renal e hígado graso Ponente: Dr. José Roberto Gómez Cruz Preguntas y respuestas	SALÓN-2 SIMPOSIO SMC Coordinadora: Dra. Margarita Torres Tamayo Enfermedad cardiovascular en la mujer: un asunto olvidado Epidemiología de la enfermedad cardiovascular en la mujer Ponente: Dr. Jorge Eduardo Cossio Aranda ¿Tienen el mismo impacto los factores de riesgo cardiovascular en la mujer y en el hombre? Ponente: Dra. María de Lourdes Morato Hernández Otros factores de riesgo cardiovascular propios de la mujer: embarazo, anticoncepción, terapia de reemplazo hormonal Ponente: Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa	SALÓN-3 SIMPOSIO SEEN: PERSPECTIVA IBEROAMERICANA DE LA PATOLOGÍA ADRENAL Coordinador: Dr. Juan Carlos Garnica Cuéllar Novedades en incidentaloma adrenal Ponente: Dra. María Concepción Blanco Enfoque práctico en el diagnóstico y tratamiento del hiperaldosteronismo primario Ponente: Dr. Jorge Ruiz Hipertensión arterial de origen mineralocorticoide Ponente: Dr. Alfredo A. Reza Albarrán Preguntas y respuestas		
11:45 a 12:30 hrs.	SALÓN 1 CONFERENCIA PLENARIA: De la Diabetes a la Metabesidad, cambiando la historia desde el origen Ponente: Dr. Cristóbal Morales Portillo Coordinadores: Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán y Dr. Eduardo García García				
12:30 a 13:00 hrs.	CLAUSURA				

Trabajos Orales

PO-1. 85-LB: RESULTADOS DE LA MCG Y DE LA DURACION DE HIPOGLUCEMIA CON INSULINA ICODEC UNA VEZ A LA SEMANA VS. INSULINA GLARGINA U100 UNA VEZ AL DÍA EN PACIENTES CON T2D NO TRATADA CON INSULINA-ONWARDS 1 UN ANÁLISIS EXPLORATORIO

Ruiz Padilla Claudia Lorena¹, Díaz Cruz Cristal³, Bergenstal . Richard M², Watt . Sara K.², Matos . Ana Laura S.A.², Lingvay . Ildiko², Mader . Julia K. ², Nishida . Tomoyuki², Rosenstock . Julio²

¹Hospital San Javier , ²Novo Nordisk A/S Søborg Denmark, ³Novo Nordisk México

Introducción

En ONWARDS 1, un ensayo abierto y aleatorizado de fase 3a (NCT04460885), en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (T2D) sin tratamiento previo con insulina.

Objetivo

Evaluar el tiempo en rango (TIR), el tiempo por debajo del rango (TBR) y el tiempo por encima del rango (TAR), la duración de hipoglucemia en las semanas 0-4, 22-26, 48-52 y 74-78 bajo tratamiento con insulina icodec una vez a la semana o insulina glargina U100 una vez al día.

Material y Métodos

TIR (70-180 mg/dL), TAR (>180 mg/dL), TBR (<70 y <54 mg/dL), la duración media de hipoglucemia <70 mg/dL y la proporción de episodios gastados <54 mg/dl fueron evaluados con un sistema de monitorización continua de glucosa (MCG) doble ciego en periodos preespecificados en las semanas 0-4, 22-26, 48-52 y 74-78.

Resultados de la MCG y de la duración de hipoglucemia con insulina icodec una vez a la semana vs. insulina glargina U100 una vez al día en pacientes con T2D sin tratamiento previo con insulina: ONWARDS 1 análisis exploratorio

	Semana 0 – 4 (Durante iniciación)			Semanas 22 – 26 (Mitad ensayo, estado estable)			Semanas 48 – 52 (Fin de fase principal, estado estable)			Semana 74 – 78 (Fin de extensión, estado estable)		
Resultados de MCG	Icodec (N=492)	Glargine U100 (N=492)	Diferencia de tratamiento / ratio (95% CI). Valor de p	Icodec (N=492)	Glargine U100 (N=492)	Diferencia de tratamiento / ratio (95% CI). Valor de p	Icodec (N=492)	Glargine U100 (N=492)	Diferencia de tratamiento / ratio (95% CI). Valor de p	Icodec (N=492)	Glargine U100 (N=492)	Diferencia de tratamiento / ratio (95% CI). Valor de p
TIR _{70-180 mg/dL} , %	50.1	52.5	ETD: -2.39 (-5.79, 1.02) ^a P=0.1694	73.4	69.7	ETD: 3.57 (1.27, 5.87) ^a P=0.0024	71.9	66.9	ETD: 4.27 (1.92, 6.62) ^a P=0.0004	70.2	64.8	ETD: 4.41 (1.92, 6.90) ^a P=0.0005
TAR _{>180 mg/dL} , %	49.6	47.2	ETD: 2.34 (-1.09, 5.77) ^a P=0.1812	25.6	29.4	ETD: -3.69 (-6.03, -1.34) ^a P=0.0021	26.9	32.3	ETD: -4.58 (-6.99, -2.17) ^a P=0.0002	28.7	34.3	ETD: -4.65 (-7.20, -2.10) ^a P=0.0004
TBR _{<70 mg/dL} , %	0.3	0.3	ETR: 1.20 (0.85, 1.70) ^b P=0.3091	1.0	0.9	ETR: 1.10 (0.89, 1.38) ^b P=0.3782	1.2	0.8	ETR: 1.48 (1.19, 1.84) ^b P=0.0004	1.1	0.8	ETR: 1.34 (1.07, 1.68) ^b P=0.0121
TBR _{<54 mg/dL} , %	0.1	0.1	ETR: 1.27 (0.81, 1.97) ^b P=0.2946	0.2	0.2	ETR: 1.16 (0.86, 1.55) ^b P=0.3321	0.3	0.2	ETR: 1.27 (0.94, 1.71) ^b P=0.1134	0.3	0.2	ETR: 1.20 (0.89, 1.61) ^b P=0.2346
Participantes logrando >70% TIR = <25% TAR = <4% TBR <10 mg/dL, %	21.5	23.1	^a c	54.8	43.0	OR: 1.61 (1.23, 2.11) ^d P=0.0005	49.0	35.0	1.68 (1.28, 2.21) ^d P=0.0002	47.0	35.9	1.49 (1.13, 1.96) ^d P=0.0049
Duración global de episodio de hipoglucemia (<70 mg/dL) en minutos, mediana (IQR)	35 (20, 65)	35 (20, 60)	^a c	35 (20, 65)	35 (20, 70)	^a c	35 (20, 70)	35 (20, 70)	^a c	35 (20, 70)	35 (20, 70)	^a c

Tabla. Resultados de las medidas de MCG de ONWARDS 1

Los datos de Dexcom G6 fueron cegados tanto para los participantes del ensayo como a los investigadores. Los valores de TIR, TBR y TAR son datos observados y representan las proporciones medias de tiempo pasado dentro de los rangos glucémicos especificados durante un periodo de 24 horas. ^a ETD (icodec-glargine U100). ^b ETR (icodec-glargine U100). El TIR y el TAR se analizaron mediante un modelo ANOVA con tratamiento y región como factores fijos; los valores fallantes se imputaron mediante imputación múltiple para las semanas 48-52 y 74-78. La TBR se analizó utilizando un modelo de regresión binomial negativo (log link), con el tratamiento y la región como factores fijos, y el logaritmo del número total de mediciones registradas como un desplazamiento. ^c Se realizó la medición de Odds ratio para las semanas 0-4 no calculado como no estacionario. ^d Odds ratio. La respuesta binaria después de 26, 52, 78 semanas se analizó utilizando un modelo de regresión logística binaria (enlace logit) con tratamiento y región como factores fijos. ^a Análisis estadísticos no realizados para la duración de los episodios de hipoglucemia < 70 mg/dL.

ANOVA, análisis de varianza; MCG, monitorización continua de glucosa; ETD: diferencia de tratamiento estimada; ETR: ratio de tratamiento estimado; icodec, insulina icodec; IQR, rango intercuartil; glargina, insulina glargina; n, número de individuos; N, número total de individuos; DE: desviación estándar; TAR, tiempo por encima del rango; TBR, tiempo por debajo del rango; TIR, tiempo en rango

Resultados

En las semanas 22-26, 48-52 y 74-78, la TIR media con icodec cumplió el objetivo recomendado de >70%; TIR y TAR mejoraron significativamente con icodec frente a glargina, sin diferencias significativas entre los brazos en TBR <54 mg/dL (Tabla). Hubo una diferencia a favor de la insulina glargina en TBR <70 mg/dL en las semanas 48-52 y 74-78, pero la media de TBR <70 mg/dL y TBR <54 mg/dL estuvieron por debajo de los objetivos recomendados (4% y 1%, respectivamente) en todos los periodos de tiempo para ambos brazos. TIR, TBR y TAR no se modificaron significativamente entre los brazos en las semanas 0-4. La duración media de la hipoglucemia <70 mg/dL y la proporción de tiempo <54 mg/dL fueron similares entre los brazos en todos los periodos de tiempo.

Conclusiones

En resumen, TIR y TAR en las semanas 22-26, 48-52 y 74-78 mejoraron significativamente con icodec frente a glargina U100, sin diferencias significativas en TBR <54 mg/dL y una duración similar de la hipoglucemia <70 mg/dL entre los brazos.

Palabras clave:

T2D, MCG, HIPOGLUCEMIA, ICODEC, GLARGINA, ONWARDS 1

PO-2. MEJORA DE LA A1C Y DEL TIEMPO EN RANGO (TER) CON LA INSULINA SEMANAL ICODEC CONTRA LA INSULINA GLAGINA U100 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 SIN USO PREVIO DE INSULINA – ONWARDS-1

Valdez Solis Emmanuel Marin³, Yokoyama Madokoro Megumi Erika¹, Rosenstock .

Julio⁵, Bain . Stephen C⁶, Gowda . Amoolya⁸, Horio . Hiroshi⁹, Jodar . Esteban¹⁰,

Lehrskov . Lars⁴, Lingvay . Ildiko¹¹, Trevisan . Roberto², Mosenzon . Ofri⁷

¹, ²Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Lombardia Italy, ³Clinica de Diabetes y Obesidad Tampico Mexico, ⁴Copenhagen University Hospital Gentofte Denmark,

⁵Dallas Diabetes Research Center Dallas Texas, ⁶Diabetes Research Unit Wales UK, ⁷

Hebrew University Medical School Jerusalem Israel, ⁸Novo Nordisk A/S Søborg Denmark,

⁹Novo Nordisk Pharma Ltd Tokyo Japan, ¹⁰Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Las Palmas Spain, ¹¹UT Southwestern Medical Center Dallas Texas

Introducción

Eficacia y seguridad a largo plazo de la insulina semanal Icodec vs la insulina glargina U100 (IGlar), ambos con agentes que reducen la glucosa no-insulínicos, incluyendo los iSGLT2 y ar GLP-1, fueron investigados en este estudio aleatorizado, de etiqueta abierta, con tratamiento hasta alcanzar el objetivo, fase 3ª (52 semanas + 26 semanas de extensión), en adultos con diabetes tipo 2 no tratados previamente con insulina (NCT04460885).

Objetivo

Cambio en la A1c de inicio a la semana 52. Porcentaje de tiempo en un rango glicémico de 70-180 mg/dl.

Material y Métodos

Los participantes (n=984) fueron aleatorizados 1:1 a icodec o iGlar.

Resultados

Un análisis primario preespecificado a la semana 52 mostró reducción de la A1c de 8.5% a 6.9% con icodec vs 8.4% a 7.1% con IGlar, confirmando no inferioridad y superioridad con icodec. El tiempo en rango mejoró significativamente a 72% con icodec vs 67% con IGlar, confirmando superioridad. No se encontraron diferencias significativas en el promedio semanal de la dosis de insulina o en peso corporal. Tasas de hipoglucemia nivel 2 o 3 fueron bajas en ambos grupos, con cifras numéricamente mas altas con icodec. Una mayor proporción de pacientes alcanzaron A1c <7% sin hipoglucemias nivel 2 o 3 con icodec vs iGlar (52.6% vs 42.6%).

Conclusiones

En conclusión, el control glicémico mejoró significativamente con icodec vs iGlar con tasas bajas de hipoglucemia.

Palabras clave:

Insulina, diabetes, hipoglucemia, A1c, tiempo en rango

PO-3. INSULINA ICODEC UNA VEZ A LA SEMANA VS INSULINA GLARGINA U100 UNA VEZ AL DÍA EN COMBINACIÓN CON BOLOS DE INSULINA EN INDIVIDUOS CON DIABETES TIPO 2 EN RÉGIMEN BASAL-BOLO (ONWARS 4)

García Hernández Pedro Alberto⁴, Castro Sánchez Brisa¹, Mathieu . Chantal³, Ásbjörnsdóttir . Björg⁷, Bajaj . Harpreet S.⁶, Lane . Wendy², Matos . Ana Laura⁷, Murthy . Sreenivasa⁵, Stachlewska . Karolina⁷, Rosenstock . Julio⁸

¹, ²Centro Mountain de Diabetes y Endocrinología Asheville Carolina del Norte EUA. , ³ Endocrinología Clínica y Experimental Universidad de Leuven Leuven Bélgica., ⁴Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", ⁵Hospital y Centro de investigación Lifecare Bangalore India , ⁶LMC Diabetes y Endocrinología Brampton Ontario Canadá , ⁷Novo Nordisk Dinamarca, ⁸Velocity Clinical Research en Centro Médico del Suroeste Universidad de Texas Dallas Texas EUA

Introducción

Insulina icodec una vez a la semana es un nuevo análogo de la insulina basal adecuado para administrarse una vez por semana. En estudios de fase 2, icodec se asoció con mejoría en el control glicémico y un perfil de seguridad similares a glargina U100 una vez al día en pacientes con diabetes tipo 2 (DT2). Comparado con las alternativas de aplicación una o dos veces al día, el tratamiento con icodec puede reducir el número de insulina basal desde 365 a 52 inyecciones por año. La reducción en inyecciones de insulina basal puede incrementar la satisfacción con el tratamiento en pacientes diabéticos tratados con insulina. Icodec una vez a la semana está siendo investigado en el programa global de fase 3 ONWARDS.

Objetivo

ONWARDS 4 fue un estudio de 26 semanas, aleatorizado, tratamiento al objetivo, fase 3, diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de insulina Icodec (Icodec) una vez a la semana vs insulina glargina U100 (glargina) en régimen de insulina basal-bolos en DT2.

Material y Métodos

Adultos (n=582) con DT2 (HbA1c 7.0-10.0%) en régimen basal-bolos fueron aleatorizados 1:1 a Icodec o glargina, ambos en combinación con múltiples inyecciones diarias de insulina aspart. El objetivo primario fue el cambio en HbA1c desde el inicio de tratamiento hasta la semana 26 (margen de no inferioridad 0.3%)

Resultados

En la semana 26, desde la media basal de 8.3%, la reducción estimada de HbA1c fue -1.16% (Icodec) y -1.18% (glargina), confirmando la no inferioridad para Icodec vs glargina (diferencia estimada de tratamiento [ETD]: 0.02% [IC 95% 0.73 – 1.33], p=0.929). En la semana 24-26, la media de dosis total semanal del componente basal de insulina fue significativamente mayor en el brazo Icodec vs el brazo de glargina (305 UI/semana vs 279 UI/semana, p=0.0286), mientras que la media de dosis total semanal del componente de insulina en bolos fue significativamente menor (197 UI/semana vs 255 UI/semana; p=<0.0001). La media estimada del cambio en el peso corporal fue 2.73 kg (Icodec) y 2.16 kg (glargina) (ETD: 0.57 kg [IC 95% -0.39 – 1.54]; p=0.2444). No hubo nuevas consideraciones de seguridad identificadas para Icodec.

Conclusiones

Icodec una vez a la semana demostró mejoría comparable en control glicémico con una menor cantidad de inyecciones de insulina basal, con un perfil de hipoglicemia comparable vs glargina una vez al día en individuos con DT2 en régimen basal-bolos.

Palabras clave:

Diabetes, Icodec, Insulina, Semanal, Glargina, Basal-Bolo

PO-4. MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 QUE RECIBÍAN INSULINA Y QUE CAMBIARON A INSULINA ICODEC UNA VEZ A LA SEMANA VERSUS COMPARADORES DE ADMINISTRACIÓN UNA VEZ AL DÍA EN ONWARDS 2 Y 4: ANÁLISIS POST HOC.

Araujo Silva Roberto⁴, **Lara Sánchez Carolina**², Mondragón Tenería Fabiola Jazmín⁴, Singh Bajaj Harpreet⁶, Ásbjörnsdóttir . Björg³, Lang Lehrskov Lars³, Mathieu . Chantal¹, Philis Tsimikas Athena⁵, Wang . Ni³

¹Clinical and Experimental Endocrinology University of Leuven Leuven Belgium, ²Hospital H+ Querétaro, ³Novo Nordisk A/S Søborg Denmark, ⁴Novo Nordisk México, ⁵Scripps Whittier Diabetes Institute San Diego CA USA, ⁶Sinai Centre for Diabetes Mount Sinai Hospital Toronto ON Canada

Introducción

Insulina Icodec (Icodec) es una insulina basal de administración semanal en desarrollo clínico.. Se ha investigado Icodec semanal en un programa de desarrollo global, fase 3a conocido como ONWARDS. ONWARDS 2 y 4 evaluaron la eficacia y seguridad del cambio a Icodec a partir de insulinas basales diarias en personas con diabetes tipo 2 (DT2)

Objetivo

Este análisis post hoc evaluó los datos del monitoreo continuo de glucosa (MCG) durante el período de cambio (semanas 0 a 4) y el período de estado estacionario (semanas 22 a 26) de ONWARDS 2 y 4,

Material y Métodos

Las personas que recibieron Icodec una vez a la semana o Degludec una vez al día (ONWARDS 2), o Icodec o Glargina U100 una vez al día con insulina aspart a la hora de las comidas (ONWARDS 4). Al cambio, se administró una única dosis adicional del 50% de Icodec en la primera dosis; las insulinas basales se titulaban semanalmente (objetivo: 80-130 mg/dl). Se calcularon TIR (70–180 mg/dL), TAR (>180 mg/dL) y TBR (<70 y <54 mg/dL) utilizando datos de MCG doble ciego Dexcom G6®.

Resultados

Durante el período de cambio (semanas 0 a 4) No hubo diferencias estadísticamente significativas en TIR, TAR y TBR con Icodec versus Degludec o Glargina U100. En ONWARDS 2 y 4, no hubo aumento en TAR en todos los brazos de tratamiento. En ambos ensayos, TBR <70 mg/dL (<3.9 mmol/L) y TBR <54 mg/dL se mantuvieron dentro de los objetivos recomendados (<4% y <1%, respectivamente) en todos los grupos de tratamiento. Durante el período de estado estacionario (semanas 22 a 26). No hubo diferencias significativas en TIR, TAR o TBR <54 mg/dL (<3.0 mmol/L) con Icodec versus Degludec o Glargina U100.. Desde el período de cambio al período de estado estable, la TIR media general observada aumentó, la TAR disminuyó y la TBR se mantuvo por debajo de los objetivos de MCG recomendados internacionalmente en todos los grupos. En ONWARDS 2, la proporción de personas que cumplieron los tres objetivos de MCG de >70% TIR, <25% TAR y <4% TBR <70 mg/dL (<3.9 mmol/L) fue del 28.2% y del 22.2% con Icodec y Degludec, respectivamente. En ONWARDS 4, estos objetivos se cumplieron en el 29.1% (Icodec) y el 31.7% (Glargina U100) de los individuos. No hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en ninguno de los ensayos.

Conclusiones

En los participantes con diabetes tipo 2 que recibieron insulina Icodec, el TIR y TAR no fueron significativamente diferentes en comparación con Degludec o Glargina U100 una vez al día. El TBR se mantuvo dentro de los objetivos internacionales en todos los grupos.

Palabras clave:

Insulina, Icodec, Semanal, Diabetes

PO-5. CALCULATED SMALL DENSE LDL-C PREDICTS ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR EVENTS BETTER THAN OTHER COMPONENTS OF THE LIPID PANEL.

Zubiran Sanabria Rafael¹, Sampson Maureen², Remaley Alan T.

¹, ²National institutes of Health

Introducción

Atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) is one of the leading causes of death worldwide. Therefore, cardiovascular risk assessment is fundamental in preventive cardiology, beginning with global risk assessment and subsequently considering various factors, including biomarkers, demographics, and subclinical atherosclerosis screening, to enhance risk estimation and guide preventive therapy decisions.

Objetivo

The objective of the study was to assess and compare the predictive power of various lipid markers, including sdLDLc, in estimating the risk of all-cause ASCVD and associated mortality using data from the UK Biobank.

Material y Métodos

We compared the formulas for small dense LDLc (sdLDLc), Sampson (SLDLc), enhanced Sampson (eSLDLc), extended Martin (MLDLc), Non-HDLc and measured Apolipoprotein B across various percentiles. Our goal was to predict all-cause ASCVD and associated mortality. We analyzed a large sample from the UK Biobank (n = 267,451), excluding any individuals with missing data of their lipid panel, those on lipid lowering treatment, and those with incomplete follow-up records. We performed survival time analysis where statistical differences between predefined groups were tested using Log-Rank test. Cox proportional hazard regression was performed with all models adjusted for age, sex, race, diabetes, systolic blood pressure, smoking and hypertension medication.

Resultados

Among the analyzed parameters, several were found to be significant predictors of cardiovascular disease risk. Significantly, Non-HDLc demonstrated a robust association, exhibiting a hazard ratio (HR) of 1.18 (95% CI: 1.16-1.19, p <0.001). ApoB similarly

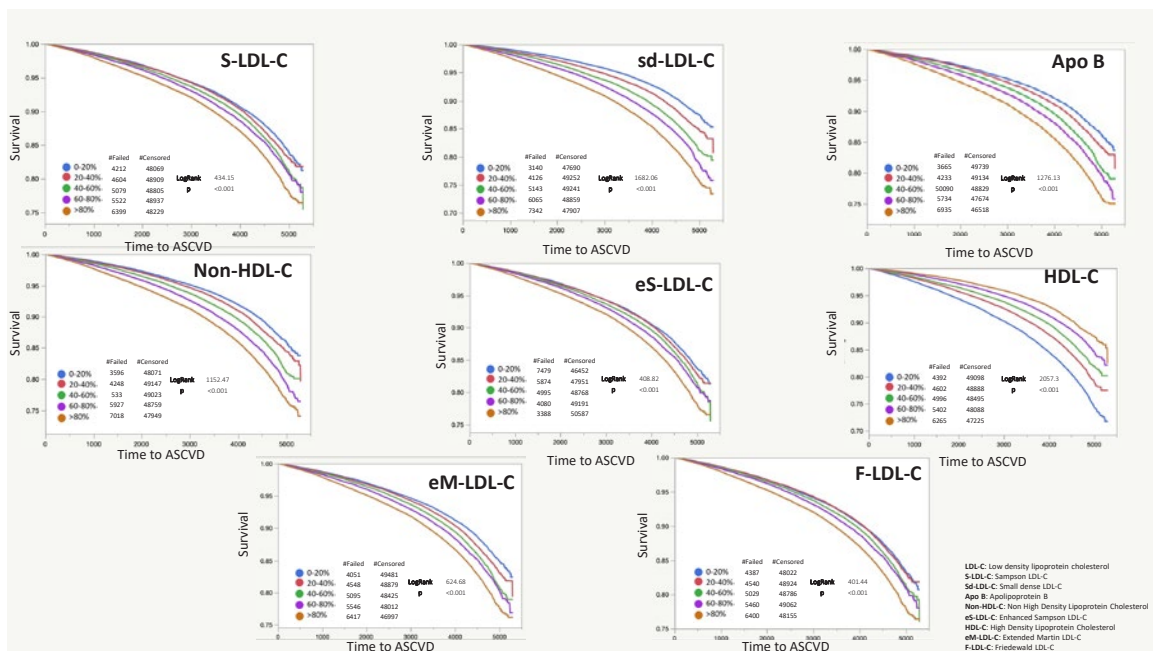


Table 1. Cox Proportional Hazard Ratios

Variable	Overall model Chi-square	Test hazard ratio per SD (95% CI)	Test P-value
SLDLc	9267.894	1.13 (1.12-1.14)	<0.001
eSLDLc	9257.786	1.13 (1.12-1.14)	<0.001
eMLDLc	9387.219	1.15 (1.14-1.16)	<0.001
FLDLc	9244.108	1.13 (1.11-1.14)	<0.001
Non-HDLc	9596.581	1.18 (1.16-1.19)	<0.001
ApoB	9684.601	1.18 (1.17-1.2)	<0.001
sdLDL	9722.118	1.19 (1.18-1.2)	<0.001
HDL-C	9575.452	0.8 (0.79-0.82)	<0.001

Cox proportional hazard regression was performed with all models adjusted for age, sex, race, diabetes, systolic blood pressure, smoking and hypertension. Small dense LDLc (sdLDLc), Sampson (SLDLc), enhanced Sampson (eSLDLc), Martin (MLDLc), Non-HDLc (non high density lipoprotein cholesterol), HDL-C (High Density Lipoprotein cholesterol) ApoB (apolipoprotein B).

displayed a strong association with cardiovascular risk, with an HR 1.18 (95% CI: 1.17-1.20, $p < 0.001$). While both performed better than any other LDL-C formula, unexpectedly sdLDLc exhibited an even higher HR of 1.19 (95% CI: 1.18-1.20, $p < 0.0001$). Our univariate survival-curve analysis, estimated sdLDLc was superior to other risk-enhancer tests in predicting ASCVD events. After multivariate adjustment for other known ASCVD risk factors, estimated sdLDLc still had the strongest association with ASCVD compared to other lipid parameters.

Conclusiones

sdLDLc was superior to any other formula, non-HDLc or ApoB to predict a ASCVD event or associated death. Since it relies solely on the typical components of a lipid panel, estimating sdLDLc for all individuals is feasible, and it has the potential to significantly improve ASCVD risk stratification.

Palabras clave:

Panel lipídico, LDL, no HDL, Apolipoproteína B, cálculo de LDL-C, LDL Pequeña y densa

PO-6. RIESGO CARDIOVASCULAR Y CONCENTRACIÓN DE COLESTEROL LDL EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 1: ANÁLISIS DEL RENACED-DT1

Almeda Valdes Paloma¹⁵, Garcia Tuomola Aili¹, López Prieto Rosy S.¹⁵, Albor Rodríguez Daniela³, González Gálvez Guillermo¹³, Vidrio Velázquez Maricela¹², Sánchez Ruiz Karla L.², Ceballos Macías José J.⁶, Yépez Rodríguez Alicia E.⁵, Miracle López Sigfrido⁷, Valadez Capetillo Mayra⁹, Escobedo Ortiz Ana R.¹¹, Islas Ortega Laura⁸, Madrigal Sanroman Juan R., Castillo Galindo Carmen¹⁵, Figueroa Andrade Mario H.¹⁰, Antonio Villa Neftali E.¹⁴, Faradji Hazán Raquel N.⁴

¹Centro Médico ABC, ²Clínica de Diabetes de Durango Secretaría de Salud, ³Clínica EnDi, ⁴Clínica EnDi, Centro Médico ABC, ⁵Corporativo Hospital Satélite, ⁶Especialidades Médicas SEDENA, ⁷Hospital Angeles Lomas, ⁸Hospital del Niño DIF Hidalgo, ⁹Hospital del Niño y la Mujer Querétaro, ¹⁰Hospital General de Zona 1 IMSS Colima, ¹¹Hospital General Dr. Miguel Silva, ¹²Hospital General Regional 110 del IMSS, ¹³Instituto Jalisciense de Investigación en Diabetes y Obesidad, ¹⁴Instituto Nacional de Cardiología, ¹⁵Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción

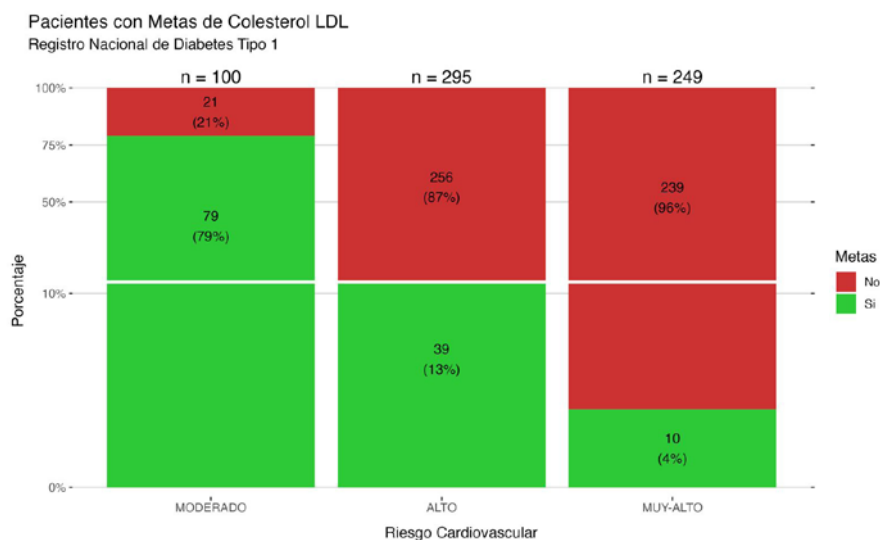
La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en personas con diabetes tipo 1 (DT1). En este grupo, la aterosclerosis ocurre a edad más temprana, es más difusa, ocasiona mayor mortalidad, insuficiencia cardíaca, reestenosis y menor sobrevida. A pesar de que las estatinas han demostrado reducción de eventos cardiovasculares en población general y diabetes tipo 2, existe poca evidencia sobre la edad a la cual se debe iniciar el tratamiento con hipolipemiantes en DT1. En 2019, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) incluyó a estos individuos en la clasificación del riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar el RCV en adultos con DT1, la concentración de c-LDL y el tratamiento prescrito.

Tabla 1: Características de adultos con DT1 >18 años registrados en el RENACED-DT1 con información disponible sobre su concentración de c-LDL.

Características	TOTAL n = 644	MODERADO n = 100	ALTO n = 295	MUY ALTO n = 249	p
Sexo, (%)					0,2
Femenino	396 (61%)	56 (56%)	178 (60%)	162 (65%)	
Masculino	248 (39%)	44 (44%)	117 (40%)	87 (35%)	
Edad, (Años)	32 (24, 43)	22 (20, 27)	28 (23, 37)	42 (34, 51)	<0.001
Tiempo desde el diagnóstico, (Años)	11 (4, 19)	4 (1, 6)	9 (4, 14)	21 (13, 29)	<0.001
IMC, (kg/m2)	23,7 (21,5, 26,3)	22,0 (20,2, 24,1)	23,5 (21,5, 26,0)	24,6 (22,3, 27,9)	<0.001
Categorías IMC, (%)					<0.001
Normopeso	417 (65%)	85 (85%)	198 (67%)	134 (54%)	
Sobrepeso	169 (26%)	15 (15%)	84 (28%)	70 (28%)	
Obesidad	58 (9,0%)	0 (0%)	13 (4,4%)	45 (18%)	
Tabaquismo, (%)	50 (7,8%)	0 (0%)	20 (6,8%)	30 (12%)	<0.001
HbA1c, (%)	8,30 (7,20, 10,00)	7,60 (6,80, 8,90)	8,60 (7,30, 10,80)	8,20 (7,20, 9,60)	<0.001
Triglicéridos, (mg/dl)	95 (70, 140)	74 (64, 92)	104 (72, 153)	102 (73, 149)	<0.001
Colesterol total, (mg/dl)	173 (151, 199)	151 (138, 160)	180 (156, 202)	178 (155, 211)	<0.001
c-LDL, (mg/dl)	98 (80, 120)	87 (77, 96)	105 (84, 125)	99 (82, 126)	<0.001
c-HDL, (mg/dl)	50 (41, 60)	48 (41, 54)	47 (40, 58)	53 (43, 64)	<0.001
Antecedente de Hipoglucemias (%)	140 (22%)	11 (11%)	64 (22%)	65 (26%)	0.008
Hipoglucemias graves (%)	19 (3,0%)	0 (0%)	6 (2,0%)	13 (5,2%)	0.014
Hospitalización cualquier Causa, (%)	23 (3,6%)	0 (0%)	11 (3,7%)	12 (4,8%)	0.056
Tratamiento con estatinas, (%)	122 (19%)	2 (2,0%)	39 (13%)	81 (33%)	<0.001
Tratamiento con fibratos, (%)	18 (2,8%)	0 (0%)	10 (3,4%)	8 (3,2%)	0,2
Retinopatía diabética, (%)	122 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	122 (49%)	<0.001
Nefropatía diabética, (%)	91 (14%)	1 (1,0%)	16 (5,4%)	74 (30%)	<0.001
Neuropatía diabética, (%)	90 (14%)	5 (5,0%)	25 (8,5%)	60 (24%)	<0.001
Enfermedad cardiovascular, (%)	8 (1,2%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (3,2%)	0.001
Daño a órgano blanco, (%)	139 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	139 (56%)	<0.001
Factores de Riesgo, (%)					<0.001
0	192 (30%)	100 (100%)	50 (17%)	42 (17%)	
1	264 (41%)	0 (0%)	170 (58%)	94 (38%)	
2	131 (20%)	0 (0%)	75 (25%)	56 (22%)	
3	48 (7,5%)	0 (0%)	0 (0%)	48 (19%)	
4	9 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (3,6%)	



Material y Métodos

Se incluyeron individuos con DT1 >18 años, registrados en el Registro Nacional de Diabetes tipo 1 (RENACED-DT1), con información disponible sobre su concentración de lípidos. Se clasificaron de acuerdo con las categorías de RCV de la ESC: MUY ALTO con enfermedad cardiovascular (ECV) previa, >20 años de evolución y/o daño a órgano blanco; ALTO, duración ≥10 años y/o más de tres factores de riesgo; y MODERADO a individuos con DT1 <35 años o con duración <10 años. Las metas de c-LDL recomendadas para estas categorías son <55, <70 y <100 mg/dl, respectivamente.

Resultados

Se incluyeron 644 individuos con DT1 con mediana de edad de 33 años (24, 43), 39% hombres y 61% mujeres y con mediana de 11 años (4, 19) desde el diagnóstico. La última HbA1c registrada fue de 8.3% (7.2, 10). El colesterol total fue de 173 mg/dl (151, 199), triglicéridos de 95 mg/dl (70, 140), c-LDL 98 (80, 120) y c-HDL 50 mg/dl (41, 60). De acuerdo con las categorías de RCV, la mayoría fueron clasificados con riesgo ALTO (n= 295, 46%), 249 (39%) con riesgo MUY ALTO y solo 100 (15%) se consideraron con MODERADO (tabla 1). El cumplimiento de metas de c-LDL en la categoría de MUY ALTO riesgo fue de solo 4%, con ALTO de 13% y en MODERADO de 79% (figura 1). El porcentaje de individuos en tratamiento con estatinas en la categoría de MUY ALTO riesgo fue de 33%, de ALTO de 13% y MODERADO de 2%.

Conclusiones

De acuerdo con la ESC, un bajo porcentaje de individuos con DT1 se encuentran en metas de c-LDL y reciben tratamiento de acuerdo con su categoría de RCV. La ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad en individuos con DT1. La identificación y tratamiento de factores de riesgo desde edad temprana en estos individuos es indispensable.

Palabras clave:

riesgo cardiovascular, diabetes tipo 1, estatinas, c-LDL

PO-7. EFECTO DEL USO DE INHIBIDORES DE SGLT2 EN LA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON DIABETES AUTOINMUNE

Sharma Sharma Shubhangi³, Almeda Valdes Paloma³, López Prieto Rossy S.³, Ibarra Salce Raúl², Bueno López Daniela A.³, Andrade Celis Ambar E.³, Pérez Arredondo Luis Alberto³, De la Garza Hernández Natalia E.¹

¹Centro Médico Integral (CEMEDIN), ²Facultad de Medicina Unidad Saltillo. Universidad Autónoma de Coahuila, ³Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción

La diabetes autoinmune presenta desafíos resultado de complicaciones microvasculares como la enfermedad renal crónica. Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado mejoría en control glucémico, desenlaces cardiovasculares y renales en diabetes tipo 2. Su uso en diabetes autoinmune ha sido reservado por el riesgo de cetoacidosis diabética. Existe evidencia limitada sobre los riesgos y el efecto del tratamiento con iSGLT2 en desenlaces renales en diabetes autoinmune.

Objetivo

Evaluar el efecto de los inhibidores de SGLT2 en la tasa de filtrado glomerular (TFG) en individuos con diabetes autoinmune.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectiva en individuos con diabetes tipo 1 o LADA con y sin tratamiento con iSGLT2. Se empleó un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox para evaluar el efecto del tratamiento con iSGLT2 vs tratamiento convencional en el desarrollo de TFG <30 ml/min. El modelo fue ajustado por edad y tiempo de evolución. Se utilizó IBM SPSS Statistics 25 y se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

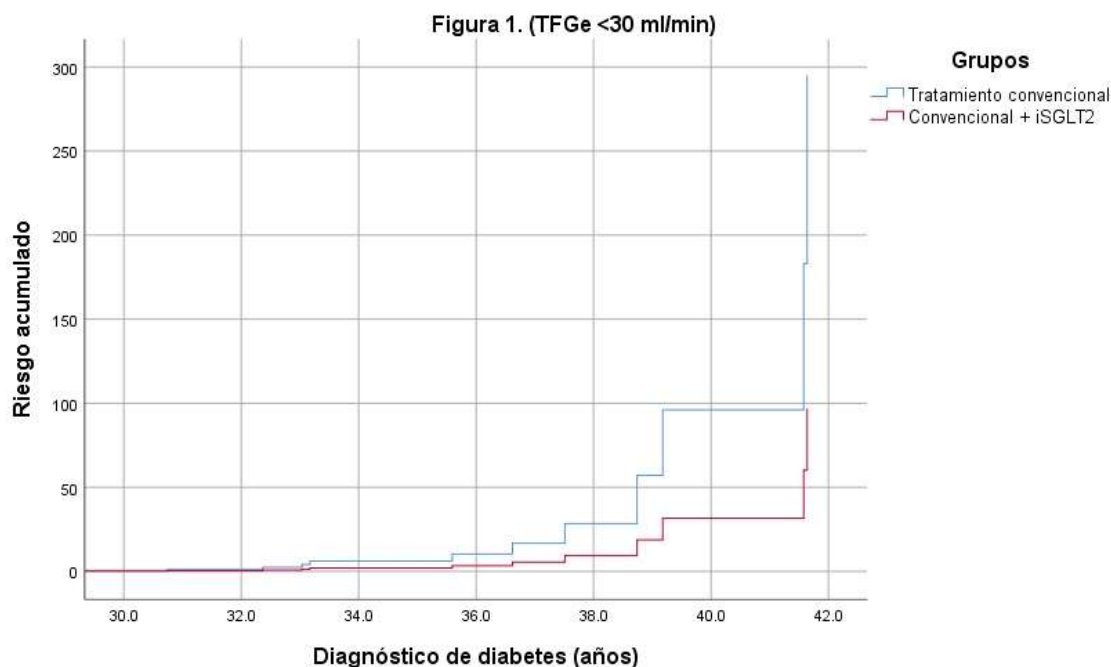


Tabla 1. Características basales de los pacientes

	Total	Uso de iSGLT2	Tratamiento convencional	p
	n (268)	n (84)	n (184)	
DT1	234 (87.3)	70 (83.3)	164 (89.1)	0.19
LADA	34 (12.7)	14 (16.7)	20 (10.9)	0.19
Sexo				
Mujer	155 (57.8)	48 (57.1)	107 (58.2)	0.88
Hombre	113 (42.2)	36 (42.9)	77 (41.9)	0.88
Edad (años)	38 (30-46)	34 (29.5-44)	40 (30.5-47.5)	0.08
Edad al diagnóstico de diabetes (años)	15 (9.5-22)	13 (8-18)	16.5 (10.5-23)	<0.01
Tiempo de evolución (años)	21 (13-29.5)	21 (16-30)	21 (12-29)	0.50
Historia de HAS	26 (19.6)	16 (19.1)	10 (5.4)	0.85
Consumo de tabaco	35 (13.1)	15 (17.9)	20 (10.9)	<0.05

Datos expresados en frecuencia (porcentaje), mediana (cuartil 1- cuartil 3), media $\pm$ desviación estándar iSGLT2: Inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; DT1: Diabetes Tipo 1; LADA: Diabetes Autoinmune Latente en Adultos; HAS: Hipertensión Arterial Sistémica

Resultados

Se incluyeron 268 individuos, 87% con diabetes tipo 1 y 23% con LADA de los cuales 83% y 17% utilizaban iSGLT2. La mediana de edad fue 38 años. El promedio de edad al diagnóstico en el grupo con iSGLT2 fue de 13 vs 16.5 años en el grupo con tratamiento convencional. La media de tiempo de evolución fue de 21 años en ambos grupos (tabla 1). La empagliflozina a dosis de 12.5 mg fue el iSGLT2 más utilizado, en 27%. La mediana de duración del uso de los inhibidores fue de 22.8 meses y el 73.8% de los individuos persistían con la terapia de iSGLT2 hasta el último registro. La infección de vías urinarias fue la segunda causa de la interrupción de la terapia con iSGLT2, representando el 13,6%. El 48% de los participantes tenían historia de algún evento de cetoacidosis antes del uso de iSGLT2 y el 6% de los participantes presentaron un evento de cetoacidosis durante el uso de iSGLT2. En el grupo con un tratamiento convencional se observó el doble de riesgo de tener una TFG <30 ml en comparación con el grupo con el iSGLT2 después del ajuste por edad y tiempo de evolución (HR 3.04 [IC 95% 1.2, 7.9], $p < 0.05$).

Conclusiones

Se identificó menor probabilidad de tener una TFG <30 ml/min en diabetes autoinmune con uso de iSGLT2 por lo que podrían considerarse como una opción terapéutica viable en pacientes con diabetes autoinmune. Resultan necesarios más estudios longitudinales para ahondar en los hallazgos.

Palabras clave:

diabetes autoinmune, enfermedad renal crónica, inhibidores de SGLT2

PO-8. EVALUACIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON DIABETES AUTOINMUNE DEL ADULTO (LADA)

Tron Gómez María S.¹, Almeda Valdes Paloma¹, Lopez Prieto Rossy S.¹, Molina Galarza Juan F.¹, Ávila Pérez Juan Raúl¹, Juárez Martínez Liliana¹, Del Razo Olvera Fabiola¹, Otero Otero Rodrigo R.¹, Reza Albarrán Alfredo A.¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción

La diabetes autoinmune del adulto (LADA) se caracteriza por daño hacia las células beta-pancreáticas con inicio en la adultez. El metabolismo óseo en LADA se ve afectado por la deficiencia de IGF-1 e insulina que tienen efectos anabólicos. Además, la diferenciación de osteoblastos está disminuida debido a hiperglucemia, productos finales de la glicosilación e inflamación crónica de bajo grado. Todo lo anterior puede llevar a fragilidad ósea y aumento del riesgo de fracturas, sin embargo, en la práctica clínica no se evalúa la densidad mineral ósea (DMO) en adultos jóvenes.

Objetivo

Evaluar la DMO de columna y cadera en individuos con LADA y en controles sin diabetes.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal incluyendo pacientes con LADA y controles pareados por sexo y edad. Se realizó toma de laboratorios en ayuno y una densitometría ósea de columna y cadera. Se realizó prueba Chi-cuadrada para comparar las variables cualitativas y prueba T-student o U Mann-Mann-Whitney, dependiendo la distribución, para comparar las variables cuantitativas. Se obtuvo aprobación por los comités de ética e investigación y consentimiento informado.

Tabla 1. Parámetros clínicos, antropométricos y densitometría

	Total	LADA	Controles	P
	n=70	n=49	n=21	
Sexo				
Mujer	55 (78.6)	36 (73.5)	19 (90.5)	0.11
Edad (años)	51.6 ± 10.5	52.2 ± 10.5	50.0 ± 10.4	0.40
IMC (kg/m²)	25.6 (22.5-31.0)	25.2 (22.4-27.4)	27.7 (24.7-40.1)	<0.05
Normopeso	29 (41.4)	23 (46.9)	6 (28.6)	0.13
Sobrepeso	22 (31.4)	16 (32.7)	6 (28.6)	
Obesidad	19 (27.1)	10 (20.4)	9 (42.9)	
% grasa corporal	37.3 ± 9.9	35.0 ± 8.9	42.7 ± 10.0	<0.01
DMO cadera (g/cm²)	0.91 ± 0.16	0.89 ± 0.15	0.97 ± 0.17	<0.05
DMO columna (g/cm²)	1.1 ± 0.20	1.08 ± 0.18	1.16 ± 0.22	0.14
T-score cadera	-0.71 ± 1.3	-1.0 ± 1.2	-0.15 ± 1.4	<0.05
Z-score cadera	-0.26 ± 1.12	-0.54 ± 0.92	0.32 ± 1.3	<0.05
T-score columna	-0.52 ± 1.6	-0.67 ± 1.5	-0.17 ± 1.9	0.28
Z-score columna	-0.12 ± 1.38	-0.28 ± 1.16	0.28 ± 1.79	0.15

Datos expresados como frecuencia (porcentaje), mediana (Q1- Q3) o media ± DE. Se realizaron pruebas para muestras independientes entre el grupo con y sin diabetes: T student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas con distribución paramétrica o no paramétrica, respectivamente y Chi2 o exacta de Fisher para variables cualitativas

Tabla 2. Parámetros bioquímicos

	LADA	Controles	P
	n=49	n=21	
HbA1c (%)	8.5 (7.5-9.7)	5.5 (5.2-5.6)	<0.01
Creatinina (mg/dL)	0.75 (0.68-0.92)	0.63 (0.55-0.67)	<0.01
TFGe (min/ml)	92.5 ± 15.9	114.8 ± 10.7	<0.01
Triglicéridos (mg/dL)	83.5 (72-116)	105 (79-161)	0.08
Colesterol total (mg/dL)	159.5 (135-182)	190 (160-247)	<0.01
C-LDL (mg/dL)	81 (64-102)	104.6 (81.3-161)	<0.01
C-HDL (mg/dL)	57.4 ± 16.6	57.5 ± 14.7	0.97

Datos expresados como frecuencia (porcentaje), mediana (Q1- Q3) o media ± DE. Se realizaron pruebas para muestras independientes entre el grupo con y sin diabetes: T student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas con distribución paramétrica o no paramétrica, respectivamente y Chi2 o exacta de Fisher para variables cualitativas

Resultados

Se reclutaron 70 participantes, 49 con LADA y 21 controles, con edad de 51.6 ± 10.5 años. El grupo control tuvo índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, colesterol total, c-LDL y tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) mayor ($p < 0.05$). La prevalencia de complicaciones en LADA fue 26.5% para retinopatía diabética, 30.6% neuropatía y 20.4% nefropatía. El grupo con LADA tuvo menor DMO en cadera en comparación con controles 0.89 ± 0.15 vs 0.97 ± 0.17 g/cm² ($p < 0.05$). El T score (-1.0 ± 1.2 vs -0.15 ± 1.4) y Z score (-0.5 ± 0.92 vs 0.32 ± 1.3) también fueron menores en el grupo con LADA ($p < 0.05$) (Tabla 1).

Conclusiones

En individuos con LADA se observó una menor DMO en comparación con controles sin diabetes. El tamizaje a una edad más temprana en este grupo de pacientes podría permitir detectar alteraciones de manera oportuna para implementación de tratamiento y prevención de fracturas.

Palabras clave:

diabetes autoinmune latente del adulto, densidad mineral ósea

PO-9. EFECTO DE LA EDAD E IMC EN EL DESEMPEÑO DE FIB-4 PARA DETECTAR PACIENTES CON FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA IDENTIFICADOS CON LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA CONTROLADA POR VIBRACIÓN (VCTE)

Garcia Alcala HECTOR¹, Robles Ortega Manuel Max¹, Otero Garcia Luz Nepthali²

¹Laboratorios Clínicos de Puebla, ²Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Introducción

El índice FIB 4 ha sido propuesto para identificar pacientes con hígado graso y riesgo de fibrosis avanzada; se desconoce el efecto que tiene en su desempeño la edad y el peso

Objetivo

Evaluar el efecto del peso y la edad sobre el desempeño diagnóstico de FIB-4.

Material y Métodos

De la base de datos de pacientes que acudieron a nuestra unidad a realizarse VCTE se obtuvieron los siguientes datos: IMC, cuantificación de dureza hepática determinada en kilopascals (kPa), aspartato aminotransferasa (ALT), alanino aminotransferasa (ALT), plaquetas y edad. Se calculó FIB-4 con la formula ((edad (años) x AST U/L) / (plaquetas (109)L x ALT 1/2 U/L)); para identificar los pacientes en riesgo alto de fibrosis se utilizó el punto de corte de FIB-4 ≥ 2.67 . La VCTE se realizó con el equipo Fibroscan®, se consideró que los pacientes tenían riesgo elevado de fibrosis si tenían ≥ 12 kPa. Se calculó de FIB-4 en el grupo total y dividido por edad (≥ 50 y < 50 años) e IMC (≥ 30 y < 30) el mejor nivel de discriminación por ROC (índice Youden) para identificar pacientes con fibrosis avanzada de acuerdo con VCTE.

Resultados

Estudiamos los resultados de 241 pacientes, 56 % mujeres, edad mujeres 57.6 ± 13 años, hombres 53.6 ± 13 años ($p < 0.05$). El porcentaje de pacientes con VCTE ≥ 12 kPa en el grupo total fue 27.4%, IMC ≥ 30 : 30.9%, IMC < 30 : 25.6% ($P = NS$), ≥ 50 años: 31.8%, < 50 años 16.2% ($p < 0.05$). La sensibilidad (Sn), especificidad (Sp), valores predictivos positivos y negativos (VPP, VPN) de FIB-4 ≥ 2.67 para identificar paciente con ≥ 12 kPa en el grupo total fue 71%, 80%, 57% y 88% respectivamente. Los mejores puntos de corte de FIB-4 identificados por ROC fueron: IMC ≥ 30 : 3.18 (Sn 60%, Sp 91%), IMC < 30 : 2.33 (Sn 83%, Sp 76%), ≥ 50 años 2.33 (Sn 84%, Sp 69%), < 50 años 1.055 (Sn 82%, Sp 70%).

Conclusiones

El desempeño del índice FIB-4 puede verse afectado por la edad e IMC especialmente en pacientes menores a 50 años

Palabras clave:

Hígado graso, FIB-4, VCTE

PO-10. DETERMINANTES DE LA REMISIÓN DE ALTERACIONES METABÓLICAS DESPUÉS DE UN AÑO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

López Carreola Leticia¹, Rodríguez Zavala Frida Yolotzin², Herrera Hernández Miguel Francisco², Vílchez López Gloria Oneyda Desirée², Hernández Acevedo Juan David², Flores Brito José Jesús², Sierra Salazar Mauricio², Aguilar Salinas Carlos Alberto², Muñoz Hernández Linda Liliana²

¹, ²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción

La cirugía bariátrica se ha establecido como un tratamiento efectivo para la obesidad y lograr la remisión de trastornos metabólicos como diabetes, hipertensión y dislipidemias. Esta remisión está directamente asociada con la pérdida de peso sustancial y a cambios neuroendocrinos derivados de extirpar una gran proporción de la superficie gástrica y de la derivación de la parte proximal del intestino. Sin embargo, hay individuos que no presentan remisión de tales comorbilidades a pesar de perder peso, lo que sugiere podrían tener características distintivas

Objetivo

Identificar los determinantes de la remisión de alteraciones de la glucosa en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

Material y Métodos

Se reclutaron 137 pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica en el INCMNSZ de 2013 a 2021, 90% fueron bypass y 10% manga gástrica. Se evaluaron sus características demográficas basales, cambios en el peso y factores de riesgo cardiometabólico a 1 año de la cirugía. De forma basal, 109 pacientes presentaron alteraciones de la glucosa (glucosa anormal de ayuno, hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 5.7\%$ o uso de metformina) en este grupo se realizó un análisis para determinar qué variables influyeron en la tasa de remisión de alteraciones de glucosa a 1 año

Resultados

La prevalencia de síndrome metabólico fue 80%, con tasa de remisión de 57%. Para dislipidemia e hipertensión, la prevalencia fue 84% y 53% con tasas de remisión de 29% y 49% respectivamente. El 80% de los pacientes (n=109) presentó alteraciones en el metabolismo de la glucosa y 61% remitió. En este grupo, aquellos que no remitieron tuvieron un mayor tiempo de evolución de la enfermedad 3.5 vs 1 años (p 0.006), uso de metformina 81 vs 62%, uso de insulina 20 vs 6% (p 0.02), glucosa en ayuno mayor 111 vs 92 mg/dl (p 0.001), HbA1c 6.4 vs 5.9 mg/dL (p 0.003), índice cintura-altura (ICA) 0.8 vs 0.76 (p 0.04) y menor porcentaje de peso perdido -29 vs -24.3% (p 0.002). (Tabla 1) En el modelo multivariado de regresión logística se tomó como

Logistic regression

Number of obs = 109

LR chi2(1) = 9.30

Prob > chi2 = 0.0023

Log likelihood = -68.008891

Pseudo R2 = 0.0640

GLUCOSEALTERATIONSV2	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
EVOLUTIONYEAR	1.140331	.0571506	2.62	0.009	1.033643 1.25803
_cons	.4498637	.104659	-3.43	0.001	.2851362 .7097568

Tabla 1: Comparación de características metabólicas entre pacientes con remisión y sin remisión de alteraciones de glucosa a 1 año de cirugía bariátrica.

	Remisión (n=67) 61.46%	Sin remisión (n=42) 38.7%	p
Edad (años)	46 (37-52)	43 (38-52)	0.97
Sexo (Mujer %)	71	59	0.19
Realizan ejercicio (%)	54	57	0.8
Uso de metformina (%)	62	81	0.04
Usuarios de insulina	6%	20%	0.02
Tiempo de evolución (años)	1 (1-4)	3.5 (2-8)	0.006
Tipo de cirugía (Bypass %)	91	90	0.48
Síndrome metabólico (%)	89	98	0.1
IMC (kg/m ²)	43.8 (39-50.6)	43.8 (38.6-51.4)	0.61
Peso (kg)	116 (103-130)	116 (96-132)	0.5
Peso perdido (%)	-29 (-35.54 a -24.84)	-24 (-29.28 a -19.97)	0.002
Cintura (cm)	123 (114-135)	130 (119-138)	0.2
Índice cintura-estatura	0.76 (0.69-0.81)	0.8 (0.73-0.88)	0.04
Presión Sistólica (mmhg)	120 (111-129)	120 (112-130)	0.49
Presión Diastólica (mmhg)	79 (69-82)	78 (70-80)	0.7
Glucosa (mg/dl)	92 (100-111)	111 (99-139)	0.001
Insulina (uU/ml)	16.4 (9.5-24.05)	14.9 (10.6-28)	0.91
Hb1Ac (%)	5.9 (5.6-6.3)	6.4 (5.7-7.4)	0.003
Ácido Úrico (mg/dl)	6.4 (5.1-7.4)	6.8 (5.3-7.5)	0.66
Creatinina (mg/dl)	0.7 (0.59-79)	0.74 (0.61-0.82)	0.6
Triglicéridos (mg/dl)	142 (104-179)	154 (119-189)	0.35
Colesterol Total (mg/dl)	172 (150-190)	180 (153-213)	0.16
HDL- Colesterol (mg/dl)	37 (32-47)	39 (34-42)	0.68
LDL- Colesterol (mg/dl)	101 (82-114)	105 (83-128)	0.20
AST (UI/L)	21 (25-35)	24 (21-29)	0.23
ALT (UI/L)	31.5 (23-40)	28 (23-39)	0.29
GGT (UI/L)	21 (15-27)	21 (18-30)	0.23
ApoB (mg/dl)	97 (86-114)	92 (89-125)	0.23
Leptina (ng/ml)	53 (31-74)	49 (18-73)	0.7

variable dependiente la remisión de alteraciones de glucosa y se incluyeron las variables independientes con una $p \leq 0.1$ del análisis bivariado. El mejor modelo (r^2 0.064) $p=0.02$, mostró que la única variable con un efecto independiente fue el tiempo de evolución de la enfermedad OR: 1.14 (1.03-1.25).

Conclusiones

Aunque varios factores contribuyen a la falta de remisión de alteraciones de glucosa como la HbA1c, ICA, uso de metformina e insulina, el determinante que mejor explica la remisión es el tiempo de evolución de la enfermedad.

Palabras clave:

Cirugía bariátrica, remisión de alteraciones metabólicas, diabetes, hipertensión, dislipidemia

PO-11. MAYOR RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL EN DONADORES RENALES CON SÍNDROME METABÓLICO

Martinez Franco Cybelle Daniela¹, Cuevas Ramos Daniel¹, Almeda Valdes Paloma², Alberú Gomez Josefina³, Vilatoba Chapa Mario³, Martinez Cabrera Nancy Magdalena¹, Gomez Perez Francisco J.²

¹Clínica de Neuroendocrinología Departamento de Endocrinología Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran, ²Departamento de Endocrinología Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran, ³Departamento de Trasplantes Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran

Introducción

El síndrome metabólico (SxMet) tiene una prevalencia alrededor de 56.3% en México y es causa de deterioro progresivo de la función renal. Las personas donadoras de un riñón suelen estar en adecuado estado de salud al momento de la donación pero ciertos casos ya presentan SxMet o lo desarrollan con el tiempo.

Objetivo

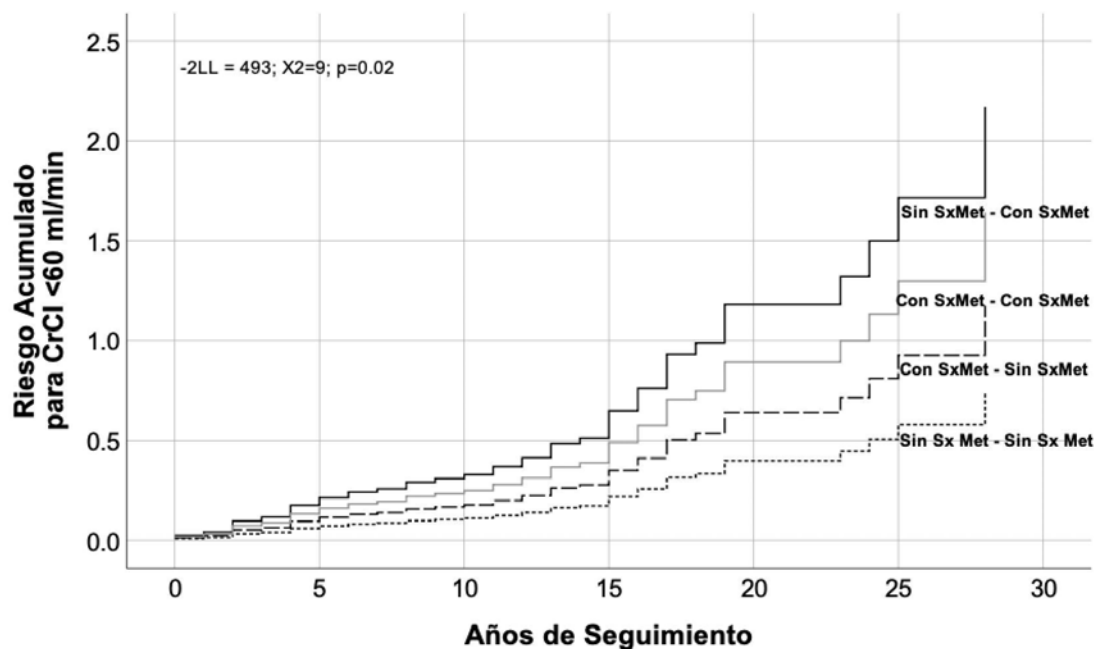
Determinar el impacto del SxMet en la función renal en donadores renales.

Material y Métodos

Estudio comparativo, longitudinal, observacional y prolectivo. Se reunieron los desenlaces de donadores renales de en un hospital de tercer nivel de atención, desde 1980 hasta 2023. SxMet se definió con los criterios de ATPIII. La función renal se evaluó con la fórmula de CKD-EPI para obtener la TFGe previa a la fecha de trasplante y la más reciente. Se realizó t de student, chi cuadrada, análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox para evaluar el papel independiente de SxMet en la función renal.

Resultados

Se reunió una cohorte de 406 pacientes, en los que se pudieron clasificar 283 casos (58% mujeres) sin (n=187, 66%) y con SxMet (n=96, 34%) previo a la donación. No existió diferencia significativa en la CrCl al momento de la donación entre el grupo control (97±19 ml/min) vs. el grupo con SxMet (95.5±17 ml/min, p=0.45). La mediana



de seguimiento fue de 25 (20.2-29.7 años). Para evaluar el desenlace de CrCl <60 ml/min, se analizaron 4 grupos de acuerdo a su estado de SxMet (Basal – Último Seguimiento). El de mayor rapidez al desenlace fue el grupo 3 (Sin SxMet - Con Sx Met) en 17 (IC95% 14-19) años, seguido del grupo 4 (Sx Met – Sx Met) 19 (3-34) años, después el 2 (Con SxMet – Sin Sx Met) con 23 (10-35) años y por último el grupo 1 (Sin SxMet – Sin Sx Met) con 27 (23.7-30.5) años ($p<0.0001$). Por lo tanto, para calcular el riesgo (HR) se tomó como referencia al grupo 1. El SxMet mostró un riesgo estadísticamente significativo como determinante independiente para desarrollar insuficiencia renal durante el seguimiento, con HR=1.6 (0.76-3.3, $p=0.21$), HR=2.9 (1.2-7.0, $p=0.01$) y HR=2.2 (1.1-4.4, $p=0.02$), del grupo 2 al 4, respectivamente (figura 1).

Conclusiones

El tener o desarrollar SxMet en donadores renales mostró significativamente mayor riesgo de presentar insuficiencia renal durante el seguimiento. Por ello, consideramos indispensable implementar estrategias de educación, prevención y tratamiento, con monitoreo estrecho y permanente de estos pacientes.

Palabras clave:

Depuración de creatinina, resistencia a la insulina, insuficiencia renal, CKD-EPI, CrCL.

PO-12. FRECUENCIA DE HIPERGLUCEMIA TEMPRANA Y SU ASOCIACIÓN CON DISFUNCIÓN DEL INJERTO EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Villanueva Esqueda Anette Michelle², Guardado Mendoza Rodolfo⁴, Contreras Morales Armando³, Díaz Chávez Ernesto³, Orozco Mosqueda Abel³, Aguilar García Alberto¹, Rendón Gallardo Vania Melissa²

¹Departamento de Endocrinología Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío León Guanajuato, ²Departamento de Investigación Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío León Guanajuato, ³Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío León Guanajuato, ⁴Laboratorio de Investigación en Metabolismo Departamento de Medicina y Nutrición Universidad de Guanajuato Campus León

Introducción

La insuficiencia renal crónica es una condición en la que cada vez más se tiene acceso al trasplante renal y la recuperación completa de los pacientes. Diferentes factores se han visto asociados a disfunción del injerto y por lo tanto fracaso en la recuperación de los pacientes. La hiperglucemia, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 (DT2) y otras variables clínico-metabólicas se han estudiado como posibles factores predictores de adecuada función del injerto en trasplante renal

Objetivo

Evaluar la asociación de la hiperglucemia y otros factores clínicos y metabólicos con la función retrasada del injerto (FRI) en pacientes de trasplante renal

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectiva realizado en pacientes que recibieron trasplante renal durante los años 2008 a 2021 en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Se registraron variables clínicas y bioquímicas del expediente clínico de los participantes. El proyecto fue aprobado por el comité de ética del hospital (CEI-24-2021). Se definió FRI como la necesidad de terapia de sustitución de la función renal y elevación de creatinina $\geq 3\text{mg/dl}$ durante los primeros 7 días posteriores al trasplante. Se consideró hiperglucemia pre-trasplante cuando la glucosa de ayuno fue $\geq 100\text{ mg/dl}$, y posterior al trasplante cuando esta fue $\geq 140\text{ mg/dl}$. Las comparaciones entre grupos se realizaron con t de Student, chi cuadrada y regresión logística, considerando significativo cuando el valor de p fue <0.05

Resultados

Se incluyeron 1227 pacientes, con una edad promedio de 27 ± 12 años al momento del trasplante, IMC de $22 \pm 4\text{ kg/m}^2$, 397 (32%) eran mujeres y 830 (68%) hombres; sólo 79 (6.4%) tenían el antecedente de DT2, y 957 (78%) de HAS. La frecuencia de FRI fue del 20.9% (n=257); la hiperglucemia pre-trasplante se encontró en el 19.2%, mientras que la hiperglucemia al día 0, 1, 2, 3, 4 y 5 pos-trasplante se presentó en el 34.7, 27.5, 23.2, 12.6, 9.3, y 5.4 %, respectivamente. La hiperglucemia al día 1 (p 0.034), día 2 (p<0.001), día 3 (p 0.009), día 4 (p 0.013), y día 5 (p 0.024) se asociaron significativamente con la FRI. Aunque los pacientes con FRI tuvieron mayor edad e IMC, en el análisis de regresión sólo la hiperglucemia al día 2 se asoció significativamente con la FRI (RR 2.43 IC95% 1.29-4.57, p 0.006)

Conclusiones

La hiperglucemia es frecuente tanto antes como después del trasplante renal, y se asocia con función retrasada del injerto, por lo que es importante protocolizar intervenciones encaminadas a reducir este factor de riesgo

PO-13. "ASOCIACIÓN ENTRE LAS CONCENTRACIONES DE MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO (GSH, DPPH, MDA) Y LOS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS, CLÍNICOS Y DIETÉTICOS EN LAS MUJERES CON Y SIN DMG"

Ruiz Martínez Monica Leonor¹

¹IMSS

Introducción

El estrés oxidativo se asocia con obesidad y diabetes tipo 2; hacen falta estudios de su participación en la fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional (DMG) y su relación con los nutrientes.

Objetivo

Evaluar la asociación entre las concentraciones de marcadores de estrés oxidativo (GSH, MDA, DPPH) y los indicadores antropométricos, clínicos y dietéticos en la madre con y sin DMG.

Material y Métodos

Diseño transversal analítico. Fueron 176 mujeres; 77 con diabetes mellitus gestacional (cDMG) y 99 sin (sDMG). Previa firma de consentimiento informado se evaluó el consumo habitual de micro y macronutrientes con el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Se tomó muestra de sangre en ayuno para marcadores de estrés oxidativo días previos al alumbramiento. Se asociaron las concentraciones de GSH, MDA y DPPH con indicadores antropométricos, parámetros bioquímicos y dietéticos por medio de la prueba U Mann Whitney, χ^2 y regresión logística múltiple.

Resultados

Las mujeres cDMG tienen mayor edad 35 años (30.5-37) que las mujeres sDMG 29 años (25-32), $p < 0.001$; mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad (80.6%) vs. sDMG (61.6%), $p = 0.044$; menor ganancia de peso durante el embarazo 8.4 kg (4.6-13) vs. sDMG 10 kg (7-15), $p = 0.012$; mayor índice triglicéridos/HDL 6.70 (5.24-8.01) vs. sDMG 5.78 (4.16-7.49), $p = 0.014$ y una mayor concentración de HbA1c 5.5% (5.2-5.8) vs. sDMG 5.3% (5.0-5.5), $p < 0.001$. La concentración de MDA fue menor en mujeres cDMG 10.91 nmol (7.81-13.92) vs. sDMG 15 nmol (13.16-17.65) $p < 0.001$. Hubo diferencias en el porcentaje de MDA de las mujeres que consumen $< 10\%$ vs. $> 10\%$ (VET) de sacarosa: T1 (37.7%) vs. T3 (40%), $p < 0.032$. En el análisis de regresión logística al ajustar por confusores para las concentraciones de MDA: el consumo de hierro fue de riesgo OR 1.3 (1.1-1.6); $p = 0.001$ y de protección para vitamina B1: OR 0.158 (0.045-0.560); $p = 0.004$, B12: OR 0.903 (0.826-0.987); $p = 0.025$ y DMG: OR 0.223 (0.105-0.471); $p < 0.001$. Las concentraciones de DPPH fueron mayores en las mujeres cDMG 35.3% (26.9-45.3) vs. 26.3% (17.4-39.3), $p = 0.001$, con OR de 1.896 (1.007-3.572; $p = 0.048$). No hubo diferencias en las concentraciones de GSH.

Conclusiones

Encontramos diferencias entre las mujeres cDMG y sDMG en la capacidad antioxidante total (DPPH), MDA y el índice triglicéridos/HDL. El consumo de hierro es un predictor de riesgo independiente para MDA y de protección vitaminas B1 y B12. DPPH más elevada en las mujeres cDMG probablemente disminuyó las concentraciones de MDA.

Palabras clave:

marcadores de estrés oxidativo, diabetes mellitus gestacional

PO-14. EVALUACIÓN DEL PERFIL METABOLÓMICO DE PLACENTA DE RECIÉN NACIDOS CON ALTERACIONES IDIOPÁTICAS DEL PESO AL NACIMIENTO Y OBESIDAD MATERNA.

Salazar Monreal Lucero¹, Ordaz Ortiz José Juan³, Barbosa Sabanero Gloria², Lazo de la Vega Monroy Maria Luisa², Bolaños Jiménez Francisco Javier⁴

¹Departamento de Ciencias Médicas División de Ciencias de la Salud Universidad de Guanajuato Campus León, ²Departamento de Ciencias Médicas División de Ciencias de la Salud Universidad de Guanajuato Campus León., ³Laboratorio Nacional de Genómica para la Biodiversidad del CINVESTAV Irapuato Gto., ⁴Universidad de Nantes Francia

Introducción

La metabolómica comprende el estudio de metabolitos de bajo peso molecular en respuesta a una condición fisiológica o patológica. El estudio de estas huellas químicas en las alteraciones idiopáticas del peso al nacimiento y/o la fisiopatología de enfermedades en la descendencia como lo establece el concepto de orígenes durante el desarrollo de la salud y las enfermedades (DOHaD) podría ayudar a construir modelos de predicción y/o seguimiento de enfermedades desde los primeros meses de vida, especialmente cuando existe obesidad materna gestacional.

Objetivo

Evaluar el perfil metabolómico de placenta de recién nacidos con alteraciones idiopáticas del peso al nacimiento y obesidad materna.

Material y Métodos

Se emplearon 90 muestras placentarias de mujeres de entre 18 y 35 años, clasificadas por el peso del recién nacido en pequeños, adecuados y grandes para la edad gestacional (SGA, AGA y LGA, respectivamente) de madres sin obesidad y un cuarto grupo de placentas de recién nacidos LGA de madres con obesidad (LGA-OB). Se realizó la extracción de metabolitos seguido de un análisis metabolómico no dirigido por cromatografía de líquidos de alta resolución acoplada a espectrometría de masas (UPLC-QTOF MS). La comparación de los perfiles metabolómicos entre los grupos se realizó con la prueba estadística de ANOVA. Aprobación ética (CIBIUG-P71-2021).

Resultados

Se preidentificaron 172 metabolitos. Al comparar los grupos de alteraciones del peso al nacimiento sin obesidad materna (SGA, AGA y LGA), se encontró que el ácido piroglutámico, nitrotriptófano y glicerofosfatidilcolina P-42:4 (PE(P-42:4)) fueron significativamente mayores en el grupo LGA. Al comparar los grupos con y sin obesidad (AGA, LGA y LGA-OB), el ácido piroglutámico, glutatión oxidado, beta-citril-L-glutamato, ácido 4-trimetilammoniobutanoico, 17-beta-Estradiol-3-glucoronido, PC (18:1(9Z)/4:0), PE(17:1(9Z)/0:0), CPA(18:2(9Z,12Z)/0:0), triglicérido (12:0/13:0/21:0), ceramidas (d18:1/33:0) y (d18:1/31:0(31OH)) fueron significativamente mayores en el grupo LGA-OB vs el grupo AGA.

Conclusiones

La condición de LGA muestra un aumento de metabolitos implicados en el estrés oxidativo, el cual se ve potencializado con la presencia de obesidad materna, donde también aumentan metabolitos del ciclo de Krebs, neurogénesis y metabolismo lipídico, reflejando una perturbación placentaria y pudiendo ser algunos de los mecanismos por los cuales la obesidad se perpetua transgeneracionalmente. Financiamiento: DAIP-UG (CIIC 223/2022), y ECOS-NORD (FORDECYT-PRONACES 195/2021/315669).

Palabras clave:

Metaboloma, Placenta, Peso al nacer, Obesidad materna

PO-15. CAMBIOS EN LA PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS: LECCIONES DE LA COLISIÓN ENTRE LAS PANDEMIAS DE COVID-19 Y OBESIDAD INFANTIL

Romero Ibarguengoitia Maria Elena¹, Morales Silva Crispin, Garza Silva Arnulfo, Rivera Salinas Diego, González Cantú Arnulfo

¹Hospital Clinica Nova

Introducción

La obesidad infantil y el COVID-19 son pandemias concurrentes que han tenido un impacto negativo en la salud y el bienestar de los niños. Los factores predictivos de la obesidad infantil operan en dos niveles: el microsistema, que involucra a la familia, y el macrosistema, que engloba entidades como la escuela y la comunidad. No obstante, la dinámica impulsada por la pandemia de COVID-19 ha alterado esta relación tradicional, desplazando la influencia del macrosistema y subrayando la relevancia del microsistema, en particular el papel de la familia, como factor clave en la predicción de la obesidad en este nuevo contexto de vida.

Objetivo

Analizar el cambio en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 13 años antes y durante la cuarentena relacionada con la pandemia

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional longitudinal en un hospital del Noreste de México, en el que se compararon las mediciones de Índice de Masa Corporal (IMC) antes (2019) y después (2022) del inicio de la pandemia de COVID-19 en escolares que acudieron a consulta de revisión general. Además, se llevó a cabo una encuesta a los padres para evaluar los cambios en los hábitos de los niños antes y después de la pandemia. Se realizaron modelos de regresión lineal

Resultados

Se recopiló información de un total de 164 pacientes, con una mayoría de hombres (n= 85, 51,8%) y una mediana de edad de 9 años (RIQ= 3). Los resultados mostraron un aumento significativo en la prevalencia de sobrepeso y obesidad (25,6% vs. 36,6%, p=0,006). Los principales factores asociados con el aumento del IMC fueron la edad ($\beta=0,728$, $p<0,001$), el porcentaje de personas con sobrepeso u obesidad en el entorno familiar del niño ($\beta=0,053$, $p<0,001$) y la ingesta calórica total según el recordatorio de 24 horas ($\beta=5,578$, $p=0,011$). En cambio, no se encontraron asociaciones significativas entre el tiempo total de sueño diario, la actividad física semanal y el tiempo total de exposición a pantallas en el grupo de estudio

Conclusiones

: Este estudio resalta el impacto de la pandemia de COVID-19 en la configuración de los factores de riesgo de la obesidad infantil, haciendo hincapié en la importancia de la familia para promover hábitos saludables y prevenir la obesidad en los niños.

Palabras clave:

Obesidad, COVID-19, escolares

**PO-16. ASOCIACIÓN DE LA VARIANTE GENÉTICA RS2032729 DEL GEN ZNF24 CON PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA ELEVADA EN NIÑOS MAYAS
MENJIVAR IRAHETA MARTA², Peña Espinoza Barbara Itzel¹**

¹Laboratorio de Genómica de la Diabetes Campus Yucatán UNAM Yucatán México, ² Unidad Académica de Yucatán Facultad de Química UNAM

Introducción

La presión arterial elevada es un problema de salud pública que afecta al 16% de la población pediátrica a nivel mundial, sin embargo, en México estas cifras son mayores (21%) debido a la elevada frecuencia de sobrepeso y obesidad infantil. Yucatán es el estado con mayor prevalencia de mala-nutrición (exceso de peso y talla baja) en la población infantil. La presión arterial elevada es causada por factores ambientales y genéticos, se ha observado que elevaciones en la presión arterial durante la niñez son la antesala de la hipertensión en edad adulta. La hipertensión es el principal factor de riesgo para muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares en adultos. El gen ZNF24 se ha asociado con hipertensión arterial en adultos por su potencial angiogénico en la microvasculatura.

Objetivo

Asociar la variante rs2032729 del gen ZNF24 con la presión arterial sistólica elevada en niños mayas del sureste de Yucatán.

Material y Métodos

Se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación del HRAEPY, el consentimiento de los padres de familia y el asentimiento de los niños. La selección de las variantes genéticas fue resultado de un estudio de caso-control de fenotipos extremos de presión arterial sistólica, se realizó la secuenciación del exoma completo y el análisis bioinformático y la validación de la asociación se llevó a cabo en 256 niños escolares de comunidades Mayas del sureste de Yucatán.

Resultados

Se encontró que 40% de los niños tuvo exceso de peso, 32% presión arterial sistólica elevada y 44% riesgo cardiometabólico. Además, presentaron hipertrigliceridemia (50%), hipercolesterolemia (19%), hiperlipoproteinemia (17%) e hipoalfalipoproteinemia (63%). Los niños con presión arterial elevada tuvieron mayores frecuencias de sobrepeso u obesidad (33% vs. 54%) $p < 0.002$. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la variante rs2032729 del gen ZNF24 y la presión arterial sistólica elevada bajo el modelo de herencia dominante OR (95% IC) 3.71 (1.51 – 9.12) $p = 0.004$.

Conclusiones

La frecuencia de presión arterial elevada en niños Mayas duplica las cifras mundiales, lo que confiere una mayor susceptibilidad a desarrollar hipertensión arterial en la edad adulta temprana (<40 años). Este es el primer trabajo que evidencia la asociación de esta variante en niños. La asociación con el gen ZNF24 revela un posible mecanismo de acción en el desarrollo de presión arterial elevada a través de la disminución de la función angiogénica.

Palabras clave:

Presión arterial elevada, pediatría, niños mayas

PO-17. VARIACIÓN INTEROBSERVADOR Y FUERZA DE CONCORDANCIA ENTRE DIFERENTES DEPARTAMENTOS MÉDICOS SOBRE NÓDULOS TIROIDEOS CLASIFICADOS POR ACR TI-RADS

Sánchez González Marcos Daniel¹, Sosa Caballero Alejandro²

¹, ²Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción

En las últimas dos décadas la incidencia de nódulos tiroideos ha aumentado >5% por año, esto debido a la elevada sensibilidad ecográfica con respecto a la palpación clásica tiroidea. Con respecto a la clasificación de los mismos, existen varias clases de TIRADS, uno de los más utilizados a nivel mundial es el ACR-TIRADS. A pesar de tener estas herramientas, su uso es limitado debido a poca reproductibilidad, secundario a diferentes equipos ultrasonográficos usados y la gran variabilidad inter e intra observador del medico que los evalúa.

Objetivo

Principal: Demostrar la variación interobservador entre médicos de diferentes servicios a comparación del estándar de Radiología dentro de CMN La Raza involucrados en el manejo de nódulos tiroideos, utilizando la escala ACR TI-RADS para valorar necesidad de biopsia. Secundario: Demostrar la variación interobservador entre médicos del mismo servicio utilizando la escala ACR TI-RADS para clasificarlos y valorar necesidad de biopsia

Material y Métodos

Se realizó un estudio de concordancia externa donde participaron 2 médicos adscritos por cada uno de los siguientes departamentos: Cirugía de Cabeza y Cuello, Endocrinología, Medicina Interna y Radiología Intervencionista. Se les mostraron 9 imágenes ultrasonográficas recabadas durante el periodo 2018-2023 de nódulos tiroideos previamente seleccionadas al azar por radiólogos externos a este protocolo, mismas que los distintos grupos clasificaron y valoraron si requirieron biopsia o no utilizando la escala ACR TI-RADS. Los datos revelados después del análisis estadístico fueron medidos con el coeficiente de Kappa de Cohen, donde se valoró el kappa de los médicos del mismo servicio y el kappa interobservador entre los diferentes departamentos a comparación con el estándar de Radiología.

Resultados

El departamento de Cirugía contra estándar radiológico obtuvo un kappa de BAAF insatisfactorio con 0.143, el departamento de Endocrinología contra estándar radiológico obtuvo un kappa de BAAF insatisfactorio con 0.341, el departamento de Medicina Interna contra estándar radiológico obtuvo un kappa de BAAF insatisfactorio con 0.341, el departamento de Radiología Intervencionista contra estándar radiológico obtuvo un kappa de BAAF excelente con 0.769.

Conclusiones

El avance de la tecnología radiológica ultrasonográfica, junto con su menor costo y mayor accesibilidad, ha incrementado la identificación de los nódulos tiroideos. Las escalas para clasificarlos por TIRADS son una herramienta útil, sin embargo con mucha variabilidad interobservador.

Palabras clave:

Clasificación, Nódulo tiroideo, Ultrasonografía

PO-18. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES (CDT) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
ESCAMILLA CASTAÑEDA KARENE MARIELA¹

¹

Introducción

El cancer diferenciado de tiroides (CDT) es la neoplasia endocrina más frecuente en pacientes pediátricos(PP). Clínicamente presenta un comportamiento más agresivo y avanzado al diagnóstico, 70% presenta metastásis locorregional y el 15% a distancia.

Objetivo

Describir las características clínicas y complicaciones postquirurgicas en PP al diagnóstico de CDT en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos

Estudio transversal descriptivo retrospectivo. Se describirán las características clínicas en pacientes de ambos sexos <18 años atendidos en el HP CMN SXXI. Se obtuvieron: variables demograficas, clínicas y bioquimicas. Análisis estadístico: Estadística descriptiva para las variables cualitativas, se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Para las cuantitativas, la prueba Kolmogorov-Smirnov; en caso de distribución normal se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. En cuanto a las variables no paramétricas se utilizaron: la mediana, el rango intercuartil, máximos y mínimos.

Resultados

Se revisaron 80 expedientes de pacientes con CDT, se incluyeron 76 casos, 60 mujeres y 16 hombres, relación 3:1, mediana de edad fue 12 años; 76% puberes. El 86.6% tenía invasión locorregional y 38.2% metastásis a distancia. Se realizó tiroidectomía total en el 93.4% y vaciamiento del compartimento central en 89.5%. La mitad presentó complicaciones post-quirurgicas: el 48.7% hipoparatiroidismo permanente y el 6.6% lesión del nervio laríngeo recurrente. De acuerdo a la ATA 53.9% se estadiaron de alto riesgo.

Conclusiones

En nuestra serie de casos con CDT se identificó al diagnóstico un mayor porcentaje de invasión locoregional y metastasis a pulmón en comparación a la literatura (70% y 15%, respectivamente) y de complicaciones post quirúrgicas que podrían estar en relación con un mayor tamaño tumoral y metastásis. Derivado de esta casuística, resulta fundamental crear estrategias de detección diagnóstica oportuna en los médicos de primer contacto para identificar pacientes en fases más tempranas de la enfermedad que permitan mejorar su pronóstico.

Palabras clave:

Cancer, tiroidectomía, metastasis loco-regional

PO-19. INCIDENCE OF HYPOPARATHYROIDISM IN TOTAL THYROIDECTOMY WITH THE USE OF INDOCYANINE GREEN ANGIOGRAPHY: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL.

MONTALVO HERNANDEZ JORGE², Sánchez Castrejón Esperanza⁴, Mata Quintero Carlos Javier⁴, Alvarez López José Alfredo⁴, Carrasco Tobón José Germán⁴, restrepo Murillo Diana³, Aguilar Serralde Claudia A.¹, Mendoza Zubieta Victoria¹

¹Hospital Angeles Acoxpa, ²HOSPITAL PEMEX CENTRAL NORTE, ³INCMNSZ y HOSPITAL ANGELES ACOXPA, ⁴PEMEX CENTRAL NORTE

Introducción

Hypocalcemia is the most frequent complication after a total thyroidectomy (TT). A novel technique for correct identification and viability assessment of the parathyroid glands (PG) is the use of indocyanine green (ICG) angiography during the surgical procedure.

Objetivo

To determine whether the use of ICG fluorescence is associated with a lower rate of transient hypocalcemia and permanent hypoparathyroidism.

Material y Métodos

Patients undergoing TT were enrolled in this RCT. In the experiment group ICG fluorescence for transOp angiography of the PG vessels was applied and the control group underwent a TT with the conventional technique. Transient hypocalcemia (<6 months) and permanent hypoparathyroidism (PTH >6 months) after surgery as well as number of PG identified, autotransplant, and inadvertent resection of them were analyzed. Autor(s) disclosed receipt of the following financial support for the research of this article: The work was supported by the SMNE, A.C. and SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX.

Table I. Patient Characteristics

Patient characteristic	Value
Age, mean (SD)	51.7 (±16.1)
Sex, n (%)	
Female	36 (80)
Male	9 (20)
Thyroid pathology, n	
Differentiated thyroid cancer	20
Multinodular goiter	8
Hashimoto thyroiditis	7
Adenoma	6
Granulomatous thyroiditis	2
Plummer disease	2

Table II. Preoperative characteristics of the patients

Preoperative patient characteristics	Control group (n=23)	ICG-F group (n=22)	p= value
Age, mean (IQR)	54 (43-62)	54.5 (39-61.2)	0.76
Sex, n (%)			
Female	19 (82.6)	17 (77.3)	0.72
Male	4 (17.4)	5 (22.7)	
Calcium level preOp (IQR)	9.1 (8.8 - 9.4)	8.9 (8.8 - 9.1)	0.097
25-OH Vitamin D (SD)	19.3 (6.7)	26 (11.8)	0.027*
Malignant disease, n (%)	11 (52.2)	9 (40.9)	0.76
Hashimoto, n (%)	3 (13)	4 (18.2)	0.99

Table III. Surgical and postoperative characteristics

Surgical characteristics	Control group (n=23)	ICG-F group (n=22)	p=
Identified glands, n (%)			
2 PGs	1 (4.3)	3 (13.6)	0.54
3 PGs	10 (43.5)	9 (40.9)	
4 PGs	12 (52.2)	10 (45.5)	
Inadvertent resection, n (%)	0 (0)	2 (9.1)	0.48
Autotransplant, n (%)	3 (13)	4 (18.2)	0.95
Surgical time, mediana (IQR)	110 (86 - 120)	130 (108 - 152.5)	0.012*
Surgical bleeding, mediana (IQR)	30 (20 - 70)	50 (30 - 100)	0.074
Postoperative patient characteristics			
Symptoms of hypocalcemia, n (%)	5 (21.7)	3 (13.6)	0.74
Calcium supplementation:			
PO <6 months, n (%)	5 (21.7)	3 (13.6)	0.74
IV <6 months, n (%)	0 (0)	1 (4.5)	0.49
PO >6 months, n (%)	0 (0)	2 (9.1)	0.23
Permanent hypoparathyroidism	0 (0)	1 (4.5%)	0.30
Calcium level after surgery			
at 24 hour, mediana (IQR)	8.6 (8.2 - 9.2)	8.5 (8.3 - 8.6)	0.66
at 1 month, mediana (IQR)	9.3 (8.7 - 9.4)	8.9 (8.4 - 9.3)	0.13
at 6 months, mediana (IQR)	9.1 (8.7 - 9.3)	9.1 (8.8 - 9.3)	0.78
Intact PTH at 6 months, mediana (IQR)	64.9 (42.7 - 88.7)	59.5 (43.3 - 71.1)	0.4
DHS, mediana (IQR)	1 (1-1)	1 (1-2)	0.17

IQR, interquartile range; PO, per oral; IV, Intravenous; DHS, Days of hospital stay.

Resultados

46 patients included. One patient in the ICG group was excluded because of synchronic neuroendocrine tumor. The mean ($\pm$ SD) age 51.7 ($\pm$ 16.1). The most frequent indications for surgical treatment was: malignant thyroid disease in 20 (44.4%). See Table I. 22 TT with ICG and 23 with the conventional technique. PreOp patient's characteristics are listed in Table II and they showed similar results ($p > 0.05$). TT with central compartment lymph node dissection ($p=1.0$) and operative bleeding ($p=0.07$) did not correlate with postOp hypocalcemia. Similar results were operative identification, autotransplantation and inadvertent resection of PG ($p=0.54$, $p=0.95$, $p=0.48$, respectively). See Table III. The calcium level was similar in both groups on day one ($p=0.66$), 1 month ($p=0.13$), and 6 months ($p=0.78$) after surgery. Symptoms of hypocalcemia in 8 (17.7%) patients, they had low serum calcium level and needed oral supplements. Transient hypocalcemia was present in only 3 (13.6%) in the ICG group, and in 5 (21.7%) of the control group ($p=0.74$). PTH level at 6 months after surgery was normal in all cases, however, one of them was taking oral calcium supplement at the time because of low serum calcium level (without hypocalcemia symptoms). This permanent hypoparathyroidism (2.2%) had been in the ICG group. This result had no statistical significance (4.5% vs 0, $p=0.30$).

Conclusiones

ICG fluorescence technique was not associated with lower incidence of hypocalcemia (transient nor permanent) after total thyroidectomy.

Palabras clave:

Total thyroidectomy, hypocalcemia, Indocyanine green fluorescence

PO-20. RELACION ENTRE ANTICUERPOS ANTI-TIROGLOBULINA SERICOS Y TIROGLOBULINA EN GANGLIO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE RECURRENCIA CERVICAL DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

Virgen Salazar Jaime Jose¹, HERNANDEZ GARCIA IRMA¹, BALCAZAR HERNANDEZ LOURDES JOSEFINA¹, HERNANDEZ MARTINEZ ALEX FRANCISCO¹

¹INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Introducción

El cáncer de tiroides es el cáncer endocrinológico más frecuente. La forma diferenciada de la enfermedad surge de células epiteliales foliculares que conservan la capacidad de producir tiroglobulina. La tiroidectomía combinada con uso de I-131 otorga tasas de curación del 90%. Sin embargo, 20% de los pacientes desarrollara recurrencia de la enfermedad, de los cuales 90% comprenderá los ganglios linfáticos cervicales. Desde 2015 se recomienda el seguimiento de estos pacientes con ultrasonido cervical, pruebas de tiroglobulina y anticuerpos anti-tiroglobulina séricos. En aquellos pacientes que presentan ganglios linfáticos de características sospechosas de recurrencia se recomienda la realización de aspiración de aguja fina mediante ultrasonido para su citología, que junto a la realización de tiroglobulina en lavado del aspirado, reporta tasas de sensibilidad y especificidad del 98 y 94% respectivamente. La interferencia confirmada entre la determinación de tiroglobulina sérica y anticuerpos anti-tiroglobulina ha generado preocupaciones sobre su determinación en aspirado.

Objetivo

Determinar la relación entre los títulos séricos de anticuerpos anti-tiroglobulina y los niveles de tiroglobulina en ganglio en pacientes con sospecha de recurrencia ganglionar cervical de cáncer diferenciado de tiroides en una unidad médica especializada de tercer nivel de atención.

Material y Métodos

DISEÑO: Clínico. Analítico. Observacional. Retrospectivo. Se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico de recurrencia ganglionar que habían llevado seguimiento entre 2016-2023. Eran >18 años, habían sido intervenidos mediante tiroidectomía total y recibido tratamiento con I-131 en un periodo 6 meses posterior a la cirugía. Durante su seguimiento se solicitó ultrasonido, niveles de tiroglobulina y anticuerpos anti-Tg séricos. Se había identificado sospecha de recurrencia mediante ultrasonido, realizándose confirmación por citología y determinación de Tg en ganglio linfático mediante BAAF por parte del servicio de radiología. Se dividieron en grupos con Ac-antiTg positivos (>10UI/mL) y aquellos negativos (<10UI/mL).

Resultados

En el grupo de pacientes con anticuerpos positivos (N=13) se presentaron valores de Tg entre 1.5 a 3443ng/mL. Mientras que aquellos con anticuerpos negativos (N=10) se encontraron en un rango entre 1.02 a 11 457ng/mL.

Conclusiones

No existió una relación entre los títulos séricos de anticuerpos anti-tiroglobulina y los niveles de tiroglobulina en ganglio.

Palabras clave:

Cáncer de tiroides diferenciado. Aspiración por aguja fina. Tiroglobulina sérica. Anticuerpos anti-tiroglobulina séricos. Tiroglobulina en aspirado por aguja fina. Ganglio linfático cervical metastásico.

PO-21. MENOR PROBABILIDAD DE REMISIÓN EN ENFERMEDAD DE CUSHING CON RESONANCIA MAGNÉTICA NEGATIVA PARA TUMOR

Llamosas Senties Regina¹, Cuevas Ramos Daniel¹, Martinez Franco Cybelle Daniela¹, Gomez Perez Francisco J.²

¹Clínica de Neuroendocrinología Departamento de Endocrinología Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran, ²Departamento de Endocrinología Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Salvador Zubiran

Introducción

La enfermedad de Cushing es la primera causa de hipercortisolismo endógeno. Alrededor del 85% de los casos son causados por microtumores. Sin embargo, entre el 10-40% de los casos la resonancia magnética puede ser negativa y no demostrar lesión tumoral.

Objetivo

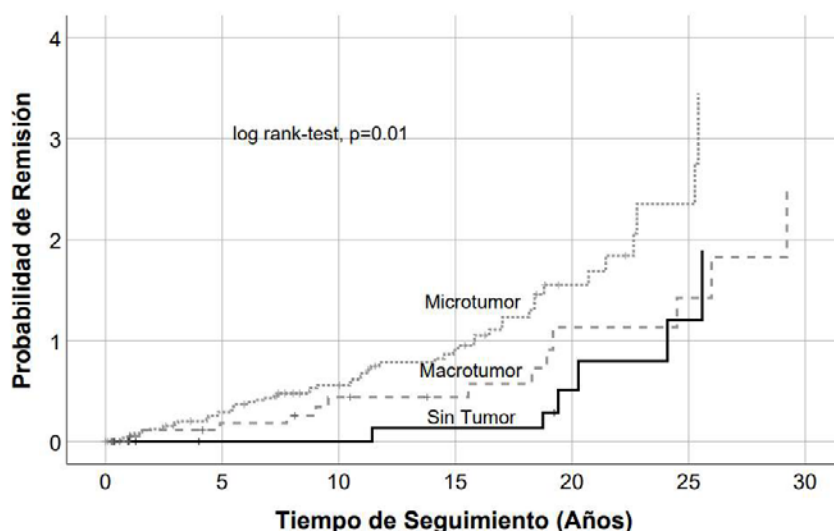
Evaluar la tasa de remisión en pacientes con enfermedad de Cushing sin tumor hipofisario demostrable en la resonancia magnética.

Material y Métodos

Estudio comparativo, observacional, transversal y retrolectivo, realizado en tercer nivel de atención. Se realizó estadística comparativa en pacientes sin tumor, con micro y macrotumores, utilizando chi cuadrada, t de student o U de Mann-Whitney según corresponda y análisis de sobrevida de Kaplan-Meier para determinar los desenlaces entre los grupos.

Resultados

Se incluyeron 162 casos (90% mujeres), de los cuales el 13% no presentaban tumor, 67% presentaban microtumor (<10 mm), y 19.7% macrotumor (>=10mm). Los valores presentados en las pruebas bioquímicas diagnósticas fueron similares entre los tres grupos, a excepción de los niveles de ACTH, los cuales fueron mayores en el grupo de pacientes sin tumor (79+/-36) en comparación con microtumores (54+/-63) y macrotumores (66+/- 41, p=0.04). En cuanto a la sintomatología presentada, fue mayor la frecuencia de acné, siendo más prevalentes en el grupo de pacientes sin tumor (71%,) en comparación con micro (61%) y macrotumores (66%, p=0.01). Finalmente, utilizando análisis de rango logarítmico identificamos asociación significativa en menor probabilidad de entrar en remisión en los pacientes sin tumor en comparación con micro y macrotumores (p=0.01, figura 1).



Conclusiones

Los pacientes con enfermedad de Cushing sin tumor identificable en resonancia magnética tienen valores más altos de ACTH y mayor frecuencia de manifestaciones dermatológicas, con menor probabilidad de remisión del hipercortisolismo, en comparación con los pacientes con micro o macrotumores.

Palabras clave:

Hipercortisolismo, hipofisis, corticotropo, corticotropina, adenoma

PO-22. HIPOINTENSIDAD EN T2 COMO FACTOR PREDICTOR EN LA RESPUESTA A ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA EN POBLACIÓN MEXICANA**Bautista Padron Sara Ivet¹, GONZALEZ VIRLA JOSE GREGORIO BALDOMERO**¹CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**Introducción**

La acromegalia es una enfermedad crónica y sistémica causada por un tumor hipofisario secretor de hormona de crecimiento. La cirugía hipofisaria transesfenoidal es el tratamiento de elección. Sin embargo, la terapia con análogos de somatostatina de primera generación (ASP) ha adquirido importancia, especialmente para los pacientes sin remisión posterior a la cirugía. Por lo cual se han buscado predictores radiológicos de respuesta al tratamiento farmacológico. Los somatotropinomas densamente granulados suelen presentar una señal hipointensa ponderada en T2, mientras que los escasamente granulados suelen ser isointensos o hiperintensos en T2. Los tumores densamente granulados se han asociado con adecuada respuesta a la terapia con ASP en un 65-90%.

Objetivo

Evaluar el valor predictivo de la hipointensidad en T2 en la imagen de resonancia magnética (RM) de los tumores productores de hormona de crecimiento para el control bioquímico con el tratamiento con ASP.

Material y Métodos

Se realizó un estudio clínico retrospectivo, analítico y observacional sin aleatorización, en un centro de atención de tercer nivel de México, entre el 2018 y 2023. Se recabó información del expediente clínico de 25 pacientes con diagnóstico de acromegalia que están o habían estado en tratamiento con ASP y que cuentan con imágenes de RM en T2 y estudios bioquímicos previo al tratamiento y a los 6 o 12 meses después de iniciado el ASP. Dichas imágenes se evaluaron cualitativamente en comparación con la sustancia gris del lóbulo temporal por un neuroradiólogo experimentado (Imagen 1).

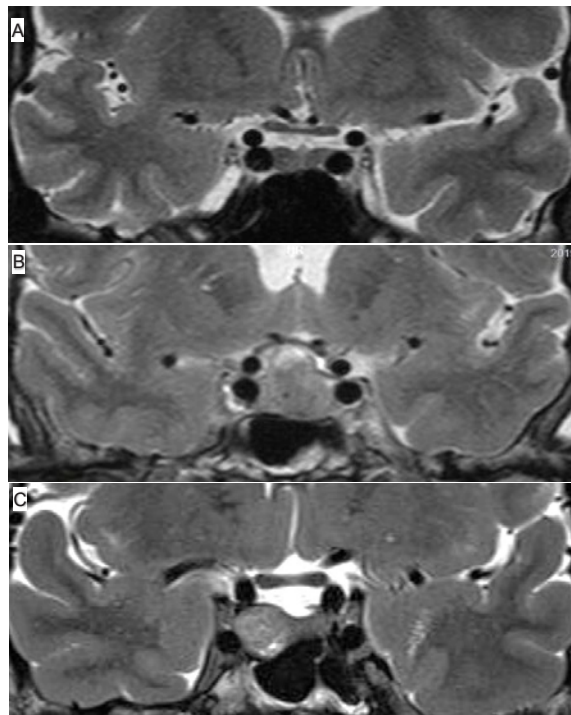
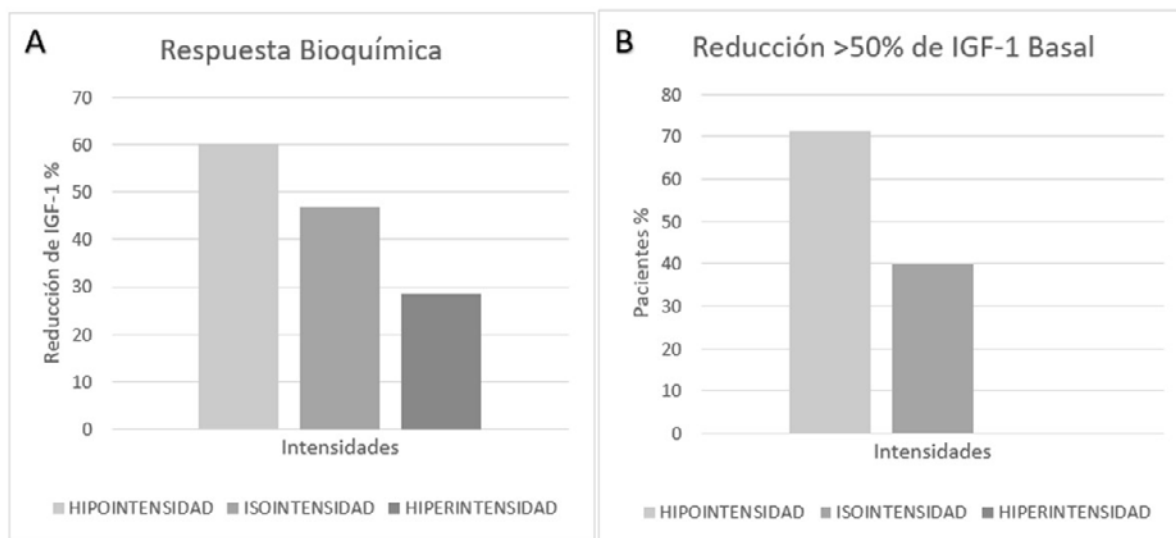


Imagen 1. Intensidades de tumores hipofisarios productores de hormona de crecimiento.

A) Hipointensidad. B) Isointensidad. C) Hiperintensidad



Resultados

Se observó una respuesta al tratamiento con ASP en los pacientes con señal hipointensa en T2 al disminuir los niveles de IGF-1 y GH en un 60% y 60,6% respectivamente (Fig.1 A). De igual forma en los pacientes con isointensidad en T2 hubo disminución de IGF-1 y GH en un 47% y 63,3% respectivamente. Las disminuciones observadas tanto en hipointensidad e isointensidad en T2 fueron significativamente mayores que las disminuciones observadas en hiperintensidad en T2 ($P < 0,001$). Los niveles de IGF-I disminuyeron más del 50% de su valor basal en 71,4% de los pacientes con hipointensidad y solo en 40% de los pacientes con isointensidad ($P < 0,001$) (Fig.1 B).

Conclusiones

El estudio actual confirma una respuesta bioquímica al tratamiento con ASP significativamente mayor en pacientes con señal hipointensa en comparación con pacientes con hiperintensidad en T2, apoyando su uso como herramienta predictiva de respuesta a los ASP.

Palabras clave:

Acromegalia, Hipointensidad en T2, resonancia magnética, análogos de somatostatina

PO-23. IMPLICACIONES DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO DE PRECISIÓN EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS.

Zuarth Vázquez Julia María², Ramírez Rentería Claudia⁴, Rodríguez Pérez Víctor¹, Hernández Ramírez Laura C.³

¹Clínica de adherencia a antirretrovirales y polifarmacia Clínica Especializada Condesa Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, ²Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ³Red de Apoyo a la Investigación Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Ciudad de México México., ⁴Unidad de Investigación de Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social Ciudad de México México.

Introducción

Las neoplasias neuroendocrinas (NENs) son un grupo heterogéneo de neoplasias relativamente raras, usualmente esporádicas, causadas por defectos genéticos somáticos. Sin embargo, hasta el 40%, dependiendo del tipo, pueden deberse a defectos en la línea germinal y presentarse como síndromes genéticos hereditarios. La implementación de estudios genéticos ha mejorado la capacidad de diagnóstico temprano y preciso, sin embargo, una proporción considerable de médicos no tienen conocimiento al respecto.

Objetivo

Dar a conocer, analizar y comparar el conocimiento y la percepción del personal médico dedicado a tratar pacientes con NENs en Latinoamérica sobre la utilidad de la realización de estudios genéticos en casos con fenotipos clínicos diversos.

Material y Métodos

Se realizó una encuesta a médicos especialistas graduados y residentes, sobre 6 casos clínicos de pacientes con NENs que contaban con diagnóstico genético, que se seleccionaron de una cohorte prospectiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Las respuestas fueron almacenadas de forma anónima y no se recolectaron datos personales de los participantes.

Resultados

Cincuenta y cinco médicos respondieron la encuesta, en su mayoría mexicanos del centro del país, 58% de hospitales de especialidades que son centros de referencia para NENs y 63.6% médicos especialistas graduados, principalmente de la especialidad en endocrinología (89%, n= 49). La mediana de respuestas que coincidieron con el diagnóstico genético final fue de 3.64±1.2. La mediana del porcentaje de impresiones correctas en total fue de 60.6% (rango intercuartílico de 50-66.7). No hubo diferencias en el tipo de centro de atención de procedencia (p=0.241) o en ser médico residente o especialista graduado (p=0.316), pero sí cuando se compararon los médicos que atienden consulta vs. otras áreas de ocupación principal (p<0.001). Más del 90% consideró que se requiere un estudio genético para completar la evaluación.

Conclusiones

El personal médico que atiende a pacientes con NENs en Latinoamérica, particularmente de México, se encuentra poco familiarizado con el uso y la utilidad de las pruebas de diagnóstico genético actualmente disponibles. Se requiere un equipo multidisciplinario especializado para interpretar correctamente los resultados y el impacto clínico de estas pruebas genéticas para mejorar el manejo y seguimiento de estos pacientes y sus familiares.

Palabras clave:

Neoplasias neuroendocrinas, pruebas genéticas, síndromes hereditarios

PO-24. REPERTORIO DE CONDUCTORES GERMINALES POBLACIÓN-ESPECÍFICOS DE NEOPLASIAS NEUROENDOCRINAS EN MÉXICO: RESULTADOS PRELIMINARES

Hernández Ramírez Laura Cristina⁴, Rebollar Vega Rosa G., Torres Morán Mariana⁴, Franco Álvarez Alexa L.⁴, Manzo Osnaya Andrea I.⁴, Martell Jiménez Edgar⁴, Moguel Martínez Diego A.⁴, Zuarth Vázquez Julia M.², Hernández Núñez Wellbert E.², Hernández Martínez Álex F.¹, Hernández García Irma¹, Sosa Eroza Ernesto¹, Espinosa Cárdenas Etual¹, Vargas Ortega Guadalupe¹, González Virla Baldomero¹, García Sáenz Manuel¹, Reza Albarrán Alfredo A.², Balcázar Hernández Lourdes¹, Gamboa Domínguez Armando³, Mercado Atri Moisés⁵, Ramírez Rentería Claudia⁵

¹Departamento de Endocrinología Hospital de Especialidades Centro Médico Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social, ²Departamento de Endocrinología Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ³Departamento de Patología Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁴Red de Apoyo a la Investigación Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁵Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción

Las neoplasias neuroendocrinas (NENs) son un grupo heterogéneo de tumores con comportamientos clínicos variables. Dada la alta heredabilidad de las NENs, las pruebas genéticas juegan un papel fundamental en su detección temprana, su manejo clínico personalizado y la consejería genética de las familias afectadas. Sin embargo, las plataformas de diagnóstico genético no se encuentran ampliamente disponibles en todos los países. Por tanto, los datos disponibles sobre los conductores genéticos de NENs no representan adecuadamente a todas las poblaciones humanas.

Objetivo

Reportar datos preliminares sobre el repertorio y frecuencia de defectos genéticos causales de NENs en una cohorte prospectiva de pacientes mexicanos.

Material y Métodos

El estudio fue diseñado como una cohorte prospectiva a 15 años y el reclutamiento de participantes inició en 2022 en dos hospitales de referencia de la Ciudad de México. Pacientes adultos con diagnóstico previo o nuevo de NENs broncopulmonares, gastrointestinales, pancreáticas, hipofisarias y tímicas, cáncer medular de tiroides, hiperparatiroidismo primario y paragangliomas y feocromocitomas fueron reclutados bajo consentimiento informado. Muestras de DNA de sangre periférica de los participantes fueron analizadas por medio de un panel de secuenciación de nueva generación (NGS) diseñado para el estudio. Variantes con frecuencia <0.1% en bases de datos públicas fueron clasificadas de acuerdo con su potencial patogénico.

Resultados

Han sido reclutados hasta el momento 108 individuos (70.4% mujeres). La presentación fue esporádica en la mitad de los casos; una quinta parte tiene historia familiar de predisposición a cáncer. El fenotipo fue tumor neuroendocrino hipofisario en 30.6% de los participantes; el resto estuvieron divididos entre 18 otras entidades clínicas. Se realizó estudio genético en laboratorios externos en dos individuos y muestras de 45 participantes fueron secuenciadas utilizando el panel de NGS diseñado para el estudio. Se detectaron variantes germinales aparentemente conductoras de la enfermedad en 17 muestras (36.2% de los casos analizados) en 11 genes diferentes. Variantes aparentemente población-específicas fueron identificadas tanto entre las variantes probablemente patogénicas como entre las benignas.

Conclusiones

Se han identificado conductores genéticos aparentes de NENs en una tercera parte de los casos analizados. Los resultados preliminares apoyan la idea de que la frecuencia y tipo de conductores genéticos causales de NENs varían entre poblaciones.

Palabras clave:

Diagnóstico genético, neoplasia neuroendocrina, neoplasia endocrina múltiple, secuenciación de nueva generación, tumor neuroendocrino hipofisario

PO-25. SYSTEMATIC EVALUATION OF ANTHROPOMETRY-BASED ADIPOSITY MEASURES FOR PREDICTION OF ALL-CAUSE AND CAUSE-SPECIFIC MORTALITY IN 155,000 MEXICAN ADULTS

Basile Alvarez Martín Roberto¹

1

Introducción

Various indices have emerged from anthropometric measurements to characterize body composition. However, the significance of these indices as predictors of all-cause and cause-specific mortality has not yet been fully explored.

Objetivo

To evaluate the comparative effectiveness of eight different anthropometry-based metrics for predicting all-cause and cause-specific mortality within a mexican cohort.

Material y Métodos

We examined participants enrolled in the Mexico City Prospective Study (MCPS). Cox models stratified by sex were used to assess the association between anthropometry-based indices and risk of all-cause and cause-specific mortality, stratifying. Models were adjusted for age-at-risk, district of residence, and lifestyle factors. Performance of anthropometric indices was assessed individually and in linear combinations using C-statistic and Bayesian Information Criterion. For cause-specific mortality, we explored vascular, renal, diabetic, neoplastic and respiratory causes of death. Lastly, spider plots were used to assess the influence of baseline adiposity on subsequent changes in body composition measured by bioelectrical impedance analysis.

Resultados

This study analyzed data from 155,318 participants with complete anthropometric and mortality data. After adjustment, the most significant risk indicators for all-cause mortality were Waist-Adjusted-to-Weight Index (WWI) (HR 1.11 [95%CI 1.09–1.13]) and A Body Shape Index (ABSI) (1.08 [95%CI 1.07–1.10]) for men. In women, the highest risk was observed for the Relative Fat Mass (RFM) (1.17 [95%CI 1.15–1.20]) and WWI (1.16 [1.14–1.18]). In terms of predictive performance, the better indices were WWI and Waist-Hip Ratio (WHR) for men, and WWI and RFM for women (Fig 1). The best linear combinations of anthropometric indices were ABSI + WWI for men and RFM + WWI for women. For cause-specific mortality, we found increased adiposity to be associated with higher risk of death by cardiac, cerebrovascular, renal, acute diabetic and respiratory causes (Fig 2). Spider plots highlighted the effect of baseline adiposity on fat accumulation in women and muscle mass loss in men at follow-up (Fig 2).

Figure 1

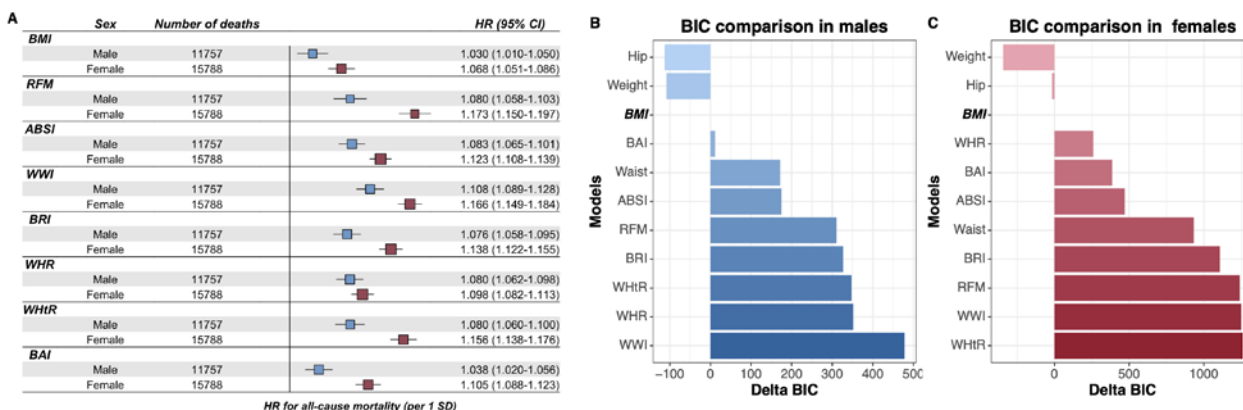
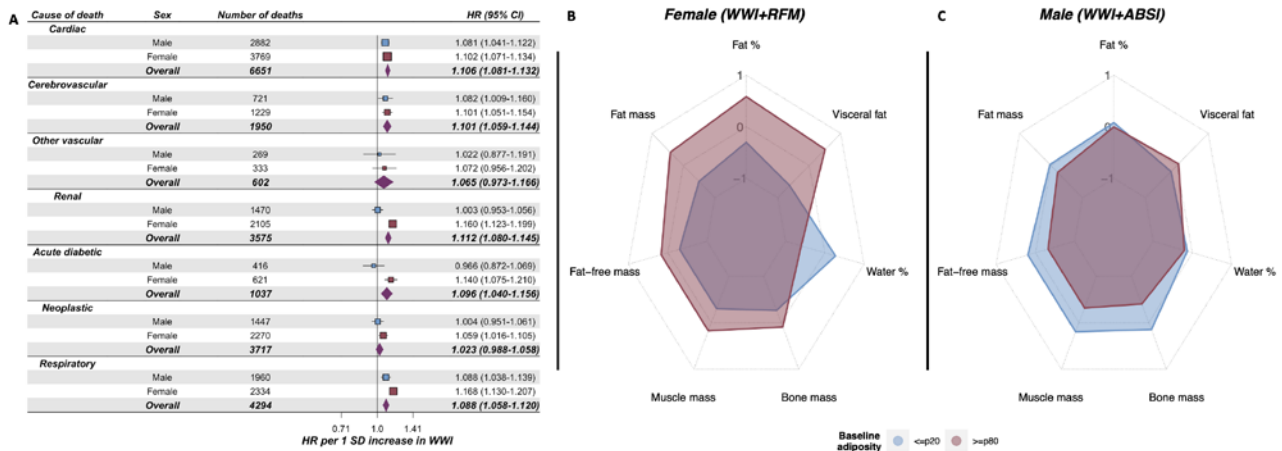


Figure 2



Conclusiones

The best predictors of mortality were WWI, WHR and RFM with a pronounced sex dimorphism. More emphasis should be made on a holistic assessment of body composition using anthropometric indices —particularly visceral fat accumulation and loss of muscle mass— for risk stratification, taking sex-based differences into account.

Palabras clave:

Anthropometry, Adiposity measures, Mortality prediction, Body composition, Mexican Adults

PO-26. VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO ESTANDARIZADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Laviada Nagel Antonio², Lavalle González Fernando Javier ¹, Mancillas Adame Leonardo Guadalupe¹, Leal Valdez Alberto³, Santos Morales Karla Arisbeth ³, Partida García Adriana Elizabeth³, Reyna Acosta Valeria ³, Montiel García Ilse Fernanda³, Ortega Escamilla Alitzel³, Casillas Medina Cassandra Lizbeth³, Vargas Treviño Karen Lizbeth³

¹Departamento de Endocrinología del Hospital Universitario Dr José Eleuterio González, ²Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario, ³Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

En la Diabetes tipo 2 la educación sobre la enfermedad tiene un gran potencial para mejorar el automanejo. Diversos estudios han desarrollado cuestionarios estandarizados para medir grados de conocimiento sobre la diabetes, aunque pocos de ellos han generado instrumentos adaptados para la población mexicana. México es un país con población de bajo nivel educativo y socioeconómico.

Objetivo

Validar un cuestionario capaz de medir el nivel de conocimiento de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre su enfermedad, diseñado para una población con nivel educativo de acuerdo con la media en la demografía mexicana.

Material y Métodos

1. Diseño del cuestionario: un equipo de expertos con credenciales en el automanejo de Diabetes Mellitus 2 generó un cuestionario de 40 preguntas divididas en 5 áreas recomendadas por el Curriculum Internacional para Educadores Profesionales de la Salud en Diabetes siendo estas: sintomatología y presentación, tratamiento farmacológico, terapia nutricional, complicaciones y automonitoreo. Las preguntas se realizaron en un formato de opción múltiple siendo las posibilidades de respuesta "Verdadero", "Falso" o "No lo sé". El formato premiaba con un punto la respuesta correcta, cero puntos la respuesta que no se conoce y restaba un punto el intento fallido al responder equivocadamente. El cuestionario fue revisado tanto por un experto en redacción de preguntas y un educador de enseñanza elemental para asegurarse de que estos tengan un nivel de dificultad de comprensión no superior al cuarto año de educación primaria. 2. Validación del cuestionario: el cuestionario se probó en 100 pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta de medicina interna del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Se incluyeron adultos mayores de 18 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2 y se excluyeron pacientes con embarazo, diagnóstico de diabetes mellitus no tipo 2 o que se negaran a participar en el estudio. Se utilizó el alfa de Cronbach para calcular la validez interna del cuestionario.

Resultados

Tras el análisis con la prueba alfa de Cronbach sobre los 40 elementos, el cuestionario se redujo a las 38 preguntas estadísticamente más importantes. El puntaje global fue de 0.752, siendo considerado como aceptable.

Conclusiones

Logramos validar un cuestionario estandarizado para medir el grado de conocimiento de los pacientes con Diabetes Tipo 2 respecto a su padecimiento obteniendo una validez interna satisfactoria.

Palabras clave:

Cuestionario de conocimientos, Validación de herramienta, Diabetes Mellitus tipo 2

PO-27. CORRELACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE NETRINA 1 CON LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE PROTEÍNA C REACTIVA ULTRA SENSIBLE EN SUJETOS CON OBESIDAD VS SUJETOS CON DIABETES TIPO 2 DE RECIENTE DIAGNÓSTICO.

García Galindo Jesús Jonathan¹, Ramos Zavala María Guadalupe², Pascoe Gonzalez Sara², Hernandez González Sandra O.³

¹, ²Instituto terapéutico experimental y clínico Centro Universitario de Ciencias de la salud Universidad de Guadalajara., ³Medico investigador en la unidad de epidemiología clínica Hospital de especialidades Unidad médica de alta especialidad Centro médico nacional de occidente Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La obesidad y la diabetes tipo 2 son enfermedades crónico-degenerativas con alta prevalencia e incidencia en nuestro sistema de salud, las cuales presentan en común una característica en su cascada de reacciones fisiopatológicas; un estado de inflamación crónico con aumento de proteínas y citocinas pro-inflamatorias que crean un sistema de retroalimentación positiva que lleva al paciente a disfunción orgánica. La netrina 1 (Ntn1) es una proteína descrita como de migración celular, la cual es responsable del efecto anti-inflamatorio a través de su participación en la migración de células inflamatorias y puede desempeñar un papel clave en el desarrollo patológico de la diabetes tipo 2 (DT2). Cuando existe un estado inflamatorio crónico, existen marcadores para evaluarlo: los reactantes de fase aguda. Este estudio pretende evaluar la correlación entre la concentración sérica de Ntn1 vs la concentración sérica de PCR-us.

Objetivo

Evaluar la correlación de las concentraciones séricas de Ntn1 con la concentración sérica de PCR-us en sujetos con obesidad vs sujetos con diabetes tipo 2 de reciente diagnóstico.

Material y Métodos

Se trató de un estudio transversal analítico que incluyó a 90 individuos, divididos en tres grupos (n = 30): sujetos sanos: entre los 18 y 55 años de edad, con un IMC menor de 25 kg/m²; sujetos con obesidad: entre los 18 y 55 años, con un IMC entre 30 a 34.9 kg/m², sin alteraciones en la glucosa; sujetos con DT2: entre los 18 a 55 años de edad, con un IMC entre 25 a 34.9 kg/m², y un recién diagnóstico. Las concentraciones séricas de Ntn1 y PCR-us se determinaron con un ensayo inmunoenzimático (ELISA).

Cuadro 4: Correlación de Spearman

	PCR-us		Ntn1	
	rho	p	rho	p
Edad	-0.171	0.291	-0.209	0.196
Ntn1	0.443	< 0.001	----	----
PCR-us	----	----	0.443	< 0.001
PAS	0.093	0.570	0.113	0.489
PAD	0.172	0.289	0.154	0.343
IMC	0.670	< 0.001	0.181	0.263
Glucosa	-0.070	0.667	-0.110	0.050
LDL	0.123	0.450	-0.112	0.490
HDL	-0.055	0.734	0.064	0.693
Triglicéridos	0.169	0.298	-0.258	0.109
Colesterol total	0.175	0.280	-0.182	0.262
% De grasa	0.555	< 0.001	-0.021	0.898

LDL: colesterol de baja densidad, HDL: colesterol de alta densidad.

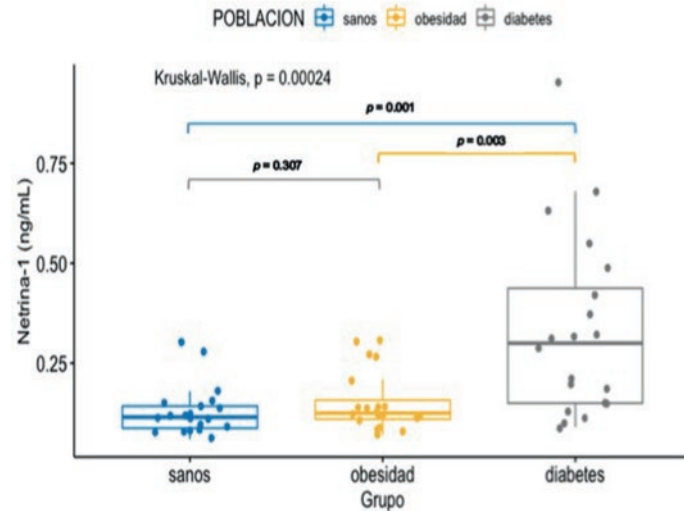


GRÁFICO 2: Comparación de la concentración sérica de Ntn1 entre los 3 grupos de estudio.

Resultados

La concentración sérica de Ntn1 fue mayor en los individuos con DT2 recién diagnosticada ($0,33 \pm 0,22$ ng/mL), en comparación con los sujetos sanos y los individuos con obesidad ($0,13 \pm 0,06$ y $0,15 \pm 0,07$ ng/mL, respectivamente). Además, encontramos una correlación positiva entre los niveles de Ntn1 y la hsCRP ($\rho = 0,443$, $p < 0,001$), así como con la glucosa sérica ($\rho = -0,110$, $p = 0,05$).

Conclusiones

Las concentraciones séricas de Ntn1 son más altas en los individuos con DT2 en comparación con los otros grupos en este estudio y muestra una correlación positiva con la PCR-us. Por lo tanto, con la realización de más investigaciones que apoyen nuestros resultados la Ntn1 podría ser considerada como un biomarcador de riesgo prometedor y un objetivo terapéutico potencial para la DT2.

Palabras clave:

netrina 1, PCRhs, Diabetes tipo 2.

PO-28. EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE VARIANTES GENÉTICAS DE RIESGO PARA DIABETES TIPO 2 (SLC16A11, HNF1A, CDKAL1, MTNR1B, TCF7L2) EN PACIENTES MEXICANOS CON DIABETES TIPO MODY POR MEDIO DE EXOMA COMPLETO.

De Miguel Ibáñez Regina¹, Ferreira Hermosillo Aldo², Marrero Rodríguez DANIEL³, Taniguchi Ponciano Keiko³

¹CMN SIGLO XXI, ²CMN SIGLO XXI UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS, ³LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN DE ENFERMEDADES ENDOCRINAS CMN SIGLO XXI

Introducción

MODY es un grupo clínicamente heterogéneo de mutaciones en un solo gen, en la mayoría con herencia AD, de inicio entre la segunda y la tercera década de la vida, en ausencia de inmunidad contra la célula beta pancreática. Se estima que únicamente el 3% de los pacientes con MODY cuentan con un diagnóstico preciso, el resto son erróneamente clasificados con DM1 y DM2 en un 36% y 51%, respectivamente. La población mexicana tiene una alta prevalencia de DM2 esto provoca que el diagnóstico adecuado de diabetes tipo MODY sea difícil de realizar, ya que los pacientes suelen presentar características como sobrepeso, obesidad y resistencia a la insulina, que están más relacionadas con DM2. Esto nos hace cuestionarnos si existe asociación genética entre la diabetes tipo MODY y mutaciones en los loci más comunes para DM2 que expliquen la coexistencia de manifestaciones clínicas de ambas entidades en nuestra población.

Objetivo

Evaluar la asociación genética entre MODY y las variantes de riesgo para DM2 a través de exoma completo.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal, se estudiaron a 18 pacientes con alta probabilidad de MODY (Exeter > 36%). Se realizó análisis mediante la secuenciación del exoma completo, en búsqueda de las variantes de riesgo para DM2.

Resultados

Encontramos que HNF1A fue el subtipo de MODY presente en el 100% de los pacientes, con más de una variante en todos los casos. El 55% presentó al menos 2 variantes patogénicas para HNF1A y 11% con al menos 1 variante patogénica para HNF1A, mientras que solo el 11% presentaron variantes patogénicas adicionales a HNF1A, estas se encontraron en los genes ABCC8 y CEL con frecuencia de 5.5% cada uno. No encontramos variantes patogénicas en los 5 genes de interés para DM2, únicamente variantes no reportadas.

Conclusiones

La diabetes MODY estuvo presente en el 100% de los pacientes estudiados, encontrándose mutación en el gen HNF1A, hallazgo similar a lo reportado en estudios de población mexicana. Al no encontrar las variantes patogénicas propuestos para diabetes tipo 2, proponemos ampliar el grupo de estudio con grupos control para dilucidar el significado de las variantes no reportadas en nuestro estudio. Destacó la excelente correlación entre la calculadora Exeter y la presencia de diabetes MODY.

Palabras clave:

MODY, variantes genéticas

PO-29. NIVELES DE GLUCAGÓN Y ALTERACIONES DISMETABÓLICAS DE LA GLUCOSA EN PERSONAS SIN DIABETES.

Pech Ciau Benjamin Antonio³, Sigüenza Heredia Armando³, Urcelay Duarte Ximena³, Sanabrais Lopez María José³, Arjona Villicaña Ruy¹, Bastarrachea Sosa Raúl², May Hau Abraham³, Laviada Molina Hugo³

¹Clínica de Mérida, ²Sansum Diabetes Research Institute, ³Universidad Marista de Mérida

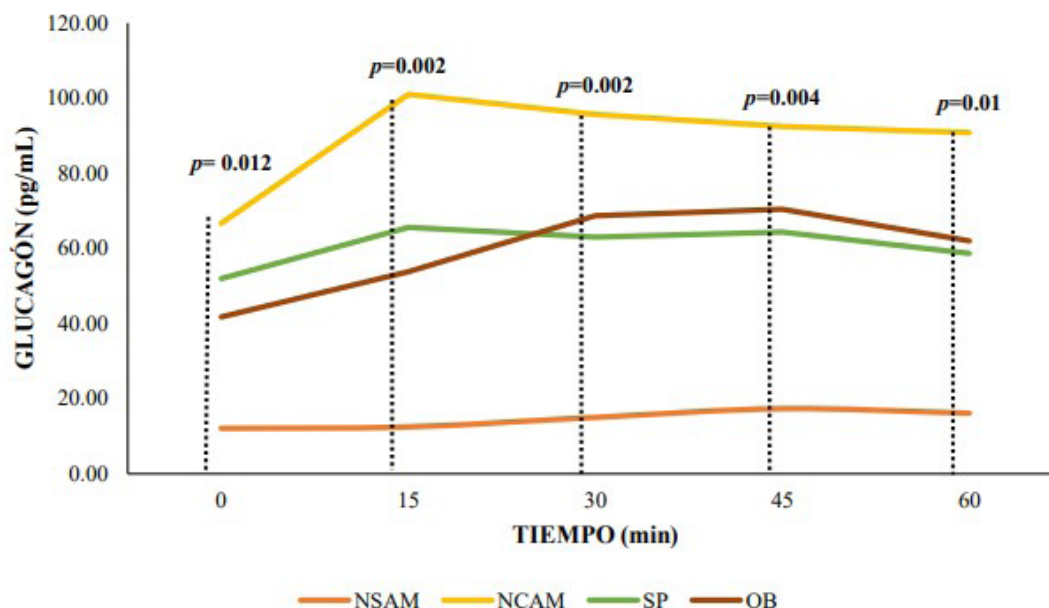
Introducción

En sujetos con DM-2 y obesidad, existe una falta de supresión temprana del glucagón tanto en ayuno como tras un estímulo de alimento mixto, lo cual, se correlaciona con niveles de hiperglucemia posprandial. La resistencia a la insulina, aunado a la hiperglucagonemia podrían contribuir conjuntamente al desarrollo de disglucemia posprandial en sujetos que presenten un riesgo metabólico elevado. Algunos autores han postulado que el glucagón pudiera tener un papel protagónico en la fisiopatología de la DM2.

Objetivo

Determinar correlaciones entre el aumento en los niveles séricos de glucagón con la alteración de los parámetros bioquímicos del metabolismo de la glucosa, IL-6, FNT-a, MCP-1 y PCR en subgrupos de individuos con normopeso sin alteraciones metabólicas (NSAM), normopeso pero con alteraciones metabólicas (NCAM), sujetos con sobrepeso (SP) u obesidad (OB) después de consumir una comida mixta.

Comportamiento del glucagón durante la primera hora posprandial



Nota. Naranja: Normopeso sin alteraciones metabólicas; Amarillo: Normopeso con alteraciones metabólicas; Verde: Sobrepeso; Café: obesidad; La diferencia entre los grupos se evaluó mediante la prueba Kruskal-Wallis, siendo significativo ($p<0.05$).

Material y Métodos

Estudio descriptivo, analítico y transversal de tipo cuasiexperimental. Se utilizó la base de datos del estudio GEMM en México, estadística descriptiva, test de correlación lineal de Pearson, pruebas de comparación de grupos y análisis multivariado mediante regresión lineal múltiple. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos datos con $p < 0.05$

Resultados

En el grupo de NCAM la media del glucagón basal fue mayor que en sujetos con OB, SP y NSAM y se documentó una diferencia significativa entre los grupos. En los cuatro tiempos posprandiales analizados se encontró una diferencia significativa entre los grupos. Se documentó falta de supresión del glucagón en los sujetos con SP y OB, así como en los sujetos NCAM, siendo llamativo este hallazgo en este grupo con peso corporal normal. La falta de supresión del glucagón parece estar supeditada a disminución de la sensibilidad a la insulina. No se encontraron correlaciones entre los niveles de glucagón y factores mediadores de inflamación tales como IL-6, PCR o FNT- α .

Conclusiones

El grupo NCAM tuvo la menor supresión del glucagón tanto en el ayuno como a los 15 minutos. No se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de marcadores inflamatorios (IL-6, FNT, MCP-1 α , PCR) y niveles de glucagón basales o a los 15 minutos posprandiales en ninguno de los 4 grupos.

Palabras clave:

Glucagón, glucosa, interleucina-6, factor de necrosis tumoral alfa, sobrepeso, obesidad

PO-30. COMPARACIÓN ENTRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE HIPERALDOSTERONISMO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO DE PRUEBA DIAGNÓSTICA

Ibarra Salce Raul¹, Santana Mata Mario A.⁵, Tenorio Rojo Andrea P.³, Ferreira Hermosillo Aldo⁸, García Saenz Manuel², Flores Villagomez Susana⁷, Pozos Varela Francisco Javier⁶, Mena Ureta Tania Sofia⁶, Cepeda Nieto Ana Cecilia⁴

¹, ²(5) Departamento de Endocrinología Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social Ciudad de México., ³Clínica ENDO Saltillo Saltillo Coahuila, ⁴Departamento de investigación Facultad de Medicina Unidad Saltillo Universidad Autónoma de Coahuila Saltillo Coahuila, ⁵Hospital General de Zona #2 Instituto Mexicano del Seguro Social Saltillo Coahuila, ⁶Hospital Star Médica Aguascalientes Aguascalientes, ⁷Médica Campestre León Guanajuato, ⁸Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Endocrinas Centro Médico Nacional Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social Ciudad de México.

Introducción

La hipertensión arterial es altamente prevalente en nuestro país, mientras que el hiperaldosteronismo primario (PA) es la causa más frecuente de hipertensión secundaria. Existen diversas pruebas diagnósticas tanto para detección como confirmación de la enfermedad, entre ellas la prueba de supresión Valsartan-Dexametasona-Captopril (VDCST), la cual es de fácil aplicación ya que no requiere modificar el tratamiento antihipertensivo previamente y se realiza de manera ambulatoria.

Objetivo

El objetivo del estudio es la validación de la VDCST en población mexicana y como objetivo secundario compararla con otras pruebas diagnósticas.

Tabla 1. Características de los pacientes	n=16
Edad (años)	41.13 ± 14.37
Sexo Mujer Hombre	31% (n=5) 68% (n=11)
Criterio de tamizaje TA > 150/100 3 o más antihipertensivos Hipokalemia SAHOS Fibrilación auricular	68% (n=11) 31% (n=5) 11.8% (n=2) 5.9% (n=1) 5.9% (n=1)
Resultado positivo PAC/PRC (>2.4) ALD24H (>12 µg/24hrs) VDCST (>0.3) Ratio Aldosterona/Creatinina en orina (>3 ng/mg)	12.5% (n=2) 43.8% (n=7) 37.5% (n=6) 75% (n=12)
PAC/PRC (Aldosterona sérica/Renina directa)	0.88 (0.23-1.55)
ALD24H	8.27 (5.93-16.76)
VDCST (PAC/PRC posterior a supresión farmacológica)	0.229 (0.032-0.97)
Ratio Aldosterona/Creatinina en orina	6.36 (3.03-10.42)

Material y Métodos

Estudio de prueba diagnóstica. Se realizó el protocolo diagnóstico acorde a las guías de la Endocrine Society. Posteriormente se realizó la VDCST con toma VO de Valsartan 320 mg, Captopril 50 mg y Dexametasona 2 mg VO, con segunda dosis de Captopril 50 mg previo a la toma de muestra.

Resultados

En el periodo de Diciembre 2022 a Septiembre 2023 un total de 23 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Dos pacientes fueron eliminados por presencia de Enfermedad Renal Crónica, 3 no aceptaron ser incluidos en el protocolo, 2 pacientes aún no cuentan con sus resultados completos. Se ingresaron 16 pacientes al análisis, con edad media de 41 ± 14.37 años, 31% mujeres ($n=5$), 68% de los pacientes con cifras mayores de 150/100 de manera inicial ($n=11$), 6% con Fibrilación Auricular ($n=1$), 6% con SAHOS ($n=1$), 31% con uso de 3 o más antihipertensivos ($n=5$), 12% con hipokalemia espontánea o inducida por diurético ($n=2$). Dentro de las pruebas diagnósticas, 11.7% cumplieron PAC/PRC positivo ($n=2$), 43.7% de los pacientes presentaron ALD24H mayor a $12 \mu\text{g}/24 \text{ hrs}$ ($n=7$), 37.5% resultaron positivos con la VDCST ($n=6$), y de manera exploratoria el 75% cumplió la RACU ($n=12$). La correlación de Spearman entre la prueba VDCST y PAC/PRC fue de 0.726 ($p < 0.01$) y entre VDCST con ALD24H fue de 0.203 ($p > 0.05$). Entre ALD24H y PAC/PRC la correlación fue de 0.591 ($p < 0.05$).

Conclusiones

Se observó poca correlación entre pruebas diagnósticas de PA. Al no contar con un estándar de oro, es posible que no se conozca la prevalencia real de la población. La prueba VDCST tiene buen rendimiento diagnóstico comparado con las pruebas recomendadas por la Endocrine Society. El estudio continúa reclutando pacientes, lo que permitirá aumentar el poder estadístico de los resultados. Agradecemos a la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología por el financiamiento para el desarrollo del presente protocolo.

PO-31. EFECTOS DEL CONSUMO DE LA SUCRALOSA EN LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA EN INDIVIDUOS SANOS

Almeda Valdes Paloma¹, Romo Romo Alonso¹, Aguilar Salinas Carlos A.¹, Torres Y Torres Nimbe¹, López Carrasco Guadalupe¹, Guillén Pineda Luz E.¹, Martagón Rosado Alexandro J.¹, Sánchez Tapia Mónica¹, Brito Córdova Griselda X.¹, Gómez Pérez Francisco J.¹

¹Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción

La sucralosa es un edulcorante no nutritivo que ha demostrado que puede disminuir la sensibilidad a la insulina a través de diferentes mecanismos como el generar cambios significativos en la composición de la microbiota intestinal e interactuar con los receptores del sabor dulce a nivel intestinal, lo que genera un aumento de la expresión de transportadores de glucosa como SGLT1 y GLUT2, así como una mayor liberación postprandial de incretinas.

Objetivo

Evaluar los efectos del consumo de sucralosa en la sensibilidad a la insulina.

Material y Métodos

Veinticuatro individuos sanos fueron aleatorizados para consumir diariamente durante 30 días cápsulas que contenían el 30% de la ingesta diaria admisible (IDA) de sucralosa pura o placebo. Se realizó una pinza (clamp) euglucémica hiperinsulinémica de dos fases, antes y después de la intervención en ambos grupos, y se calculó el valor de M/I para cada fase (dosis baja y alta de insulina). Se instruyó a los participantes para que no modificaran sus hábitos dietéticos y de actividad física.

