Av Diabetol. 2015;31(Espec Congr):194

Avances en Diabetología

P-146. - CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES TIPO 1 EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y COMORBILIDAD ASOCIADA

I. Rica Echevarría[a], A. Mingorance[b], A.L. Gómez Gila[c], M. Clemente[d], I. González Casado[e], M. Caimari[f] y R. Barrio[g]

[a]Hospital Universitario de Cruces. Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. Bizkaia. [b]Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. [c]Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. [d]Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. [e]Hospital Infantil La Paz. Madrid. [f]Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [g]Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Introducción: Diversos estudios en población pediátrica demuestran la dificultad de conseguir un buen control de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en este grupo de edad. Las sociedades científicas internacionales recomiendan mantener una HbA1c < 7,5%.

Objetivos: Evaluar el control metabólico de los pacientes pediátricos con DM1 controlados en 8 hospitales terciarios españoles y la presencia de complicaciones agudas y crónicas.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico, desarrollado a lo largo del 2014, en 853 niños y adolescentes con DM1 de más de 1 año de evolución. Las variables incluidas han sido: HbA1c (media del año previo), edad, sexo, edad al debut, años de evolución, nº de consultas/año, pauta de insulinoterapia (infusor- ISCI vs multidosis-MDI), asociación de celiaquía o de tiroiditis, prevalencia de complicaciones crónicas [hipertensión (TA > percentil 95), hiperlipemia (LDL > 100 mg/dl) o microangiopatía]) e incidencia de episodios/ingresos por hipoglucemia o por cetoacidosis, el año anterior.

Resultados: La edad media de los pacientes del estudio es 12,1 ± 3,7 años (49,7% mujeres). Edad media al diagnóstico de DM1 6,5 ± 3,7 años y tiempo medio de evolución 5,8 ± 3,4 años. El 25% están tratados con ISCI. Realizan una media de 4,7 ± 0,04 revisiones/año. Variables antropométircas de los pacientes: talla-SDS: 0,08 ± 0,9 e IMC-SDS: 0,03 ± 0,9. La media de HbA1c es 7,3% ± 1**%.** El 66,6% de los pacientes tienen una HbA1c < 7,5%. El valor de HbA1c se correlaciona inversamente con el nº de consultas/año, y directamente con la edad actual y con los años de evolución (regresión múltiple F = 7,06; p = 0,00). La media de HbA1c aumenta con la edad [(< 11 años: 7,2 ± 0,8; 11-14 años: 7,3 ± 0,9; ≥ 15 años: 7,5 ± 1,1). T. Anova, p = 0,02]. El subgrupo de pacientes con ISCI son más jóvenes (11,4 ± 3,9 vs 12,3 ± 3,5; T-test, p = 0,002), se diagnosticaron antes (5,4 ± 3,5 vs 6,7 ± 3,7; p = 0,00), acuden más veces al hospital (5,1 ± 1,2 vs 4,6 ± 0,9; p = 0,00), tienen menor HbA1c (7,1 ± 0,7 vs 7,3 ± 1; p = 0,00) y han presentados más hipoglucemias graves el año previo al corte (7,1% vs 3,6%; chi-cuadrado, p = 0,03). El 8,1% asocian una tiroiditis y el 8,9% una enfermedad celiaca. El subgrupo de pacientes con tiroiditis tiene una HbA1c superior al resto (7,5 ± 1 vs 7,3 ± 0,9; T-test, p = 0,049). La prevalencia de complicaciones es baja [1,8% hipertensión arterial, 0,4% retinopatía, 16,9% hiperlipemia y 3,2% microalbuminuria]). La incidencia de ingresos por

descompensación aguda fue de 1,5/100 pacientes/año por cetoacidosis y 4,5/100 pacientes/año por hipoglucemia.

Conclusiones: El control metabólico actual de esta muestra de pacientes pediátricos con DM1 es bueno, tienen una baja prevalencia de complicaciones y una escasa incidencia de hospitalizaciones por descompensaciones agudas relacionadas con la enfermedad.

See front matter © 2015 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados