



## Avances en Diabetología



### CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES TIPO 1 EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y COMORBILIDAD ASOCIADA

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

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Cruces. Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. Bizkaia. <sup>b</sup>Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. <sup>c</sup>Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>d</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>e</sup>Hospital Infantil La Paz. Madrid. <sup>f</sup>Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>g</sup>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 insulino terapia (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  $12,1 \pm 3,7$  años (49,7% mujeres). Edad media al diagnóstico de DM1  $6,5 \pm 3,7$  años y tiempo medio de evolución  $5,8 \pm 3,4$  años. El 25% están tratados con ISCI. Realizan una media de  $4,7 \pm 0,04$  revisiones/año. Variables antropométricas de los pacientes: talla-SDS:  $0,08 \pm 0,9$  e IMC-SDS:  $0,03 \pm 0,9$ . La media de HbA1c es  $7,3\% \pm 1\%$ . 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:  $7,2 \pm 0,8$ ; 11-14 años:  $7,3 \pm 0,9$ ;  $\geq 15$  años:  $7,5 \pm 1,1$ ). T. Anova,  $p = 0,02$ ]. El subgrupo de pacientes con ISCI son más jóvenes ( $11,4 \pm 3,9$  vs  $12,3 \pm 3,5$ ; T-test,  $p = 0,002$ ), se diagnosticaron antes ( $5,4 \pm 3,5$  vs  $6,7 \pm 3,7$ ;  $p = 0,00$ ), acuden más veces al hospital ( $5,1 \pm 1,2$  vs  $4,6 \pm 0,9$ ;  $p = 0,00$ ), tienen menor HbA1c ( $7,1 \pm 0,7$  vs  $7,3 \pm 1$ ;  $p = 0,00$ ) 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 ( $7,5 \pm 1$  vs  $7,3 \pm 0,9$ ; 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.