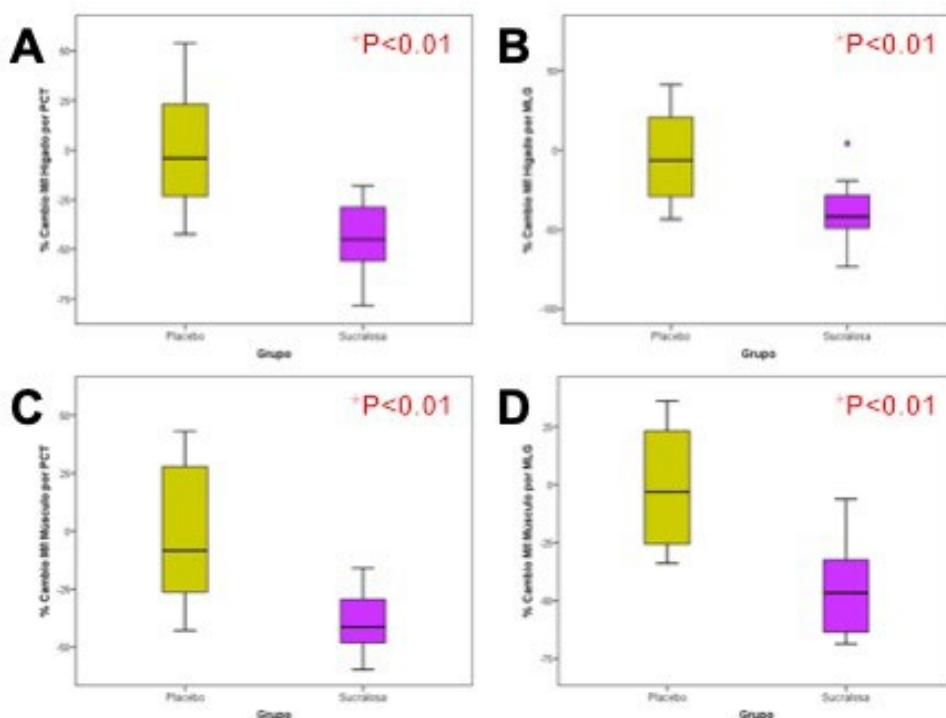


Figura 1. Diferencias en los porcentajes de cambio entre grupos para (A) Sensibilidad a la insulina en Fase 1 por PCT, (B) por MLG, (C) Sensibilidad a la insulina en Fase 2 por PCT y (D) por MLG. M/I: valor M ajustado por el promedio de la concentración de insulina en suero durante el periodo estable del clamp euglucémico hiperinsulinémico; PCT: peso corporal total; MLG: masa libre de grasa. *Prueba estadística para las diferencias: U de Mann-Whitney.

Tabla I. Características basales de la población de estudio.

	Grupo Placebo (n=12)	Grupo Sucralosa (n=12)	p*
Sexo: mujer, n (%)	6 (50%)	6 (50%)	1.00
Edad, años	24.5 [23.0-25.7]	24.0 [22.2-25.0]	0.34
Peso, kg	64.4 ± 11.0	59.1 ± 8.2	0.20
Talla, m	1.68 ± 0.10	1.66 ± 0.10	0.55
IMC, kg/m ²	22.5 ± 1.7	21.4 ± 1.8	0.15
Cintura, cm	75.7 ± 6.1	73.1 ± 7.4	0.36
Cadera, cm	95.3 ± 5.4	93.8 ± 4.3	0.49
ICC	0.79 ± 0.05	0.77 ± 0.06	0.49
Grasa corporal DXA, %	27.5 ± 7.6	31.1 ± 4.8	0.18
MLG DXA, kg	47.5 ± 11.7	41.6 ± 7.6	0.14
Grasa visceral DXA, g	240 [139-311]	219 [126-342]	0.67
TAS, mmHg	109.2 ± 10.0	109.4 ± 9.7	0.96
TAD, mmHg	69.7 ± 6.3	70.4 ± 7.3	0.81
FC, lpm	71.7 ± 8.3	75.2 ± 13.8	0.46
Actividad Física, Kcal/día	2,678 ± 604	2,453 ± 436	0.30
Energía consumida, Kcal/día	1,669 ± 280	1,538 ± 324	0.31
Ingestión de HC, %Kcal	42.2 ± 10.8	43.8 ± 6.6	0.68
Ingestión de proteína, %Kcal	21.7 ± 6.1	21.3 ± 4.4	0.86
Ingestión de lípidos, %Kcal	35.6 ± 7.7	34.9 ± 6.6	0.82
Ingestión de azúcares, %Kcal	10.0 ± 5.0	8.6 ± 3.8	0.47
Glucosa en ayuno, mg/dL	87.8 ± 4.8	87.3 ± 6.3	0.83
Glucosa 2 h CTOG, mg/dL	89.0 ± 18.0	86.9 ± 17.2	0.77
Insulina en ayuno, mU/L	5.8 ± 1.8	6.8 ± 2.2	0.25
HOMA-IR	1.26 ± 0.41	1.47 ± 0.57	0.26
Colesterol total, mg/dL	170.0 ± 32.1	171.6 ± 22.0	0.88
Colesterol LDL, mg/dL	99.2 ± 19.6	101.2 ± 18.0	0.79
Colesterol HDL, mg/dL	53.5 ± 15.9	52.9 ± 12.6	0.92
Triglicéridos, mg/dL	86.4 ± 35.2	87.4 ± 31.3	0.94
Ácido úrico, mg/dL	4.8 ± 0.9	5.0 ± 1.3	0.55
Creatinina, mg/dL	0.89 ± 0.20	0.78 ± 0.13	0.15

Datos expresados como medias ± desviación estándar o medianas [rangos intercuantiles] de acuerdo a la distribución de las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se describen en frecuencias y (porcentajes). IMC: índice de masa corporal; ICC: índice cintura cadera, DXA: absorciometría de rayos X de energía dual; MLG: masa libre de grasa; TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica; FC: frecuencia cardíaca; HC: hidratos de carbono; CTOG: curva de tolerancia oral a la glucosa, HOMA-IR: homeostasis model assessment insulin resistance; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL: lipoproteínas de alta densidad. *Pruebas estadísticas para las diferencias: t-student para variables paramétricas, U de Mann-Whitney para no paramétricas y chi cuadrada para cualitativas.

Resultados

La sensibilidad a la insulina en la fase de con dosis baja de insulina se redujo con el consumo de sucralosa, mostrando un cambio porcentual de -44.7% en el valor de M/I por peso corporal total (PCT) en comparación con -3.9% del grupo placebo ($p < 0.01$), así como un cambio del -41.8% en el valor M/I por masa libre de grasa (MLG) en comparación con -6.2% del grupo placebo ($p < 0.01$). La sensibilidad a la insulina en la fase de con dosis alta de insulina también disminuyó después del consumo de sucralosa, mostrando un cambio porcentual de -41.3% en el valor de M/I por PCT en comparación con -8.3% del grupo placebo ($p < 0.01$), así como un cambio del -46.5% en el valor M/I por MLG en comparación con -3.0% del grupo placebo ($p < 0.01$).

Conclusiones

El consumo del 30% de la IDA de sucralosa durante 30 días genera una reducción significativa de la sensibilidad a la insulina en individuos sanos.

Palabras clave:

sucralosa, sensibilidad a la insulina

PO-32. "DESNUTRICIÓN Y ÁNGULO DE FASE EN EL PACIENTE CON CÁNCER COLORRECTAL"

Méndez Rojas Berenice², Guerrero Nieto Katia Marisol², Hernández Oviedo Rosalva¹, García Obregón Olga P.²

¹Hospital General de Querétaro, ²Universidad Autónoma de Querétaro

Introducción

En México, el cáncer colorrectal es el cuarto tumor maligno más diagnosticado. La desnutrición en estos pacientes tiene una incidencia del 48 al 61%. El estado de nutrición deteriorado impacta negativamente la calidad de vida del paciente oncológico, comprometiendo la tolerancia y la respuesta al tratamiento. La identificación temprana del riesgo nutricional resulta esencial, por lo cual el uso de herramientas como la valoración global subjetiva generada por el paciente y la obtención de datos por medio de la evaluación antropométrica, la bioimpedancia eléctrica y los valores bioquímicos son esenciales en la atención del paciente oncológico. Como parte de la bioimpedancia eléctrica el ángulo de fase ha surgido como herramienta de gran interés para el diagnóstico de desnutrición y pronóstico en cáncer.

Objetivo

Evaluar el estado de nutrición de los pacientes con cáncer colorrectal de diagnóstico reciente.

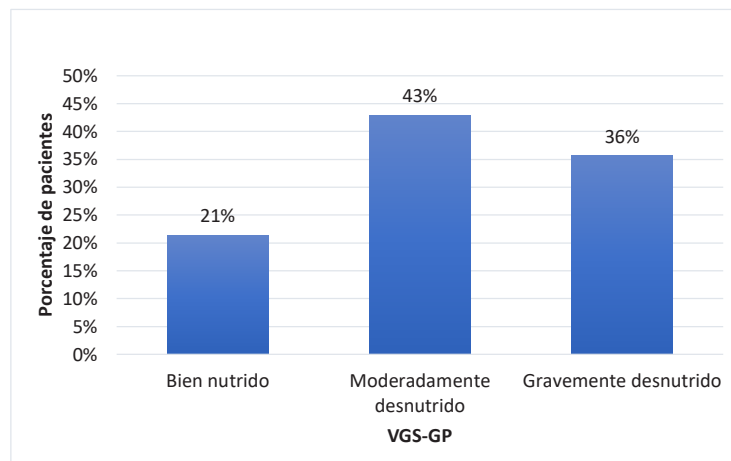
Material y Métodos

Estudio observacional de corte transversal realizado de diciembre del 2022 a julio del 2023 en el Hospital General de Querétaro. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, de 19 años en adelante, ambos sexos y que firmaran la carta de consentimiento informado.

Resultados

De acuerdo con la valoración global subjetiva generada por el paciente, el 21% de la población estaba normonutrida, el 43% moderadamente desnutrido y el 36% gravemente desnutrido. La prevalencia de normopeso de acuerdo con el IMC fue del 50%; de 33.3% para sobrepeso y de 16.6% para obesidad. Mientras que, el ángulo de fase arrojó una prevalencia del 81.8% de desnutrición y 18.2% de estado nutricional adecuado. La prevalencia fue del 53.8% para anemia, 76.9% linfopenia, 53.8% hiperglucemia, 88.8% presentó disminución de proteínas totales y 85% presentaba inflamación aguda de acuerdo con la proteína C reactiva.

Figura 1. Clasificación del estado nutricional en pacientes con cáncer colorrectal de acuerdo con la valoración global subjetiva generada por el paciente.



Conclusiones

La prevalencia de desnutrición en los pacientes con cáncer colorrectal de diagnóstico reciente fue superior al 80%. Lo que resalta la importancia de la valoración del riesgo nutricional al momento del diagnóstico y el seguimiento por parte del departamento de nutrición durante el transcurso del tratamiento. Agradecimientos: Los autores agradecen a los pacientes quienes dieron su consentimiento y apoyo al estudio. Este proyecto fue financiado por el "Fondo de Proyectos Especiales de Rectoría (FOPER 2022)" de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Palabras clave:

cáncer colorrectal, ángulo de fase, desnutrición.

Carteles

Jueves 30 de noviembre 2023, 17:15 a 18:30 hrs.

NÚMERO	TÍTULO	AUTOR
Diabetes		
PC - 33	CONTROL METABÓLICO DE ACUERDO CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	MIGUEL ANGEL MENDOZA ROMO
PC - 34	DEFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE GLUCOSA DURANTE UN PRUEBA CARDIOPULMONAR DE EJERCICIO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	JOSE JESUS FLORES BRITO
PC - 35	Effect of fasting glucose intolerance and Type 2 Diabetes in hearing loss and other risk factors	Maria Elena Romero Ibarguengoitia
PC - 36	FRECUENCIA DE VARIANTES GENÉTICAS DE RIESGO PARA DIABETES TIPO 2 (SLC16A11, HNF1A, CDKAL1, MTNR1B, TCF7L2) EN PACIENTES MEXICANOS CON DIABETES TIPO MODY POR MEDIO DE EXOMA COMPLETO	Regina De Miguel Ibáñez
PC - 37	LETALIDAD DE NEUMONÍA POR COVID-19 EN DIABÉTICOS TIPO 2	Mónica Lisseth Palacios Prado
PC - 38	LIPODISTROFÍA CONGÉNITA DE BERARDINELLI-SEIP: REPORTE DE CASO	JORGE ALBERTO RAMÍREZ GARCÍA
PC - 39	Impacto del uso de liraglutida en comparación al uso de dapagliflozina más tratamiento estándar, para el control glucémico óptimo, en pacientes con diabetes tipo 2 de la consulta externa de medicina interna y endocrinología.	Citlaly Elizabeth del Muro Baeza
PC - 40	Índice predictivo de cardiopatía isquémica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Eduardo Valdés Bencosme
PC - 41	Resultados a dos años del programa HOPE de apoyo a pacientes que viven con diabetes tipo 1	Esperanza Valentín Reyes
PC - 42	EFFECTO DE LACTANCIA MATERNA CONTINUA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO EN MUJERES CON Y SIN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL A 18 MESES DE SEGUIMIENTO.	Adriana Leticia Valdez González
PC - 43	Alteraciones en la distribución y cantidad de tejido adiposo por pletismografía por desplazamiento de aire y bioimpedancia eléctrica en pacientes con diabetes mellitus gestacional	Santiago Elizandro González Dávila
PC - 44	Hipoglucemia autoinmune como debut de lupus eritematoso sistémico	Santiago Elizandro González Dávila
PC - 45	Perfiles de secreción de insulina y resistencia a la insulina entre los familiares de pacientes con prediabetes	Rodolfo Guardado Mendoza
PC - 46	Educación en Diabetes entre pares: experiencia en dos comunidades mayas	Ximena Urcelay Duarte
PC - 47	Un caso de diabetes monogénica atípica. Un reto aun en 2023.	Raúl Andrés González Verdín
PC - 48	A REAL-WORLD EVIDENCE STUDY ASSESSING IGLARLIXI SAFETY AND CLINICAL EFFECTIVENESS IN PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN MEXICO.	LUIS ANGUIANO MEDRANO
PC - 49	Efecto de la pandemia por SARS-COV-2 en el control glucémico y complicaciones micro y macrovasculares de pacientes con Diabetes tipo 2: Seguimiento de una cohorte de 5 años.	Maria Elena Romero Ibarguengoitia
PC - 50	Características clínicas y bioquímicas de pacientes diabéticos tipo 1 con hígado graso metabólico (NAFLD) del Hospital regional "Dr. Manuel Cárdenas de la Vega" de Culiacán, Sinaloa, en el periodo de junio-julio del 2023	Misael Enrique Zazueta Flores
PC - 51	Hiperglucemia al ingreso y otros factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en hospitales públicos del bajo	Rodolfo Guardado Mendoza
PC - 52	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN NUESTRO CENTRO	Ana Paola León Ocando
PC - 53	Síndrome de Wolfram una entidad poco frecuente: serie de casos	EDUARDO Sagarnaga Quezada
PC - 54	FRECUENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR Y RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN MAYA-MESTIZA CON DIABETES TIPO 2	BARBARA ITZEL PEÑA ESPINOZA
PC - 55	Reducción del riesgo multifactorial con semaglutida oral frente a comparadores en el tratamiento de la diabetes tipo 2	Iñaki Villanueva Kegel
PC - 56	Intensificación Farmacológica en Pacientes con Diabetes Tipo 2 en un Centro de Atención de Diabetes.	Rafael Violante Ortiz
PC - 57	MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO	Ana Paola León Ocando
PC - 58	Experiencia de 4 Años en el Manejo de Diabetes Tipo 1 con un Sistema Automatizado de Infusión de Insulina de Código Abierto (OpenAPS LOOP): Reporte de Caso.	María Elena Sáinz de la Maza Viadero
PC - 59	Correlación de las ecuaciones predictoras del gasto energético con calorimetría indirecta y determinantes del gasto basal de energía en diabetes mellitus 2	FRIDA YOLOTZIN RODRIGUEZ ZAVALA

PC - 60	Prevalencia de sarcopenia y bajos índices de salud muscular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Rolando Issac Aguiñaga Villa
PC - 61	Evaluación de conocimientos de diabetes antes y después de intervención educativa en pacientes con diabetes tipo 2	Emmanuel Rivera López
PC - 62	Diabetes de Novo Postrasplante debutando como Cetoacidosis Diabética. Reporte de Caso.	Paul Antonio Rodríguez Morales
PC - 63	Control Glucémico en Pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 con A1c $\geq 9.0\%$ en Terapia Oral vs Insulina más Orales	Rafael Violante Ortiz
PC - 64	PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN Y ALBUMINURIA EN LA POBLACIÓN MEXICANA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	MARIA EMILIA Arteaga Espinosa
PC - 65	Epidemiología de la Cetoacidosis Diabética en el Guanajuato.	Oscar Fernando Pacheco Serrano
PC - 66	Asociación entre la concentración de péptido c en ayu y complicaciones microvasculares en individuos con diabetes autoinmune	Nubia Pamela Lopez Jimenez
PC - 67	"ESPECTRO CLÍNICO DE MUTACIONES EN EL CANAL DE K-ATP: HIPERINSULINISMO CONGÉNITO (KCNJ11) VS DIABETES NEONATAL (ABCC8)"	RAFAEL HERNANDEZ RODRIGUEZ
PC - 68	Colestasis hepática por uso de semaglutida en control de diabetes tipo 2. Reporte de un caso.	Luis Alberto Pérez Arredondo
PC - 69	EFFECTO DE LIRAGLUTIDE SOBRE LA ATROSCLOSIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.	Rosa Karina Reyes Valdez
Tiroides		
PC - 70	COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE TIROIDES DE ACUERDO A SU ESTADIFICACIÓN SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE TIROIDES CONTRA EL TRATAMIENTO INTENSIVO CON TIROIDECTOMÍA TOTAL Y RADIOYODO EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE DOCTOR MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA.	MARIA ELENA OLIVARES FELIX
PC - 71	Presentación atípica de feocromocitoma asociado a Hemorragia alveolar difusa.	Jose Antonio Ruiz Perez
PC - 72	CARACTERÍSTICAS DE LAS HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTES CON OBESIDAD.	Amilcar Rivero Rejón
PC - 73	Enfermedad de graves asociada a Lupus eritematoso sistémico de reciente diagnóstico, reporte de caso	Jaime Loeza Suárez
PC - 74	Síndrome de Marine Lenhart asociado a Carcinoma papilar de tiroides, un hallazgo poco habitual.	Rocio del Carmen Uribe Franco
PC - 75	Tratamiento del hipotiroidismo severo en el embarazo con cargas de levotiroxina oral. Reporte de caso	Verónica Lorena Cevallos López
PC - 76	Diferencias de temperatura cutánea entre un grupo de pacientes con hipotiroidismo primario controlado y un grupo control sano: un estudio exploratorio.	Maria Elena Romero Ibaranguoitia
PC - 77	TAMPONADE CARDIACO, UNA MANIFESTACIÓN POCO COMÚN EN COMA MIXEDEMATOSO	Rocio del Carmen Uribe Franco
PC - 78	Carcinoma medular familiar de tiroides: Reporte de caso	Mónica Nayelli Nieves Viveros
PC - 79	Comparación de la respuesta al tratamiento y evolución del carcinoma papilar de tiroides en pacientes con y sin tiroiditis de Hashimoto.	Verónica Lorena Cevallos López
PC - 80	Cáncer de Tiroides en Marine Lenhart - Un Estudio de Caso	Veronica Lucrecia Bustamante Cortes
PC - 81	Disrupción tiroidea por mercurio: a propósito de un caso	José Alberto Castillo Sariñana
PC - 82	Un enfoque dual: Cáncer Medular de Tiroides e Hiperparatiroidismo en la práctica clínica	Dario Sanchez Ruiz
PC - 83	Evaluación y análisis de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación en pacientes con Hipotiroidismo primario.	Karen Alejandra Aguilar Sosa
PC - 84	TIROIDITIS SUBAGUDA POSTERIOR A VACUNACIÓN CONTRA VIRUS COVID - 19	ANTONIO FELIPE DEL RIO PRADO
PC - 85	COLISION TUMORAL TIROIDEA - REPORTE DE UN CASO	Misael Enrique Zazueta Flores
PC - 86	Carcinoma Papilar Clásico Surgiendo De Quiste Tirogloso. A Propósito De Un Caso.	FATIMA ESTER GAITAN VALLECILLO
PC - 87	PSEUDOMALABSORCIÓN EN PACIENTE CON SINDROME NEFROTICO	Olga Alejandra Garcia Barillas
PC - 88	Tumor sincrónico tiroideo	Víctor Hugo Tovar Méndez
PC - 89	Cáncer papilar ectópico de tiroides: a propósito de un caso	Luis Fernando Domínguez Valdez
PC - 90	TIROTOXICOSIS INDUCIDA POR AMIODARONA EN PACIENTES INGRESADOS	Ana Paola León Ocando

PC - 91	Estado mixedematoso secundario a ablación con yodo radiactivo. Reporte de un caso.	Angélica Ramírez Servín
PC - 92	Carcinoma papilar de tiroides variante folicular en struma ovarii: reporte de caso.	Frida Daniela Hernández Pérez
PC - 93	TIROIDITIS SUPURATIVA AGUDA SECUNDARIO A ACTINOMYCES SPP	Juan Manuel Dávila Ortiz
PC - 94	TIROIDITIS DE RIEDEL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	Daniel Laguna Arellano
PC - 95	PREVALENCIA DE HIPERTIROIDISMO SEVERO CON BASE EN LAS DIFERENTES ESCALAS VALIDADAS PARA SU EVALUACIÓN	Gabriela Alejandra Cruz Coterio
PC - 96	Metástasis tiroidea de carcinoma renal y tiroiditis inmunomediada	Gabriela Garza García
PC - 97	Estratificación Dinámica del riesgo como predictor de enfermedad estructural en el cáncer diferenciado de tiroides pediátrico.	Josseline Patricia Rodríguez Mencías
PC - 98	Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides que han recibido I-131 en comparación con los que no lo han recibido.	Kathleen Poot Lizárraga
PC - 99	RABDOMIÓLISIS CON COMA MIXEDEMATOSO : REPORTE DE CASO	María Paz Castillo Cabrera
PC - 100	TORMENTA EN LA TIROIDES, MAREMOTO EN EL CEREBRO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO	Juan Manuel Vargas Quezada
PC - 101	EFFECTIVIDAD DE LA DOSIS DE YODO RADIOACTIVO EN PACIENTES CON METÁSTASIS PULMONARES POR CÁNCER DE TIROIDES	Astrid Paola Hernández Valdez
PC - 102	Cáncer anaplásico de tiroides de presentación atípica. Reporte de caso.	Kevin Bryan Godínez Zavala
PC - 103	RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES VARIANTE DE CÉLULAS ALTAS	Ana Lucía Cabrera López
PC - 104	Uso de plasmáferesis en el tratamiento de tirotoxicosis secundaria a Enfermedad de Graves: reporte de casos	Hugo Alberto Martínez Morales
PC - 105	Relación de Virus de Herpes simple tipo I con la autoinmunidad tiroidea, ¿qué fue primero la gallina o el huevo?	Daniela Paola Torres Aguila
PC - 106	Tormenta tiroidea asociada a tirotoxicosis por amiodarona	Ana Pamela Garrido Mendoza
PC - 107	Initial experience with ICG fluorescence during total thyroidectomy in Mexico: The postoperative hypocalcemia index decreases?	JORGE MONTALVO HERNANDEZ
PC - 108	REPORTE DE UN CASO: TUMOR TIROIDEO DE COLISIÓN	Mariana Delgado Nava
PC - 109	PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA COMO DEBÚT DE HIPERTIROIDISMO PRIMARIO. REPORTE DE CASO.	Luis Eduardo Cornelio Rodríguez
PC - 110	COMA MIXEDEMATOSO ¿UN RETO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?	Anaid Martínez Corrales
PC - 111	Cáncer medular tiroideo metastásico con manejo oncológico multidisciplinario	Adriana Pamela Castillo Jaidar
PC - 112	Carcinoma mucoepidermoide primario tiroides asociado a tiroiditis de Hashimoto	Luis Francisco Valdes Corona
PC - 113	A Rare Case of Struma Ovarii in a 33-Year-Old Female with Hashimoto's Thyroiditis	Gloria Melanie Ramírez Rivera
PC - 114	Un hallazgo inusual en el rastreo corporal con Iodo 131: Cáncer seromucinoso ovárico durante el seguimiento de cáncer papilar de tiroides. Reporte de un caso	Ivan García Luna
PC - 115	Embarazó con enfermedad trofoblástica, producto vivo e hipertiroidismo	Beatriz Sagrario Martínez Balderas
PC - 116	Evaluación de la asociación entre biomarcadores moleculares y el aspecto elastográfico en nódulos tiroideos	Anette Roxana Gastelum Quiroz
PC - 117	Relación de la mutación BRAF V600E en la expresión del gen CLDN1 en nódulos tiroideos	Hanna Montserrat Tolosa Lerma
PC - 118	Análisis de la expresión de CLDN1 y TIMP1 en nódulos tiroideos con artefactos ecogénicos puntiformes	Hanna Montserrat Tolosa Lerma
PC - 119	La huella inmunológica del COVID 19: enfermedad tiroidea y miastenia gravis.	FATIMA ESTER GAITAN VALLECILLO
Obesidad		
PC - 120	Semaglutide en el tratamiento del síndrome de Bardet Biedl	Luis Francisco Valdes Corona
PC - 121	Correlación del índice HOMA-IR con el Índice de Adiposidad Visceral como indicador de resistencia a la insulina en una cohorte de pacientes del noroeste de México	Alberto Murillo Ruiz Esparza

PC - 122	Efectos de interacción de polimorfismos del gen FTO y MC4R sobre el total de peso perdido (TBWL), peso e IMC después de la cirugía bariátrica.	Elva Leticia Pérez Luque Luque
PC - 123	Utilidad del índice triponderal como predictor de síndrome metabólico en pacientes adolescentes	Erika Viviana Rodríguez García
PC - 124	Suplementación con creatina monohidratada y su papel en la inflamación intestinal relacionada con obesidad	Mauricio Colorado Villegas
Lípidos		
PC - 125	Síndrome de quilomicronemia multifactorial: reporte de caso.	Karla Sharon Lugo Bautista
PC - 126	FRECUENCIA DE DISLIPIDEMIAS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO Y MUY ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATEROESCLERÓTICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE	Adriana Plascencia Hernández
PC - 127	DISLIPIDEMIA PRIMARIA DIAGNOSTICADA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE LA CIUDAD DE MÉXICO: REPORTE DE CASO	Maryjose Daniela Espinosa Arroyo
Nutrición		
PC - 128	"Distribución de grasa visceral, subcutánea y densidad mineral ósea en personas con síndrome metabólico"	Adriana Janet Segura Saldaña
PC - 129	IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL DE ACUERDO CON LA FRECUENCIA EN CONSULTA DE SEGUIMIENTO EVIDENCIADO POR LA COMPOSICIÓN CORPORAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO.	Gemma de la Paz Gallegos Martínez
PC - 130	VALORACIÓN MUSCULAR MEDIANTE ULTRASONIDO PARA LA EVALUACIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL "DR. MANUEL CÁRDENAS DE LA VEGA" EN EL MES DE JULIO DE 2023	Alberto Murillo Ruiz Esparza
PC - 131	Síndrome de realimentación en paciente con desnutrición proteico-calórica severa con antecedente de bypass gástrico.	ALLAN ANDREI ZELAYA TORRES

Viernes 1 de diciembre 2023, 17:45 a 19:00 hrs.

Neuroendocrinología		
PC - 132	Prevalencia y presentación clínica de Diabetes Insípida asociada con lesiones de la región sellar	Jerson Omar Carlos López Cantú
PC - 133	MIOCARDIOPATÍA ACROMEGALICA. EVOLUCION A 10 AÑOS	Thalia Cecilia Chávez Domínguez
PC - 134	Panhipopituitarismo secundario a absceso hipofisario en paciente con neurobrucelosis	Gustavo De la Peña Sosa
PC - 135	Histiocitosis de células de Langerhans, reporte de un caso con afectación hipofisaria en una mujer joven	Rocio del Carmen Uribe Franco
PC - 136	Asociación de paraganglioma carotídeo y prolactinoma gigante : reporte de caso	Karen Liliana Sandoval Sandoval Bedolla
PC - 137	TERAPIA PRIMARIA CON LIGANDOS DEL RECEPTOR DE SOMATOSTATINA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA	Jessica Elizalde Burgueño
PC - 138	Insulinoma de presentación clínica atípica: Reporte de un caso	Miryam Nayeli Navarro Rodríguez
PC - 139	Síndrome de Cushing cíclico: reporte de un caso	Sandy Itzel Damus Ligonio
PC - 140	Acromegalia como hallazgo en paciente con cáncer papilar de tiroides	Adriana Pamela Castillo Jaidar
PC - 141	Glucagonoma: Presentación del síndrome de las 4D	Karen Yoana López Delgado
PC - 142	Macroadenoma hipofisario no funcionante recidivante: reporte de un caso	Tomas Guerrero Alvarado
PC - 143	Cushing ectópico: un reto diagnóstico. A propósito de un caso.	Alicia Raquel Aceves Ayala
PC - 144	COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES	DIANA ITZAMAR ARAGON APODACA
PC - 145	Neoplasia endocrina múltiple tipo 1. Reporte de un caso	Karen Alejandra Aguilar Sosa
PC - 146	Embarazo y adenoma hipofisario productor de hormona del crecimiento: Reporte de caso	NANCY ANAHI ALBARRAN MENDOZA
PC - 147	Abordaje clínico y quirúrgico de un adenoma hipofisario secretor de GH gigante: Lecciones aprendidas de un caso infrecuente y agresivo	Laura Leticia Pérez Corrales
PC - 148	Macroadenoma Hipofisario secretor de TSH: Una causa infrecuente de Hipertiroidismo.	Mariela Viviana Villagómez Estrada

PC - 149	Sarcopenia en pacientes con Acromegalia	Carolina Pérez Castañeda
PC - 150	Hipopituitarismo secundario a LLA con infiltración a SNC: Reporte de Caso	Aldo Alexis Lamas Alvarado
PC - 151	Trasfondo genético heterogéneo de los tumores hipofisarios familiares y de aparición temprana.	Julia María Zuarth Vázquez
PC - 152	Frecuencia del trastorno de control de impulso en pacientes con adenomas hipofisarios que utilizan agonistas dopaminérgicos en la clínica de hipófisis del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social	Maximiliano Rubalcava Gomez
PC - 153	SIADH como complicación de meningitis criptocócica en un paciente con VIH	Anyela Elena Ariza Rodríguez
PC - 154	Fractura por fragilidad en Enfermedad de Cushing: A propósito de un caso	Eidelisa Marroquin González
PC - 155	Absceso selar como causa de disfunción pituitaria en el puerperio tardío, reporte de un caso.	Citlalli Guadalupe Hernández Guzmán
PC - 156	Hipofisitis secundaria al uso de Nivolumab en paciente con carcinoma renal: reporte de caso.	Victor Alfonso Martínez Sánchez
PC - 157	Adenoma Silente del Lactotrofo. Reporte de 3 casos.	Sara Ivet Bautista Padrón
PC - 158	Panhipopituitarismo con deficiencia de arginina vasopresina como forma de presentación de leucemia mieloide aguda: Reporte de un caso	PEDRO DANIEL CARMONA AGUILERA
PC - 159	Quiste de la bolsa de Rathke con presentación inicial similar a hipofisitis.	Galdino Eliasib Hernández Vaquero
PC - 160	"REMISIÓN BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA TRATADOS CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA PREVIO A CIRUGÍA COMPARADO CON PACIENTES TRATADOS SOLO CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA O SOLO CIRUGÍA"	Mariela Rivas Hernández
PC - 161	Diabetes insípida central secundaria a infiltración Hipofisaria por Granulomatosis con Poliangitis. Reporte de caso.	Paul Antonio Rodríguez Morales
PC - 162	CORRELACIÓN ENTRE EL CORTISOL BASAL CON EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE ESTIMULACIÓN DE HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL	Jesús Cajigas Silva
PC - 163	Evento vascular cerebral isquémico posterior a apoplejía hipofisaria: Reporte de un caso	Maria Fernanda Flores Gonzalez
PC - 164	Neurofibromatosis tipo 1 y su asociación con feocromocitoma y tumor del estroma gastrointestinal: Combinación inusual	SANDRA HAIDE AGUILAR MACIEL
PC - 165	SÍNDROME DE POEMS. A PROPÓSITO DE UN CASO.	Regina Cano Saldaña
PC - 166	Síndrome metabólico como presentaicon de síndrome de cushing	Itzel Viridiana Delgado Cruz
PC - 167	APOPLEJÍA RECURRENTE DE PROLACTINOMA EN PACIENTE GRÁVIDA: REPORTE DE CASO	KARLA PAOLA CRUZ ESPINA
PC - 168	APOPLEJIA HIPOFISIARIA PRESENTACION DE CASO CLINICO	JONATHAN DE JESUS ULLOA PEREGRINA
PC - 169	Hiperparatiroidismo Primario Multiglandular con Macroprolactinoma Asociado a Neoplasia Endócrina Múltiple Tipo 1 por Mutación C.211212del (p.Pro71Alafs*45). A Propósito de un Caso y Revisión de la Literatura.	Enrique Gonzalo Lozano Osorio
Metabolismo Mineral Óseo		
PC - 170	Tumor mandibular como manifestación inicial de hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo.	Carlos Adrian Cortes Victoria
PC - 171	De la insuficiencia renal crónica al cáncer papilar de tiroides: Tumor óseo pardo.	Luis Francisco Chávez Rodríguez
PC - 172	HIPERCALCEMIA POR INMOVILIZACIÓN. REPORTE DE UN CASO.	ANTONIO FELIPE DEL RIO PRADO
PC - 173	Adenoma paratiroideo gigante	Mercedes Aguilar Soto
PC - 174	Evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con hiperparatiroidismo primario	PEDRO DANIEL CARMONA AGUILERA
PC - 175	Carcinoma Paratiroideo, reporte de casos.	Alberto García Vega
PC - 176	PSEUDOPSEUDOHIPOPARATIROIDISMO SIN MUTACIÓN CLÁSICA DEL GNAS, REPORTE DE CASO.	César Arias Ruiz
PC - 177	Fracturas bilaterales de fémur asociadas con tumores pardos por hiperparatiroidismo primario	Cristian Alejandro Dimas Ramírez
PC - 178	TUMOR PARDO MULTIFOCAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO	Guadalupe Manuel Antonio
PC - 179	Hiperparatiroidismo primario causado por carcinoma paratiroideo: informe de caso.	Karla Sharon Lugo Bautista

PC - 180	LITIASIS RENAL Y OSTEITIS FIBROSA QUISTICA COMO PRIMER HALLAZGO DIAGNÓSTICO DE UNA HIPERCALCEMIA SEVERA INADVERTIDA	Samantha C. García Hernández
PC - 181	Crisis hipercalcémica en el embarazo: Un reto diagnóstico y terapéutico	Oscar Landa Gutierrez
PC - 182	INFORME DE CASO: OSTEOMALACIA INDUCIDA POR TUMOR MESENQUIMAL FOSFATÚRICO EN GLÚTEO	ADRIANA BALDERRAMA SOTO
PC - 183	Hipoparatiroidismo asociado a infección por VIH: posible implicación del sistema inmune con el metabolismo del calcio	SAYONARA AMOR CRUZ REYES
PC - 184	Síndrome McCune – Albright: Diagnóstico clínico de la enfermedad	SANDRA HAIDE AGUILAR MACIEL
PC - 185	Presentación de raquitismo hipofosfatémico en mujer joven: Reporte de caso	Oscar David López Cortes
PC - 186	HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO A LITIO, MANIFESTADO POR LESIÓN RENAL AGUDA Y PANCREATITIS. REPORTE DE UN CASO	Ana Lucía Cabrera López
PC - 187	Asociación sincrónica de adenoma paratiroideo atípico con carcinoma papilar de tiroides	Aide Irene Meza Acuña
PC - 188	Osteoporosis como manifestación inicial de hemocromatosis	Itzel Viridiana Delgado Cruz
PC - 189	DISPLASIA FIBROSA ÓSEA ESFENO-ETMOIDAL	ANABEL RODRÍGUEZ ROMO
PC - 190	Beta talasemia mayor como causa de osteoporosis y necrosis avascular de cadera en mujer joven	Luis Francisco Valdes Corona
PC - 191	“Síndrome coronario agudo como manifestación de hipocalcemia severa”	Guadalupe Manuel Antonio
PC - 192	USO DE MEDICIÓN INTRAOPERATORIA DE PARATHORMONA	Eliana Lopez Zamora
Suprarrenales		
PC - 193	Adenoma adrenal secretor de glucocorticoides y andrógenos	Gabriela Garza García
PC - 194	Insuficiencia suprarrenal primaria por Cryptococcus: Reporte de caso.	Mónica Nayelli Nieves Viveros
PC - 195	Feocromocitoma maligno recurrente sin manifestaciones clínicas clásicas. Reporte de caso	Melissa Verduzco Ramírez
PC - 196	CRISIS ADRENALES RECURRENTES SECUNDARIAS A HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA CLÁSICA POR DEFICIENCIA DE 21-HIDROXILASA GENOTIPO 46,XX.	Amílcar Rivero Rejón
PC - 197	Hiperplasia Suprarrenal Congénita por mutación de 17- α -Hidroxilasa: Reporte de caso de una mutación de novo	Denisse López Torres
PC - 198	Diagnóstico de un Feocromocitoma de 0.4 cm: Un Desafío en Imagenología	Luis Antonio Ramos Marquez
PC - 199	HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA Y MIELOLIPOMAS: A PROPÓSITO DE UN CASO	Ana Paola León Ocando
PC - 200	DE INCIDENTALOMA ADRENAL A SÍNDROME DE CUSHING: REPORTE DE UN CASO	Pricila Alejandra Montoya Martínez
PC - 201	Síndrome de HAIR-AN diagnóstico diferencial de un cuadro clínico de aparente Síndrome de Cushing	Roxana Paola Gómez Ruiz
PC - 202	CARCINOMA ADRENOCORTECAL CO-SECRETOR DE CORTISOL Y ANDRÓGENOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	Ana Paola Franco González
PC - 203	CARCINOMA SUPRARRENAL, UN TUMOR INFRECLENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	Rina Damara Michaus Garcialazo
PC - 204	Insulinoma con amiloide y cushing subclínico por hiperplasia adrenal macronodular bilateral en un mismo paciente. Informe de un caso.	Angélica Ramírez Servín
PC - 205	Tumor productor de andrógenos: a propósito de un caso	Alicia Gabriela Valeriano Reyes
PC - 206	FEOCROMOCITOMA BILATERAL CON HIPERTENSION RESISTENTE A TRATAMIENTO Y METANEFRIAS NORMALES: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO	CAROL NEFATLI CEDILLO DELGADO
PC - 207	Cushing ovárico	ANABEL RODRÍGUEZ ROMO
PC - 208	Síndrome Poliglandular Autoinmune tipo 2 (Síndrome de Schmidt), presentación de caso.	Miguel Angel Duarte Gutiérrez
PC - 209	“FACTORES ASOCIADOS A UNA DISMINUCIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ESTIMADA EN PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO POSTERIOR AL TRATAMIENTO (QUIRÚRGICO O MÉDICO)”	Jonathan González Fernández
PC - 210	HIPERPLASIA SUPRARRENAL UNILATERAL COMO CAUSA DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO – REPORTE DE UN CASO	Fernando Terres Torres

PC - 211	Insuficiencia suprarrenal primaria debido a metástasis suprarrenales bilaterales	Maria Fernanda Aguilar Dávalos
PC - 212	SÍNDROME DE CUSHING CÍCLICO ECTÓPICO, TODO UN RETO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO.	Sandra Aidee Gómez Acosta
PC - 213	Síndrome Poliglandular Autoinmune Tipo 1 asociado a Dermatomiositis.	Mariela Viviana Villagómez Estrada
PC - 214	Síndrome de Cushing secundario a Carcinoma Adrenocortical Oncocítico metastásico a Hígado y Pulmón.	Nicole Alba Sánchez
PC - 215	Perfil epidemiológico del síndrome de Cushing en México en los últimos cinco años	Omar Farid García Trujillo
Pediatría		
PC - 216	Trisomía X con pubertad precoz.	Miroslava Ortiz Cuevas
PC - 217	Intoxicación por levotiroxina en pediatría: Reporte de caso	GERARDO ROJAS ARTIAGA
PC - 218	Características clínicas, bioquímicas y radiológicas en niñas con pubertad precoz central idiopática y pubertad rápidamente progresiva antes y durante la pandemia por COVID-19	MARILUIS AGUILAR MEDINA
PC - 219	Efecto en el perfil de lípidos e índice aterogénico en pacientes pediátricos con cáncer diferenciado de tiroides (CDT) al suspender levotiroxina para administración de 131I.	AURELIA TOLEDO CHAVEZ
PC - 220	Impacto en el pronóstico de talla en pacientes con antecedente de radiación corporal total como acondicionamiento para trasplante de células madre hematopoyéticas (TAMO).	Lucía Molina Fernández
Hipoglucemia		
PC - 221	Hipoglucemia en paciente no diabético como síndrome paraneoplásico de sarcoma de Edwing	Jaime Loeza Suárez
PC - 222	Nesidioblastosis como causa de hipoglucemia en el adulto. A propósito de un caso.	Elizabeth Mercado Domínguez
PC - 223	Hipoglucemia Endógena grave recurrente. Síndrome de Munchausen.	Mariela Viviana Villagómez Estrada
PC - 224	Catatonía de difícil manejo asociada a insulinoma pancreático: reporte de caso.	Karla Sharon Lugo Bautista
PC - 225	Insulinoma extrapancreático: Un diagnóstico raro, en una enfermedad poco común	Angelica Johana Jimenez Vazquez
PC - 226	Toxicidad endocrina asociada a inmunoterapia en pacientes con tumores sólidos	Mercedes Guadalupe Gutierrez García
Nutrición		
PC - 227	REPORTE DE CASOS DE HIPOGLUCEMIA HIPERINSULINÉMICA ENDÓGENA SECUNDARIA A NEOPLASIA NEUROENDÓCRINA (INSULINOMA)	CHRISTIAN IVAN MERUBIA NAVIA
PC - 228	MATERNAL AND NEONATAL CLINICAL VARIABLES AND THEIR ASSOCIATION WITH NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN PRETERM INFANTS	Alma Leticia Hernández Martínez
PC - 229	SÍNDROME DE TAKOTSUBO Y FRACTURA POR ESTRES EN UNA DESNUTRICIÓN CRÓNICA AGUDIZADA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO ALIMENTICIO	Samantha C. García Hernández
PC - 230	Maternal nutrient intake does not modify colostrum or fecal secretory IgA concentrations	Maria Luisa Lazo de la Vega Monroy
PC - 231	MANEJO NUTRICIONAL EN PACIENTE JOVEN CON PANCREATITIS HEMORRÁGICA NECROTIZANTE DE CAUSA DESCONOCIDA	Paulina Uribe Roa
Transgénero		
PC - 232	Frecuencia de Depresión y/o Ansiedad en Pacientes Transgénero con Terapia de reemplazo Hormonal.	Paul Antonio Rodríguez Morales
PC - 233	Composición corporal de personas trans que inician terapia médico nutricional. Experiencia a 1 año.	Rocío Chontal Fonseca

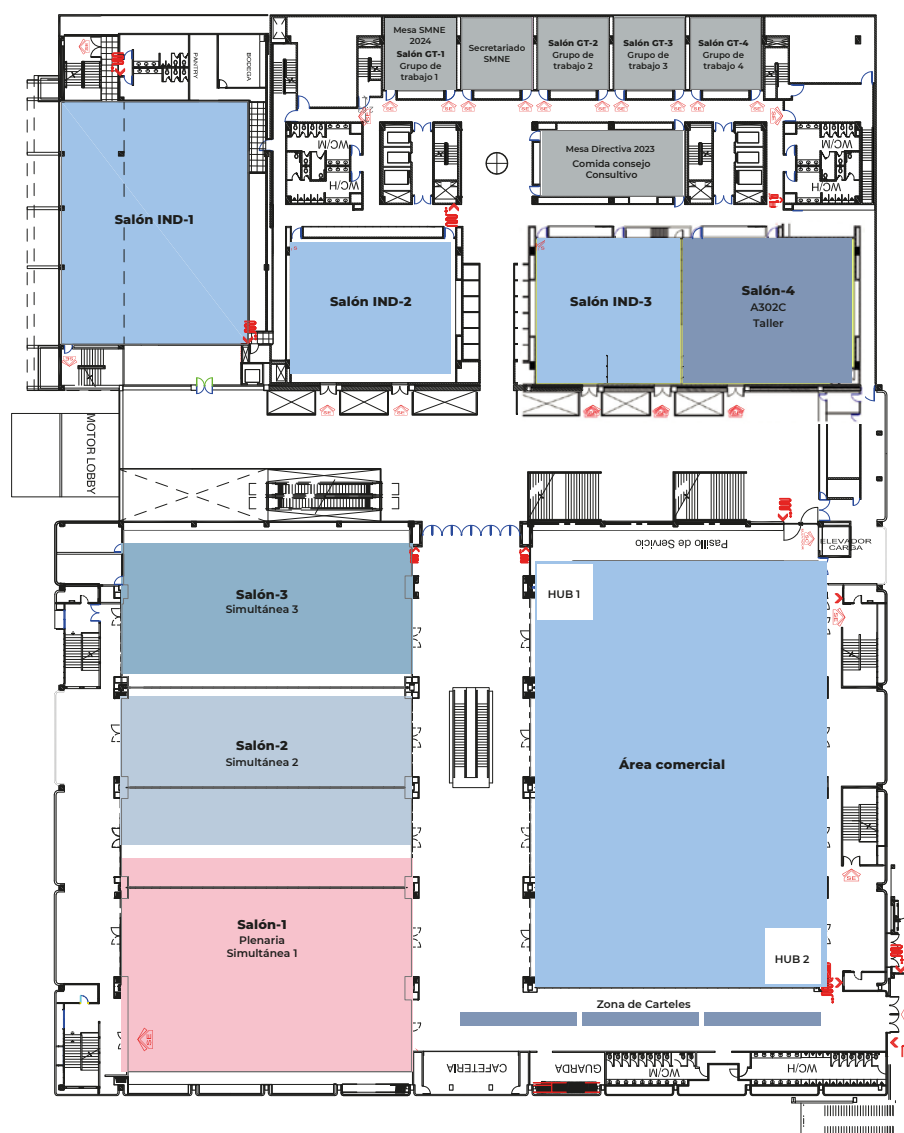


LXIII

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
León, Guanajuato

Del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2023

Centro de Convenciones Poliforum León



Planta Alta

- Plenaria
- Taller / Zona de Carteles
- Administración / Grupos de Trabajo
- Industria
- Actividades Académicas



LXIII

CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD
MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC

León, Guanajuato

Del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 2023

Alianza con otras Sociedades



European Association
for the Study of Diabetes



EAS



SEEN

Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición



Colegio de
Endocrinólogos
de México A.C.



LA SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA, A.C. AGRADECE A LAS SIGUIENTES COMPAÑÍAS
SU APOYO IRRESTRICTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE EVENTO:

