



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## P-090 - IMPLANTACIÓN DE CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA EN HOSPITAL COMARCAL DEL ÁREA SUR DE CÓRDOBA

A. Barrera Martín<sup>a,2</sup>, M. Serrano Laguna<sup>a,2</sup>, P. Moreno Moreno<sup>a</sup> y M. Gálvez Moreno<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. <sup>b</sup>Hospital Público de Montilla.

### Resumen

**Introducción:** El desarrollo de la monitorización flash de la glucosa (MFG) ha supuesto un cambio en el paradigma del control de la diabetes, más allá de la evaluación de la hemoglobina glicosilada (HbA<sub>1c</sub>), resultando fundamental la valoración del perfil ambulatorio de glucosa (AGP). La generalización de la indicación de MFG en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ha permitido la implantación de consultas específicas en hospitales donde previamente no existía consulta de Endocrinología y Nutrición.

**Objetivos:** Describir las características basales de pacientes con DM1 en consulta específica en el Hospital Público de Montilla y estudiar los cambios tras el inicio de MFG.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes evaluados en consulta con indicación de MFG, desde la apertura de la misma (junio 2020) hasta la actualidad, usando el programa SPSS v.21 (T de Student para muestras relacionadas).

**Resultados:** Se evaluaron 42 pacientes, con edad media de  $38,76 \pm 13,74$  años, 54,8% mujeres, IMC  $25,95 \pm 4,67$  kg/m<sup>2</sup>, 16,7% con patología tiroidea asociada. Factores de riesgo cardiovascular: 9,5% fumadores, 11,9% hipertensos, 19% hiperlipidémicos. Seguimiento previo de la DM1: 90,5% Endocrinología, 7,1% Medicina Interna y 2,4% Atención Primaria. Datos basales:  $20,07 \pm 11,66$  años de evolución, 42,9% realizaba entre 4-6 controles de glucemia capilar diarios (previo a la MFG), 26,2% dieta por raciones. Insulina basal: 78,6% Glargina 300; insulina prandial: 50% Aspart, dosis total media  $0,73 \pm 0,23$  UI de insulina/kg/día, 9,5% tratamiento con metformina. 4,8% de pacientes con complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica), 19% con microvasculares (retinopatía), 2,38% ambas. El 7,1% de los pacientes se derivó a enfermería para intensificar educación diabetológica. Comparación datos bioquímicos y de AGP, en primera vs segunda revisión tras implantación de MFG (38,10% de los pacientes han tenido segunda revisión): HbA<sub>1c</sub>  $7,38 \pm 0,76\%$  vs  $7,50 \pm 0,75\%$  ( $p = \text{NS}$ ), glucemia plasmática  $134,93 \pm 39,80$  vs  $176,43 \pm 70,90$  mg/dl ( $p = 0,036$ ); microalbuminuria negativa en el 100% durante el seguimiento. Coeficiente de variabilidad (CV)  $38,93 \pm 7,59$  vs  $37,69 \pm 6,16\%$  ( $p = \text{NS}$ ), glucosa promedio  $151,77 \pm 33,34$  vs  $164 \pm 42,52$  mg/dl ( $p = 0,011$ ), GMI  $6,96 \pm 0,87$  vs  $7,33 \pm 1,08\%$  ( $p = 0,016$ ), tiempo en hiperglucemia  $29,54 \pm 20,69$  vs  $35,46 \pm 23,13\%$  ( $p = 0,017$ ), tiempo en hipoglucemia  $12,62 \pm 20,76$  vs  $9,46 \pm 13,78\%$  ( $p = \text{NS}$ ), tiempo en rango  $57,85 \pm 24,39$  vs  $55,15 \pm 26,27\%$  ( $p = \text{NS}$ ), datos captados  $84,15 \pm 22,42$  vs  $94,15 \pm 9,76\%$  ( $p = \text{NS}$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes el uso de MFG ha permitido un descenso del CV y del tiempo en hipoglucemia aunque de forma no significativa. Sin embargo, no hemos tenido mejoría en otros parámetros ni bioquímicos ni de AGP. Posiblemente esto pueda deberse a la baja disponibilidad de datos en la actualidad (más de la mitad de pacientes aún no han sido revisados tras la implantación MFG). Aunque sin

duda la MFG es una herramienta útil para la mejoría del control glucémico, resulta fundamental una adecuada educación diabetológica, la cual hemos de enfatizar más en nuestros pacientes, aumentando la tasa de derivación a enfermería.