



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



225 - KISUKARI KATIKA THE KILIMAJARO-DIABETES EN EL KILIMANJARO

M. Noval Font¹, G.A. Zapata Maldonado², E. Saura Guillén³, A. Zugasti Murillo⁴, J. Olivar Roldán⁵ y S. Hernández-Sánchez⁶

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen del Castillo. Murcia. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. ⁶Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Castilla la Mancha. Toledo.

Resumen

Introducción: La práctica de ejercicio en personas con diabetes *mellitus* (DM) supone un reto no solo deportivo, sino también en cuanto al ajuste del tratamiento hipoglucemiante y la alimentación. En el alpinismo, especialmente en altura, los pacientes con DM tienen mayor riesgo de deshidratación, hipotermia, hipoglucemia, congelación o lesiones por frío. No se ha descrito mayor riesgo de presentar mal de altura asociado a la diabetes.

Métodos: Presentamos una comparación en vida real, de los ajustes del tratamiento con insulina realizados en 3 pacientes con DM tipo 1 que participaron en el ascenso al Kilimanjaro (altitud 5.895 metros), respecto a las recomendaciones de la guía record. Las etapas tuvieron una duración media de 8 horas de ruta, un desnivel medio de 1000 metros y un total de entre 8 y 12 kilómetro de marcha. Los 3 pacientes llevaron al menos 2 tipos de sensores de monitorización continua o intermitente de glucosa (Free style libre 2, free style libre 3 y dexcom G6) de forma concomitante, lo que permitió comparar su funcionamiento en altitud. Tanto los sensores como los glucómetros funcionaron durante el ascenso, destacando que a partir de los 4.600 metros de altitud hubo un aumento de la disparidad entre sensores, tanto entre sí como con la glucemia capilar, especialmente en momentos de glucemia cambiante. Las tiras reactivas sí sufrieron congelación por encima de los 4600 metros, que se resolvió al calentarlas con la propia temperatura corporal.

Resultados: Se presentan en la tabla.

P225.jpg

Modificaciones de insulina durante el ascenso al Kilimanjaro vs. tratamiento habitual.

Conclusiones: Los ajustes de insulina durante la expedición fueron similares a los propuestos por la guía record: Las reducciones de insulina basal fueron entre el 20 y el 50%. Las reducciones de insulina rápida fueron entre el 50 el 80%. No hubo ninguna hipoglucemia grave durante la expedición. De forma puntual hubo alguna hiperglucemia simple que se resolvió sin incidencias. En contexto de mal de altura de intensidad moderada, uno de los pacientes presentó una cetoacidosis leve que se resolvió con insulina e hidratación intravenosa en el propio campamento.