

Revista de la **Sociedad Argentina de Diabetes**

Año 60 • Volumen 60 • N° 1 • Suplemento XXV Congreso Argentino de Diabetes • Septiembre-diciembre de 2026

Lugar de edición: Ciudad Autónoma de Buenos Aires ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9420 (en línea)



DECISIONES CLÍNICAS EN TIEMPOS DE CAMBIO

Del 29 al 31 de octubre de 2026
Hotel Provincial, Mar del Plata

Conferencias, simposios y resúmenes de trabajos
XXV Congreso Argentino de Diabetes

SAD
SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES

**NUEVA
CLASE
OTRO
NIVEL**

una vez a la semana

mounjaro®

(tirzepatida) solución inyectable

- ✓ **MOUNJARO®, primer y único agonista dual de los receptores GIP y GLP-1 con mayor logro de metas de glucemia y peso.^{1,2}**



- ✓ **Es una nueva clase terapéutica que redefine el tratamiento de la obesidad y la diabetes tipo 2³**

- ✓ **Superioridad demostrada frente a semaglutida.^{1,2}**

- ✓ Mayor control glucémico en pacientes con DM2.
- ✓ Duplica el número de pacientes que descienden >20% del peso.
- ✓ En términos de descenso relativo de peso, Mounjaro® fue **47% más eficaz.**

**ESTUDIO
SURMONT-5**

Estudio controlado, abierto, fase 3b, 751 adultos con obesidad fueron aleatorizados 1:1 para recibir dosis máxima tolerada de tirzepatida (10 mg o 15 mg) o semaglutida (1,7 mg o 2,4 mg), una vez por semana. El criterio de valoración principal fue el porcentaje de cambio en el peso desde el inicio hasta la semana 72.

Mounjaro®
-21.6%
Reducción de peso

VS

**semaglutida
2,4 mg**
-15.4%
Reducción de peso

1. Louis J. Aronne, Deborah Bade Horn, Carel W. J. Roux. Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. N Engl J Med 2025;393:26-36.
2. Friaas JR, Davies MJ, Rosenstock J, et al. Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2021;385(6):503-515.
3. Mounjaro (tirzepatide). Información de prescripción. ANMAT DI-2025-5843-APN-ANMAT.

MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD
Este material fue desarrollado por Monte Verde S.A. Eli Lilly & Company no asume ninguna responsabilidad u obligación con respecto al contenido y uso de este material.
Para reportar un evento adverso o queja de producto favor de enviar un correo a: fvigilancia@adium.com.ar
Monte Verde S.A. es una empresa del Grupo Adium (www.adiumpharma.com).
ADIUM® es una marca registrada del Grupo Adium.

**ESCANEE EL QR
PARA ACCEDER AL
VIDEO INSTRUCTIVO**

**ESCANEE EL QR
PARA ACCEDER
AL PROSPECTO**



**LA EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO
DE LA OBESIDAD Y LA DIABETES TIPO 2**



**Línea
Metabolismo
y Obesidad**



Existe una diferencia entre iCGM¹ & CGM: la **seguridad del paciente**².

Los estándares iCGM incluyen más de 20 requisitos específicos¹, entre ellos criterios estrictos de exactitud y precisión para:

- ✓ **Hiperglucemia**
- ✓ **Normoglucemia**
- ✓ **Hipoglucemia**
- ✓ **Durante toda la vida útil del sensor**

Desempeño frente a la referencia³

>180 mg/dL HIPERGLUCEMIA	>80% dentro de $\pm 15\%$
70-180 mg/dL NORMOGLUCEMIA	>70% dentro de $\pm 15\%$
<70 mg/dL HIPOGLUCEMIA	>85% dentro de ± 15 mg/dL

>87%
de las mediciones
en todo el rango del
dispositivo deben estar
dentro de $\pm 20\%$

Resultados respaldados por
intervalos de confianza del 95%

Los CGM que cumplen con los estándares iCGM³, como FreeStyle Libre 2, garantizan la seguridad y exactitud para sus pacientes, incluso en hipoglucemia.



Al servicio de la Seguridad Social Argentina

- Sistema de gestión médica-farmacéutica con provisión de medicamentos para personas con diabetes, que garantiza seguridad terapéutica, satisfacción de los usuarios, eficiencia económica y responsabilidad solidaria.
- Permite registrar pacientes, realizar estudios sobre datos personales y epidemiológicos, analizar un seguimiento de la medicación solicitada, entregar y realizar estudios estadísticos descriptivos y controlar el consumo de medicamentos.
- Con cada solicitud de medicamentos se pone en marcha el proceso de Auditoría de Segunda Opinión Médica para verificar la correspondencia de los esquemas terapéuticos propuestos con los consensos nacionales e internacionales existentes.



Objetivos del programa:

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Asistencia médica efectiva.
- Prevención de las complicaciones crónicas.
- Disminución de los costos de atención.
- Cumplir con las leyes, decretos y resoluciones que regulan la atención y el tratamiento de la diabetes mellitus en la República Argentina.



ABC S.A. Av. Jujuy 570 (1229), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel.: (5411) 4941-1001

abcsa@abcsalud.com.ar / www.abcsalud.com.ar

Dactilus®

Dapagliflozina

La llave para un
tratamiento integral:



Diabetes mellitus tipo 2



Insuficiencia cardíaca en todo el espectro
de la fracción de eyección



Enfermedad renal crónica

Presentación

10 mg x 28 comprimidos



Información
para prescribir

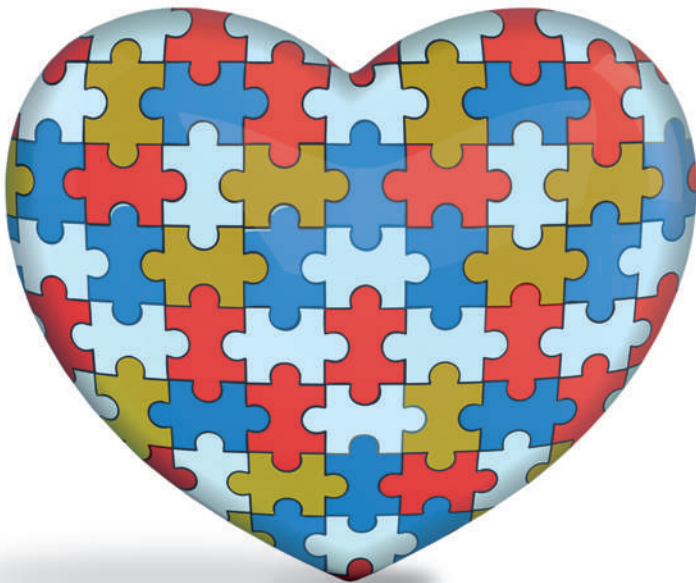


NUEVO



NEDAL[®] S

Dapagliflozina 10 mg Sitagliptina 50/100 mg



Más beneficios en un solo comprimido

- ▶ Dos drogas con **mecanismos de acción complementarios**: Dapagliflozina (iSGLT2) y Sitagliptina (iDPP-4)
- ▶ Mayor reducción de **HbA1c**
- ▶ Menor riesgo de **hipoglucemia**
- ▶ Con los **beneficios cardiorrenales** de la dapagliflozina
- ▶ Mayor **adherencia** terapéutica
- ▶ **Un solo comprimido**



**NEDAL[®] S
10/50**
30 comprimidos
bicapa recubiertos

**NEDAL[®] S
10/100**
30 comprimidos
bicapa recubiertos



Para más información
de este producto
escanee el código QR
con su celular

NUEVO

EN DIABETES TIPO 2



GLIMAREL®

Linagliptina 5 mg

Una decisión
simple
para pacientes
complejos



Inhibidor de DPP-4 con perfil clínico diferencial

- ✓ Alta selectividad por DPP-4
- ✓ Uso sin ajustes en pacientes con cualquier grado de insuficiencia renal, incluso en diálisis
- ✓ Uso seguro en polimedicados
- ✓ Eficacia y seguridad en adultos mayores
- ✓ Uso flexible ideal para esquemas combinados
- ✓ Dosis única diaria de 5 mg independiente de la función renal o hepática.



GLIMAREL
5 mg

30

comprimidos
recubiertos

 **CASASCO** **150**
AÑOS

DensuRapid®

Insulina Aspártica
100 U/ml



Lapicera Prellenada descartable

Análogo de Insulina Humana
De acción rápida para el control de la diabetes



Escanea el código QR
para acceder a más
información y los
prospectos vigentes.



@denverfarma
@denver_farma
denverfarma
denverfarma.com.ar



Centro de Atención
Telefónica Especializada
0800-122-4678

Iruxol[®]
colagenasa-cloranfenicol

DESDE EL PRINCIPIO AL FIN

IRUXOL, TRATAMIENTO DE **ÚLCERAS, QUEMADURAS, ESCARAS Y HERIDAS** DE DIFERENTE ORIGEN Y LOCALIZACIÓN¹

¿PARA QUÉ TIPO DE HERIDAS PUEDE UTILIZARSE LA COLAGENASA?^{1,2}

Iruxol está indicado **para el desbridamiento enzimático de heridas** independientemente de su origen y localización. La **colagenasa** provee un continuo y activo efecto de **desbridamiento** con alta especificidad por el colágeno desnaturalizado en diferentes tipos de heridas:

- **Úlceras por presión**
- **Úlceras de pie diabético**
- **Úlceras venosas**
- **Quemaduras de varios tipos**
- **Cualquier otro tipo de herida que necesite un desbridamiento efectivo.**



VER
PROSPECTO
IRUXOL

BIBLIOGRAFÍA 1. Último prospecto de Iruxol aprobado por ANMAT. 2. Wound Bed Preparation and the Role of Enzymes: A Case for Multiple Actions of Therapeutic Agents. Vicent Falanga, MD. Disclosures Wounds. 2002; 14(2).

EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

Bibliografía disponible a pedido en departamento médico de Abbott. www.medicine.abbott/ar



UN EFECTIVO DESBRIDAMIENTO AYUDARÁ A UNA **CORRECTA EVOLUCIÓN**, YA QUE REDUCE LA FASE INFLAMATORIA Y FAVORECE LA FASE PROLIFERATIVA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS.²



Un desbridamiento incompleto entorpece la buena evolución de la herida, aumenta la incidencia de contaminación e infección, prolongando y retrasando la cascada de eventos en las distintas fases de la cicatrización.



PRESENTACIÓN

Ungüento x 15 gr
Ungüento x 30 gr
Ungüento x 50 gr



Abbott

DAPAX

Dapagliflozina 5/10 mg

Poder **cardio renoprotector**

-  Significativa reducción de la morbimortalidad en IC.
-  Mejora la calidad de vida y reduce las hospitalizaciones por IC descompensada.
-  Mayor control glucémico independiente de la secreción de insulina y de la insulinoresistencia.
-  Tratamiento adyuvante de todos los antidiabéticos orales y de la insulina.
-  Bajo riesgo de hipoglucemia.
-  Evita la progresión del deterioro de la función renal en pacientes con y sin diabetes.



POSOLÓGIA

Insuficiencia cardíaca	10 mg una vez al día
Insuficiencia renal crónica	
Diabetes Mellitus tipo 2	5 a 10 mg una vez al día

Cómoda posología: 1 toma diaria con o fuera de las comidas.



PRESENTACIONES: Comprimidos recubiertos x 30

PAMI
INSSJP

Dapax 10
IOMA

RECETARIO
SOLIDARIO

PAP
SECRETARÍA DE PROTECCIÓN

MPN
COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS



Información completa para prescribir
Material para uso exclusivo del Profesional facultado
para prescribir o dispensar medicamentos.
Prohibida su entrega a pacientes, consumidores,
y/o el público en general.

Dapax 5/10 se encuentra sujeto a un Plan de Gestión de Riesgos (PGR) aprobado por la ANMAT.



Baliarda
Vida con salud
www.baliarda.com.ar

PRESERVAR Y MEJORAR LA VIDA

www.celnova.com



CELNOVA
PHARMA

Sociedad Argentina de Diabetes

Capacitaciones 2026

Talleres »

- Rol de enfermería como facilitadora en gestión emocional al momento de diagnóstico de diabetes.
- Si tus riñones pudieran hablar... ¿qué te dirían? Lo que toda persona con diabetes debería saber para cuidarlos.
- Potenciando la práctica clínica con inteligencia artificial.
- De la teoría a la acción: herramientas prácticas para el personal de enfermería en el cuidado de personas con diabetes relacionado a la actividad física y el ejercicio.
- Conceptos farmacológicos aplicados al tratamiento de la diabetes tipo 2.
- Entrenamiento práctico en el abordaje de complicaciones en diabetes mellitus: de la teoría a la simulación clínica.
- Bases celulares de la diabetes mellitus.
- Emergencias glucémicas en el adulto mayor: hipoglucemia severa y coma hiperosmolar hiperglucémico.
- Primeras indicaciones nutricionales ante el diagnóstico de enfermedad renal por diabetes.
- Ciclo 2026 de discusión de artículos científicos en diabetes desde una perspectiva metodológica y epidemiológica.
- Disfunción sexual y neuropatía.



Cursos »

- Curso de primer contacto con pacientes con diabetes: para médicos y equipo de salud. Abordaje interdisciplinario en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las personas con diabetes.
- El alimento como medicina: un enfoque culinario para la práctica clínica.
- Dietoterapia en personas con diabetes: de la teoría a la práctica.
- Del consultorio a la acción: manejo de la obesidad en el adulto.
- Tecnología e innovación en diabetes.
- Actividad física y diabetes.
- Primer nivel de atención en el abordaje de la obesidad y diabetes en niños y adolescentes.
- Conteo de hidratos de carbono.
- Manejo del adulto mayor con diabetes.
- Prediabetes.
- Farmacología clínica aplicada al tratamiento de la diabetes tipo 2.
- Esteatosis hepática metabólica y diabetes.
- Curso latinoamericano de diabetes tipo 1 en pediatría.



Diplomaturas »

- Diplomatura universitaria terapia nutricional en diabetes.
- Diplomatura superior en obesidad y su abordaje integral.
- Diplomatura superior en educación para el automanejo en diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.
- Diplomatura universitaria en educación para el automanejo en diabetes y obesidad.
- Cirugía metabólica.
- Diplomatura superior en complicaciones de la diabetes mellitus.
- Diplomatura universitaria en manejo integral del pie diabético.



Maestría en diabetes »

Más información e inscripción: cursos@diabetes.org.ar



Sociedad Argentina de Diabetes

Paraguay 1307, piso 8° ofic. 74 (C1057AAU). Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel./fax: (5411) 4813-8419/4815-1379/4816-2838
Sitio web: www.diabetes.org.ar



Sociedad Argentina de Diabetes



sadediabetes



Sociedad Argentina de Diabetes



EMADIAN[®]

Empagliflozina



EMADIANMET[®]

Empagliflozina + Metformina

FUERZA SUPERADORA



EMPAGLIFLOZINA

10 mg x 30 comp. recubiertos
25 mg x 30 comp. recubiertos



EMPAGLIFLOZINA + METFORMINA

5 mg / 850 mg x 60 comp. recubiertos
5 mg / 1000 mg x 60 comp. recubiertos
12,5 mg / 850 mg x 60 comp. recubiertos
12,5 mg / 1000 mg x 60 comp. recubiertos



ESCANEE LOS CÓDIGOS QR
PARA VER LOS PROSPECTOS



Para actuar a tiempo en diabetes,

hay que conocer las señales



La diabetes tipo 1 a menudo pasa desapercibida o se diagnostica de forma incorrecta.
Un diagnóstico tardío puede poner en riesgo la vida.



Conozca las señales de alerta en
worlddiabetesday.org

#ActúaATiempoEnDiabetes

Una campaña impulsada por
la Federación Internacional de Diabetes (FID)



día mundial de la diabetes

14 noviembre

Fanter

Dapagliflozina 10 mg

Más allá del control glucémico



Control glucémico
y pérdida de peso ¹⁻²



Reducción de mortalidad
y hospitalizaciones en
Insuficiencia Cardíaca ³⁻⁴



Reducción de progresión
de ERC en pacientes con
y sin DM2 ⁵

Referencias

1. Bailey et al. Dapagliflozin add-on to metformin in type 2 diabetes inadequately controlled with metformin: a randomized, double-blind, placebo-controlled 102-week trial. BMC Medicine 2013; 11:43. 2. Nauck MA, et al. Durability of glycaemic efficacy over 2 years with dapagliflozin versus glipizide as add-on therapies in patients whose type 2 diabetes mellitus is inadequately controlled with metformin. Diabetes Obes Metab. 2014;16(11):1111-1120. 3. Ali AE, Mazroua MS, ElSabani M, et al. Effect of Dapagliflozin in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Glob Heart. 2023;18(1):45. 4. Escobar C, Pascual-Figal D, Manzano L, Nuñez J, Camafort M. Current Role of SGLT2 Inhibitors in the Management of the Whole Spectrum of Heart Failure: Focus on Dapagliflozin. J Clin Med. 2023;12(21):6798. 5. Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med. 2020;383(15):1436-1446.

Abreviaturas: DM 2: Diabetes tipo 2. ERC: Enfermedad Renal Crónica.

Fanter
Dapagliflozina 10 mg

Presentación 10 mg x 30
comprimidos recubiertos

Producto comercializado por Monte Verde S.A.

MATERIAL EXCLUSIVO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

Para reportar un evento adverso o queja de producto favor de enviar un correo a: fvigilancia@adium.com.ar

Monte Verde S.A. es una empresa del Grupo Adium (www.adiumpharma.com).

ADIUM® es una marca registrada del Grupo Adium.



ESCANEA
EL CÓDIGO QR
PARA VER EL
CONTENIDO
DEL PROSPECTO



Línea
**Metabolismo
y Obesidad**

• 1 8 7 6 - 2 0 2 6 •



CASASCO

150
AÑOS

Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes

Año 60 • Volumen 60 • N° 1 • Suplemento XXV Congreso Argentino de Diabetes • Septiembre-diciembre de 2026
ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9420 (en línea)

COMITÉ EDITORIAL

Directores:

Dra. Cristina Faingold. Jefa del Servicio de Endocrinología Dr. César Milstein; Directora asociada de la Carrera de Médico Especialista en Endocrinología (UBA); Médica de Planta, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Gustavo Frechtel. Médico especialista en Nutrición, Doctorado en la Universidad de Buenos Aires (UBA); Profesor Titular de la Cátedra de Nutrición, Departamento de Medicina (UBA); Jefe de la División Nutrición del Hospital de Clínicas (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Alicia Jawerbaum. Investigadora Principal del CONICET; Directora del Laboratorio de Reproducción y Metabolismo, CEFYBO-CONICET, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Secretaria:

Dra. Guadalupe Vanoli. Médica especialista en Medicina Interna y en Nutrición; Egresada de la Escuela de Graduados en Diabetes; Magíster en Diabetes; Miembro titular de la Sociedad Argentina de Diabetes; Médica de Planta de la Unidad de Nutrición y Diabetes, Hospital de Agudos José María Ramos Mejía; Jefa de Trabajos Prácticos, Cátedra de Nutrición, UBA; docente adjunto Cátedra de Farmacología de Maestría en Diabetes, Universidad del Salvador, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Integrantes:

Dr. Guillermo Alzueta. Médico especialista jerarquizado en Clínica Médica y Endocrinología, calificación agregada en Diabetes por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Pablo Javier Avila. Médico especialista en Medicina Interna; Médico de Planta de la Sección Crónicos Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza, Argentina.

Dra. Viviana Cogo. Médica especialista en Medicina Interna, Magíster en Diabetes Universidad del Salvador; Hospital San Felipe, San Nicolás, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Guillermo De'Marziani. Médico especialista en Medicina Interna (UBA), Nefrología y Medio Interno (UBA), Magíster en Diabetes (USAL); Médico de Planta del Centro de Enfermedades Renales e Hipertensión Arterial (CEREHA S.A.), Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Victoria Dicatarina Losada. Médica especialista en Medicina Interna (UBA), especializada en Diabetología, Pie diabético y Cicatrización de Heridas; Médica a cargo del consultorio de Pie Diabético y Heridas del Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Guillermo Dieuzeide. Médico, Doctor en Medicina (UBA), especialista en Endocrinología y Diabetes, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Claudia Folino. Médica especialista en Medicina Interna (UBA-Lanari) y en Nutrición (UCA); Médica en la Unidad Metabólica, Servicio de Diabetes, Fundación Favaloro Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Laura Gaete. Médica Pediatra especialista en Nutrición; Médica de Planta del Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez; Docente de la Carrera de Médico especialista en Nutrición Infantil (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dr. Javier Giunta. Médico especialista en Endocrinología, Medicina Interna y Docencia Universitaria; Director Médico de Endocrino Nutrición Integral; Médico de Planta de la sección Diabetes, Servicio de Endocrinología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes

Año 60 • Volumen 60 • N° 1 • Suplemento XXV Congreso Argentino de Diabetes • Septiembre-diciembre de 2026
ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9420 (en línea)

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Susana Gutt. Médica especialista en Nutrición; Maestría en Educación; Jefa de Trabajos Prácticos Cátedra de Nutrición UDH Italiano; Médica asociada de la Sección Nutrición, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Valeria Hirschler. Médica Pediatra especialista en Nutrición y Diabetes; especialista en Estadística para Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales-Instituto de Cálculo (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Solange Houssay. Médica especialista en Nutrición y en Clínica Médica, Magíster en Diabetes, Profesora Adjunta de la Cátedra de Nutrición (UBA), Médica de Planta de la Unidad Nutrición y Diabetes, Hospital José María Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Lorena Lequi. Médica especialista en Clínica Médica, Máster en Factores de Riesgo Cardiovascular, Universidad de Barcelona; Maestría en Diabetes y Nutrición (UCC); Codirectora de Mains Bleues, Rafaela, Santa Fe, Argentina.

Dr. Guillermo Marcucci. Médico especialista en Clínica Médica, Hospital Central de Mendoza, Mendoza, Argentina.

Dra. Julieta Méndez. Médica especialista universitaria en Medicina Interna y en Nutrición, especializada en Diabetes, docente adscripta, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Verónica Ojeda Heredia. Médica especializada en Diabetes (SAD); especialista Universitaria en Diabetes (UNC); Jefa del Servicio de Diabetes, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina.

Dra. Claudia Otero. Médica egresada (UBA); especialista en Medicina General, Familiar y Comunitaria; especialista en Nutrición, Magíster en Diabetes; Médica de Planta del Servicio de Nutrición y Diabetes, Hospital General de agudos Carlos G. Durand, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Vanina Pagotto. Médica especialista en Medicina Interna, Magíster en Diabetes y en Investigación Clínica; especialista en Estadísticas en Ciencias de la Salud (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Lucía Fiorella Poggio. Médica especialista en Medicina Interna (UBA) y en Geriátrica (SAGG); Médica de Planta del Servicio de Clínica Médica, Hospital Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. María Elena Rodríguez. Médica especialista en Nutrición, especializada en Diabetes, Clínica San Camilo y Fundación Hospitalaria, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Dra. Graciela Rubin. Médica Cirujana (UNC), especialista en Clínica Médica, experta en Diabetes, Docente universitaria, Córdoba, Argentina.

Dra. Javiera Sánchez Pino. Enfermera Universitaria, Universidad Andrés Bello; Diploma en Enfermera Educadora en Diabetes, Universidad Mayor; Fundación Diabetes Juvenil de Chile 2015 hasta la fecha, Chile.

Dra. Miriam Toniatti. Médica Pediatra especialista en Nutrición (UBA), especialista en Nutrición infantil, Magister en Diabetes; Subdirectora de la Carrera de especialistas en Nutrición Pediátrica (UBA), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Aldana Trabucchi. Bioquímica. Dra. de la UBA; Jefa de Trabajos Prácticos, Cátedra de Inmunología, Facultad de Farmacia y Bioquímica (UBA); Investigadora asistente del CONICET, Instituto de Estudios de la Inmunidad Humoral Prof. Ricardo A. Margni (IDEHU, CONICET-UBA); Profesora Titular de Inmunología, Facultad de Ciencias de la Salud, Farmacia y Bioquímica, Universidad Maimónides (UMAI), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dra. Selva Elizabeth Trejo. Médica especialista en Docencia Universitaria y en Salud Social y Comunitaria; Magíster en Salud Familiar y Comunitaria; Servicio de Endocrinología, Nutrición y Diabetes, Hospital Regional Dr. R. Carrillo; Directora del Instituto de Estudios e Investigaciones en Enfermería de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina.



SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES

Presidente:

Dra. Carla Musso

Vicepresidente:

Dra. Adriana Roussos

Secretaria:

Dra. Mabel Graffigna

Tesorera:

Dra. Alejandra Cicchitti

Prosecretaria:

Dra. Lucía Poggio

Protesorera:

Dra. Viviana Cogo

Vocales Titulares:

Dr. Javier Remon

Dr. Claudio Dituto

Dra. María Jimena Soutelo

Dra. Adriana Primerano

Dra. Claudia Issa

Vocales Suplentes:

Dr. Luis Lombardo

Dra. Marcela Martínez

Dra. Juliana Mociulsky

Revisores de Cuentas Titulares

Dra. Cristina Faingold

Dr. Isaac Sinay

Dr. Gustavo Frechtel

Revisor de Cuentas Suplente

Dr. Alejandro Dain

Sociedad Argentina de Diabetes

Paraguay 1307, piso 5° ofic. 45, (C1057AAU), Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: (5411) 3984-4269. E-mail: revistasad@diabetes.org.ar Sitio web: www.diabetes.org.ar



XXV CONGRESO ARGENTINO de DIABETES

DEL 29 AL 31 DE OCTUBRE DE 2026

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinadora:

Dra. Gabriela Rovira

Secretarias:

Dra. Mabel Graffigna

Dra. Adriana Primerano

Dra. María Yuma

Integrantes:

Dra. Adriana Álvarez

Dra. María Eugenia Andrés

Dra. Viviana Cogo

Dr. Víctor Commendatore

Dr. Alejandro Dain

Dra. Cristina Faingold

Dra. Mabel Ferraro

Dr. Luis Flores

Dr. Gustavo Frechtel

Dra. Susana Gutt

Dra. Alicia Jawerbaum

Dra. Silvia Gorbán de Lapertosa

Dr. León Litwak

Dra. Juliana Mociulsky

Dra. Carla Musso

Dra. Carina Parisi

Dra. María Laura Pomares

Dra. Adriana Roussos

Comité local

Coordinador:

Dr. Javier Remon

Integrantes:

Dra. Viviana Cogo

Dra. Erica Witman

Dra. María Victoria Dicatarina

Dr. Cristian Villarroel

Dr. Guillermo Odriozola

Dr. Gustavo Ceccatto

Dr. Lucas Sosa

Dra. Patricia Bernassar

Dra. Flavia Aragón

Dra. Daniela Aguirre

Dr. Claudio Dituro

Dra. Sofía Guzmán Rodríguez

Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes

Propietaria:

Sociedad Argentina de Diabetes Asociación Civil

Domicilio Legal de la Revista:

Paraguay 1307, piso 8° of. 74 (C1057AAU), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Registro de Publicaciones Periódicas en Legajo N°: RL-2022-39955779-APN-DNDA#MJ. Registro de la marca "Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes - Asociación Civil" N° de concesión 2.605.405 y N° de disposición 1.404/13, Instituto Nacional de la Propiedad Industrial.

Edita:

Lugones Editorial®

Director: Facundo Lugones.

Socia y Editora: Lic. María Fernanda Cristoforetti.

Diseño gráfico: Lic. Marisa Kantor.

Curapaligüe 202, 9° piso, of. B (1406),

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Tel.: 4782-5600. WSP: 11 2658-7144.

E-mail: administracion@lugones.com.ar

www.lugoneseditorial.com.ar

Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes

Año 60 • Volumen 60 • N° 1 • Suplemento XXV Congreso Argentino de Diabetes • Septiembre-diciembre de 2026
ISSN 0325-5247 (impresa) ISSN 2346-9420 (en línea)

TABLA DE CONTENIDOS

• Editorial	2
• Cronograma	3
• Conferencias y Simposios	12

Trabajos seleccionados

• Presentaciones orales	100
• Presentaciones pósteres	119
• Anexo: Subsidios 2024	175



EDITORIAL

Palabras de Bienvenida

Es un verdadero honor darles la bienvenida al XXV Congreso Argentino de Diabetes que celebraremos este año en la ciudad de Mar del Plata.

Alcanzar este hito nos invita a mirar con orgullo el camino recorrido y a reconocer el esfuerzo, la dedicación y la vocación de quienes, a lo largo de todos estos años, han contribuido al crecimiento y la consolidación de nuestra querida Sociedad.

Este aniversario representa mucho más que un número. Es la expresión de una historia compartida, de avances sostenidos en el conocimiento, del compromiso con la formación continua y, fundamentalmente, de una convicción común: mejorar la calidad de vida de las personas que viven con diabetes.

Este año el lema "Decisiones clínicas en tiempos de cambio" invita a reflexionar sobre cómo integrar la innovación con el juicio clínico, cómo equilibrar la evidencia y la práctica cotidiana, y cómo mantener siempre en el centro a la persona con diabetes.

En los últimos años hemos sido testigos de avances significativos en terapéutica y tecnología con evidencia científica, que han transformado la manera en que abordamos esta enfermedad.

El Comité Científico del Congreso, coordinado por la Dra. Gabriela Rovira y acompañado por un gran equipo ha preparado un programa innovador, con disertantes nacionales e internacionales de excelencia.

En cuanto al Precongreso, dirigido al Equipo de Salud y a la Comunidad, ha sido liderado por la Dra. Adriana Roussos, actual Vicepresidente, con la colaboración del Capítulo Atlántico y el Comité local de Mar del Plata. Además cuenta con el apoyo y la participación de destacados miembros de la IFD, la SACA y la ALAD, quienes contribuirán con valiosos aportes en temas trascendentes.

Una vez más, entregaremos el Premio Dr. Bernardo Houssay a un miembro de la Sociedad por su trayectoria en Investigación Básica en Diabetes; este año será distinguida la Dra. Alicia Jawerbaum. Asimismo, el Premio Dr. Pedro Escudero será asignado a un destacado miembro de la Sociedad por su trayectoria en Investigación y Asistencia Clínica; en esta oportunidad esta distinción se le otorgará al Dr. León Litwak.

Se otorgarán subsidios destinados a Investigación en Ciencias Básicas, Epidemiología, Investigación Clínica y uno especial enfocado en "Inflamación y diabetes." Se entregarán premios a los mejores trabajos presentados en el Congreso en las categorías de Investigación Básica y Clínica. Los ganadores de estas distinciones se darán a conocer en la Ceremonia de Clausura, el sábado 31 de octubre.

Realizaremos una actividad con miembros de sociedades de diabetes de Latinoamérica para debatir la problemática de la enfermedad en las diferentes regiones.

En esta ocasión, en un espacio especial, los Comités y Capítulos de la SAD expondrán sus actividades y compartiremos un espacio de camaradería.

También tendremos múltiples simposios de la industria farmacéutica y de tecnología en diabetes con formatos innovadores y atractivos, así como también talleres prácticos sobre diversos temas.

El viernes 30 de octubre los invitamos a participar de la Correcaminata bajo el lema "SAD CORRE", para experimentar el bienestar que genera realizar ejercicio físico.

Quiero expresar un especial agradecimiento a todos los socios de nuestra querida Sociedad Argentina de Diabetes, pilares fundamentales de este recorrido. También quiero agradecer a todo el personal administrativo de la SAD que han trabajado incansablemente para hacer posible este evento, y una mención muy especial para la industria farmacéutica que, gracias a su apoyo constante, nos permitirá llevar a cabo un Congreso inolvidable.

Les damos una cálida bienvenida a los disertantes, referentes nacionales e internacionales, cuya generosidad y excelencia jerarquizan este Congreso y nos inspiran a seguir avanzando. Los invito a ser protagonistas de este encuentro, a compartir, a debatir y a proyectar juntos el futuro de nuestra Sociedad. Que este XXV Congreso sea, además de una celebración, una oportunidad renovada para seguir creciendo como comunidad. ¡Bienvenidos a Mar del Plata!

Dra. Carla Musso

Presidente de la Sociedad Argentina de Diabetes



XXV CONGRESO ARGENTINO de DIABETES

DEL 29 AL 31 DE OCTUBRE DE 2026

CRONOGRAMA

JUEVES 29 DE OCTUBRE						
	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
9:00 a 10:00		Simposio: Abordaje de la seroconversión y oportunidades terapéuticas en estadios preclínicos Coord.: Mabel Ferraro - ¿Cómo actuar ante la seroconversión? Paula Paz Povedano - Utilidad del péptido C: ¿cómo, cuándo y dónde? Adrián Proietti - Terapias farmacológicas en estadios preclínicos. Ingrid Libman (EE.UU.)	Simposio: MASLD y diabetes: inflamación y disfunción metabólica Coord.: Adriana Álvarez - Inflamación y resistencia a la insulina como motor del daño multiorgánico. Flavio Francini - Medicina de precisión e IA: futuras estrategias de tratamiento y diagnóstico de MASLD. Diego Carulla - Morbimortalidad no cardiovascular asociada a MASLD: evidencia actual. Martín Maraschio	Simposio: Complicaciones de la diabetes en el adulto mayor Coord.: Osvaldo Fretes - Principales complicaciones cardiovasculares. Fiorella Chicote - Trastornos cognitivos. Gustavo Díaz Gerevini - Cuidado oftalmológico en el adulto mayor con DM. Claudia Issa	Simposio: Complicaciones crónicas: detección temprana más allá del riñón y el corazón Coord.: Viviana Cogo - Complicaciones oculares y nuevos tratamientos para la diabetes: ¿qué sabemos hoy? Santiago Lima - Disfunción sexual en personas con DM. Pablo Costanzo - Complicaciones crónicas en pediatría: más allá del control glucémico. Guadalupe Pietropaolo	
10:00 a 10:30	Intervalo					
10:30 a 11:15	Conferencia: Educación en diabetes: nuestra responsabilidad social más urgente Presidente: Olga Ramos Disertante: Silvia Lapertosa					
11:15 a 11:45	Intervalo					

	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
11:45 a 12:45		4 voces en 10 minutos: Reinterpretando la diabetes tipo 1: predicción, estadios y consecuencias clínicas Coord.: Adriana Roussos - Experiencia global en predicción de DM1. ¿Hay experiencia en la Argentina? Liliana Trifone - Reclasificación de la DM1 desde la fisiopatología. Alejandro de Dios - Estrategia de medición y acompañamiento del estrés y la ansiedad en estadio 2 de la DM1. María Laura Macías - Beneficios de la preservación de la célula β en estadios 2 y 3 tempranos. Mariana Prieto	4 voces en 10 minutos: Mujer y diabetes: el 4º trimestre Coord.: Nérida Giménez - Reclasificación metabólica en el posparto. Elizabeth Méndez - Impacto cardiovascular en la madre y la descendencia. María Elena Rodríguez - Lípidos maternos y esteatosis en la descendencia. Susana Salzberg - Impacto sobre el sistema nervioso del recién nacido. Gabriela Krochik	4 voces en 10 minutos: Educación en poblaciones vulnerables Coord.: Eva López - Educación en pueblos originarios y situaciones especiales. Guías en wichí y QOM. Gabriela Almada - Educación para la transición. ¿Qué hay de nuevo? Laura Braguinsky - El lenguaje importa. Distintos estilos de aprendizaje y actividades acordes. Betsy Rodríguez (EE.UU.) - Experiencia en Mendoza en personas con enfermedades crónicas no transmisibles sordas. Evangelina Sosa	4 voces en 10 minutos: Nuevos paradigmas en la prevención de las complicaciones en diabetes Coord.: Rubén Saurral - ¿Debemos tratar la hipertrigliceridemia en pacientes con DM para prevenir complicaciones cardiovasculares? Mabel Graffigna - Metas terapéuticas en pacientes con DM sin eventos cardiovasculares. Florencia Badias - Nuevos paradigmas en nefroprotección en DM: del <i>screening</i> a la intervención temprana. Marina Papaginic Leiva - Manejo práctico de la dislipidemia en la población pediátrica con DM. Carla Mannucci	SAD Talks: El diálogo del tejido adiposo y el músculo esquelético en obesidad y diabetes tipo 2 Susana Gutt
12:45 a 13:15	Intervalo					
13:15 a 14:15		Simposios de la industria				
14:15 a 14:30	Intervalo					
14:30 a 15:30	Presentaciones orales y pósteres					
15:30 a 15:45	Intervalo					

	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
15:45 a 17:00		Simposio: De la investigación básica a la aplicación clínica Coord.: Gustavo Frechtel - Autoinmunidad celular contra la célula β. Marcelo Perone - ¿Qué hay de nuevo en células madre? Santiago Rodríguez Seguí - Factores ambientales desencadenantes. Nuria Grimberg - De la investigación básica a la clínica. Silvina Valdez	Simposio: Educación y acompañamiento familiar Coord.: Olguita Vera - Pediatría, educación en la era de la predicción, ¿cómo acompañar? Gabriela Pacheco - Embarazo, ¿cómo educar en poblaciones de riesgo? Nélica Giménez - Adulto mayor, desafíos en la educación. Gustavo Díaz Gerevini - ¿Cómo trabajar el <i>burnout</i> de los cuidadores? Olga Escobar	Simposio: Deterioro cognitivo y diabetes en la práctica médica Coord.: Manuel Martí - Mirada del neurólogo. Víctor Moreno Milichich - Mirada del diabetólogo. Pedro Lobo - Metas de control glucémico en pacientes con deterioro cognitivo. Yanina Morosan - Prevención del deterioro cognitivo a través de la alimentación. Laura Nair Pelayo	Simposio: Redefiniendo el riesgo cardiorrenal, una mirada integral Coord.: Carlos Buso - Riesgo cardiovascular del paciente con DM: ¿cómo estratificar mejor y actuar a tiempo? Inés Argerich - Insuficiencia cardíaca en DM: cuándo buscarla, cómo encontrarla. Paula Pérez Terns - Enfermedad arterial periférica: la complicación olvidada. María Ranz - Terapia combinada con GLP-1 e iSGLT2: ¿mayor impacto cardiorrenal? Gustavo Lavenia	SAD Talks: La natalidad hoy: nuevos desafíos para el equipo de salud Natalia Basualdo
17:00 a 17:15	Intervalo					
17:15 a 17:45	Controversia: Educación en diabetes: ¿informar o educar? ¿Cómo hacerlo? Coord.: Claudio Dituro - Educación estructurada. Betsy Rodríguez (EE.UU.) - Educación centrada en la persona. María Lidia Ruiz Morosini	Controversia: Diagnóstico y seguimiento metabólico en estadios tempranos de la diabetes tipo 1: PTOG vs. MCG, ¿hay algo más? Coord.: Liliana Trífone - Por PTOG. Carolina Martínez Matheu - Por monitoreo continuo. Marcela Raggio	Cápsula de actualización: Hígado y riesgo cardiometabólico Coord.: Flavio Francini - Desde la esteatosis al riesgo cardiorrenal. Alessandro Mantovani (Italia) - Huéspedes microscópicos, impacto enorme: ¿qué tan cerca estamos de aplicar el microbioma humano en el diagnóstico y pronóstico de MASLD y DM? Julieta Trinks	Cápsula de actualización: Recomendaciones nacionales 2026 Coord.: Carla Musso y Natalia Nachón - Recomendaciones nacionales sobre lipodistrofia. Amanda Benítez - Recomendaciones nacionales sobre hipertensión arterial y obesidad. Ramiro Sánchez - Recomendaciones nacionales sobre vacunación en personas que viven con DM. Gabriela Rovira	Cápsula de actualización: Inflamación, el eje oculto de las complicaciones en diabetes Coord.: Florencia Badias y Raquel Urdaneta - Rol de la inflamación en la neuropatía diabética. Rubén Saurral - Rol de la inflamación en la complicación cardiovascular. Hugo Sanabria	
17:45 a 18:00	Intervalo					
18:00 a 19:00		Simposios de la industria				
19:00 a 19:15	Intervalo					
19:15 a 20:00	Conferencia: Tecnología y embarazo: ¿cuánto hemos avanzado y hacia dónde vamos? Presidente: Gabriela Rovira Disertante: Rosa Corcoy (España)					
20:00	Acto inaugural					

VIERNES 30 DE OCTUBRE						
	Salón Courier Atlántico					
7:45 a 8:45	Desayuno IDF-ALAD Moderadora: Cristina Faingold - Experiencia "Proyecto Vida Nueva Colombia." Humberto Mendoza - Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas y posibilidad de incorporación de la atención materno-infantil al programa MAPEC. Edgar Mora - Programa EDUGEST. Laura Otiñano					
8:45 a 9:00	Intervalo					
	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
9:00 a 10:00		Simposio: Determinantes moleculares y metabólicos en la progresión de la prediabetes Coord.: Alicia Jawerbaum - Factores epigenéticos y ambientales: su impacto en la función β celular y acción insulínica. Luis Flores - Fenotipos en prediabetes tipo 2 y su valor pronóstico de complicaciones y progresión a DM2. Gustavo Lorenzo - Sistema endocanabinoide y síndrome metabólico. María Eugenia Oliva	Simposio: Control glucémico en diferentes situaciones biológicas: ¿cuán estrictos hay que ser? ¿Cómo individualizar? Coord.: Susana Apoloni - ¿Cuán estrictos hay que ser en niños y adolescentes? María Gandolfo - ¿Cómo individualizar los objetivos glucémicos en el adulto? Félix Puchulu - ¿Cuáles son los principales desafíos en el manejo glucémico del adulto mayor? Carina Parisi	Simposio: La educación a edades tempranas: ¿cómo empezar de la mejor manera? Coord.: Natalia Dascani - Actualización en educación y tecnología. Florencia Grabois - Campamentos como estrategia educativa. Lidia Caracotche - Analfabetismo y DM. Estrategias de abordaje. Gabriel Lijteroff	Simposio: Diabetes atípicas. Claves para un diagnóstico certero Coord.: Liliana Trifone - MODY (<i>Maturity-Onset Diabetes of the Young</i>). Alejandro de Dios - LADA (diabetes autoinmune latente del adulto). Pablo Avila - Diabetes relacionada con fibrosis quística. Florencia Miari	SAD Talks: Medicina culinaria Carla Musso, Evangelina Sosa
10:00 a 10:30	Intervalo					
10:30 a 11:15	Conferencia: Desde los grandes trials a la práctica clínica Disertantes: León Litwak, Mabel Ferraro, Isaac Sinay, Víctor Commendatore					
11:15 a 11:45	Intervalo					

	Salón Courier Atlántico	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
11:45 a 12:45	Mesa latinoamericana: Nuevos tratamientos en diabetes ¿qué tenemos y a qué accedemos en Latinoamérica? Coord.: Carla Musso Disertantes: Andrea Ortiz (Uruguay), Griselda Sosa (Paraguay), Lucía Lijeron (Bolivia), Silvia Lapertosa (Argentina), Edgar Mora (Ecuador), Chih Hao Chen Hu (Costa Rica)	Mesa de capítulos: Hospital de día de diabetes: una visión federal de las experiencias en la Argentina Coord.: Olga Escobar - Fundamentos y evidencia. María Ranz - Estrategias de implementación y beneficios. Alejandra Oviedo - Hospital de día en pediatría. María Gabriela Pacheco - Hospital de día en obstetricia. Claudio López - Hospital de día en pie diabético. Mabel Carrió	4 voces en 10 minutos: Insulinoterapia en situaciones especiales Coord.: Laura Dimov - Insulinoterapia en el niño pequeño. Edurne Escudero - Insulinoterapia durante la internación y el perioperatorio. Santiago de Loredó - Insulinoterapia y ejercicio. Mariano Forlino - Insulinoterapia en personas en diálisis. Florencia Aranguren	Mesa de capítulos: Diabetes en el contexto de infecciones complejas y consumo de drogas Coord.: Diego Carulla - DM en personas que viven con VIH. Ramiro Heffes - DM y tuberculosis. Vanesa Rodríguez - DM y mucormicosis. Viviana Cogo - DM y consumo de sustancias: el desafío oculto. María Inés Argerich y Pablo Avila	4 voces en 10 minutos: Fisiopatología de la obesidad: perspectiva actual Coord.: Romina Clemente - Neurobiología como etiopatogenia de la obesidad. Susana Gutt - Sedentarismo y salud muscular. Juliana Mociulsky - Reganancia de peso, su impacto inmunológico. Adriana Primerano - Sueño y obesidad: un vínculo subestimado. Noelia Sforza	SAD Talks: Diabetes, costos y dignidad: el impacto de las oportunidades terapéuticas perdidas Gustavo Ceccatto
12:45 a 13:15	Intervalo					
13:15 a 14:15	Simposios de la industria					
14:15 a 14:30	Intervalo					
14:30 a 15:30	Presentaciones orales, pósteres y subsidios					
15:30 a 15:45	Intervalo					

	Salón Courier Atlántico	Salón Columnas de Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
15:45 a 17:00	Mesa intersocietaria. Vacunación en diabetes desde una mirada intersocietaria Sergio Baratta (SAC), Natalia Nachón (SAM), Marina Papaginovic Leiva (SAN), Natalia Basualdo (SOGIBA), Matías Manzotti (SAGG)	Simposio: Tecnología en la nueva era: Coord.: Rodrigo Carnero - MCG en DM2. Alejandro Dain - MCG en prediabetes tipo 2 y en personas sin DM. Arturo López Rivera - MCG en internación (general/críticos). Javier Remon - MCG en ejercicios de competencia. Daniela Rodríguez	Simposio: Abordaje de las comorbilidades y la enfermedad cardiovascular en la persona con diabetes tipo 1 Coord.: León Litwak - Detección temprana y prevención cardiovascular. Miriam Tonietti - Obesidad y síndrome metabólico: de la doble DM al riesgo ateroesclerótico. Natalia Nardelli - Dislipemia: ¿cuándo y cómo tratar? Eduardo Osvaldo Esteban - Nefropatía y albuminuria: la entrada al riesgo cardiovascular. Uso de ISRAA y fármacos nefroprotectores. Florencia Aranguren	Simposio: Abordaje integral de la diabetes tipo 2 Coord.: Isaac Sinay - Intervención nutricional. Estrella Menéndez - El ejercicio como terapia no farmacológica. Martín Rodríguez - Tratamiento farmacológico en la DM2. Alejandra Cicchitti - ¿Cuándo es el momento de iniciar insulino terapia en DM2? Jimena Soutelo	Simposio: MASLD y diabetes: un abordaje integral Coord.: Sergio Rueda - Panorama global y actual en la Argentina. Adriana Álvarez - Del hígado graso a la esteatohepatitis: indicación para la práctica diabetológica (la mirada del diabetólogo). Atilio Castillo (Paraguay) - Diagnóstico desde la mirada del hepatólogo. Adrián Gadano. - Estrategias de tratamiento en personas con DM. Susana Fuentes	SAD Talks: Entorno obesogénico y responsabilidad individual: una mirada clínica Juliana Mociulsky
17:00 a 17:15	Intervalo					
17:15 a 17:45	Cápsula de actualización: Embarazo y metabolismo: de la terapéutica a la nutrigenómica Coord.: María Elena Rodríguez - Nuevas drogas en el embarazo: rol de GLP1 y SGLT2. Rosa Corcoy (España) - Impacto de la nutrigenómica en el embarazo. Alicia Jawerbaum	Cápsula de actualización: Medicina de precisión Coord.: Araceli Mercado Hecker - Intervenciones farmacológicas. Gustavo Frechtel - Intervenciones no farmacológicas. Juliana Mociulsky	Controversia en el tratamiento farmacológico de MASLD: pioglitazona o arGLP-1 Coord.: Adriana Álvarez - Por el Sí. Guillermo Dieuzeide - Por el No. Adrián Gadano	Cápsula de actualización: La pirámide nutricional bajo la lupa: mirada crítica y aplicación clínica Coord.: Leticia Ferro - Lo que aportan las nuevas guías. Natalia Presner - Luces y sombras de las nuevas guías. Patricia Frías	Cápsula de actualización: Prediabetes: ¿entidad nosológica o diabetes temprana? Coord.: Silvina Valdez - Criterios diagnósticos en prediabetes. Claudio González - ¿La prediabetes existe? Víctor Commendatore	
17:45 a 18:00	Intervalo					
	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
18:00 a 18:45	Conferencia: Cetoacidosis en la era de la predicción Presidente: Mabel Ferraro Disertante: Ingrid Libman (EE. UU.)					
19:30	Correcaminata					

SÁBADO 31 DE OCTUBRE						
	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
9:00 a 10:00		Simposio: Más allá de la bomba: cómo integrar la tecnología en diabetes para mejorar resultados en la vida real Coord.: María Lidia Ruiz Morosini - Selección de pacientes y preparación educativa para el uso de tecnologías avanzadas. Lorena González López - Herramientas digitales para el seguimiento y la intensificación terapéutica. Matías Re - ¿Qué otros desafíos enfrentamos al incorporar tecnología? Santiago Lima	Simposio: Mujer y diabetes: actualización de temas clave Coord.: Mabel Graffigna - Enfermedad cardiovascular en la mujer con DM. Celina Bertona - Terapia de reemplazo hormonal y DM. Alejandra Belardo - Osteoporosis en la mujer con DM. Claudia Sedlinsky	Simposio: Trasplante en diabetes: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? Coord.: Javier Remon - Trasplante renopancreático y de islotes: situación actual. Sung Ho Hyon - Células madre en DM: perspectivas y desafíos. Luis Grosembacher - Toma de decisiones en trasplante: puesta al día. Javier Giunta	Simposio: Tratamiento integrado de la obesidad: de la evidencia a la acción clínica Coord.: Guadalupe Vanoli - Niños y adolescentes: fármacos aprobados y su uso actual en la práctica clínica. Adriana Roussos - Adultos: fármacos aprobados y su aplicación en la práctica clínica. Pilar Cean - Innovación y alternativas farmacológicas para uso en la persona que vive con obesidad. María Yuma	
10:00 a 10:15	Intervalo					
10:15 a 11:15		Controversia en sistemas HCL, contar o no contar nutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas Coord.: Jorgelina Fernández - Por el sí. Natalia Presner - Por el no. Belén Molina	4 voces en 10 minutos: Cuatro desafíos prácticos en el cuidado del adulto mayor con diabetes Coord.: María Inés Vera - Ejercicio en el adulto mayor institucionalizado y cuidados de transición entre residencia y domicilio. Alejandra Zárate - Hipoglucemias y riesgo de caídas. Graciela Rubin - Inmunizaciones en el adulto mayor con DM. Pilar Aoki - Comunicación centrada en la persona y toma de decisiones compartida. Julieta Méndez	Controversia: Definiendo el pie de Charcot y la osteomielitis: un desafío en la práctica clínica Coord.: Rubén Saurral - Pie de Charcot. Gala Santini Araujo - Osteomielitis. Gabriela Carro	4 voces en 10 minutos: Avances en tecnología y diabetes, lo que se viene Coord.: Lorena Lequi - Nuevas insulinas, insulinas inteligentes. María Ranz - Apps/smart pens. Carolina Gómez Martin - Monitoreo de cetonas. Laura Pomares - IA en el consultorio, tips prácticos. Lucas Sosa	
11:15 a 11:30	Intervalo					

	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
11:30 a 12:30		Miniconferencia: Muerte súbita y diabetes Coord.: Lucía Poggio - Relación entre DM y enfermedad cardiovascular, ¿qué priorizamos los cardiólogos? Sergio Baratta - DM y riesgo arritmico: mecanismos y evidencia clínica, respuesta temprana con cardioprotección. Mario Fitz Maurice	Miniconferencia: Desafíos actuales en diabetes y enfermedades metabólicas Coord.: Olga Ramos. - Lipodistrofia: impacto metabólico y desafíos terapéuticos. Carla Musso - Abordaje de la DM2 en la población pediátrica y adolescente. Carla Mannucci	Controversia: Uso de GLP-1 e iSGLT2 en diabetes y síndrome metabólico Coord.: Gustavo Frechtel - Por GLP1. Guillermo Dieuzeide - Por iSGLT2. Félix Puchulu	Controversia: Farmacoterapia vs. cirugía bariátrica: ¿cómo decidir en la práctica real? Coord.: Susana Fuentes - Cirugía bariátrica como opción terapéutica. Axel Beskow - Farmacoterapia como opción terapéutica. María Graciela Álvarez	
12:30 a 13:00	Intervalo					
13:00 a 14:15		Simposio: Enfoque integral del adulto mayor Coord.: Carina Parisi - Envejecimiento saludable. Matías Manzotti - Suplementación en el adulto mayor. María Inés Somoza - Fragilidad y sarcopenia. Graciela Rubin - Esquema de tratamiento en el adulto mayor. Marcela Martínez	Simposio: La salud metabólica a través del curso de vida Coord.: Magdalena Rey - ¿A qué nos referimos cuando hablamos de curso de vida? Definición y epidemiología. Silvia Lapertosa - Curso de vida y epigenética: cómo el ambiente moldea el riesgo metabólico. Impacto epigenético. Susana Salzberg - Los primeros 1000 días y más allá: impacto en el binomio madre-hijo. Celeste Muntaner - Envejecimiento saludable: la mirada del curso de vida en el adulto mayor. Impacto en el adulto mayor. Cristina Faingold	Simposio: Determinantes clínicos y tisulares en la progresión de la prediabetes Coord.: Isaac Sinay - Progresión a DM, remisión a normalidad y epidemiología. Guillermo Marcucci - Complicaciones vasculares en prediabetes tipo 2. Corina Debiaggi - Sarcopenia. Oriana Franceschinis - MASLD y grasa ectópica. Belén Redolfi	Simposio: Enfoque de la obesidad en la familia Coord.: María Eugenia Andrés - Obesidad en la niñez: detección precoz y abordaje. Nuria Grimberg - Adolescencia: desafíos clínicos y psicosociales. Verónica Vaccarezza - Obesidad en la etapa menopáusica. Paola Polo - Obesidad en el adulto mayor: ¿cuándo tratar con fármacos? Romina Clemente	
14:15 a 14:30	Intervalo					

	Salón Las Américas	Salón Columnas del Boulevard	Salón Atlántico A	Salón Dauphin	Salón Teatro	Salón Circular
14:30 a 15:00		Cápsula de actualización: Diabetes en el adulto mayor: heterogeneidad y personalización Coord.: Félix Puchulu - Desintensificación del tratamiento del adulto mayor desde un enfoque interdisciplinario. Cristina Faingold - Heterogeneidad de la DM en el adulto mayor. Guillermo Umpierrez (EE.UU.)	Cápsula de actualización: Determinantes sociales de salud en diabetes: en busca del acceso equitativo Coord.: Valeria Hirschler - Corresponsabilidad entre proveedores de salud y pacientes, deberes y derechos. Niti Pall (India) - Acceso equitativo a la salud: una deuda pendiente en América Latina. Pablo Arias	Cápsula de actualización: Obesidad: del abordaje clínico a la medicina de precisión Coord.: Luis de Loredó - Herramientas para el abordaje de la obesidad. Verónica Vázquez Velázquez - Obesidad monogénica: lo que todo médico debe saber. María Eugenia Andrés		
15:00 a 15:15	Intervalo					
15:15 a 16:00	Conferencia de cierre: Redescubriendo la historia metabólica en la nueva era del tratamiento farmacológico de la diabetes Presidente: Víctor Commendatore Disertante: Guillermo Umpierrez (EE.UU.)					
16:00	Acto de cierre					

JUEVES 29

9:00 a 10:00 h

Salón Columnas del Boulevard

SIMPÓSIO: Abordaje de la seroconversión y oportunidades terapéuticas en estadios preclínicos

Coordinadora: Mabel Ferraro

¿Cómo actuar ante la seroconversión?

Paula Paz Povedano

La autoinmunidad en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se ha identificado por la presencia de anticuerpos circulantes frente a antígenos de células β (seroconversión) y suelen detectarse mucho antes de que la DM se manifieste clínicamente. Los autoanticuerpos de los islotes incluyen: GADA, IAA, IA-2A y ZnT8A.

La DM1 puede ser descripta en estadios: dos o más autoanticuerpos con normoglucemia (estadio 1) o disglucemia (estadio 2), o valores de glucosa por ADA para DM1 (estadio 3).

Hoy contamos con guías destinadas a elaborar un plan de seguimiento en estadios preclínicos. El acompañamiento interdisciplinario es clave y debe apoyarse en la educación, el monitoreo metabólico y el acompañamiento psicoemocional.

La frecuencia del monitoreo depende del estadio y la edad del individuo. Un solo autoanticuerpo positivo: indica un riesgo aumentado (15%) para DM1. El monitoreo metabólico es cada 6 meses en < de 3 años durante 3 años y luego anualmente por 3 años más. En niños > de 3 años es anual por 3 años. En adultos, cada 3 años y eventualmente, una vez al año para aquellos con familiar de primer grado con DM1, riesgo genético aumentado, antecedentes de disglucemia o hiperglucemia ante estrés.

- Estadio 1: cada 3 meses en < de 3 años, cada 6 meses entre 3 y 9 años y cada 12 meses en niños > de 9 años y adultos.

- Estadio 2: cada 3 meses en niños y cada 6 meses en adultos

Existen diversas herramientas para evaluar el riesgo de progresión a E3 clínico.

- PTOG sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de estadios en DM1; puede ser compleja por múltiples extracciones de sangre, sobre todo en niños pequeños.

- HbA1c: medida complementaria, junto con MCG, da una predicción bastante sólida de progresión, más factible y como una alternativa menos invasiva que la PTOG; un aumento del 10% aun en valores normales durante el seguimiento, indica riesgo de progresión. Puede verse afectada por otras enfermedades que alteren la hemoglobina.

- MCG: útil y de fácil acceso. Luego de varios estudios observacionales, se evaluó que estar un 10% por encima de 140, predice un riesgo del 85% de progresión en un año.

- Monitoreo capilar: accesible y útil en domicilio en caso de enfermedades intercurrentes.

- Péptido C: marcador universal de función de célula β .

La detección temprana no cambia la historia natural de la DM1 por sí sola, lo que cambia la historia es el acompañamiento brindado después del diagnóstico en estadios preclínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Haller MJ, et al. Screening, staging, and strategies to preserve beta-cell function in children and adolescents with type 1 diabetes. In: ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024. *Pediatr Diabetes*. 2024.
- Trifone L, Ferraro M, Caracotche L, Frechtel G, Vañdez S. Recomendaciones en predicción de diabetes mellitus tipo 1: detección, estadificación y estrategias para preservar la función de células beta en niños, niñas y adolescentes con diabetes tipo 1. *Rev Soc Argent Diabetes*. 2025;59(3).
- Breakthrough T1D. Monitoring guidance resources for health care professionals. Breakthrough T1D. Disponible en: <https://www.breakthrough1d.org/healthcare-professional-education-and-resources/>
- Phillip M, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024. *Diabetologia*. 2024;67(9):1731-1759. Simultaneously published in: *Diabetes Care*. 2024;47(8):1276-1298.

Utilidad del péptido C: ¿cómo, cuándo y dónde?

Adrián Proietti

El péptido C es un biomarcador fundamental para evaluar la función y la reserva de las células β pancreáticas. Al secretarse en cantidades equimolares con la insulina, no sufrir un metabolismo hepático significativo de primer paso y poseer una vida media más prolongada (de tres a siete veces mayor que la insulina), ofrece una estimación precisa de la secreción endógena de insulina sin sufrir reactividad cruzada con la insulina exógena.

¿Cómo medirlo? La determinación del péptido C puede realizarse en sangre (suero o plasma) o en orina, frecuentemente utilizando la ratio péptido C/creatinina en orina (UCPCR). Las estrategias de prueba incluyen muestras en ayunas, aleatorias (sin ayuno) y pruebas de estimulación formal. Aunque las pruebas de estimulación, como la prueba de tolerancia a la comida mixta (MMT) y la estimulación con glucagón (GST), son consideradas el estándar de oro por su excelente sensibilidad para

detectar la secreción residual, la medición aleatoria sin ayuno resulta la más práctica en la clínica habitual para clasificar con precisión la deficiencia severa de insulina. Es importante tener en cuenta que existe una variabilidad significativa entre los distintos ensayos comerciales e inmunoensayos automatizados, por lo que la estandarización de estas pruebas sigue siendo una necesidad clínica urgente. Además, como innovación reciente, se han desarrollado dispositivos portátiles basados en matrices de microagujas para la monitorización continua y mínimamente invasiva del péptido C en el líquido intersticial (ISF).

¿Cuándo medirlo? Las principales aplicaciones clínicas para su medición incluyen:

- Clasificación de la diabetes mellitus (DM). Es clave para diferenciar entre DM1, DM2 y formas monogénicas, especialmente cuando hay superposición de síntomas. Su medición se considera una intervención muy rentable en pacientes con más de 3 años de evolución del diagnóstico. Valores aleatorios <200 pmol/l confirman DM1 o deficiencia severa de insulina, mientras que niveles >600 pmol/l sugieren DM2.

- Evaluación de hipoglucemia. Se utiliza para investigar episodios hipoglucémicos y predecir la variabilidad glucémica; un péptido C bajo se asocia con un mayor riesgo de hipoglucemia en terapias con insulina.

- Predicción de respuesta terapéutica: Es útil para pronosticar la remisión de la DM tras cirugía bariátrica, evaluar la eficacia de tratamientos con análogos de GLP-1 y guiar la retirada segura de la terapia con insulina.

En conclusión, elegir la estrategia y el momento adecuados para medir el péptido C facilita enormemente la clasificación, el pronóstico y el manejo personalizado del paciente con DM.

BIBLIOGRAFÍA

- Briggs L, et al. The evolution of C-peptide's role in diabetes care. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2026.
- Chen S, et al. A wearable device for continuous immunoassay-based monitoring of C-peptide in interstitial fluid. *Sci Adv.* 2025.
- McDonald TJ, Shield JP, Lawry J, et al. Stability and reproducibility of a single-sample urinary C-peptide/creatinine ratio and its correlation with 24-hour urinary C-peptide. *Clin Chem.* 2009;55(11):2035-2039.
- Jones AG, Hattersley AT. The clinical utility of C-peptide measurement in the care of patients with diabetes. *Diabet Med.* 2013;30(7):803-817.

Terapias farmacológicas en estadios preclínicos

Ingrid Libman (Estados Unidos)

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune heterogénea y multifactorial, caracterizada por la pérdida progresiva de células β en el páncreas y la necesidad de tratamiento con insulina de por vida. Se está produciendo un cambio de paradigma en el tratamiento de la DM1: más allá de la reposición de insulina en la fase clínica (estadio 3), se busca abordar el proceso autoinmune subyacente en etapas más tempranas de la enfermedad (estadio 1 o 2).

Teplizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD3, es el primer tratamiento aprobado capaz de modificar el curso de la DM preclínica en estadio 2, y ya está disponible en varios países. En un ensayo clínico aleatorizado de fase 2, un ciclo de tratamiento de 14 días retrasó más de 2 años la media de tiempo hasta la aparición de la DM clínica y se asoció con un menor riesgo de progresión en comparación con el placebo.

Actualmente se investigan otros fármacos, como la globulina antitimocítica (ATG) (una preparación de anticuerpos utilizada en trasplantes de órganos sólidos), golimumab (un anticuerpo monoclonal específico contra el TNF- α , una citocina proinflamatoria) y baricitinib (un inhibidor de la tirosina quinasa), entre otros. Estudios multicéntricos e internacionales, como TrialNet e INNODIA, han sido fundamentales para el avance en este campo.

Sin duda, las nuevas estrategias se centrarán cada vez más en terapias combinadas y personalizadas con fármacos inmunomoduladores. La intervención temprana ofrece perspectivas prometedoras para retrasar o prevenir el inicio de esta enfermedad mediada por el sistema inmune para mejorar los resultados clínicos. No obstante, persisten algunas limitaciones, como la escasez de datos de seguimiento a largo plazo y la necesidad de mejorar la estratificación del riesgo. Con los continuos avances y esfuerzos, la intervención temprana podría transformar el paradigma del tratamiento de la DM1, pasando del manejo de la enfermedad a su retraso o prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S50-S60.
- Herold KC, Bundy BN, Krischer JP; Type 1 Diabetes TrialNet Study Group. An anti-CD3 antibody, teplizumab, in relatives at risk for type 1 diabetes. *N Engl J Med.* 2019;381(7):603-613. doi:10.1056/NEJMoa1902226.
- Jacobsen LM, Felton JL, Nathan BM, Speake C, Krischer J, Herold KC. Type 1 Diabetes TrialNet: leading the charge in disease prediction, prevention, and immunotherapeutic mechanistic understanding. *Diabetes Care.* 2025;48(7):1112-1124. doi:10.2337/dc24-2908.
- Mehta S, Ryabets-Lienhard A, Patel N, Breidbart E, Libman I, Haller MJ, et al. Pediatric Endocrine Society statement on considerations for use of teplizumab (Tzield™) in clinical practice. *Horm Res Paediatr.* 2025;98(5):597-608. doi:10.1159/000538775.

Salón Atlántico A

SIMPOSIO: MASLD y diabetes: inflamación y disfunción metabólica

Coordinadora: Adriana Álvarez

Inflamación y resistencia a la insulina como motor del daño multiorgánico

Flavio Francini

La insulinoresistencia (IR), caracterizada por una disminución de la respuesta a la acción de la insulina en el músculo esquelético, el hígado y el tejido adiposo, tiene un rol central en la fisiopatogenia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), así como de otras enfermedades cardiometabólicas. En la actualidad, la IR es reconocida como un trastorno sistémico estrechamente asociado con la inflamación crónica de bajo grado, procesos que se potencian mutuamente y favorecen el daño multiorgánico progresivo.

La obesidad visceral desempeña un papel fundamental en esta interacción a través de la hipertrofia adipocitaria, la infiltración de macrófagos y la liberación de citocinas proinflamatorias. Estas alteraciones activan vías inflamatorias intracelulares que interfieren con la señalización de la insulina y perpetúan un círculo vicioso entre inflamación e IR.

La persistencia de estos mecanismos favorece el estrés oxidativo, la disfunción endotelial y la fibrosis tisular, contribuyendo a la presencia de eventos cardiovasculares, esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD), enfermedad renal crónica y deterioro cognitivo. Asimismo, reduce la captación de glucosa en el músculo esquelético y acelera la pérdida funcional de las células β pancreáticas, favoreciendo la progresión hacia la DM2.

En resumen, la evidencia disponible demuestra que la IR y la inflamación constituyen mecanismos fisiopatológicos interdependientes que impulsan la aparición y progresión de las enfermedades metabólicas crónicas.

Medicina de precisión e IA: futuras estrategias de tratamiento y diagnóstico de MASLD

Diego Carulla

La inteligencia artificial (IA) ha transformado el diagnóstico y el manejo de la enfermedad por hígado graso asociada a disfunción metabólica (MASLD). Los modelos de *machine learning* integran datos clínicos, biomarcadores bioquímicos e imágenes para detectar y estratificar la enfermedad de forma no invasiva, con algoritmos que alcanzan AUC de hasta 0,91 para fibrosis avanzada³.

La medicina de precisión incorpora datos multiómicos -genómica, lipidómica, transcriptómica, proteómica- para identificar biomarcadores de riesgo mecanístico temprano y diseñar intervenciones personalizadas^{1,2}. La IA también permite mapear la interconexión sistémica entre MASLD, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, mejorando la estratificación del riesgo cardiovascular y renal⁴.

El uso de métodos explicables como *SHapley Additive exPlanations* (SHAP) aumenta la confianza clínica en estos modelos¹. Los principales desafíos incluyen la alta dimensionalidad de los datos, la heterogeneidad de cohortes y la necesidad de validación externa en poblaciones diversas para garantizar la generalización^{2,3}. La transición hacia modelos de inferencia causal y la integración del monitoreo dinámico en algoritmos de apoyo a la decisión clínica representan las perspectivas más prometedoras^{1,2}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang F, Sun X, Jiang K, Zhang M, Sun C. Recent advances in the application of machine learning models in metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *Diabetes Metab Res Rev.* 2026 Mar. doi: 10.1002/dmrr.70129
2. Hernández-Almonacid PG, Marín-Quintero X. Artificial intelligence in metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease: transforming diagnosis and therapeutic approaches. *World J Gastroenterol.* 2026;32(2):111737. doi: 10.3748/wjg.v32.i2.111737
3. Chen R, Petrazzini BO, Nadkarni GO, Rocheleau G, Bansal M, Do R. Machine learning enables single-score assessment of MASLD presence and severity. *medRxiv.* 2023 Oct. doi: 10.1101/2023.10.24.23297423
4. Nabrdalik K, Kwiendacz H, Irlík K. Machine learning identifies metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease in patients with diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab.* 2024;109(8):2029. doi: 10.1210/clinem/dgae060

Morbimortalidad no cardiovascular asociada a MASLD: evidencia actual

Martín Atilio Maraschio

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) constituye la manifestación hepática del síndrome cardio-reno-metabólico y afecta aproximadamente al 30% de la población adulta mundial. Aunque la enfermedad cardiovascular continúa siendo la principal causa de muerte, la evidencia reciente demuestra que MASLD también incrementa de manera independiente la morbimortalidad no cardiovascular, particularmente por enfermedad hepática avanzada, neoplasias y enfermedad renal crónica (ERC), consolidando el concepto de una enfermedad sistémica con importantes repercusiones extrahepáticas.

La fibrosis hepática representa el principal determinante de los desenlaces clínicos y el predictor más robusto de mortalidad. La progresión hacia esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH), fibrosis avanzada y cirrosis incrementa el riesgo de hipertensión portal, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular (CHC). Sin embargo, un porcentaje considerable de los casos de CHC relacionados con MASLD se desarrolla en ausencia de cirrosis, limitando las estrategias tradicionales de vigilancia y resaltando la necesidad de modelos de estratificación de riesgo basados en biomarcadores y pruebas no invasivas.

La carga oncológica asociada a MASLD ha adquirido creciente relevancia. Estudios poblacionales y metaanálisis recientes muestran un aumento significativo del riesgo de cáncer colorrectal, pancreático, mamario, endometrial y renal, incluso tras ajustar por obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Los mecanismos involucrados incluyen resistencia a la

insulina, inflamación crónica de bajo grado, lipotoxicidad, estrés oxidativo y alteraciones inmunometabólicas que favorecen la carcinogénesis. Un metaanálisis reciente demostró que MASLD se asocia con un incremento del 24% en la mortalidad relacionada con cáncer (HR 1,24; IC 95% 1,19–1,29), destacando que el impacto pronóstico de la enfermedad excede el compromiso hepático.

La ERC constituye otra complicación mayor. La inflamación sistémica, la activación de vías profibróticas, la disfunción endotelial y la resistencia a la insulina favorecen el deterioro progresivo de la función renal independientemente de la presencia de hipertensión o DM. La coexistencia de ERC y MASLD duplica aproximadamente el riesgo de mortalidad global y se asocia con mayor utilización de los recursos sanitarios.

Finalmente, la evidencia emergente vincula a MASLD con sarcopenia, fragilidad, osteoporosis, apnea obstructiva del sueño, deterioro cognitivo y peor calidad de vida, reforzando su naturaleza multisistémica. En consecuencia, el manejo clínico debe trascender la prevención cardiovascular e incorporar la identificación precoz de fibrosis avanzada, la evaluación del riesgo oncológico y renal, y un tratamiento intensivo de la disfunción metabólica mediante un enfoque multidisciplinario. Este cambio de paradigma es fundamental para reducir la carga global de morbimortalidad asociada a MASLD.

BIBLIOGRAFÍA

- Cusi K, Abdelmalek MF, Apovian CM, et al. Metabolic dysfunction–associated steatotic liver disease (MASLD) in People With Diabetes: The Need for Screening and Early Intervention. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2025;48:1057-1082.
- Yang J, Kim YR, Na SK, et al. Mortality and cardiovascular outcomes in patients with MAFLD compared with patients with MASLD: a systematic review and meta-analysis. *Gut Liver*. 2025.
- Kueh YH, et al. Global prevalence, incidence, and outcomes of coexisting MASLD and chronic kidney disease: a meta-analysis. *Liver Int*. 2026.
- Eslam M, George J, Newsome PN, et al. The synergistic impact of type 2 diabetes and MASLD on cardiovascular, liver, diabetes-related and cancer outcomes. *Liver Int*. 2024.
- Ciardullo S, et al. Impact of MASLD and MetALD on clinical outcomes: a meta-analysis of preliminary evidence. *Liver Int*. 2024.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: Complicaciones de la diabetes en el adulto mayor

Coordinador: Osvaldo Fretes

Trastornos cognitivos

Gustavo Díaz Gerevini

La cognición es un proceso continuo que nos permite adaptarnos a los problemas del medio ambiente. Es un complejo de sistemas que forman parte del sistema nervioso central, periférico y sus efectores, es decir, un sistema osteomioarticular, su respuesta depende de su interacción. La falla de uno de ellos lleva al deterioro cognitivo la pérdida de la sensibilidad y la motilidad y viceversa.

Esta interacción puede desarrollarse, se puede mejorar o afectar por desuso, o por patologías crónicas y sistémicas como la diabetes mellitus (DM). Entenderlo, permite adecuar la educación, los recursos no farmacológicos y farmacológicos para que su afectación a lo largo de la historia natural de la DM no se sume a la disminución progresiva de las capacidades de una persona y lograr que ellas se mantengan o retrograden de un estadio al cual podríamos considerar como presintomático, la fragilidad.

Invitamos a una apertura mental de entender al ser humano en su totalidad y llevarla a la práctica cotidiana, ya que el deterioro de las capacidades cognitivas, el control emocional, el aprendizaje y la movilidad en adultos mayores con DM constituye un problema sociosanitario global dada la alta prevalencia de la enfermedad, su impacto en el sistema de salud y la sociedad, y la carga de sufrimiento para los afectados y sus familias.

En esta revisión, destacamos el problema, sus causas, presentación e historia natural. Proponemos un enfoque de prevención y tratamiento, ya que la etapa del adulto mayor se caracteriza por su heterogeneidad y la escasez de recursos. Este es un llamado a crear conciencia y considerar el envejecimiento como un proceso que es simplemente otra etapa de la vida humana, y que esta etapa puede ser "saludable" o estar acompañada de procesos patológicos que afectan la calidad de vida del individuo y su entorno. Es importante considerar la búsqueda de nuevas estrategias y recursos para abordar este problema.

Enfatizamos que la DM es el problema metabólico más frecuente en adultos mayores, afectando al 30% de ellos. Todas las células del cuerpo, porque comparten mecanismos básicos para la utilización de nutrientes, se ven afectadas. El sistema nervioso central consume la mayor cantidad de nutrientes, lo que lo convierte en uno de los sistemas más afectados. Tenemos la oportunidad de aplicar el conocimiento acumulado para comprender la DM y los recursos a nuestra disposición. En esta revisión, ofrecemos una visión general de estos recursos y su relación con la prevención y el tratamiento de este problema metabólico y neurológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz-Gerevini GT, Parisi C, Reartes G, Priotto S, Repossi G, Wilson V. Cognitive Frailty in Older Adults with Diabetes Mellitus: Bases for its Approach. *J Adv Clin Neu Res*. 2026. doi:10.63721/26JACNR0119.
- Díaz-Gerevini GT, Campanella C, Valdez L, Reartes G, Barros L, Priotto S, Houssey S, Repossi G. Neuroprotective effect of environmental enrichment on the ultrastructure of the optic nerve in a model of type 2 diabetes and aging. *J Adv Clin Neu Res*. 2026. doi:10.63721/26JACNR0135.

Cuidado oftalmológico en el adulto mayor con diabetes

Claudia Issa

Según el *Global Health Data*, dentro de los problemas oculares que generan baja visión o ceguera, la diabetes mellitus (DM) ocupa el quinto lugar y es liderada por la catarata como causa de ceguera y la ametropía no corregida como la causa de baja visión¹.

En la actualidad más del 29% de las personas mayores de 65 años tiene DM y se espera que este porcentaje aumente rápidamente en las próximas décadas. En esta población, el cribado para complicaciones de la DM debe individualizarse priorizando la detección de complicaciones que puedan provocar deterioro del estado funcional o la calidad de vida del paciente y su entorno.

Más allá de la retinopatía diabética, los adultos mayores con DM presentan con frecuencia otros trastornos oculares relacionados con la edad, incluyendo cataratas, glaucoma y degeneración macular asociada a la edad, los cuales contribuyen adicionalmente al deterioro visual y al declive funcional.

En relación con las complicaciones oftalmológicas, las guías internacionales enfatizan la necesidad de un abordaje integral en adultos mayores, recomendando un tamizaje anual mediante retinografía o examen de fondo de ojo, adaptado a la situación clínica y funcional del paciente².

En este grupo etario, el envejecimiento ocular y la coexistencia de comorbilidades potencian el impacto a este nivel; la progresión de la enfermedad se ve influenciada por factores como la duración prolongada de la DM, el control glucémico subóptimo, la hipertensión arterial y la dislipidemia³.

El envejecimiento conlleva cambios estructurales en la retina y el cristalino, que en el marco de hiperglucemia crónica pueden agravar la vulnerabilidad del paciente en muchos aspectos. Algunos estudios poblacionales han indicado que las cataratas, el glaucoma y la degeneración macular relacionada con la edad son las principales causas de deterioro visual y están asociados con el riesgo de caída en adultos mayores⁴.

En conclusión, la oftalmopatía diabética en el adulto mayor exige estrategias personalizadas que integren la evidencia científica con las particularidades del envejecimiento. Es imperativo detectar precozmente alteraciones visuales que afecten la calidad de vida del paciente e implementar tratamientos que mejoren la visión de los mismos. La implementación de programas de tamizaje accesibles y el fortalecimiento del trabajo interdisciplinario son pilares para reducir la carga de ceguera prevenible en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Argentina de Oftalmología. Guía para el diagnóstico, tratamiento y complicaciones del edema macular diabético y la retinopatía diabética. 1.ª ed. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Oftalmología; 2022.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S277-S296. doi:10.2337/dc26-S013.
3. ACCORD Eye Study Group. Effects of medical therapies on retinopathy progression in type 2 diabetes. *Ophthalmology*. 2010;117(9):1944-1953.
4. Ouyang S, Zhang X, Li H, Tang X, Ning X, Li R, Ke P, Li Y, Huang F, Liu B, Fang Y, Liang Y. Cataract, glaucoma, and diabetic retinopathy are independent risk factors affecting falls in the older adult with eye diseases. *Geriatr Nurs*. 2023;53:170-174. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.07.001.

Salón Teatro

SIMPOSIO: Complicaciones crónicas: detección temprana más allá del riñón y el corazón

Coordinadora: Viviana Cogo

Complicaciones oculares y nuevos tratamientos para la diabetes: ¿qué sabemos hoy?

Santiago Lima

Los agonistas del receptor del GLP-1 han transformado el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la obesidad, pero en los últimos años surgieron interrogantes sobre su seguridad ocular, especialmente a partir de señales provenientes de estudios observacionales y reportes de farmacovigilancia.

Esta disertación revisa críticamente la evidencia disponible sobre las principales complicaciones oftalmológicas potencialmente asociadas a estos tratamientos, incluyendo el empeoramiento precoz de la retinopatía diabética, la neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NAION) y la degeneración macular relacionada con la edad.

Se analizarán los mecanismos fisiopatológicos propuestos, las fortalezas y limitaciones de los estudios observacionales y de los ensayos clínicos aleatorizados, con especial énfasis en la evidencia de mayor jerarquía metodológica. Asimismo, se discutirán los resultados del metaanálisis más reciente de ensayos cardiovasculares, que no demuestra un aumento significativo del riesgo de eventos oculares graves con los diferentes agonistas del GLP-1, aunque persisten incertidumbres debido a la baja frecuencia de estos eventos. Finalmente, se presentarán recomendaciones prácticas para la evaluación del riesgo, el seguimiento oftalmológico y la toma de decisiones clínicas individualizadas, con el objetivo de brindar a los profesionales una visión equilibrada y basada en la evidencia sobre la seguridad ocular de los fármacos antidiabéticos de nueva generación.

Complicaciones en pediatría: más allá del control glucémico

Guadalupe Pietropaolo

Las complicaciones microvasculares y macrovasculares clínicamente manifiestas relacionadas con la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) son infrecuentes durante la infancia y la adolescencia. Sin embargo, las alteraciones funcionales y estructurales se inician precozmente en la vida de forma subclínica. La estrategia fundamental en la atención pediátrica exige identificar e intervenir tempranamente sobre sus factores de riesgo (FR) modificables: hiperglucemia, dislipidemia, obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial (HTA).

La exposición a largo plazo a la hiperglucemia, medida por la hemoglobina glicosilada (HbA1c), se ha reconocido tradicionalmente como el principal FR de complicaciones. Evidencia reciente proveniente de grandes cohortes globales, como el registro internacional SWEET y análisis transversales con monitoreo continuo de glucosa (MCG), han demostrado que determinadas métricas derivadas del MCG, como la variabilidad glucémica, la hipoglucemia o el bajo tiempo en rango, se asocian de forma independiente con una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV): dislipidemia, sobrepeso y aumento de la presión arterial. Estos factores representan determinantes adicionales del riesgo cardiovascular, más allá del control glucémico.

Por su parte, la detección de la HTA en el consultorio resulta con frecuencia insuficiente al enmascarar la HTA nocturna o alteraciones del ritmo circadiano de la presión arterial. Tradicionalmente, las guías internacionales de consenso han recomendado el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) para confirmar el diagnóstico de HTA. Sin embargo, la evidencia científica acumulada durante los últimos años sugiere un papel más amplio como herramienta para la estratificación precoz del riesgo cardiovascular. Múltiples estudios, algunos realizados en pacientes normotensos en el consultorio, han demostrado que la hipertensión nocturna aislada y el patrón *non-dipping* (ausencia del descenso fisiológico de la presión arterial >10% durante el sueño) preceden al desarrollo de albuminuria y de retinopatía diabética. La pérdida de descenso nocturno podría ser secundaria a disfunción autonómica y rigidez vascular. En una revisión sistemática se encontró que pequeñas diferencias medias en los parámetros de presión arterial, medidas mediante MAPA, entre personas con DM1 se asocian con una menor incidencia o riesgo de progresión de la nefropatía y la retinopatía.

A pesar de los avances significativos en el tratamiento de la DM1, la principal causa de mortalidad en esta población es la enfermedad cardiovascular. En consecuencia, el abordaje actual de la DM1 pediátrica debe trascender el control glucémico aislado e incorporar la búsqueda sistemática y el tratamiento precoz de los FRCV modificables.

BIBLIOGRAFÍA

- Prampolini B, Eryilmaz CC, Marcovecchio ML. Preventing and managing vascular complications in adolescents with type 1 diabetes. J Diabetes Res. 2025;2025:2449658. doi:10.1155/jdr/2449658.
- Bjornstad P, Donaghue KC, Dost A, Feldman EL, Tan GS, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabetes. 2022;23(8):1432-1450.
- Piona C, Chobot A, et al. Association of time in range and time in tight range with cardiovascular risk factor exposure in youth with type 1 diabetes: a cross-sectional analysis on LDL cholesterol and blood pressure data from the SWEET international database. Diabetes Obes Metab. 2026. doi:10.1111/dom.70979.
- Hoffmeister MC, Lovison V, et al. Ambulatory blood pressure monitoring and vascular complications in patients with type 1 diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis of observational studies. Diabetes Res Clin Pract. 2024;217.

10:30 a 11:15 h

Salón Las Américas

CONFERENCIA: Educar en diabetes: nuestra responsabilidad social más urgente

Presidente: Olga Ramos

Disertante: Silvia Lapertosa

La responsabilidad social de una sociedad científica consiste en poner el conocimiento científico al servicio de la sociedad, actuando con ética, transparencia e independencia para generar un impacto positivo en la comunidad.

En ese marco, la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) lleva adelante desde el año 2023 en el "Impenetrable Chaqueño", la iniciativa Dulce MoWiQo que es un programa de cooperación público-privada, centrado en el abordaje de la diabetes mellitus (DM) y las enfermedades crónicas no transmisibles.

Se estableció una alianza estratégica entre la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Federación Argentina de Diabetes (FAD), Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco y nuestra Sociedad, con un grant de Novo Nordisk. Se realizan visitas a territorio cada 3 meses con estudiantes y docentes de la Facultad de Medicina (UNNE), residentes de medicina familiar, maestrands y médicos de la SAD y voluntarios de la FAD, así como personal del Ministerio de Salud del Chaco, brindando asistencia médica directa para la detección temprana, la prevención y el tratamiento de la DM, la obesidad y la hipertensión arterial.

El abordaje del territorio se realiza en los hospitales cabecera, centros de atención primaria y en los parajes donde habita la mayoría de la población indígena. Se lleva a cabo la capacitación en huertas, escuelas y parajes rurales, a pequeños productores creando unidades productivas que mejoren la alimentación de los niños.

Se realizan diplomaturas virtuales y capacitaciones presenciales a promotores de salud, enfermeras, licenciadas en nutrición y médicos por medio del campus virtual de la UNNE y de la SAD, así mismo reforzamos la relación con la comunidad con cursos a policías y bomberos, y personal docente.

Pretendemos contribuir a la mejora sostenida de las condiciones de salud y calidad de vida de la población que vive en esa región y dejar capacidad instalada para brindar dicha atención.

11:45 a 12:45 h

Salón Columnas del Boulevard

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Reinterpretando la diabetes tipo 1: predicción, estadios y consecuencias clínicas

Coordinadora: Adriana Roussos

Experiencia global en predicción de diabetes tipo 1. ¿Hay experiencia en la Argentina?

Liliana Trifone

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica con predisposición genética e influencias medioambientales en etapas tempranas de la vida. Los estudios de monitoreo de individuos de riesgo con autoanticuerpos (ATC+) positivos originaron un cambio de paradigma de la enfermedad; la historia natural de la DM1 es considerada actualmente “un continuo de estadios presintomáticos”, a partir del riesgo genético (estadio 1 y 2), que refleja los cambios autoinmunes y metabólicos progresivos que llevan a la enfermedad manifiesta DM tipo1 (estadio 3). El *screening* de individuos con autoanticuerpos forma parte de los programas para detección de niños, adolescentes y adultos que tienen alto riesgo de desarrollar DM1 por tener un familiar de primer grado con DM1 o riesgo genético conocido por genotipos HLA. Sin embargo, más del 90% de las personas con debut de (DM1) no presenta antecedentes familiares ni marcadores genéticos predisponentes conocidos.

Los criterios de Wilson y Jungner (OMS), que sustentan los objetivos del cribado de autoanticuerpos, en la población general incluyen: reducir la incidencia de cetoacidosis diabética (CAD) al diagnóstico, disminuir los costos sanitarios por CAD y terapéutica de la DM1, acceder a terapias modificadoras de la enfermedad y participación en ensayos clínicos.

En Europa se están llevando a cabo diversos programas de *screening*: FRIDA, DiAUNION, ELSA, Betty Study como parte del EDENT1FI, INNODIA (Pan Europeo), BABDIAB/BABYDIET, GPPAD, UNISCREEN Italia y TIDRA en adultos. La *Global Platform for the Prevention of Autoimmune Diabetes* (GPPAD) y el Estudio Finlandés (DIPP) analizan marcadores genéticos de riesgo de DM1 en recién nacidos. TRIALNET, en EE.UU., realiza detección de autoanticuerpos (Auto-ATC) en familiares y ahora incluye a la población general de 3 a 45 años. En 200.000 familiares ya evaluados, el 5% presentaba al menos un ATC+ y aproximadamente el 2,5% tenía múltiples ATC+. Tanto la cohorte DIPP en Finlandia como el estudio TEDDY, realizaron pruebas de cribado en lactantes con haplotipos HLA de alto riesgo y observaron que una cuarta parte de los participantes desarrolló autoinmunidad (ATC+) y más del 3% desarrolló DM1. En el ensayo de la GPPAD se demostró que las personas con un alto riesgo genético de DM1 tenían una probabilidad mayor al 10% de desarrollar (Auto ATC) antes de los 6 años.

Los métodos de *screening* podrían integrarse con las pruebas de detección neonatal o con las visitas de atención primaria pediátrica. El estudio Fr1da, realizado en Baviera (Alemania), realizó *screening* en niños y mostró una prevalencia del 0,31% para los estadios 1 y 2 en niños en preescolares de la población general. La incidencia de CAD en la población cribada fue significativamente menor al 3,2% frente a una tasa de referencia del 20%. El programa *Autoimmunity Screening for Kids* (ASK) de Colorado, realizó un cribado de autoinmunidad (Auto-ATC) en niños y jóvenes de entre 2 y 17 años, con una prevalencia del 0,5% de DM1 en estadio inicial. Los modelos económicos del programa ASK indicaron que el *screening* es costo-efectivo si las tasas de CAD se redujeran un 20% y los niveles de HbA1c disminuyeran un 0,1% a lo largo de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Narayan K, Mikler K, Maguire A, Craig ME, Bell K. The current landscape for screening and monitoring of early-stage type 1 diabetes. *J Paediatr Child Health*. 2025;61(5):676-684. doi:10.1111/jpc.70016.
- Hussain S, Tree T, Mathieu C, Klupa T, Tuomaala AK, de Wit M, et al. An international consensus on screening and monitoring early-stage type 1 diabetes: a roadmap to European implementation. *Diabetes Obes Metab*. 2026;28(5):3535-3556. doi:10.1111/dom.70569.
- Winkler C, Friedl N, Abt R, et al. Screening children for early-stage type 1 diabetes. *JAMA*. 2026;335(23):2046-2056. doi:10.1001/jama.2026.6085.

Reclasificación de la diabetes tipo 1 desde la fisiopatología

Alejandro de Dios

Durante décadas, la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) fue definida como una enfermedad caracterizada por la destrucción autoinmune de las células β y diagnosticada a partir de la aparición de hiperglucemia. Sin embargo, los avances alcanzados en los últimos años han transformado profundamente esta concepción. La evidencia proveniente de estudios longitudinales, biomarcadores inmunológicos, genética y ensayos de prevención, demuestra que la DM1 constituye un proceso biológico continuo, heterogéneo y dinámico, cuyo inicio precede varios años a las manifestaciones clínicas.

Este nuevo paradigma propone reclasificar la enfermedad desde su fisiopatología más que desde la glucemia. La presencia de autoinmunidad contra la célula β , la progresión variable del daño inmunológico, la pérdida gradual de la masa y función β celular y la interacción con factores genéticos y ambientales permiten comprender la DM1 como un continuo evolutivo con diferentes velocidades de progresión. En este contexto, la clasificación por estadios (1, 2 y 3) representa mucho más que una herramienta académica: redefine el momento del diagnóstico, identifica oportunidades para el seguimiento y abre la posibilidad de intervenir antes de la aparición de la DM clínica.

Al mismo tiempo, la DM1 deja de considerarse una entidad uniforme. La heterogeneidad inmunológica, genética, metabólica y clínica ha impulsado el desarrollo de conceptos como endotipos y trayectorias fisiopatológicas diferenciadas, capaces de explicar la variabilidad en la edad de presentación, la velocidad de progresión, la respuesta inmunológica y la preservación de la función β celular. Esta visión constituye la base de la medicina de precisión aplicada a la DM autoinmune y del desarrollo de terapias modificadoras de la enfermedad.

En esta disertación revisaré los fundamentos fisiopatológicos que sustentan la reclasificación actual de la DM1, la evidencia que respalda el modelo por estadios y el concepto de heterogeneidad biológica. Asimismo, detallaré las implicancias clínicas de este cambio conceptual sobre las estrategias de pesquisa, la interpretación del riesgo, la indicación de inmunoterapia y el seguimiento de las personas con autoinmunidad positiva. Comprender la DM1 como un proceso biológico continuo obliga a replantear el momento del diagnóstico y redefine el papel del diabetólogo en una etapa en la que prevenir o retrasar la enfermedad clínica comienza a ser una posibilidad real.

BIBLIOGRAFÍA

- Insel RA, Dunne JL, Atkinson MA, Chiang JL, Dabelea D, Gottlieb PA, et al. Staging presymptomatic type 1 diabetes: a scientific statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2015;38(10):1964-74.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl1).
- Haller MJ, Bell KJ, Besser REJ, Casteels K, Couper JJ, Craig ME, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Screening, Staging, and Strategies to Preserve Beta-Cell Function in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Horm Res Paediatr*. 2024;97(6):529-545. doi:10.1159/000543035.

Estrategia de medición y acompañamiento del estrés y la ansiedad en estadio 2 de la diabetes tipo 1

María Laura Macías

La identificación de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en estadios tempranos mediante programas de *screening* poblacional ha modificado el enfoque tradicional de la enfermedad, incorporando la atención de las necesidades psicosociales desde la etapa presintomática.

Los documentos de consenso recomiendan la evaluación sistemática del bienestar psicosocial, la adaptación familiar, la comprensión del riesgo y las necesidades educativas desde los estadios tempranos de la DM1. Si bien estas recomendaciones no establecen instrumentos psicométricos específicos, la literatura especializada respalda el empleo de escalas validadas y estrategias para evaluar ansiedad, depresión, distrés relacionado con la DM, evaluación periódica de percepción del riesgo, calidad de vida y funcionamiento familiar. La comunicación de un resultado positivo para autoanticuerpos puede generar incertidumbre, ansiedad, síntomas depresivos, sobrecarga emocional y dificultades en la comprensión del riesgo, especialmente en los cuidadores, por lo que se recomienda incorporar el apoyo psicológico desde el momento del *screening* para reducir el estrés.

La incorporación sistemática de estas herramientas permitiría detectar precozmente factores de vulnerabilidad psicológica, orientar intervenciones psicoeducativas individualizadas y fortalecer la adaptación de las familias. El diagnóstico en estadios tempranos puede vivirse como amenazante, incontrolable e impredecible. En este contexto, la evaluación de variables cognitivas, emocionales y comportamentales constituye un componente esencial del seguimiento integral en los estadios tempranos de la DM1 y un aspecto prioritario para el desarrollo de modelos de atención centrados en la persona y su familia. La integración de estrategias psicoeducativas y herramientas de evaluación en salud mental constituye un componente esencial para reducir el impacto psicológico del diagnóstico presintomático a través del monitoreo continuo interdisciplinario para favorecer una transición más saludable hacia la DM sintomática.

BIBLIOGRAFÍA

- Haller MJ, Bell KJ, Besser REJ, et al. ISPAD Clinical practice consensus guidelines 2024: Screening, staging, and strategies to preserve beta-cell function in children and adolescents with type 1 diabetes. *Horm Res Paediatr*. 2024;97:529-545.
- Phillip M, Achenbach P, Addala A, et al. Consensus guidance for monitoring individuals with islet autoantibody-positive pre-stage 3 type 1 diabetes. *Diabetologia*. 2024.
- Hussain S, Tree T, Mathieu C, et al. An international consensus on screening and monitoring early-stage type 1 diabetes: A roadmap to European implementation. *Diabetes Obes Metab*. 2026;28:3535-3556.
- Trifone L, Ferraro M, Valdez S, Frechtel G, Caracotche L. Recomendaciones en predicción de diabetes mellitus tipo 1: Detección, estadificación y estrategias para preservar la función de las células beta en niños, niñas y adolescentes con diabetes tipo 1. *Rev Soc Arg Diab* 2025;59(3):176-192. Doi: 10.47196/diab.v59i3.1293

Beneficios de la preservación de la célula β en estadios 2 y 3 tempranos

Mariana Prieto

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad progresiva que comienza mucho antes de la aparición de los síntomas. Se inicia con la autoinmunidad contra las células β , continúa con alteraciones de la glucemia y finalmente se manifiesta como DM clínica.

En el estadio 2, la presencia de múltiples autoanticuerpos y disglucemia indica un riesgo elevado de progresión al estadio 3. Sin embargo, la persona todavía no presenta síntomas y conserva parte de su capacidad para producir insulina. Preservar esa función puede retrasar el inicio de la DM clínica y prolongar el tiempo sin insulino terapia. Para el niño y su familia, esto significa mantener por más tiempo su vida cotidiana sin las exigencias diarias del tratamiento y contar con un período de preparación, educación y acompañamiento. Además, el seguimiento programado permite reconocer el debut en forma temprana y disminuir el riesgo de una presentación grave.

En el estadio 3 temprano, conservar la producción residual de insulina también aporta beneficios clínicos. Puede facilitar el control glucémico, reducir las necesidades de insulina y disminuir el riesgo de hipoglucemias. Asimismo, favorece una mayor estabilidad metabólica y podría contribuir a reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Por lo tanto, preservar la función de las células β no significa solamente retrasar la evolución de la enfermedad; también puede hacer más gradual y llevadera la transición hacia el tratamiento, disminuir la carga cotidiana de la DM y mejorar el control metabólico desde sus primeras etapas. Estos beneficios respaldan la detección, el seguimiento y la intervención temprana como estrategias para modificar la evolución natural de la DM1.

BIBLIOGRAFÍA

- Haller MJ, Bell KJ, Besser REJ, Casteels K, Couper JJ, Craig ME, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Screening, staging, and strategies to preserve beta-cell function in children and adolescents with type 1 diabetes. *Horm Res Paediatr*. 2024;97(6):529-545. doi:10.1159/000543035.
- Mathieu C, Sims EK, Chatenoud L, James EA, Atkinson MA, Herold KC. Toward disease-modifying therapies in type 1 diabetes: focus on teplizumab. *Diabetes Care*. 2026;49(3):365-374. doi:10.2337/dci25-0066.

Salón Atlántico A

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Mujer y diabetes: el cuarto trimestre

Coordinadora: Nélida Giménez

Reclasificación metabólica en el posparto

Elizabeth Méndez

El embarazo constituye una prueba de estrés metabólico que puede desenmascarar, en una mujer joven, una reserva funcional limitada de la célula β frente a la insulinoresistencia. La diabetes mellitus gestacional (DMG) es, por ello, una señal anticipada de vulnerabilidad futura. Aunque el estímulo diabetogénico placentario disminuye, la DMG no culmina metabólicamente con el parto: el antecedente confiere un riesgo ocho a 10 veces mayor de DM2 y señala una trayectoria desfavorable de adiposidad y riesgo cardiometabólico¹.

El cuarto trimestre es la oportunidad de transformar esa señal en prevención. La reclasificación no es una glucemia de control ni el cierre administrativo del embarazo: es una herramienta diagnóstica y pronóstica que identifica DM persistente o prediabetes, estratifica el riesgo y orienta el seguimiento. Aun con normoglucemia, el riesgo no retorna al basal; la evaluación debe enlazarse con vigilancia de por vida y planificación preconcepcional. Los *Standards of Care* 2026 recomiendan una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g entre las 4 y 12 semanas posparto y seguimiento cada 1,3 años².

Sin embargo, una recomendación produce valor cuando la mujer realiza el estudio, recibe el resultado y continúa vinculada al sistema de salud. El puerperio presenta barreras: demandas del recién nacido, recuperación física, fragmentación asistencial y percepción de que la DM “desapareció”. La evidencia muestra que las estrategias multicomponente -educación, pedido previo al alta, turno programado, recordatorios y coordinación- aumentan más la realización del estudio que la indicación aislada³.

La educación terapéutica diabetológica no debe reducirse a brindar consejos. Es un proceso estructurado y centrado en la persona que comienza durante el embarazo, fortalece la comprensión del riesgo y permite al equipo multidisciplinario construir antes del alta un plan posparto factible. En la Argentina, el estudio multicéntrico EDUGEST analizó 573 mujeres que completaron la reclasificación posparto: el 76,3% presentó normoglucemia, el 19,5% prediabetes y el 4,2% DM2⁴. La educación no reemplaza la reclasificación: hace posible que ocurra y que su resultado se traduzca en alimentación saludable, lactancia, actividad física, control del peso, seguimiento metabólico y preparación para futuros embarazos. La intervención trasciende el diagnóstico: previene la enfermedad materna e interrumpe la transmisión intergeneracional del riesgo metabólico.

El cuarto trimestre es una ventana de oportunidad para prevenir enfermedades cardiometabólicas crónicas en la madre y la próxima generación. Reclasificar transforma el riesgo conocido en prevención: el alta obstétrica no debe significar el alta metabólica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez ME, Kogdamanian Faveto V, Villarroel Parra B, et al. Importancia de la reclasificación posparto en la diabetes mellitus gestacional. *Rev Soc Argent Diabetes*. 2024;58(Suppl 1):12-17.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S321-S338. doi:10.2337/dc26-S015.
3. Huang J, Forde R, Parsons J, et al. Interventions to increase the uptake of postpartum diabetes screening among women with previous gestational diabetes: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(10):101137. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.101137.
4. Elgart JF, Salzberg S, Méndez E, Pereyra P, Giménez NI, Paco Leaños S, et al. Risk factors for postpartum prediabetes and type 2 diabetes in women with gestational diabetes: insights from the EduGest study in Argentina. *Endocrine*. 2025;89(3):765-771. doi:10.1007/s12020-025-04313-9.

Impacto cardiovascular en la madre y la descendencia

María Elena Rodríguez

Este es el período comprendido luego del parto hasta los 90 días, en continuo a lo del primer año posparto, y a lo largo de la vida, siendo el primer año el período crítico en que la continuidad de las patologías que se manifestaron durante el estrés fisiológico de la gesta identifica mujeres con mayor riesgo metabólico y cardiovascular a futuro.

Los eventos ocurridos durante el embarazo, como la hipertensión gestacional, la diabetes mellitus gestacional (DMG), el parto pretérmino, la restricción del crecimiento intrauterino, el desprendimiento placentario y la pérdida de embarazo, sin

olvidar el aumento excesivo de peso, se encuentran epidemiológicamente asociados a riesgo cardiovascular y metabólico a mediano y largo plazo.

Varios estudios han demostrado el mayor riesgo de microvascular y macrovascular en mujeres que desarrollan DM2, teniendo antecedentes de DMG previa u otros eventos adversos durante el embarazo.

Si bien el riesgo se presenta durante toda la vida, la detección precoz, el tratamiento adecuado reforzando cambios en el estilo de vida y promoviendo la lactancia podrían modificar dicho riesgo siendo, por lo tanto, una oportunidad para realizar prevención cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

- Søndergaard MM, et al. Association of adverse pregnancy outcomes with risk of atherosclerotic cardiovascular disease in postmenopausal women. *JAMA Cardiol.* 2020. doi:10.1001/jamacardio.2020.4097.
- Zambón D, Campusano R, et al. Prevención cardiovascular primaria y secundaria en los ciclos vitales de la mujer: documento de consenso ACP-SEC, SEGO, AEEM, SEEN, semFYC, SEMERGEN, AEP y AEM. *Rev Esp Cardiol.* 2025. doi:10.1016/j.rec.2025.01.005.
- Kramer CK, Campbell S, Retnakaran R. Gestational diabetes and risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* 2019;62(6):905-914. doi:10.1007/s00125-019-4840-2.

Lípidos maternos y esteatosis en la descendencia

Susana Salzberg

La relación entre la hipertrigliceridemia materna y la esteatosis hepática fetal se enmarca en la compleja interacción metabólica de la unidad fetoplacentaria, especialmente en contextos de patologías maternas como obesidad, diabetes mellitus gestacional (DMG) y dislipidemias primarias.

Durante la gestación normal, la madre experimenta una hipertrigliceridemia fisiológica en el segundo y tercer trimestre, destinada a asegurar el suministro energético materno y los ácidos grasos esenciales necesarios para el crecimiento fetal. Sin embargo, cuando una hipertrigliceridemia materna previa se suma a esta modificación fisiológica, el exceso de lípidos genera un incremento masivo en el flujo de ácidos grasos libres hacia la circulación fetal a través de la placenta. Como resultado, el hígado fetal recibe un aporte lipídico que excede su capacidad metabólica para oxidarlos o exportarlos en forma de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL).

- Mecanismo fisiopatológico. El exceso de ácidos grasos no metabolizados se reesterifica y se almacena en forma de gotas de triglicéridos dentro de los hepatocitos fetales, lo que desencadena la esteatosis hepática fetal.

- Programación metabólica (*Fetal Programming*). Este entorno lipotóxico altera el desarrollo hepático y predispone al individuo a largo plazo a presentar síndrome metabólico y MASLD (*Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease*) y patologías cardiovasculares en la vida adulta.

Además, existe un riesgo obstétrico significativo asociado a la hipertrigliceridemia materna severa, la cual se vincula de forma independiente con un mayor riesgo de: preeclampsia, parto prematuro, macrosomía fetal y en casos de hipertrigliceridemia severa, la pancreatitis aguda materna que pone en grave riesgo la vida tanto de la madre como del feto.

BIBLIOGRAFÍA

- Barbour LA. Maternal lipids and fetal overgrowth: making fat from fat. *Clin Ther.* 2018;40(10):1638-1647. doi:10.1016/j.clinthera.2018.09.007.
- Abdalla MA, Deshmukh H, Atkin S, Sathyapalan T. Liver as a metabolic sensor in gestational diabetes. *World J Hepatol.* 2017;9(36):1303-1312. doi:10.4254/wjh.v9.i36.1303.

Impacto sobre el sistema nervioso del recién nacido

Gabriela Krochik

La diabetes mellitus (DM) durante el embarazo constituye un problema de salud pública creciente y se asocia con múltiples complicaciones materno-fetales y perinatales. En los últimos años, el interés se ha extendido hacia sus posibles consecuencias a largo plazo sobre la salud de los hijos, particularmente sobre el neurodesarrollo.

La evidencia disponible muestra una asociación entre la exposición intrauterina a la DM materna y diferentes alteraciones neurocognitivas y conductuales, incluyendo dificultades de aprendizaje, menor rendimiento intelectual y escolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y trastornos del espectro autista. Sin embargo, la magnitud y consistencia de estas asociaciones varían según el tipo de DM, el grado de exposición a la hiperglucemia y la presencia de otros factores, como obesidad materna, condiciones socioeconómicas y características genéticas y ambientales.

En esta disertación se revisarán los principales hallazgos epidemiológicos y los mecanismos propuestos, entre ellos, hipoxia fetal, estrés oxidativo, inflamación, alteraciones de la señalización de insulina y modificaciones epigenéticas. Finalmente, se analizarán las oportunidades de prevención desde el período preconcepcional y durante la gestación, así como el rol del seguimiento pediátrico y de la promoción de ambientes favorables para el desarrollo. El objetivo es integrar la evidencia disponible y reflexionar sobre estrategias que permitan transformar un factor de riesgo potencial en una oportunidad de prevención.

Salón Dauphin

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Educación en poblaciones vulnerables

Coordinadora: Eva López

Educación en pueblos originarios y situaciones especiales. Guías en wichí y QOM

Gabriela Almada

La educación diabetológica para el automanejo (EDAM) constituye el cimiento sobre el cual se estructura todo buen plan de tratamiento¹. En la Argentina, la resolución 2025-2091-APN-MS establece que a todas las personas que viven con diabetes (DM) se les debe ofrecer acceso a EDAM, incluyéndola en el Plan Médico Obligatorio².

Si bien existen programas de EDAM estructurada que intentan estandarizar los contenidos impartidos, la misma se vuelve un desafío cuando los destinatarios constituyen poblaciones vulnerables o minorías étnicas.

Según el censo nacional de 2022, 1.306.730 personas se consideraron indígenas o descendientes de pueblos indígenas u originarios, de los cuales 69.080 se identificaron como Wichí, y de estos, el 9,2% habita en el Chaco³.

“Dulce MoWiQo” es un proyecto de extensión de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste en colaboración con la Federación Argentina de Diabetes y el auspicio de Novo Nordisk. Se realizan actividades de prevención, detección temprana, atención sanitaria y EDAM en Castelli y Misión Nueva Pompeya, Chaco. Como miembros del comité de Oftalmopatía Diabética de la Sociedad Argentina de Diabetes, y junto a las Dras. Claudia Issa y Carla Mannucci, fuimos invitadas a contribuir.

En estos escenarios, si bien la práctica asistencial se alinea con la evidencia de las sociedades científicas, resulta imprescindible que el personal sanitario desarrolle competencias de adaptabilidad contextual.

La EDAM en los pueblos originarios requiere adecuaciones respetando la culturalidad, las creencias y las vivencias de estas comunidades. En este sentido, el profesional debe conocer los recursos económicos de los cuales disponen, el acceso al agua potable y alimentos, entre otros, y validar el posicionamiento de la comunidad originaria con respecto a los procesos de salud-enfermedad.

Asimismo, es prioritario identificar las limitaciones idiomáticas que dificultan la transferencia de conocimientos. En estas condiciones, estas discrepancias exigen la participación de un referente comunitario con funciones de traducción, cuya presencia resulta clave para legitimar el rol y la credibilidad del personal sanitario.

Como estrategia para facilitar el diálogo intercultural, se han realizado traducciones al Wichí de material educativo para EDAM y difusión a cargo de Cristian Ledesma, enfermero del Hospital Bicentenario Misión Nueva Pompeya.

Si bien sabemos que los determinantes sociales impactan con fuerza en la salud de las poblaciones vulnerables, la cooperación es el camino para mejorar la accesibilidad dado que cuando aprendemos unos de otros, la educación se vuelve una herramienta de transformación real.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2023). 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement_1), S158-S190. doi.org
2. Ministerio de Salud. (2025, 1 de julio). Resolución 2091/2025. Déjase sin efecto la Resolución N° 2820/2022. Apruébase la actualización de las "Normas de Provisión de Medicamentos e Insumos para Personas con Diabetes". *Boletín Oficial de la República Argentina*, (35.698).
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: resultados definitivos. indec.gov.ar

Educación para la transición. ¿Qué hay de nuevo?

Laura Braguinsky

La adolescencia constituye un período de gran vulnerabilidad biológica y psicosocial. El manejo de las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus (DM), resulta especialmente complejo en este grupo etario, evidenciándose con frecuencia un deterioro del control metabólico y un incremento en el riesgo de complicaciones agudas y crónicas. Este empeoramiento está fuertemente condicionado por factores interconectados, como la insulinoresistencia puberal, las comorbilidades en salud mental, la neurocognición en evolución, los cambios drásticos en el estilo de vida y barreras conductuales específicas como el rechazo o la negación de la enfermedad.

Dado que los avances médicos actuales permiten una mayor sobrevida global de estos pacientes, se vuelve mandatorio el paso efectivo y seguro desde las unidades pediátricas hacia los centros de atención de adultos. Este proceso de transición expone al paciente a múltiples desafíos y barreras que comprometen la continuidad asistencial y la adherencia terapéutica. Entre las principales dificultades descritas se destacan la preparación inadecuada del adolescente para lograr la autonomía. En este grupo etario preocupa la presencia de intervalos prolongados sin seguimiento médico, el consecuente aumento en las tasas de hospitalización, la falta de servicios de salud diseñados específicamente para esta franja etaria y la compleja adaptación a las dinámicas institucionales de los centros de adultos.

Frente a este escenario crítico, la designación de un coordinador especializado dentro del proceso de transición emerge como la estrategia fundamental y el pilar operativo indispensable para mitigar el impacto clínico negativo. Esta figura clave asume el rol central de articular y guiar activamente al paciente a lo largo de todo el proceso de transición, actuando como un puente humano e institucional entre ambos equipos de salud. Bajo el liderazgo y la supervisión de este coordinador, se viabiliza la implementación de programas de transición formalmente planificados, estructurados e interdisciplinarios. Asimismo, es este profesional quien optimiza el aprovechamiento de otras herramientas complementarias, como los modelos intermedios de hospitales de día dedicados y el uso estratégico de plataformas de salud digital para el monitoreo y soporte continuo.

El lenguaje importa. Distintos estilos de aprendizaje y actividades acordes

Betsy Rodríguez (Estados Unidos)

La educación en diabetes mellitus (DM) no depende únicamente de la exactitud de la información transmitida. Las palabras elegidas, el tono, la actitud y la forma de enseñar influyen en la confianza, la participación y la experiencia de las personas que viven con DM. El lenguaje estigmatizante -por ejemplo, “diabético”, “no adherente” o “falló el tratamiento”- puede atribuir culpa y reducir a la persona a su condición. Un lenguaje centrado en la persona, respetuoso y libre de juicios favorece una relación colaborativa y reconoce que las decisiones sobre el manejo de la DM ocurren dentro de realidades personales, familiares, culturales y sociales diversas^{1,2}.

Esta exposición analiza cómo reformular expresiones frecuentes: “persona que vive con DM” en lugar de “diabético”; “la persona está enfrentando barreras” en lugar de “no adherente”; y “el plan actual no alcanzó los objetivos acordados” en lugar de “falló el tratamiento”. Estos cambios no constituyen únicamente una cuestión de cortesía: modifican el foco de la conversación, pasando de juzgar a explorar, escuchar y resolver problemas en conjunto.

También se examinan los denominados “estilos de aprendizaje”. Aunque las personas pueden manifestar preferencias, la evidencia no respalda clasificarlas en categorías fijas ni asumir que aprenden mejor cuando la enseñanza se ajusta exclusivamente a una modalidad determinada³. En la práctica, se recomienda una educación multimodal que combine mostrar, conversar, leer y escribir, y practicar. Una misma idea puede presentarse mediante imágenes o demostraciones, preguntas e historias, materiales breves, *role-play* y resolución de problemas. La selección debe responder al contenido, al contexto, a las capacidades, a los recursos disponibles y a las preferencias expresadas por la persona.

Finalmente, se propone *teach-back* como estrategia para confirmar la comprensión. El educador explica una idea breve, solicita que la persona la exprese con sus propias palabras, aclara lo necesario y vuelve a comprobar. *Teach-back* no evalúa a la persona; permite valorar qué tan claramente se explicó la información y corregir confusiones oportunamente⁴.

La educación efectiva comienza al escuchar. No requiere etiquetar a las personas, sino adaptar la comunicación, ofrecer oportunidades de participación y confirmar la comprensión. Las palabras también cuidan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Association of Diabetes Care & Education Specialists. Speaking the language of diabetes: language guidance for diabetes-related conversations, research, education and publications. Chicago: ADCES; 2024.
2. International Diabetes Federation, South and Central America Region. El lenguaje importa. IDF SACA; 2024.
3. Pashler H, McDaniel M, Rohrer D, Bjork R. Learning styles: concepts and evidence. Psychol Sci Public Interest. 2008;9(3):105-119. doi:10.1111/j.1539-6053.2009.01038.x.
4. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: a systematic review of implementation and impacts. PLoS One. 2020;15(4):e0231350. doi:10.1371/journal.pone.0231350.

Experiencia en Mendoza en personas con enfermedades crónicas no transmisibles sordas

Evangelina Sosa

Las personas sordas constituyen una minoría lingüística que enfrenta severas barreras de comunicación en el sistema de salud de la Argentina, lo que genera exclusión y falta de acceso a la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La prevención tiene como estrategia la educación y sin comunicación eficaz no hay educación. Para abordar esta problemática, en Mendoza se diseñó e implementó el proyecto interdisciplinario e intersectorial “SEÑAS que enseñan, a vivir mejor”. Los objetivos fueron implementar y consolidar un programa estructurado de educación terapéutica y un espacio de atención clínica integral y bilingüe en Lengua de Señas Argentina (LSA) para la prevención y control de la DM2 y otros factores de riesgo cardiovascular en adultos sordos.

El proyecto se desarrolló en tres etapas sucesivas (2022-2026). La etapa 1 (piloto, N=20) evaluó el riesgo (FINDRISC), los conocimientos y los hábitos mediante un programa educativo adaptado con recursos visuales. La etapa 2 (N=69) ofreció asistencia médica, nutricional y psicológica mensual con intérpretes en LSA en la Asociación de Sordos de Mendoza. La etapa 3 consolidó un consultorio bilingüe quincenal en Atención Primaria (Centro de Salud N° 30, Godoy Cruz) en convenio con el Ministerio de Salud provincial, capacitando al equipo sanitario y habilitando turnos por *WhatsApp*.

En la etapa piloto, el 67% presentó riesgo muy alto de DM2 y el 97% un nivel inicial de conocimientos poco satisfactorio; tras la intervención, el 90% alcanzó un nivel muy satisfactorio. En la fase asistencial se detectaron 26 casos de hipertensión arterial, 19 de DM2, 24 de obesidad/sobrepeso y 7 de prediabetes, logrando un 100% de adherencia farmacológica y satisfacción. La etapa 3 integró exitosamente a residentes de medicina familiar, una Lic. en Nutrición, un intérprete de LSA, administrativos y enfermeros, acumulando 240 consultas hasta julio de 2026, aun en análisis de datos.

Se puede concluir que la adecuación lingüística de los programas de salud en LSA es fundamental para visibilizar e incluir a la comunidad sorda. El paso de un modelo piloto a una acción pública institucionalizada en el primer nivel de atención demuestra que es posible revertir la brecha sanitaria, garantizando el derecho a la salud y transformando la realidad epidemiológica de las ECNT en minorías lingüísticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gualtieri G, et al. Barreras en el acceso a la salud en la población sorda en Argentina. Rev Argent Salud Publica. 2020;11(4):22-29.
- World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
- American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1-S321.

Salón Teatro

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Nuevos paradigmas en la prevención de las complicaciones en diabetes

Coordinador: Rubén Saurral

¿Debemos tratar la hipertrigliceridemia en pacientes con diabetes para prevenir complicaciones cardiovasculares?

Mabel Graffigna

La hipertrigliceridemia constituye una alteración frecuente en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y forma parte del fenotipo de dislipidemia aterogénica, caracterizado además por concentraciones bajas de colesterol HDL y predominio de partículas pequeñas y densas de LDL. Aunque el colesterol LDL continúa siendo el principal objetivo terapéutico para la prevención cardiovascular, la persistencia de hipertrigliceridemia refleja un riesgo residual significativo, aun en pacientes adecuadamente tratados con estatinas.

El primer objetivo continúa siendo la optimización del control glucémico, la reducción del peso corporal cuando corresponde, la actividad física regular, la restricción del alcohol y el tratamiento de las causas secundarias de hipertrigliceridemia. Simultáneamente, el tratamiento intensivo con estatinas sigue siendo la intervención farmacológica con mayor impacto demostrado sobre la reducción del riesgo cardiovascular en personas con DM. Cuando los triglicéridos son ≥ 500 mg/dL, el tratamiento específico adquiere una finalidad diferente: prevenir la pancreatitis aguda. En este contexto, los fibratos, los ácidos grasos omega-3 y una dieta con muy bajo contenido de grasa constituyen medidas apropiadas, además del control metabólico intensivo.

La prevención cardiovascular plantea un escenario distinto. En pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o con DM y alto riesgo cardiovascular que reciben estatinas y mantienen triglicéridos entre 150 y 499 mg/dL, el único tratamiento con evidencia consistente de reducción de eventos cardiovasculares es el icosapento de etilo (EPA) en dosis de 4 g/día. En contraste, otros preparados de omega 3 y el pemafibrato no demostraron beneficio cardiovascular, lo que confirma que no todos los fármacos dirigidos a reducir triglicéridos producen el mismo efecto clínico. Las recomendaciones actuales de la ADA reflejan esta evidencia y consideran el uso de EPA en pacientes seleccionados.

En conclusión, la respuesta es sí, pero con objetivos diferentes según el contexto clínico. La hipertrigliceridemia grave debe tratarse para prevenir pancreatitis, mientras que la hipertrigliceridemia moderada debe abordarse inicialmente mediante cambios del estilo de vida, control de la DM y estatinas. Solo en pacientes con alto riesgo cardiovascular y triglicéridos persistentemente elevados pese a estatinas existe evidencia sólida para añadir EPA con el fin de reducir eventos cardiovasculares.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S-S[xx].
- Kim S, Subramanian S. Approach to lipid management in the patient with diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(6):1740-1755.
- Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, Johnson HM, Anderson TS, Bittner VA, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of dyslipidemia: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2026;87(19):2624-2757.

Metas terapéuticas en pacientes con diabetes sin eventos cardiovasculares

Florencia Badías

La definición de metas terapéuticas en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sin enfermedad cardiovascular clínica continúa representando uno de los principales desafíos de la práctica asistencial. Si bien las recomendaciones actuales promueven la individualización del tratamiento en función del riesgo cardiovascular global, la creciente disponibilidad de herramientas capaces de identificar la enfermedad aterosclerótica subclínica invita a replantear el concepto tradicional de riesgo y de prevención primaria.

La detección de la aterosclerosis subclínica, enfermedad renal crónica y otros modificadores del riesgo cardiovascular, junto con marcadores emergentes como la inflamación residual, puede modificar la intensidad de las metas terapéuticas y la selección del tratamiento hipoglucemiante, aun en ausencia de eventos cardiovasculares manifiestos. A partir de un caso clínico, se discutirá cómo estos hallazgos pueden redefinir los objetivos de LDL-colesterol, control glucémico, descenso de peso y protección cardiorrenal, integrando la evidencia aportada por las guías ADA, EASD, ESC y KDIGO.

El objetivo de esta disertación es reflexionar sobre un cambio de paradigma: en DM, la ausencia de eventos cardiovasculares no siempre equivale a ausencia de enfermedad cardiovascular. Reconocer precozmente la carga de enfermedad subclínica permite individualizar las metas terapéuticas e intensificar las estrategias de prevención antes de la aparición del primer evento clínico.

El primer evento no marca el inicio de la enfermedad cardiovascular; simplemente marca el momento en que dejamos de llamarla subclínica.

Manejo práctico de la dislipidemia en la población pediátrica con diabetes

Carla Mannucci

La identificación precoz y el tratamiento oportuno de la dislipidemia constituyen pilares fundamentales de prevención cardiovascular en personas con diabetes mellitus (DM). La aterosclerosis es un proceso continuo que se inicia durante la infancia y adolescencia y cuya progresión se relaciona con la exposición acumulativa a lipoproteínas aterogénicas. Paralelamente, la DM acelera el desarrollo de enfermedad vascular mediante la interacción entre hiperglucemia crónica, estrés oxidativo, inflamación de bajo grado y disfunción endotelial, mecanismos que potencian el efecto aterogénico de las alteraciones lipídicas.

El aumento del LDL-C constituye la alteración cuantitativa más frecuente, pero se describen modificaciones cualitativas de las lipoproteínas, entre ellas, un aumento de partículas pequeñas y densas de LDL, alteraciones funcionales del colesterol HDL y elevación de lipoproteínas ricas en triglicéridos y remanentes, todas asociadas con mayor riesgo cardiovascular residual. En este sentido, biomarcadores emergentes como la apolipoproteína B (ApoB) y la lipoproteína(a) (Lp[a]) han cobrado creciente interés como herramientas complementarias para una estratificación más precisa del riesgo cardiovascular.

El abordaje terapéutico debe ser integral, optimizando el control glucémico, promoviendo patrones alimentarios cardioprotectores y práctica regular de actividad física. Cuando las medidas del estilo de vida resultan insuficientes para alcanzar objetivos de LDL-C, debe adicionarse tratamiento farmacológico, que ha demostrado eficacia y seguridad desde la edad pediátrica.

En los últimos años las terapias hipolipemiantes han ampliado las opciones para pacientes con hipercolesterolemia de alto riesgo. A las estatinas y el ezetimibe, se suma el ácido bempedoico, que inhibe la ATP-citrato liasa, y ha demostrado reducir significativamente el LDL-C en adultos con intolerancia a estatinas o riesgo cardiovascular elevado; inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) logran reducciones del LDL-C superiores al 50–60% y han demostrado disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares en adultos, mientras que el inclisiran, un pequeño ARN interferente (siRNA) que inhibe la síntesis hepática de PCSK9 de administración semestral. La experiencia en la población pediátrica es limitada y estas estrategias no forman parte del tratamiento habitual de la dislipidemia en estos pacientes; representan alternativas promisorias para situaciones seleccionadas, particularmente en presencia de hipercolesterolemia familiar o de riesgo cardiovascular muy elevado.

La evidencia actual respalda un enfoque preventivo temprano, multidisciplinario y basado en la estratificación individual del riesgo, con el objetivo de reducir la carga acumulativa de exposición a lipoproteínas aterogénicas y modificar la trayectoria de la enfermedad cardiovascular desde las primeras décadas de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Bjornstad P, Dart A, Donaghue KC, Dost A, Feldman EL, Tan GS, Wadwa RP, Zabeen B, Marcovecchio ML. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2022 Dec;23(8):1432-1450. doi: 10.1111/pedi.13444. PMID: 36537531.
- Urbina EM, Isom S, Bell RA, Bowlby DA, D'Agostino R Jr, Daniels SR, et al.; SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. Burden of Cardiovascular Risk Factors Over Time and Arterial Stiffness in Youth With Type 1 Diabetes Mellitus: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *J Am Heart Assoc*. 2019 Jul 2;8(13):e010150. doi: 10.1161/JAHA.118.010150. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31213111; PMCID: PMC6662363.
- Cuartas S, Pérez-Torre ME. Remnant cholesterol in pediatrics, a useful marker that correlates with insulin resistance and atherogenic risk. *Rev. Arg. de Lípidos - Vol. 8 (1) 2024*.

15:45 a 17:00 h

Salón Columnas del Boulevard

SIMPOSIO: De la investigación básica a la aplicación clínica

Coordinador: Gustavo Frechtel

Autoinmunidad celular contra la célula β

Marcelo Perone

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad inflamatoria y autoinmune crónica con destrucción selectiva de las células β pancreáticas. Se la ha considerado una enfermedad exclusivamente mediada por el sistema inmune, en la cual los linfocitos T reconocen autoantígenos de la célula β -insulina/proinsulina, GAD65, IA-2 y ZnT8- e inducen un proceso inflamatorio progresivo que culmina en deficiencia de insulina.

Recientemente, se ha consolidado un modelo según el cual la célula β no constituye una víctima pasiva de la autoinmunidad, sino que participa activamente en un diálogo bidireccional con el sistema inmune, contribuyendo a la iniciación, amplificación y progresión del daño celular¹.

La susceptibilidad genética se asocia con haplotipos HLA-II, especialmente HLA-DR3-DQ2 y HLA-DR4-DQ8, aunque numerosos genes no HLA también contribuyen al riesgo. Factores ambientales, incluyendo infecciones virales, dieta, microbiota intestinal y estrés metabólico, podrían actuar como desencadenantes en individuos genéticamente predispuestos. Antes de la aparición clínica de la enfermedad existe una fase preclínica variable en el tiempo caracterizada por la presencia de autoanticuerpos y alteraciones funcionales de la célula β .

Actualmente se reconoce que las células β sometidas a estrés inflamatorio, metabólico o del retículo endoplasmático (ER) pueden aumentar significativamente su inmunogenicidad. La exposición a citoquinas proinflamatorias activa vías intracelulares de estrés, incrementa la expresión de moléculas HLA-I, favorece la producción de quimioquinas y promueve la generación de neoantígenos capaces de amplificar la respuesta autoinmune. Además, procesos como el *alternative splicing*, la formación de híbridos peptídicos y diversas modificaciones postraduccionales pueden originar nuevos epítopes reconocidos por linfocitos T autorreactivos. Entre estas modificaciones, como ejemplo, aparece la citrulinización de la proteína chaperona BiP/GRP78 (*binding immunoglobulin protein*) generando neoepítopes inmunogénicos detectados en pacientes con DM1². Estos hallazgos posicionan a la célula β como un actor dinámico en el diálogo inmunológico.

La comprensión de la interacción bidireccional entre inmunidad y célula β posee importantes implicancias terapéuticas. Aunque tratamientos inmunomoduladores, como los anticuerpos anti-CD3, pueden retrasar la progresión de la enfermedad, su eficacia es limitada³. Por esto, estrategias terapéuticas novedosas y abarcativas deberían combinar inmunoterapia con enfoques destinados a preservar o aumentar la resiliencia de la célula β . Entre ellos se incluyen agentes que reducen el estrés del ER, inhibidores de vías inflamatorias intracelulares, moduladores metabólicos y estrategias capaces de inducir respuestas adaptativas protectoras (hormesis)⁴.

En conjunto, esta visión propone que la DM1 surge de una interacción compleja entre predisposición genética, sistema inmune y vulnerabilidad intrínseca de la célula β , abriendo nuevas oportunidades para terapias combinadas orientadas tanto a frenar la autoinmunidad mediadas por células como a preservar la función celular β .

BIBLIOGRAFÍA

1. Roep BO, Thomaïdou S, van Tienhoven R, Zaldumbide A. Type 1 diabetes mellitus as a disease of the β -cell (do not blame the immune system?). *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17(3):150-161. doi:10.1038/s41574-020-00443-4.
2. Rondas D, Crèvecoeur I, D'Hertog W, Bomfim Ferreira G, Staes A, Garg AD, et al. Citrullinated glucose-regulated protein 78 is an autoantigen in type 1 diabetes. *Diabetes*. 2015;64(2):573-586. doi:10.2337/db14-0621.
3. Ramos EL, Dayan CM, Chatenoud L, Sumnik Z, Simmons KM, Szypowska A, et al.; PROTECT Study Investigators. Teplizumab and β -cell function in newly diagnosed type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2023;389(23):2151-2161. doi:10.1056/NEJMoa2308743.
4. Sétula C, Pensado-Evans I, Scelza-Figueroa A, Orellano MS, Rodríguez-Valero I, Spinedi E, Mirmira RG, Andreone L, Perone MJ. IL-1 β priming triggers an adaptive stress response that enhances pancreatic β -cell resilience to subsequent cytotoxic inflammatory insult. *Cell Death Dis*. 2025;16:744. doi:10.1038/s41419-025-08059-0.

¿Qué hay de nuevo en células madre?

Santiago Rodríguez Seguí

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) atraviesa una etapa crucial de avances. Enfoques terapéuticos complementarios han permitido retrasar el inicio clínico de la enfermedad y mejorar el control preciso de la glucemia en tiempo real. Entre ellos se destacan el primer tratamiento inmunomodulador (teplizumab) y los avances en sistemas de infusión automatizada de insulina. Sin embargo, uno de los logros más trascendentes ha sido demostrar que el trasplante de islotes derivados de células madre pluripotentes humanas (*SC-islets*) puede revertir la DM1 en pacientes¹. Aún más destacable, modelos preclínicos establecieron que los *SC-islets* editados genéticamente para eliminar moléculas HLA de clase I y II y sobreexpresar CD47- denominados "hipoinmunes"- sobreviven y revierten la DM sin inmunosupresión². Estos avances acercan la terapia de reemplazo celular a una etapa viable para su implementación a gran escala, posicionándola como alternativa real hacia la cura funcional de la DM1. Esta charla repasará las bases, actuales desafíos y futuras proyecciones de las terapias basadas en *SC-islets*.

Aún persisten desafíos importantes, que incluyen la maduración funcional incompleta, la presencia de tipos celulares no deseados y la heterogeneidad en la respuesta terapéutica entre pacientes³. Nuestro grupo ha contribuido modelando la DM monogénica mediante la diferenciación de células β *in vitro* a partir de iPSC humanas⁴, demostrando que defectos genéticos en factores de transcripción comprometen la especificación y proliferación de progenitores pancreáticos, afectando la producción de células β funcionales. Estos hallazgos, junto con creciente evidencia en la literatura, subrayan que el trasfondo genético del paciente puede influir críticamente en la eficacia de las terapias celulares y refuerzan la necesidad de comprender los mecanismos de disfunción β para optimizar las estrategias de reemplazo.

Finalmente, se introducirán brevemente las iniciativas que impulsamos desde la Argentina para canalizar estos avances. Estamos instrumentando la Iniciativa Argentina de Genómica en DM1 (IG-DM1), orientada a establecer el primer biobanco nacional de ADN de pacientes con DM1 y calcular coeficientes de riesgo genético (GRS) para la detección temprana de individuos en riesgo. Esto permitirá su estratificación en endotipos definidos por el predominio de mecanismos inmunológicos o de disfunción de la célula β . Complementariamente, promovemos avances hacia el establecimiento de plataformas locales para la diferenciación de células β a partir de iPSC. Nuestro objetivo transversal, en estrecha colaboración con el ambiente clínico y el sector productivo, es desarrollar capacidades nacionales en medicina regenerativa y genómica de precisión para la DM1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hogrebe NJ, Ishahak M, Millman JR. Developments in stem cell-derived islet replacement therapy for treating type 1 diabetes. *Cell Stem Cell*. 2023;30:530-548.
2. Hu X, White K, Olroyd AG, et al. Hypoimmune induced pluripotent stem cells survive long term in fully immunocompetent, allogeneic rhesus macaques. *Nature Biotechnology*. 2024;42:413-423.
3. Ziegler AG, Cengiz E, Kay TWH. The future of type 1 diabetes therapy. *The Lancet*. 2025;406:1520-1534.
4. El-Khairi R, Olszanowski E, Muraro D, et al. Modelling HNF1B-associated monogenic diabetes using human iPSCs reveals an early stage impairment of the pancreatic developmental program. *Stem Cell Reports*. 2021;16:2289-2304.

Factores ambientales desencadenantes

Nuria Grimberg

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) representa entre un 5-10% de todas las formas de DM y se produce como consecuencia de la destrucción autoinmune de las células β del páncreas generando un déficit severo de insulina¹. La progresión a la DM1 es un proceso complejo que implica interacciones entre factores genéticos (susceptibilidad) y ambientales, tanto en el inicio como en la progresión de la autoinmunidad contra los islotes pancreáticos².

Existen evidencias significativas de la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de la DM1: la tasa de concordancia de DM1 entre gemelos monocigóticos es inferior al 50%; la incidencia de DM1 presenta diferencias geográficas significativas, con una mayor incidencia en los países nórdicos, y los estudios de migración muestran que se adopta el riesgo de incidencia propio de la nueva ubicación. El aumento de la incidencia de DM1 en las últimas décadas (3% anual) es demasiado rápido para explicarse únicamente por cambios genéticos y la prevalencia de los genotipos de mayor riesgo ha disminuido en los últimos 20 a 40 años. Las tasas más elevadas se observan en países que anteriormente presentaban una baja incidencia y en aquellos con el mayor crecimiento económico^{2,3}.

Numerosos estudios han abordado el rol de los factores ambientales en el desarrollo de anticuerpos y la evolución a DM1^{2,3}. Entre estos se destaca el *The Environmental Determinants of Diabetes in the Young* (TEDDY), un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico internacional que incluyó 8667 recién nacidos con susceptibilidad genética (HLA de riesgo) para DM1, reclutados entre 2004 y 2010 en seis centros (tres en Estados Unidos y tres en Europa), y seguidos desde el nacimiento hasta los 15 años para evaluar el desarrollo de autoinmunidad y DM.

El TEDDY ha estudiado múltiples factores ambientales que actúan durante las etapas prenatal e infantil como posibles desencadenantes, impulsores o modificadores de la autoinmunidad. Entre los factores identificados por este estudio se encuentran las infecciones virales, incluidos los enterovirus B, que parecen desencadenar autoinmunidad contra los islotes cuando son persistentes. La vitamina D, la vitamina C, los ácidos grasos omega 3, los probióticos y el hierro pueden desempeñar un papel modulador en niños genéticamente susceptibles. El aumento excesivo de peso y una dieta rica en proteínas pueden acelerar la progresión hacia la DM clínica, mientras que la actividad física puede retrasarla⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S27-S49.
2. Houeiss P, Luce S, Boitard C. Environmental triggering of type 1 diabetes autoimmunity. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:933965. doi:10.3389/fendo.2022.933965.
3. Quinn LM, Wong FS, Narendran P. Environmental determinants of type 1 diabetes: from association to proving causality. *Front Immunol*. 2021;12:737964. doi:10.3389/fimmu.2021.737964.
4. Rewers M, Agardh D, Bennett Johnson S, et al. Unfolding the mystery of autoimmunity: the Environmental Determinants of Diabetes in the Young (TEDDY) study. *Diabetes Care*. 2025;48:1125-1135. doi:10.2337/dc24-2886.

De la investigación básica a la clínica

Silvina Valdez

La comprensión de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ha experimentado una profunda transformación en las últimas décadas. Tradicionalmente considerada una enfermedad cuyo inicio coincidía con la aparición de hiperglucemia clínica, hoy se reconoce como un proceso autoinmune dinámico que comienza años antes de las manifestaciones clínicas y progresa a través de estadios definidos. Este nuevo paradigma ha convertido a los autoanticuerpos contra antígenos de la célula β en biomarcadores esenciales para la detección precoz, la estratificación del riesgo, la clasificación de la enfermedad y la identificación de individuos candidatos a intervenciones destinadas a preservar la función β . La transición desde este conocimiento biológico hacia aplicaciones concretas en la práctica clínica ha requerido el desarrollo de herramientas inmunodiagnósticas confiables, sensibles y estandarizadas.

Durante casi tres décadas, nuestro grupo de investigación ha acompañado esta evolución mediante el desarrollo de una plataforma integral basada en la expresión y caracterización de autoantígenos humanos recombinantes y su aplicación en diferentes técnicas inmunoanalíticas. Desde los primeros estudios con GAD65 recombinante hasta la incorporación de proinsulina, IA-2 y ZnT8, la optimización de sistemas de expresión procariotas y eucariotas permitió obtener antígenos con adecuadas propiedades inmunoquímicas para su utilización en ensayos radiométricos (RBA), inmunoenzimáticos (ELISA), resonancia plasmónica de superficie (SPR), inmunoensayos multiplex por citometría de flujo (FloCMA) y plataformas basadas en moléculas quiméricas.

Estos desarrollos no solo ampliaron las posibilidades diagnósticas, sino que también facilitaron la caracterización de la respuesta autoinmune, el diagnóstico diferencial de la DM inmunomediada del adulto, la implementación de estrategias de tamizaje y la generación de herramientas adaptadas a los nuevos escenarios clínicos. En la actualidad, la disponibilidad de terapias modificadoras de la enfermedad y la incorporación de programas de predicción y estadificación exigen métodos inmunoanalíticos robustos, accesibles, costo-efectivos y clínicamente validados.

La trayectoria de nuestro laboratorio ejemplifica cómo la investigación básica en biología molecular, ingeniería de proteínas e inmunoquímica puede traducirse en desarrollos tecnológicos con impacto directo sobre la práctica clínica. En la nueva era de la DM1, los autoanticuerpos ya no constituyen únicamente marcadores diagnósticos, sino herramientas para anticipar el debut clínico de la enfermedad, seleccionar estrategias terapéuticas y avanzar hacia un modelo de medicina preventiva y de precisión. Este recorrido refleja el verdadero significado de la investigación traslacional: transformar el conocimiento generado en el laboratorio en beneficios concretos para las personas con riesgo o con DM autoinmune.

BIBLIOGRAFÍA

- Trabucchi A, Guerra L, Faccinetti N, Iacono R, Poskus E, Valdez SN. Surface plasmon resonance reveals a different pattern of proinsulin autoantibodies concentration and affinity in diabetic patients. *PLoS One*. 2012;7(3):e33574. doi:10.1371/journal.pone.0033574.
- Guerra LL, Faccinetti NI, Trabucchi A, Rovitto BD, Sabljic AV, Poskus E, et al. Novel prokaryotic expression of thioredoxin-fused insulinoma-associated protein tyrosine phosphatase 2 (IA-2), its characterization and immunodiagnostic application. *BMC Biotechnol*. 2016;16:84. doi:10.1186/s12896-016-0309-2.
- Sabljic AV, Bombicino SS, Marfia JI, Guerra LL, Penas-Steinhardt A, Faccinetti NI, et al. Novel flow cytometric immunoassay for detection of proinsulin autoantibodies in diabetes mellitus employing a recombinant autoantigen expressed in *Escherichia coli*. *Front Immunol*. 2021;12:648021. doi:10.3389/fimmu.2021.648021.
- Trabucchi A, Bombicino SS, Sabljic AV, Marfia JI, Targovnik AM, Iacono RF, et al. Development of an immunoassay for the simultaneous detection of GADA and ZnT8A in autoimmune diabetes using a ZnT8/GAD65 chimeric molecule. *Front Immunol*. 2023;14:1219857. doi:10.3389/fimmu.2023.1219857.

Salón Atlántico A

SIMPOSIO: Educación y acompañamiento familiar

Coordinadora: Olguita Vera

Pediatría, educación en la era de la predicción, ¿cómo acompañar?

Gabriela Pacheco

La educación terapéutica en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ha evolucionado desde un enfoque reactivo hacia un modelo de salud de precisión proactivo e individualizado, donde las intervenciones pedagógicas se adaptan a la biología, el entorno y la etapa evolutiva de cada paciente.

Estadios presintomáticos (fases 1 y 2)

La capacitación comienza antes de la manifestación clínica, transformando el aprendizaje en una herramienta de prevención de precisión:

- Estadio 1 (autoinmunidad con normoglucemia): marcado por la presencia de autoanticuerpos. La intervención educa en la percepción del riesgo biológico y fomenta un monitoreo metabólico preventivo.
- Estadio 2 (autoinmunidad con disglucemia): el entrenamiento se centra en el monitoreo de precisión mediante sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG). El objetivo pedagógico es la detección temprana para prevenir la cetoacidosis en el debut.
- Enfoque ómico: se instruye a las familias sobre cómo los perfiles genéticos únicos guían la respuesta a futuras inmunoterapias y dietas personalizadas, superando el modelo de "talla única".

Estadio clínico (estadio 3)

Inicio con el diagnóstico formal y la aparición de síntomas (poliuria, polidipsia, pérdida de peso), requiriendo un despliegue de alta densidad técnica:

- Habilidades de supervivencia: capacitación inmediata en la administración exacta de insulina, automonitoreo y ajuste nutricional.
- Alfabetización digital: liderada por el personal de enfermería; se centra en evaluar las competencias técnicas previas y entrenar en el uso de bombas de insulina, sensores y aplicaciones móviles.
- Personalización por edad: implementación de estrategias dinámicas e interactivas (como la gamificación o soporte por mensajería) para optimizar la adherencia en niños y adolescentes.

Educación continua y soporte psicosocial

El bienestar emocional se integra de manera transversal en todas las fases del ciclo vital:

- Gestión de la incertidumbre: el diagnóstico preciso basado en datos moleculares reduce la ansiedad familiar y alinea las expectativas del curso patológico.
- Soporte de pares: orientación en el uso responsable de comunidades virtuales para complementar el aprendizaje formal con apoyo afectivo.
- Atención a la salud mental: intervención psicológica oportuna durante hitos críticos -como transiciones tecnológicas o aparición de complicaciones- para mitigar el estrés por DM y la depresión.

En conclusión, la educación moderna en DM1 empodera a la persona mediante la interpretación de datos biológicos y herramientas digitales, garantizando un cuidado de alto valor terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Galloway N. Exploring the role of precision medicine in diabetes diagnoses. *ADCS in Practice*. 2022 Jan.
- Valdespino-Saldaña E. Artificial intelligence-driven transformation of pediatric diabetes care: a systematic review and epistemic meta-analysis of diagnostic, therapeutic, and self-management applications. *Int J Mol Sci*. 2026;27:80.
- Hassan, et al. Impact of tailored diabetes education on adherence and glycemic control in children and adolescents on continuous subcutaneous insulin infusion: prospective interventional study in a tertiary center. *BMC Pediatr*. 2025;25:670. doi:10.1186/s12887-025-06018-4.
- Quinn LM. Screening children for presymptomatic type 1 diabetes. *Br J Gen Pract*. 2023.
- Chung WK, Erion K, Florez JC, et al. Precision medicine in diabetes: a consensus report from the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2020;43:1617-1635. doi:10.2337/dci20-0022.
- Nie J, Haft C, Xia A, Wang X. AI-powered diabetes precision health: from data to action. *NEJM AI*. 2025.

Embarazo, ¿cómo educar en poblaciones de riesgo?

Nélida Giménez

La educación diabetológica constituye un componente esencial de la atención integral de las personas con diabetes mellitus (DM) al favorecer el desarrollo de conocimientos, habilidades y conductas de autocuidado que mejoran los resultados clínicos y la calidad de vida. Los *Standards of Care in Diabetes* 2025 de la *American Diabetes Association* (ADA) enfatizan que todas las personas con DM deben recibir Educación y Apoyo para el Automanejo de la Diabetes (DSMES), mediante estrategias centradas en la persona, culturalmente apropiadas y adaptadas a sus necesidades individuales¹.

En la Argentina, el Manual de educación diabetológica para el automanejo (EDAM) propone un modelo educativo basado en el empoderamiento, la toma de decisiones compartidas y el fortalecimiento de competencias para el autocuidado².

El Hospital Materno Neonatal es una Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF), un modelo de atención que prioriza el enfoque humanístico, interdisciplinario e intercultural, donde las madres, los padres y la familia son los protagonistas. Junto con el equipo de salud con base en estos lineamientos, se desarrolló una estrategia de educación diabetológica con enfoque inclusivo. La experiencia EDUGEST en Misiones ha demostrado el valor de la educación estructurada y del trabajo interdisciplinario que permitió optimizar la atención de las personas con DM durante el embarazo, promoviendo una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados perinatales. 382 pacientes participaron del estudio con un porcentaje de partos del 62,2% y en la asistencia la reclasificación posparto del 68,8%. Se realizaron talleres educativos estructurados sobre alimentación saludable, automonitoreo glucémico, uso correcto de insulina y medicación, actividad física, prevención de complicaciones y resolución de problemas cotidianos relacionados con el autocuidado³.

Para garantizar la accesibilidad, los contenidos fueron adaptados mediante materiales gráficos con lenguaje sencillo, recursos audiovisuales e interpretación con personal formado en lengua de señas, favoreciendo la comprensión y la participación activa de los asistentes⁴. La implementación de este programa educativo permitió fortalecer el vínculo entre el equipo de salud, las personas con DM y sus familias, promoviendo el intercambio de experiencias y el aprendizaje significativo, y han demostrado que constituyen una herramienta clave para avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona, inclusivo, equitativo y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1).
2. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Manual de educación diabetológica para el automanejo (EDAM) para personas con diabetes mellitus. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025.
3. Elgart JF, Salzberg S, Méndez E, Pereyra P, Giménez NI, Paco Leaños S, et al. Risk factors for postpartum prediabetes and type 2 diabetes in women with gestational diabetes: insights from the EduGest study in Argentina. *Endocrine*. 2025;89(3):765-771. doi:10.1007/s12020-025-04313-9.
4. Sosa E. Señas que enseñan. Proyecto educativo para personas sordas. *Rev Soc Argent Diabetes*. 2024;58(3 Suppl).

Adulto mayor, desafíos en la educación

Gustavo Díaz Gerevini

Los adultos mayores experimentan dificultades para mantener los cambios de comportamiento tras los programas de educación para el autocontrol de la diabetes mellitus (DM). Estos programas deben abordar el papel de las emociones, los recursos psicológicos, físicos, los conocimientos previos, las influencias ambientales y sociales en el mantenimiento del cambio de comportamiento con recursos accesibles, a fin de promover el desarrollo de habilidades para la gestión a largo plazo, incluyendo la autorregulación, la autonomía conductual, la motivación intrínseca y la formación de hábitos.

Dado que algunas personas también pueden beneficiarse de un apoyo continuo a largo plazo, se debería considerar la participación activa del educando sintiendo la teoría en su propio cuerpo y desde un abordaje multidisciplinario con sesiones con compañeros, educadores de forma permanente. Las sugerencias para el apoyo continuo incluyen el seguimiento del progreso, la orientación de expertos, las actualizaciones educativas, las oportunidades para la resolución de problemas y el estímulo y apoyo motivacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz-Gerevini GT, Martínez Arteaga C, Victoria Wilson V, Díaz-Martin M, et al. Fragilidad cognitiva en el adulto mayor y su abordaje mediante un programa multidimensional. En prensa.
- Carvalho M, Morrissey E, Dunne P, Drury A, Byrne M, McSharry J. Understanding behaviour change maintenance after attending a self-management education and support programme for type 2 diabetes: a longitudinal qualitative study. *Diabet Med*. 2025;42(6):e70032. doi:10.1111/dme.70032.

¿Cómo trabajar el *burnout* de los cuidadores?

Olga Escobar

El cuidado de las personas con diabetes mellitus (DM) constituye una tarea emocional y cognitivamente demandante, tanto para familiares como para profesionales de la salud. La vigilancia permanente, la toma continua de decisiones y el temor a complicaciones pueden generar una carga sostenida que favorece el desarrollo de *burnout* o agotamiento del cuidador. Este se caracteriza por agotamiento emocional, distanciamiento afectivo y disminución de la percepción de eficacia, con impacto sobre la calidad del cuidado y el bienestar del propio cuidador, que toma mayor relevancia cuando se trata de educar en situaciones especiales como DM1 en una era predictiva, o en DM gestacional o DM en el adulto mayor.

Las guías de la *American Diabetes Association* recomiendan evaluar de manera sistemática el distrés, la carga del cuidado y las necesidades emocionales de las personas con DM y de quienes los acompañan.

Cabe una pregunta, ¿cuándo empieza el *burnout*? Para responder es necesario revisar creencias, lenguaje, las emociones en las que vivimos y que finalmente nos llevan a estados como irritabilidad, fatiga persistente, culpa, hiperresponsabilidad, dificultad para delegar, trastornos del sueño o pérdida del sentido del cuidado, y es necesario reconocer precozmente estas señales que permiten intervenir antes de que aparezca un desgaste mayor.

Es importante diferenciar *burnout*, fatiga por compasión y carga del cuidador. La evidencia respalda diversas estrategias de afrontamiento: fortalecer las redes de apoyo, distribuir responsabilidades, desarrollar habilidades de regulación emocional, practicar autocompasión, *mindfulness* y promover flexibilidad psicológica y comunicación. Tiene relevancia introducir la satisfacción compasiva como factor de protección y analizar el cambio de paradigma y dirigirnos hacia la construcción de equipos y organizaciones saludables.

El mensaje central es que cuidar al que cuida no es un complemento del tratamiento, sino una intervención terapéutica. La sostenibilidad del cuidado en DM depende tanto del conocimiento técnico como de la salud emocional de quien acompaña el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S61-S88.
- Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, González JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2126-2140.
- Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013;69(1):28-44.
- Li ACM, Chio FHN, Mak WWS, Fong TH, Chan SHW, Tran YHR, Kakani K. Compassion fatigue, compassion satisfaction and mindfulness among healthcare professionals: a meta-analysis of correlational studies and randomized controlled trials. *Soc Sci Med*. 2025;367:117749. doi:10.1016/j.socscimed.2025.117749.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: Deterioro cognitivo y diabetes en la práctica médica

Coordinador: Manuel Martí

Mirada del neurólogo

Víctor Moreno Milichich

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituye uno de los principales factores de riesgo modificables para el deterioro cognitivo y la demencia, duplicando aproximadamente el riesgo de enfermedad vascular cerebral y aumentando significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Desde la perspectiva del neurólogo, el compromiso cognitivo asociado a la DM no responde a un único mecanismo, sino a la interacción entre el daño micro y macrovascular, la resistencia a la insulina cerebral, los mecanismos de neuroinflamación, el estrés oxidativo, la disfunción mitocondrial y las alteraciones en el metabolismo de las proteínas como β -amiloide y tau.

El deterioro cognitivo asociado a la DM debe entenderse como un continuo biológico en el que convergen mecanismos vasculares y neurodegenerativos, y puede manifestarse inicialmente con alteraciones ejecutivas, lentitud en el procesamiento de la información y fallas atencionales, aunque en muchos pacientes coexisten perfiles mixtos por la frecuente asociación entre neurodegeneración y enfermedad cerebrovascular.

Es fundamental mencionar que actualmente las patologías neurodegenerativas se consideran entidades mixtas con diferentes etiologías subyacentes donde el factor vascular y metabólico se encuentra en prácticamente todos los casos y son pasibles de modificación y tratamiento.

En la presentación se abordarán los mecanismos fisiopatológicos que vinculan la DM y la cognición, la evidencia epidemiológica más reciente, los biomarcadores y hallazgos de neuroimagen, y las estrategias de evaluación cognitiva recomendadas en la práctica clínica.

Se analizará cuándo el neurólogo debe sospechar un trastorno neurocognitivo en pacientes diabéticos y cuándo el diabetólogo debería derivar una evaluación especializada. Se considerarán las implicaciones terapéuticas de esta interacción, incluyendo el impacto del control de los factores de riesgo cardiovascular, el ejercicio físico, la estimulación cognitiva y la posible influencia de los nuevos tratamientos antidiabéticos sobre la salud cerebral (p. ej., los ensayos clínicos en enfermedades degenerativas con fármacos antidiabéticos como los análogos del GLP-1, entre otros).

El objetivo de la presentación es brindar, desde la perspectiva neurológica, una visión integradora y multidisciplinaria que permita detectar precozmente el deterioro cognitivo, optimizar el tratamiento de la DM y preservar la autonomía y la calidad de vida de los pacientes, destacando el rol del neurólogo como parte importante del equipo que aborda esta creciente problemática del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Hölscher C. Drugs developed for treatment of diabetes show protective effects in Alzheimer's and Parkinson's diseases. *Acta Physiologica Sinica* (Sheng Li Xue Bao). 2014;66(5):497-510.
- Nowell J, Blunt E, Gupta D, Edison P. Antidiabetic agents as a novel treatment for Alzheimer's and Parkinson's disease. *Ageing Research Reviews*. 2023;89:101979.
- Nowell J, Blunt E, Edison P. Incretin and insulin signaling as novel therapeutic targets for Alzheimer's and Parkinson's disease. *Molecular Psychiatry*. 2023;28(1):217-229. (Publicado online en 2022).
- Kandimalla R, Thirumala V, Reddy PH. Is Alzheimer's disease a type 3 diabetes? A critical appraisal. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis*. 2017;1863(5):1078-1089.
- Hamzé R, Delangre E, Tolu S, Moreau M, Janel N, Bailbé D, et al. Type 2 diabetes mellitus and Alzheimer's disease: shared molecular mechanisms and potential common therapeutic targets. *Int J Mol Sci*. 2022;23(23):15287.

Metas de control glucémico en pacientes con deterioro cognitivo

Yanina Morosan

La diabetes mellitus (DM) es una de las comorbilidades metabólicas más frecuentes en el adulto mayor que afecta aproximadamente al 30% de esta población. Su manejo representa un desafío clínico complejo, determinado por la presencia de múltiples comorbilidades que condicionan la capacidad de autocuidado del individuo. Esta requiere comprender oportunamente cómo y cuándo reajustar el esquema terapéutico según las necesidades evolutivas y la funcionalidad del paciente¹.

La prevalencia de deterioro cognitivo en las personas con DM se incrementa de forma progresiva con la edad, la duración de la enfermedad y los niveles elevados de HbA1c. No obstante, se ha demostrado que los cuadros de deterioro cognitivo grave pueden retrasarse o prevenirse mediante el manejo adecuado de las comorbilidades asociadas, como la hipertensión arterial, la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y el mal control glucémico².

Al evaluar clínicamente a los adultos mayores con DM, es imprescindible precisar la clasificación de la enfermedad, su tiempo de evolución, la presencia de complicaciones, la capacidad de autocontrol, el entorno de apoyo socio-familiar, la carga general del tratamiento, el miedo a las hipoglucemias y las barreras económicas. En este contexto, prevenir las hipoglucemias constituye un objetivo prioritario, dado su severo impacto en el desencadenamiento de caídas, eventos cardiovasculares y el agravamiento del deterioro cognitivo³.

Asimismo, la polifarmacia secundaria a las comorbilidades asociadas, incrementa significativamente estos mismos riesgos, asociándose además con un aumento de la fragilidad, desnutrición, depresión, fracturas, deterioro funcional y mayor mortalidad en esta población⁴.

Resulta fundamental identificar de manera oportuna las señales de alerta -tanto clínicas como del contexto psicosocial- que comprometan el control glucémico, con el fin de reevaluar integralmente la estrategia terapéutica. En el adulto mayor, garantizar un balance entre riesgos y beneficios exige siempre priorizar la seguridad mediante la personalización, la simplificación o la desintensificación del esquema farmacológico, adoptando objetivos de control glucémico flexibles e individualizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medha M, Kahkoska A, Neumiller J, et al. Realigning diabetes regimens in older adults: a 4S pathway to guide simplification and deprescribing strategies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(5):427-437.
2. Diaz GT, Parisi C, Reartes G, et al. Cognitive frailty in older adults with diabetes mellitus: bases for its approach. *J Adv Clin Neu Res.* 2026;2(2):1-19.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S277-S296. doi:10.2337/dc26-S013.
4. Yakaryilmaz F, Eraydin A. Polypharmacy reflects metabolic burden rather than frailty in older adults with type 2 diabetes: a comprehensive geriatric assessment study. *J Clin Med.* 2026;15(12):4674.

Prevención del deterioro cognitivo a través de la alimentación

Laura Nair Pelayo

El deterioro cognitivo representa una de las complicaciones emergentes de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y resulta de la interacción entre la resistencia a la insulina cerebral, la inflamación crónica de bajo grado, el estrés oxidativo, la disfunción vascular y las alteraciones del eje intestino-cerebro. En este contexto, la nutrición trasciende el concepto clásico de aporte energético para entenderse como un conjunto de señales biológicas capaces de modular estos mecanismos fisiopatológicos y, potencialmente, modificar la trayectoria del envejecimiento cerebral.

La evidencia disponible sostiene que los mayores beneficios se obtienen mediante patrones alimentarios integrales más que por el consumo aislado de nutrientes. La dieta MIND (*Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay*), desarrollada a partir de los patrones Mediterráneo y DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), es el modelo nutricional con mayor respaldo para la preservación de la función cognitiva, que ha dado lugar a interesantes controversias en estudios clínicos prospectivos más recientes. Asimismo, el estudio FINGER demostró que la combinación de alimentación saludable, actividad física, entrenamiento cognitivo y control intensivo de los factores de riesgo cardiovascular logra ralentizar el deterioro cognitivo en personas con riesgo aumentado, reforzando el concepto de intervención multidominio.

Los componentes característicos de la dieta MIND -verduras de hoja verde, otros vegetales, frutos rojos, frutos secos, legumbres, cereales integrales, aceite de oliva, pescado y aves- actúan mediante múltiples vías biológicas. La modulación de la respuesta inflamatoria, la preservación de la función endotelial cerebral, el aporte de ácidos grasos omega-3, vitaminas del complejo B y fibra dietaria, junto con la interacción con la microbiota intestinal y la generación de metabolitos bioactivos, permiten comprender cómo un patrón alimentario puede influir sobre la homeostasis cerebral más allá del control glucémico.

La cronobiología incorpora una dimensión adicional a este paradigma. La alimentación restringida en el tiempo, alineada con los ritmos circadianos, favorece la sincronización de los relojes metabólicos periféricos y centrales, mejora la sensibilidad a la insulina y podría contribuir a reducir la neuroinflamación y preservar la función cerebral.

En conjunto, la evidencia actual respalda una visión integradora en la que la alimentación no solo aporta energía y nutrientes, sino que constituye un sistema de señales biológicas capaz de modular la inflamación, la función vascular, la microbiota intestinal y los ritmos circadianos. Desde esta perspectiva, la intervención nutricional emerge como una estrategia potencial de neuroprotección en personas con DM2.

BIBLIOGRAFÍA

- Morris MC, et al. MIND diet associated with reduced incidence of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2015.
- Ngandu T, et al. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER). *Lancet*. 2015.
- Soldevila-Domenech N, et al. Mediterranean diet, metformin and cognitive function in older adults with metabolic syndrome: PREDIMED-Plus Cognition Study. 2021.
- McHill AW, et al. Time-restricted eating and circadian biology: implications for metabolic health. *Annu Rev Nutr*. 2024.

Salón Teatro

SIMPOSIO: Redefiniendo el riesgo cardiorrenal, una mirada integral

Coordinador: Carlos Buso

Riesgo cardiovascular del paciente con diabetes: ¿cómo estratificar mejor y actuar a tiempo?

Inés Argerich

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presenta tasas de prevalencia de hasta el 13-14% en ciertos países. Se estima que hasta el 50% de las personas con DM no está diagnosticada, lo que retrasa la estratificación y el tratamiento oportuno. Los pacientes con DM2 enfrentan un riesgo de 2 a 4 veces mayor de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV), las cuales ocurren hasta 12 años antes en comparación con la población general.

El uso de herramientas validadas desde el diagnóstico ayuda a cuantificar el riesgo de eventos que comprometen la vida, optimizando decisiones terapéuticas para disminuir la morbilidad y mortalidad. Entre ellas se destacan:

- SCORE2-Diabetes (ESC): estima el riesgo de ECV a 10 años en la población europea, incorporando factores tradicionales y específicos (edad al diagnóstico, HbA1c y tasa de filtración glomerular estimada [TFGe]).
- PREVENT (AHA): estima el riesgo a 10 y 30 años, incorporando factores contemporáneos para una intervención dirigida.

Evaluación integral desde el diagnóstico

La evaluación formal debe realizarse al momento del diagnóstico de la DM2, independientemente de la edad, incluyendo el cribado de enfermedad renal, retinopatía, enfermedad hepática (MASLD), insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Los parámetros esenciales son:

- Clínicos y demográficos: edad, sexo, tiempo de evolución, IMC, relación cintura/cadera, tabaquismo y presión arterial.
- Laboratorio: HbA1c, glucemia basal, perfil lipídico, creatinina y hepatograma.
- Daño de órgano y biomarcadores: relación albúmina/creatinina urinaria (UACR), ECG, fondo de ojo y estudios para detectar aterosclerosis subclínica (NT-proBNP, índice tobillo-brazo, Doppler carotídeo/femoral o score de calcio).

Correlación y concordancia de los scores

Al comparar el rendimiento de múltiples puntajes para un mismo paciente (Framingham, ACC/AHA 2018, PREVENT, SCORE2-Diabetes y las ecuaciones de UKPDS), el riesgo estimado fue considerable para la mayoría. Se observó una adecuada correlación y una muy buena capacidad discriminativa para la detección de placa aterosclerótica carotídea (PAC); sin embargo, la concordancia entre los distintos puntajes fue regular, lo que evidencia que la estimación del riesgo puede variar según la herramienta utilizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Lobo L, et al. Evaluación del riesgo cardiovascular en prevención primaria en pacientes con diabetes tipo 2: comparación de múltiples puntajes y detección de ateromatosis subclínica. *Rev Argent Cardiol*. 2025;93(3):202-212. doi:10.7775/rac.es.v93.i3.20899.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S216-S245. doi:10.2337/dc26-S010.
- Gourdy P, et al. Atherosclerotic cardiovascular disease risk stratification and management in type 2 diabetes: Review of recent evidence-based guidelines. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1227769. doi:10.3389/fcvm.2023.1227769.
- Ndumele CE, et al. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of cardiovascular-kidney-metabolic syndrome: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2026;153. doi:10.1161/CIR.0000000000001453.

Insuficiencia cardíaca en diabetes: cuándo buscarla, cómo encontrarla

Paula Pérez Terns

La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación crónicamente subestimada de la diabetes mellitus (DM). El consenso de la *American Diabetes Association* describe una prevalencia de IC de hasta el 22% en personas con DM, con incidencia en aumento¹. La IC puede desarrollarse en el paciente con DM incluso sin hipertensión, enfermedad coronaria o valvulopatía, y con frecuencia constituye su primera manifestación cardiovascular¹, lo que la posiciona como un desenlace prioritario a vigilar en la DM2.

¿Cuándo buscarla? Del riesgo al estadio B

El paradigma actual propone adelantar la búsqueda de la IC del estadio C (sintomático) al estadio B (daño estructural asintomático). Las Guías 2023 de la ESC incorporan a la IC entre las manifestaciones a considerar en la estratificación de riesgo cardiovascular del paciente diabético⁴. Los *Standards of Care in Diabetes-2025* de la ADA recomiendan considerar el tamizaje de adultos asintomáticos mediante péptidos natriuréticos para prevenir la progresión a IC estadio C². Un análisis crítico en *Diabetes Care* señala, sin embargo, que el NT-proBNP tiene desempeño limitado como test poblacional y que persisten dudas sobre la historia natural del estadio B, la conducta ante un resultado positivo y la relación costo-beneficio del tamizaje sistemático³. La recomendación es sólida, pero su implementación exige criterio clínico.

¿Cómo encontrarla? Biomarcadores y algoritmo diagnóstico

El BNP o su fracción NT-proBNP son la puerta de entrada al algoritmo diagnóstico. El consenso de la *Heart Failure Association* de la ESC establece algoritmos que orientan cuándo un valor elevado debe motivar derivación a ecocardiograma⁷. Dos ensayos clásicos sostienen esta estrategia: PONTIAC mostró que, en personas con DM2 con NT-proBNP elevado sin cardiopatía conocida, la intensificación del tratamiento neurohormonal guiada por el biomarcador redujo los eventos cardiovasculares mayores⁵. STOP-HF mostró que el tamizaje con péptidos natriuréticos más seguimiento cardiológico colaborativo redujo la disfunción ventricular izquierda de reciente diagnóstico, la IC de urgencia y los eventos cardiovasculares mayores combinados⁶.

La IC debe incorporarse como objetivo explícito de vigilancia en todo paciente con DM2, más allá del control glucémico y la prevención coronaria clásica. La determinación de un péptido natriurético, con derivación a ecocardiograma ante un valor elevado, permite adelantar el diagnóstico al estadio B, cuando la intervención terapéutica tiene mayor probabilidad de modificar la evolución de la enfermedad¹. Buscarla a tiempo es la diferencia entre diagnosticar una IC incipiente o hacerlo recién en la guardia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pop-Busui R, Januzzi JL, Bruemmer D, Butalia S, Green JB, Horton WB, et al. Heart failure: an underappreciated complication of diabetes. A consensus report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2022;45(7):1670-1690.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1):S207-S238.
3. Herman WH, Kuo S. Is screening for heart failure and peripheral artery disease warranted in asymptomatic adults with diabetes? A perspective on the 2025 American Diabetes Association "Standards of Care in Diabetes". *Diabetes Care*. 2025;48(9):1465-1471.
4. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antsiferov M, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043-4140.
5. Huelsmann M, Neuhold S, Resl M, Strunk G, Brath H, Francesconi C, et al. PONTIAC (NT-proBNP selected prevention of cardiac events in a population of diabetic patients without a history of cardiac disease): a prospective randomized controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(15):1365-1372.
6. Ledwidge M, Gallagher J, Conlon C, Tallon E, O'Connell E, Dawkins I, et al. Natriuretic peptide-based screening and collaborative care for heart failure: the STOP-HF randomized trial. *JAMA*. 2013;310(1):66-74.
7. Bayes-Genis A, Docherty KF, Iacovoni A, et al. Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: a clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2023;25(11):1891-1898.

Enfermedad arterial periférica: la complicación olvidada

María Ranz

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una manifestación aterosclerótica de muy alto riesgo que, en las personas con diabetes mellitus (DM), se asocia con mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores, eventos adversos en miembros inferiores, deterioro funcional, úlceras, infección, amputación y peor calidad de vida. A pesar de ello, continúa siendo una complicación subdiagnosticada. La ausencia de claudicación típica, la coexistencia de neuropatía periférica, la reducción de la actividad física por comorbilidades osteoarticulares y la frecuente calcificación arterial dificultan su reconocimiento y retrasan el diagnóstico.

Los objetivos fueron: revisar por qué la EAP sigue siendo una complicación olvidada en DM y proponer un enfoque práctico para su pesquisa, diagnóstico, estratificación y tratamiento dentro del riesgo cardiorrenal global.

La evidencia reciente obliga a considerar la EAP no solo como "enfermedad limitada al pie diabético", sino como un marcador de aterosclerosis sistémica. En la consulta deben buscarse activamente disminución de la tolerancia a la marcha, dolor en reposo, heridas que no cicatrizan, cambios de color o temperatura y disminución de pulsos. El examen sistemático del pie y la palpación de pulsos siguen siendo herramientas irremplazables. El índice tobillo-brazo en reposo constituye la prueba inicial recomendada ante la sospecha clínica y el cribado es razonable en personas de mayor riesgo. En pacientes con arterias no compresibles o con sospecha persistente a pesar de un resultado no diagnóstico, el índice dedo-brazo mejora la detección. La estratificación debe distinguir EAP asintomática, EAP sintomática, isquemia crónica amenazante del miembro e isquemia aguda; frente a lesión o úlcera, el sistema Wiffl agrega valor para estimar cicatrización, riesgo de amputación y necesidad de revascularización.

El tratamiento requiere abandono del tabaco, ejercicio supervisado, estatinas en dosis de alta intensidad, control de la presión arterial, antiagregación y selección individualizada de rivaroxabán asociado a aspirina. En DM2, los agonistas del receptor GLP-1 y los inhibidores de SGLT2 se integran al manejo cardiorrenal. La información proveniente del estudio STRIDE aporta evidencia directa sobre la mejoría funcional en la EAP sintomática, mientras que los estudios SUSTAIN 6 y FLOW refuerzan un marco macrovascular y cardiorrenal más amplio.

En DM, la EAP debe buscarse antes de que se exprese como úlcera, infección o amenaza de amputación. Reconocerla a tiempo permite intervenir sobre el riesgo cardiovascular sistémico, preservar la función y mejorar los eventos en los miembros inferiores.

BIBLIOGRAFÍA

- Gornik HL, et al. 2024 ACC/AHA/Multisociety Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease. *Circulation*. 2024.
- Das SR, et al. Management of Peripheral Artery Disease in Adults With Diabetes. *J Am Coll Cardiol*. 2025;86.
- Bonaca MP, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE). *Lancet*. 2025;405:1580-1593.
- Perkovic V, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2024.

Terapia combinada con GLP-1 e iSGLT2: ¿mayor impacto cardiorrenal?

Gustavo Lavenia

La enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica (ERC) representan manifestaciones interdependientes de un mismo proceso fisiopatológico impulsado por diabetes mellitus (DM), obesidad, hipertensión, inflamación y disfunción metabólica. En este contexto, el concepto de riesgo cardiorrenal ha evolucionado desde un enfoque centrado en el control glucémico hacia una estrategia integral de protección de órganos, donde el objetivo es prevenir la progresión del daño renal, reducir los eventos cardiovasculares y mejorar la supervivencia.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado beneficios consistentes en pacientes con y sin DM, disminuyendo la progresión de la ERC, la hospitalización por insuficiencia cardíaca y la mortalidad cardiovascular. Su acción combina efectos hemodinámicos renales, reducción de la hiperfiltración glomerular, natriuresis y mecanismos antiinflamatorios y antifibróticos.

Por otra parte, los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) han mostrado una importante reducción de eventos cardiovasculares ateroscleróticos, además de beneficios sobre el peso corporal, la presión arterial, la inflamación sistémica y la albuminuria. Estudios recientes, como FLOW y SELECT, consolidan su papel en la protección renal y cardiovascular, ampliando su indicación más allá del tratamiento de la DM.

La combinación de ambas estrategias terapéuticas constituye una de las perspectivas más prometedoras del manejo cardio-reno-metabólico. Debido a que sus mecanismos de acción son complementarios, existe un potencial efecto aditivo sobre la reducción del riesgo cardiovascular, la preservación de la función renal y el control de los factores metabólicos. Aunque la evidencia proveniente de análisis *post hoc*, estudios observacionales y metaanálisis es altamente consistente, los ensayos clínicos específicamente diseñados para evaluar la combinación aportarán mayor solidez a este paradigma terapéutico.

En la actualidad, las guías internacionales promueven un tratamiento precoz y personalizado, priorizando la protección de órganos antes que la simple corrección de parámetros bioquímicos. En pacientes con DM2, obesidad o ERC, la utilización conjunta de iSGLT2 y arGLP-1 representa una estrategia capaz de modificar la historia natural de la enfermedad cardiorrenal, redefiniendo el concepto de prevención y ofreciendo una oportunidad concreta para reducir el riesgo residual de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(Suppl 4):S1-S150.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1).
- Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2024;390:109-121.
- McGuire DK, Shih WJ, Cosentino F, et al. Association of SGLT2 inhibitors and GLP-1 receptor agonists with cardiovascular and kidney outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2024.

17:15 a 17:45 h

Salón Las Américas

CONTROVERSIA: Educación en diabetes: informar o educar, ¿cómo hacerlo?

Coordinador: Claudio Dituro

Educación estructurada

Betsy Rodríguez (Estados Unidos)

Informar no es lo mismo que educar. Informar consiste en transmitir datos o recomendaciones; educar implica desarrollar conocimientos, habilidades, confianza y capacidad para tomar decisiones en la vida cotidiana. En diabetes mellitus (DM), esta diferencia es esencial, porque la mayoría de las decisiones relacionadas con la alimentación, la actividad física, el monitoreo, los medicamentos y la prevención de complicaciones se toman fuera del consultorio.

La educación estructurada es un proceso planificado, basado en evidencia y orientado al desarrollo de competencias. Incluye una evaluación inicial, objetivos claros, contenidos esenciales, métodos educativos apropiados, evaluación del aprendizaje y seguimiento. Su propósito no es convertir la educación en una intervención rígida o uniforme, sino asegurar que ninguna competencia crítica para la seguridad y el autocuidado quede fuera. Los programas de Educación y Apoyo para el Automanejo de la Diabetes (DSMES) reflejan este enfoque sistemático y se asocian con mejores resultados clínicos y psicosociales, mayor autoeficacia y mejor calidad de vida¹⁻⁴.

El caso de Doña María, una mujer de 70 años que vive sola y presenta DM2, enfermedad renal crónica, episodios recientes de hipoglucemia, alfabetización en salud limitada e inseguridad alimentaria, demuestra su valor práctico. Una estructura permite identificar riesgos inmediatos, priorizar la prevención de hipoglucemia, valorar sus recursos y confirmar las habilidades indispensables antes de abordar objetivos más complejos. Sin este proceso, la educación puede depender demasiado del tema que surge durante la conversación o de las preferencias particulares de cada profesional.

La educación estructurada y la educación centrada en la persona no son enfoques opuestos. La estructura define qué competencias deben abordarse; la persona ayuda a decidir cómo, cuándo y con qué recursos enseñarlas. Escuchar, adaptar

y acordar metas continúa siendo fundamental. La diferencia es que estas acciones ocurren dentro de un proceso que permite evaluar la comprensión, dar seguimiento y mejorar la calidad.

La estructura también promueve la equidad: reduce omisiones y variabilidad, y ayuda a que todas las personas reciban los componentes esenciales, independientemente del lugar donde sean atendidas o del profesional que facilite la educación. En síntesis, la estructura no limita la educación: protege su calidad, fortalece su impacto y la convierte en aprendizaje aplicable a la vida real.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S89–S110.
2. Davis J, Fischl AH, Beck J, et al. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. 2022;45(2):484–494.
3. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636–1649.
4. Chvrva CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):926–943.

Educación centrada en la persona

María Lidia Ruiz Morosini

La educación diabetológica ha evolucionado desde modelos centrados en la transmisión de conocimientos hacia enfoques que reconocen a la persona como protagonista de las decisiones relacionadas con su salud. En este contexto, la aparente controversia entre educación estructurada y educación centrada en la persona representa, más que una oposición, una oportunidad para reflexionar sobre cómo integrar ambos modelos para alcanzar mejores resultados clínicos y humanos.

La evolución conceptual de la educación terapéutica ha llevado desde programas estructurados basados en competencias hasta el actual paradigma de *person-centered care*, que propone adaptar la educación a los valores, prioridades, objetivos y contexto de vida de cada persona con diabetes mellitus (DM). Este cambio implica pasar de preguntas centradas exclusivamente en la enfermedad ("¿Qué comió?", "¿Cuántos hidratos consumió?", "¿Por qué no hizo ejercicio?") a preguntas que exploran la experiencia de vivir con DM ("¿Qué le preocupa?", "¿Qué objetivo desea alcanzar?", "¿Por qué le resulta difícil lograrlo?", "¿Qué lugar ocupa la DM en su vida?").

La evidencia actual demuestra que los programas estructurados continúan siendo fundamentales para garantizar calidad, equidad y adquisición de competencias. Sin embargo, su impacto aumenta cuando incorporan estrategias centradas en la persona, comunicación empática, toma de decisiones compartida y apoyo conductual continuo. Un metaanálisis de intervenciones centradas en la persona mostró una reducción de la HbA1c del 0,56%, mientras que un *network meta-analysis* de programas de *Diabetes Self-Management Education and Support* (DSMES) demostró reducciones de la HbA1c cercanas al 0,6%, junto con mejoras en otros indicadores cardiometabólicos.

Asimismo, la educación centrada en la persona constituye un desafío y una necesidad en la era de la tecnología aplicada a la DM, donde el monitoreo continuo de glucosa, los sistemas automatizados de administración de insulina y la inteligencia artificial exigen una educación capaz de transformar datos en decisiones significativas para cada individuo.

La verdadera innovación no consiste en reemplazar la educación estructurada, sino en potenciarla mediante un enfoque centrado en la persona. La estructura define qué enseñar; la centralidad en la persona determina cómo lograr que ese aprendizaje tenga sentido, favorezca la autonomía y se traduzca en cambios sostenibles en la vida cotidiana. Lejos de ser modelos opuestos, constituyen dimensiones complementarias de una educación verdaderamente transformadora.

BIBLIOGRAFÍA

- Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: a consensus report. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1636–1649. doi:10.2337/dci20-0023.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes. *Diabetes self-management education and support*. In: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1).
- Davis J, Fischl AH, Beck J, et al. 2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2022;48(1):44–59. doi:10.1177/26350106211072203.
- Fan Y, et al. Effectiveness of person-centered care interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2023.
- Wu Y, et al. Comparative effectiveness of diabetes self-management education and support interventions: a systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev*. 2025.

17:15 a 17:45 h

Salón Columnas del Boulevard

CONTROVERSIA: Diagnóstico y seguimiento metabólico en estadios tempranos de diabetes tipo 1: prueba de tolerancia oral a la glucosa versus monitoreo continuo de glucosa, ¿hay algo más?

Coordinadora: Lilita Trífone

Por monitoreo continuo

Marcela Raggio

La identificación de las etapas presintomáticas de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la disponibilidad de terapias modificadoras de la enfermedad han redefinido los objetivos del seguimiento metabólico. Ya no se trata únicamente de establecer un diagnóstico, sino de caracterizar la progresión biológica, estratificar el riesgo e identificar el momento óptimo para intervenir. Este cambio de paradigma obliga a replantear si las herramientas y los biomarcadores actuales responden a estas nuevas necesidades.

En este contexto, el monitoreo continuo de glucosa (MCG) reúne características especialmente atractivas. A diferencia de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), permite caracterizar la dinámica de la homeostasis glucémica en condiciones habituales de vida, integrando la variabilidad y la evolución temporal del perfil glucémico.

En las etapas presintomáticas, la evaluación mediante el MCG se basa en métricas convencionales. El porcentaje de tiempo por encima de 140 mg/dL (TA140) y un incremento del coeficiente de variación (CV) se han asociado con mayor riesgo de progresión hacia la DM clínica. Sin embargo, su validación se ha centrado en demostrar concordancia con la PTOG o con puntos de corte derivados de esta. Estos hallazgos respaldan el valor del MCG para identificar individuos con mayor riesgo, pero también ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar biomarcadores propios que reflejen la biología de estas etapas y permitan definir umbrales clínicamente relevantes para intensificar el seguimiento, evaluar terapias modificadoras de la enfermedad o identificar oportunamente la transición al estadio 3.

El verdadero desafío no consiste en demostrar que el MCG puede reproducir los resultados de la PTOG ni en buscar un único biomarcador equivalente a la glucemia a los 120 minutos, sino en comprender qué aspectos de la dinámica glucémica reflejan la evolución biológica de la enfermedad.

El potencial del MCG radica en integrar múltiples dimensiones de la señal -magnitud, variabilidad, organización temporal y evolución longitudinal- para identificar métricas dinámicas, reproducibles y clínicamente significativas que capturen la progresión metabólica en condiciones de vida real. El desarrollo de biomarcadores específicos y de modelos predictivos propios del MCG podría contribuir a una estadificación más fisiológica y precisa de la DM1, acorde con el paradigma de intervención temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- Carr ALJ, Sutton H, Agesen RM, et al. Continuous glucose monitoring as a tool in early-stage type 1 diabetes. *Diabetologia*. 2026;69:1413–1431. doi:10.1007/s00125-026-06707-4.
- Huber E, Singh T, Bunk M, et al. Discrimination and precision of continuous glucose monitoring in staging children with presymptomatic type 1 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(6):1624–1632. doi:10.1210/clinem/dgae691
- Calhoun P, Spanbauer C, Steck AK, Frohnert BI, Herman MA, Keymeulen B, et al. Continuous glucose monitor metrics from five studies identify participants at risk for type 1 diabetes development. *Diabetologia*. 2025;68(5):930–939. doi:10.1007/s00125-025-06362-1.
- Montaser E, Breton MD, Brown SA, DeBoer MD, Kovatchev B, Farhy LS. Predicting immunological risk for stage 1 and stage 2 diabetes using a 1-week CGM home test, nocturnal glucose increments, and standardized liquid mixed meal breakfasts, with classification enhanced by machine learning. *Diabetes Technol Ther*. 2023;25(9):631–642. doi:10.1089/dia.2023.0064.

Salón Atlántico A

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Hígado y riesgo cardiometabólico

Coordinador: Flavio Francini

Desde la esteatosis al riesgo cardiorrenal

Alessandro Mantovani (Italia)

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) actualmente se reconoce como mucho más que una enfermedad hepática. En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), la MASLD coexiste con frecuencia y comparte una raíz fisiopatológica común: la resistencia a la insulina. Esta superposición ha reposicionado a la MASLD como un trastorno metabólico sistémico, con importantes implicancias para la salud cardiovascular y renal.

La relación entre la MASLD y la enfermedad cardiovascular está bien establecida. La esteatosis hepática favorece un perfil lipídico aterogénico, caracterizado por niveles elevados de triglicéridos, partículas pequeñas y densas de LDL y niveles bajos de colesterol HDL. El hígado inflamado y con infiltración grasa también libera citocinas proinflamatorias y factores procoagulantes, que contribuyen a la disfunción endotelial y a la progresión acelerada de la aterosclerosis.

Numerosos estudios confirman que la MASLD aumenta de manera independiente el riesgo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y arritmias, particularmente fibrilación auricular, incluso después de ajustar por los factores de riesgo tradicionales.

Menos estudiada, pero igualmente importante, es la dimensión renal. La evidencia emergente muestra que la MASLD se asocia de manera independiente con la enfermedad renal crónica (ERC), incluida la disminución de la tasa de filtración glomerular y la progresión de la albuminuria. Los mecanismos se superponen con aquellos que intervienen en el daño cardiovascular: la inflamación crónica de bajo grado, el estrés oxidativo, la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y la resistencia a la insulina convergen para dañar la microvasculatura renal.

En los pacientes con DM, estas tres condiciones -MASLD, enfermedad cardiovascular y ERC- no existen de manera aislada, sino que conforman una tríada interconectada, denominada con frecuencia “eje cardio-hepático-renal”. Reconocer este eje tiene relevancia clínica: la presencia de hígado graso debería motivar el cribado de complicaciones cardiovasculares y renales, y no limitarse a evaluar la progresión de la fibrosis hepática.

Este cambio de paradigma también afecta la estrategia terapéutica. Los tratamientos como los agonistas del receptor GLP-1 y los inhibidores de SGLT2, desarrollados originalmente para el control glucémico, han demostrado beneficios en los tres ámbitos al mejorar la esteatosis hepática, reducir los eventos cardiovasculares y enlentecer el deterioro de la función renal.

Esta convergencia respalda un enfoque más integrado y multidisciplinario del tratamiento de la DM, en el que hepatólogos, endocrinólogos, cardiólogos y nefrólogos colaboren a partir de una comprensión compartida de la MASLD como una señal de alerta temprana de un riesgo cardiometabólico y renal más amplio.

BIBLIOGRAFÍA

- Targher G, Valenti L, Byrne CD. Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *N Engl J Med.* 2025;393(7):683-698. doi:10.1056/NEJMra2412865.
- Mantovani A, Csermely A, Petracca G, Beatrice G, Corey KE, Simon TG, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of fatal and non-fatal cardiovascular events: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(11):903-913. doi:10.1016/S2468-1253(21)00308-3.
- Mantovani A, Petracca G, Beatrice G, Csermely A, Londo A, Schattenberg JM, et al. Non-alcoholic fatty liver disease and risk of incident chronic kidney disease: an updated meta-analysis. *Gut.* 2022;71(1):156-162. doi:10.1136/gutjnl-2020-323082.
- Mantovani A, Morandin R, Fiorio V, Lando MG, Stefan N, Tilg H, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists improve MASH and liver fibrosis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Liver Int.* 2025;45(9):e70256. doi:10.1111/liv.70256.

Huéspedes microscópicos, impacto enorme: ¿qué tan cerca estamos de aplicar el microbioma humano en el diagnóstico y pronóstico de MASLD y diabetes?

Julietta Trinks

En los últimos años, la investigación ha revelado una estrecha relación entre las alteraciones del microbioma intestinal (disbiosis) y el desarrollo de enfermedades metabólicas como la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Diversos estudios han demostrado que los cambios en la composición y la función del microbioma pueden influir en la resistencia a la insulina, la inflamación sistémica y la acumulación de grasa en el hígado mediante la producción de metabolitos, ácidos grasos de cadena corta y otros compuestos bioactivos. Estas evidencias han impulsado el interés por utilizar el microbioma como una herramienta para el diagnóstico temprano, la estratificación del riesgo, el pronóstico y el tratamiento de estas enfermedades¹.

No obstante, aunque los resultados son prometedores, la aplicación clínica del microbioma aún enfrenta importantes desafíos. La gran variabilidad entre individuos, la influencia de factores como la dieta, el uso de antibióticos, el estilo de vida y el entorno dificultan la identificación de biomarcadores universales y reproducibles. Todavía es necesario estandarizar las técnicas de muestreo, secuenciación y análisis de datos para garantizar resultados consistentes. Además, el proceso para convertir una firma microbiana recientemente descubierta en una prueba analíticamente válida y útil en la práctica clínica de la MASLD es riguroso, lo cual retrasa su incorporación para orientar el manejo de los pacientes².

En la actualidad, el microbioma representa una de las áreas más innovadoras de la medicina de precisión. Su integración con información genética, clínica y metabolómica podría mejorar significativamente la detección, el seguimiento y el tratamiento de la MASLD y la DM1.

Esta disertación presenta una visión general del estado actual de este campo y una hoja de ruta para mejorar la investigación de biomarcadores derivados del microbioma² para la MASLD, así como de estrategias terapéuticas novedosas dirigidas a modular el microbioma de manera segura y efectiva³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Byndloss M, et al. The gut microbiota and diabetes: research, translation, and clinical applications—2023 Diabetes, Diabetes Care, and Diabetologia Expert Forum. *Diabetes Care.* 2024;47(9):1491-1508. doi:10.2337/dci24-0052.
2. Trinks J, et al. Omics-based biomarkers as useful tools in metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease clinical practice: How far are we? *World J Gastroenterol.* 2024 Apr 14;30(14):1982-1989. doi: 10.3748/wjg.v30.i14.1982.
3. Saeed H, et al. Microbiome-centered therapies for the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *Clin Mol Hepatol.* 2025 Feb;31(Suppl):S94-S111. doi: 10.3350/cmh.2024.0811.

Salón Dauphin

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Recomendaciones nacionales 2026. Actualización y consenso

Coordinadoras: Carla Musso y Natalia Nachón

Recomendaciones nacionales sobre lipodistrofia

Amanda Benítez

Las lipodistrofias son enfermedades poco frecuentes caracterizadas por la pérdida selectiva del tejido adiposo y por un profundo compromiso metabólico que incluye resistencia severa a la insulina, diabetes mellitus (DM), hipertrigliceridemia, esteatosis hepática y elevado riesgo de pancreatitis y enfermedad cardiovascular. El reconocimiento tardío continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad, por lo que resulta fundamental que el diabetólogo y el endocrinólogo identifiquen precozmente los signos clínicos de sospecha y conozcan las estrategias diagnósticas y terapéuticas actualmente disponibles.

Esta "Cápsula" presenta las principales novedades incorporadas en las Recomendaciones Argentinas 2026 para el diagnóstico y el tratamiento de las lipodistrofias, elaboradas por un grupo multidisciplinario de expertos de la Sociedad

Argentina de Diabetes (SAD). A partir de casos clínicos representativos, en esta presentación se discutirán los hallazgos clínicos que deben alertar sobre el diagnóstico, la utilidad de la clasificación clínica y genética, y el algoritmo de evaluación inicial propuesto por el consenso.

Se revisarán los aspectos prácticos del seguimiento integral, incluyendo la evaluación periódica de las complicaciones metabólicas, hepáticas, cardiovasculares, renales y endocrinológicas, destacando la importancia de un abordaje interdisciplinario y de la individualización del tratamiento según el subtipo de lipodistrofia y el perfil clínico de cada paciente.

Asimismo, se analizarán las recomendaciones terapéuticas actualizadas, haciendo énfasis en las intervenciones nutricionales y los cambios en el estilo de vida, el tratamiento de la DM y de la dislipidemia grave, y la incorporación de nuevas alternativas farmacológicas. Se revisará la evidencia disponible sobre los agonistas del receptor de GLP-1, agonistas duales GIP/GLP-1, inhibidores de SGLT2 y metreleptina, definiendo el lugar que ocupa cada estrategia dentro del algoritmo terapéutico y los criterios de selección de pacientes.

El objetivo de esta actualización es proporcionar herramientas prácticas para mejorar el diagnóstico precoz, optimizar el manejo de las complicaciones metabólicas y facilitar la aplicación de las recomendaciones nacionales en la práctica clínica cotidiana, favoreciendo un tratamiento personalizado basado en la mejor evidencia científica disponible.

Recomendaciones nacionales sobre hipertensión arterial y obesidad

Ramiro Sánchez

La obesidad es considerada el mayor factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial. Consecuentemente, la hipertensión arterial es uno de los factores que se asocia con la obesidad al generar complicaciones cardiorrenales. El umbral de referencia de presión arterial en pacientes obesos es generalmente el mismo que se aplica en las guías de hipertensión arterial, siendo determinantes la prediabetes, la disfunción renal, incluyendo albuminuria, y la enfermedad cardiovascular¹.

La obesidad y la hipertensión arterial se encuentran vinculadas. Comparado con individuos no obesos, aquellos con sobrepeso presentan niveles más elevados de presión arterial. En un estudio que incluyó 3216 adultos, el 58,1% de los normotensos tuvo normopeso, mientras que el 43,7% de los hipertensos era obeso¹. La relación entre el IMC y la presión arterial es lineal, incluyendo un riesgo de hipertensión arterial de un 20 a un 30% con cada incremento del 5% del IMC. Diferentes estudios clínicos han demostrado que el mantenimiento del IMC por debajo de 25 kg/m² representa una efectiva prevención en la hipertensión arterial.

Aquellos limitantes, como el escaso conocimiento (64% en población urbana de LATAM) y la relación con las complicaciones cardiovasculares, son profundamente considerados en telemedicina y en la iniciativa HEARTS (cubriendo 30 millones de adultos). El programa HEARTS, liderado por OMS y PAHO, es un modelo global que integra hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en “primary care”, utilizando programas de hábitos de vida, protocolos de actividad física, accesos libres a medicamentos, cartas de estratificación de riesgo, todo en su conjunto para reducir el riesgo cardiovascular en LATAM³.

El tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes con obesidad y/o DM2 incluye el perfeccionamiento de los planes de alimentación y la combinación dual, triple o cuádruple de terapia antihipertensiva, incluyendo ACEI o BRA con antagonistas cálcicos y/o diuréticos similares a tiazidas o clortalidona, preferentemente en un solo comprimido. La recomendación es alcanzar cifras de <130/80 mmHg, si es tolerado. Los objetivos del tratamiento deben ser individualizados en individuos adultos mayores y frágiles. El tratamiento antihipertensivo en pacientes diabéticos se complementa con ISGLT2 e incretinas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coca A, Sánchez R, Molina de Salazar DI, Peñaherrera E, et al. 2026 Latin American consensus for the management of patients with hypertension and cardiovascular and metabolic disturbances: endorsed by the Latin American Society of Hypertension, the Iberoamerican Hypertension League, and the World Hypertension League. *J Hypertens*. 2026;44(6):885-910. doi:10.1097/HJH.0000000000004290
2. Kibria GMA, Crispin R, Chowdhury MAB, Rao N, Stennett C. Disparities in absolute cardiovascular risk, metabolic syndrome, hypertension, and other risk factors by income within racial/ethnic groups among middle-aged and older US People. *J Hum Hypertens* 2023; 37:480–490.
3. Rosendo A, Romero C, DiPette DJ, Brettler J, Van der Stuyft P, Satheesh G, et al. Candidate interventions for integrating hypertension and cardiovascular-kidney-metabolic care in primary health settings: HEARTS 2.0 phase 1. *Glob Heart* 2025; 20:45.

Recomendaciones nacionales sobre vacunación en personas que viven con diabetes

Gabriela Rovira

Las personas con diabetes mellitus (DM) presentan un mayor riesgo de infecciones y de evolución clínica desfavorable, particularmente cuando coexisten mal control metabólico, obesidad, enfermedad cardiovascular, renal o pulmonar. En este contexto, la vacunación constituye una intervención preventiva de alto impacto que debería integrarse al seguimiento habitual de la DM.

Más allá de prevenir enfermedades infecciosas, la vacunación puede contribuir a disminuir descompensaciones metabólicas, hospitalizaciones y eventos asociados a infecciones prevenibles. Sin embargo, las coberturas en adultos continúan siendo insuficientes. Entre las barreras más relevantes, se encuentran el desconocimiento, la falta de indicación médica y la pérdida de oportunidades durante los contactos con el sistema de salud.

El objetivo de esta disertación es revisar, desde una perspectiva práctica, cómo incorporar la evaluación del estado vacunal a la consulta cotidiana. El desafío no es solo conocer qué vacunas existen, sino lograr que la recomendación llegue efectivamente al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Musso C, Mociulsky J, Aranguren F, Debiaggi C, Commendatore V, Nacinovich F, et al. Recomendaciones de vacunación en personas con diabetes en adultos. Opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes. *Rev Soc Arg Diab*. 2026;60(2).

Salón Teatro

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Inflamación, el eje oculto de las complicaciones en la diabetes

Coordinadoras: Florencia Badias y Raquel Urdaneta

Rol de la inflamación en la neuropatía diabética

Rubén Saurral

La neuropatía periférica diabética constituye una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes mellitus (DM) y representa una causa importante de dolor neuropático, pérdida de sensibilidad protectora, ulceración del pie y deterioro de la calidad de vida. Su fisiopatología es compleja y tradicionalmente se ha relacionado con hiperglucemia crónica, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial, alteraciones metabólicas y daño microvascular. Sin embargo, la evidencia reciente identifica a la inflamación y la neuroinflamación como mecanismos relevantes en el inicio, mantenimiento y progresión del daño neural.

La exposición persistente a hiperglucemia y lipotoxicidad favorece la acumulación de productos finales de glicación avanzada, especies reactivas de oxígeno y señales de daño celular. Estos estímulos activan receptores y vías inflamatorias, incluyendo RAGE, receptores Toll-like, NF- κ B y el inflamasoma NLRP3, promoviendo la liberación de mediadores como TNF- α , IL-1 β , IL-6 y otras citocinas y quimiocinas. La respuesta inflamatoria puede afectar directamente a los axones, neuronas y células de Schwann, alterando la mielinización, la función neuronal y los mecanismos de reparación.

La participación del sistema nervioso central agrega una dimensión neuroinmune al proceso. La activación de la microglía, junto con la interacción entre microglía, neuronas y astrocitos, puede mantener un estado inflamatorio persistente y favorecer la sensibilización central. La activación de vías como RAGE/TLR4/NLRP3 y la liberación de IL-1 β y BDNF pueden contribuir especialmente al desarrollo y mantenimiento del dolor neuropático. De esta manera, la neuropatía diabética puede entenderse como el resultado de una interacción dinámica entre alteraciones metabólicas, inflamación periférica y mecanismos neuroinmunes centrales.

Esta nueva perspectiva plantea que la inflamación podría actuar no solamente como consecuencia del daño nervioso, sino también como amplificador de la lesión neural. La identificación de pacientes con un fenotipo predominantemente inflamatorio y de biomarcadores capaces de reflejar esta actividad podría mejorar la estratificación del riesgo. Asimismo, la modulación de vías inflamatorias y neuroinmunes representa una estrategia terapéutica potencial que podría complementar el control metabólico y el tratamiento sintomático.

BIBLIOGRAFÍA

- Cheng Y, Chen Y et al. How inflammation dictates diabetic peripheral neuropathy: An enlightening review. *CNS Neurosci Ther.* 2024;30(4):e14477. doi:10.1111/cns.14477.
- Wang J, Zhou H. Microglial activation in diabetic neuropathic pain: Molecular trigger mechanisms, neuroimmune crosstalk, and emerging therapeutic targets. *Neuropeptides.* 2026;117:102612. doi:10.1016/j.npep.2026.102612.
- Panou T, Gouveri E. The role of inflammation in the pathogenesis of diabetic peripheral neuropathy. New lessons from experimental studies and clinical implications. *Diabetes Ther.* 2025;16(3):371-411. doi:10.1007/s13300-025-01699-7.
- Chong ZZ, Menkes DL, Souayah N. Targeting neuroinflammation in distal symmetrical polyneuropathy in diabetes. *Drug Discov Today.* 2024;29(8):104087. doi:10.1016/j.drudis.2024.104087.

19:15 a 20:00 h

Salón Las Américas

CONFERENCIA: Tecnología y embarazo: ¿cuánto hemos avanzado y hacia dónde vamos?

Presidenta: Gabriela Rovira

Disertante: Rosa Corcoy (España)

Los profesionales que trabajan actualmente en el área de embarazo y diabetes mellitus (DM) son testigos de la evolución acelerada de la tecnología para el tratamiento de la DM aplicada a este escenario, y lo corroboran las mujeres que han tenido embarazos utilizando tecnologías diferentes.

Un ejemplo paradigmático es el estudio CONCEPTT que en 2017 demostró que la utilización del monitoreo continuo de glucosa (MCG) en embarazadas con DM1¹ mejoraba tanto la regulación glucémica como los desenlaces clínicos. Más recientemente, se han publicado ensayos clínicos con sistemas de asa cerrada que han demostrado también mejoría en regulación glucémica, aceptándose el TIR, como desenlace sustituto de los desenlaces de la gestación propiamente dichos. El primero de estos ensayos clínicos en publicarse fue AIDAPT², seguido posteriormente de los estudios CRISTAL y CIRCUIT.

En mujeres con DM2 parece intuitivo que la utilización del MCG tiene que resultar también beneficiosa y en varios países su uso está financiado, especialmente en aquellas mujeres en tratamiento con múltiples dosis de insulina. Sin embargo, hasta la fecha y a la espera de los resultados de ensayos clínicos aleatorizados, la evidencia de los beneficios del MCG en este contexto es limitada en comparación con la disponible en mujeres con DM1³. No hay datos de la utilización de sistemas de asa cerrada en esta población.

En mujeres con DM gestacional (DMG), se han realizado varios ensayos clínicos testando la utilización del MCG y los resultados son inconsistentes. Así, el estudio DIPGLUMO⁴ objetivó mejoría del TIR, pero sin beneficios clínicos netos, GRA-CE observó también mejoría del TIR con una reducción en niños grandes para la edad gestacional y una tendencia a más niños pequeños, mientras *The Steady Sugar trial* y el estudio de Zorzo no observaron mejorías glucémicas, pero sí en varios desenlaces clínicos. En todos los estudios que lo evaluaron, las mujeres indicaron su preferencia por el MCG.

Finalmente, es importante recordar que, incluso en los escenarios donde el beneficio es más evidente, como en las mujeres con DM1, los resultados obstétricos y perinatales continúan estando lejos de los observados en la población general, indicando que aún existe un amplio margen de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feig DS, Donovan LE, Corcoy R, et al. Continuous glucose monitoring in pregnant women with type 1 diabetes (CONCEPTT): a multicentre international randomised controlled trial. *The Lancet*. 2017;390(10110). doi:10.1016/S0140-6736(17)32400-5
2. Lee TTM, Collett C, Bergford S, et al. Automated insulin delivery in women with pregnancy complicated by type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2023;389(17):1566-1578. doi:10.1056/NEJMoa2303911.
3. Wyckoff JA, Lapolla A, Asias-Dinh BD, et al. Preexisting Diabetes and Pregnancy: An Endocrine Society and European Society of Endocrinology Joint Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(9):2405-2452. doi:10.1210/clinem/dgaf288
4. Amylidi-Mohr S, Zennaro G, Schneider S, Raio L, Mosimann B, Surbek D. Continuous glucose monitoring in the management of gestational diabetes in Switzerland (DipGluMo): an open-label, single-centre, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025;13(7):591-599. doi:10.1016/S2213-8587(25)00063-4.

VIERNES 30

9:00 a 10:00 h

Salón Columnas del Boulevard

SIMPOSIO: Determinantes moleculares y metabólicos en la progresión de la prediabetes

Coordinadora: Alicia Jawerbaum

Factores epigenéticos y ambientales: su impacto en la función β celular y acción insulínica

Luis Flores

La progresión desde un estado de normoglucemia a prediabetes (PDM) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) depende de la interacción dinámica entre la predisposición genética y los factores ambientales en la que las modificaciones epigenéticas constituyen un vínculo fundamental entre ambos. Estas modificaciones regulan la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN y permiten que estímulos como el exceso nutricional, el sedentarismo, el envejecimiento y la inflamación crónica modifiquen de manera coordinada, tanto la función de la célula β pancreática como la acción de la insulina en los tejidos periféricos.

En las etapas iniciales de la insulinoresistencia (IR), el mantenimiento de la normoglucemia depende de una respuesta adaptativa de la célula β , caracterizada por un incremento de la secreción de insulina, acompañado de cambios transcriptómicos y epigenéticos. Evidencias recientes indican que parte de este remodelado epigenético representa un mecanismo fisiológico de adaptación destinado a sostener la homeostasis glucémica frente al aumento de la demanda metabólica. Sin embargo, cuando la exposición a la glucotoxicidad, lipotoxicidad e inflamación se prolonga, estos mecanismos compensatorios resultan insuficientes y se incrementa la pérdida progresiva de identidad y funcionalidad β , promoviendo la transición hacia la PDM y la DM2.

Simultáneamente, el ambiente metabólico induce modificaciones epigenéticas en el músculo esquelético, el hígado y el tejido adiposo que alteran la expresión de genes involucrados en la señalización de la insulina, el metabolismo energético y la inflamación, contribuyendo a la persistencia de la IR. De este modo, la PDM debe interpretarse como el resultado de un remodelado epigenético coordinado que compromete tanto la capacidad secretora del islote pancreático como la respuesta de los tejidos periféricos a la insulina.

Los avances recientes en transcriptómica, epigenómica y secuenciaciones de células únicas han revelado una notable heterogeneidad funcional de las células β y han demostrado que la disfunción insular comprende transiciones dinámicas entre distintos estados celulares, más que la simple pérdida irreversible de masa β .

Por todo ello resulta imprescindible conocer cuáles son los principales mecanismos epigenéticos que vinculan el ambiente con la función celular β y la acción de la insulina, destacando su importancia en la fisiopatología de la PDM y las perspectivas que ofrecen las aproximaciones multiómicas para identificar biomarcadores tempranos y nuevos blancos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Yau B, Ghislain J, Kebede MA et al. The role of the beta cell in type 2 diabetes: new findings from the last 5 years. *Diabetologia*. 2025;68(10):2092-2103. doi: 10.1007/s00125-025-06499-z.
- Manduchi E, Descamps HC, Liu J et al. Epigenetic adaptation of beta cells across lifespan and disease. *Nat Metab*. 2026;8(4):941-956. doi: 10.1038/s42255-026-01495-y.
- Leenders F, de Koning EJP, Carlotti F. Pancreatic β -cell identity change through the lens of single-cell omics research. *Int J Mol Sci*. 2024;25(9):4720. doi:10.3390/ijms25094720.
- Ling C, Rönn T. Epigenetics in human obesity and type 2 diabetes. *Cell Metab*. 2019;29(5):1028-1044. doi: 10.1016/j.cmet.2019.03.009.

Fenotipos en prediabetes tipo 2 y su valor pronóstico de complicaciones y progresión a diabetes tipo 2

Gustavo Lorenzo

La prediabetes representa un estado metabólico marcadamente heterogéneo en el que la definición unidimensional basada exclusivamente en umbrales glucémicos resulta insuficiente para estratificar el riesgo real de progresión a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el desarrollo de complicaciones macro y microvasculares. Considerar la hiperglucemia intermedia como una entidad homogénea podría limitar o sobredimensionar el abordaje terapéutico necesario.

Fisiopatológicamente, la glucemia en ayunas alterada (GAA) y la tolerancia a la glucosa alterada (TGA) responden a mecanismos completamente distintos: la primera refleja fundamentalmente insulinoresistencia hepática y alteración en la primera fase de secreción de insulina, mientras que la segunda expresa insulinoresistencia en el músculo esquelético con compromiso de ambas fases secretoras. La presencia de TGA y HbA1c en rango prediabético confieren el mayor impacto en la morbilidad cardiovascular y en la velocidad de conversión a DM2.

Los modelos de *clustering* basados en datos integran variables fisiológicas, genéticas y de imágenes para identificar seis subtipos reproducibles, entre los cuales tres concentran el pronóstico adverso: el subtipo con fallo de célula β (clúster 3), el de hígado graso (clúster 5) y el de "progresadores lentos" (clúster 6). Este último subfenotipo resulta conceptualmente disruptivo al exponer una profunda disociación entre la tasa de deterioro glucémico y el daño orgánico. Pese a mantener elevaciones glucémicas modestas durante años, los progresadores lentos acumulan la mayor mortalidad global y desarrollan enfermedad renal crónica precoz (manifestada como albuminuria) antes de cruzar el umbral bioquímico de DM.

Paralelamente, el fenotipado ha evolucionado de una evaluación puramente pronóstica a un marcador predictivo de respuesta terapéutica. Los análisis extendidos a 21 años del *Diabetes Prevention Program* (DPP) y las evidencias del ensayo PLIS confirman que alcanzar la remisión de la prediabetes -retornando a la normoglucemia- constituye un objetivo preventivo superior al descenso ponderal aislado. Más aún, esta remisión es alcanzable sin pérdida de peso cuando se logra una redistribución favorable del tejido adiposo desde los depósitos viscerales hacia los subcutáneos.

Finalmente, se propone un esquema de estratificación clínica pragmático y aplicable en el medio asistencial que reemplaza estimaciones complejas por marcadores de rutina: la PTOG de 1 h y 2 h, la relación cintura/talla, el índice TG/HDL o la relación glucemia/triglicéridos, el índice FIB-4 para estimar el riesgo de fibrosis hepática y el cociente albúmina/creatinina urinaria. Esta aproximación integral permite detectar tempranamente el daño de órgano subclínico, reorientar los recursos a los fenotipos de alto riesgo y aplicar una verdadera medicina de precisión en la prevención de las complicaciones crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Unnikrishnan R, Shaw JE, Chan JCN, Wild SH, Peters AL, Orrange S, et al. Prediabetes. Nat Rev Dis Primers. 2025;11:49. doi:10.1038/s41572-025-00635-0.
- Wagner R, Selvin E, Sehgal R, Prystupa K, Misra S, Fritsche A, et al. Beyond glucose—rethinking prediabetes for precision prevention. Diabetes Care. 2026;49(2):226-235. doi:10.2337/dci25-0054.
- Rooney MR, Wallace AS, Echouffo-Tcheugui JB, Fang M, Hu J, et al. Prediabetes is associated with elevated risk of clinical outcomes even without progression. Diabetologia. 2025;68:357-366. doi:10.1007/s00125-024-06315-0.
- Sandforth A, Vázquez-Arreola E, Hanson RL, Wewer-Albrechtsen NJ, Holst JJ, Ahrends R, et al. Prevention of type 2 diabetes through prediabetes remission without weight loss. Nat Med. 2025;31(10):3330-3340. doi:10.1038/s41591-025-03944-9.

Sistema endocannabinoide y síndrome metabólico

María Eugenia Oliva

La creciente prevalencia del síndrome metabólico (SM), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) representa un eje central en la fisiopatología de las enfermedades cardiometabólicas. En este contexto, la identificación de nuevos mecanismos regulatorios y potenciales blancos terapéuticos resulta de gran interés.

El sistema endocannabinoide (SEC) ha emergido como un regulador clave de la homeostasis metabólica. Actualmente, su comprensión ha evolucionado desde la visión clásica centrada en los receptores cannabinoides CB1 y CB2 hacia el concepto de endocannabinoide, una red compleja de mediadores lipídicos, enzimas de síntesis y degradación, y múltiples receptores que modulan procesos metabólicos e inflamatorios.

Los endocannabinoides más estudiados, anandamida (AEA) y 2-araquidonilglicerol (2-AG), participan en la regulación del balance energético, el metabolismo de la glucosa y los lípidos, la función pancreática, la inflamación y el estrés oxidativo. La hiperactividad del SEC observada en la obesidad y el SM se asocia con aumento del apetito, expansión del tejido adiposo, resistencia a la insulina, dislipidemia y acumulación ectópica de lípidos en órganos metabólicamente activos como el hígado.

Además de CB1 y CB2, múltiples componentes forman parte de esta red funcional ampliada, incluyendo el receptor vanilloide tipo 1 (TRPV1), el receptor acoplado a proteína G tipo 55 (GPR55) y los receptores nucleares activados por proliferadores de peroxisomas α y γ (PPAR α y PPAR γ). Estas vías participan en la regulación de la sensibilidad a la insulina, la lipogénesis, la oxidación de ácidos grasos y la respuesta inflamatoria. En este contexto, TRPV1 se asocia con la modulación del equilibrio energético y de la respuesta inflamatoria, contribuyendo a la regulación del estrés oxidativo en tejidos metabólicamente activos. CB2 se asocia principalmente con efectos inmunomoduladores, contribuyendo a la regulación de procesos inflamatorios en contextos metabólicos. En particular, la activación de CB1 favorece la lipogénesis hepática y la progresión de la MASLD, mientras que la modulación de PPAR α y otras vías del endocannabinoide puede contribuir a mejorar la β -oxidación, reducir el estrés oxidativo y atenuar la inflamación asociada a la disfunción metabólica. GPR55 ha sido propuesto como un receptor funcionalmente vinculado al endocannabinoide, con participación en procesos de señalización metabólica e inflamatoria.

La modulación del SEC y del endocannabinoidoma representa una estrategia terapéutica emergente para las enfermedades cardiometabólicas. Diversos cannabinoides y otros compuestos que actúan sobre esta red han mostrado resultados promisorios en modelos preclínicos de obesidad, DM y MASLD. Estos avances abren nuevas oportunidades para el desarrollo de terapias dirigidas a prevenir y tratar las complicaciones asociadas al SM.

BIBLIOGRAFÍA

- Di Marzo V, Silvestri C. Lifestyle and metabolic syndrome: contribution of the endocannabinoidome. *Nutrients*. 2019;11(8):1956. doi:10.3390/nu11081956.
- Dörnyei G, Vass Z, Juhász CB, Namisnyák P, Mózes MM, Pákási M, Kálmán J, Kecskeméti V. Role of the endocannabinoid system in metabolic control processes and in the pathogenesis of metabolic syndrome: an update. *Biomedicines*. 2023;11(2):306. doi:10.3390/biomedicines11020306.
- Iannotti FA, Di Marzo V. The endocannabinoidomes: pharmacological redundancy and promiscuity, and multi-kingdom variety of sources and molecular targets. *Pharmacol Rev*. 2025;77(3):520-589. doi:10.1124/pharmrev.124.000969.
- Degraeve VM, Ingaramo P, Caltana L, et al. Cannabis oil prevents early hepatic fibrosis, inflammation and endothelial dysfunction in a sucrose-rich diet-induced MASLD model: role of cannabinoid receptors. *Med Cannabis Cannabinoids*. 2026. doi:10.1159/000552533.

Salón Atlántico A

SIMPOSIO: Control glucémico en diferentes situaciones biológicas: ¿cuán estrictos hay que ser? ¿Cómo individualizar?

Coordinadora: Susana Apoloni

¿Cuán estrictos hay que ser en niños y adolescentes?

María Gandolfo

Estudios clínicos de referencia demostraron que optimizar el control glucémico reduce las complicaciones vasculares en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2). Al mismo tiempo, debe evitarse aumentar el riesgo de complicaciones agudas, cuidar la calidad de vida, y en niños y adolescentes garantizar un crecimiento y desarrollo adecuados. La educación diabetológica es un pilar fundamental.

Las tecnologías avanzadas, que incluyen el monitoreo continuo de glucosa (MCG) y los sistemas de infusión automatizada de insulina (AID), representan un cambio de paradigma. Estas herramientas disminuyen el riesgo de hipoglucemias graves, corrigen automáticamente hiperglucemias y alivian la carga. Se recomienda utilizarlos independientemente de la edad, el control metabólico o el tiempo de evolución.

En 2024, ISPAD actualizó los objetivos glucémicos en niños y adolescentes:

- El estándar de hemoglobina glicada (HbA1c) se mantiene en $\leq 7,0\%$. Sin embargo, estableció una nueva meta más estricta de $\leq 6,5\%$, en pacientes con acceso a tecnologías avanzadas (MCG o AID) si no impacta negativamente en la calidad de vida. En pacientes con DM2, se fija en $\leq 6,5\%$ desde el diagnóstico, debido al rápido deterioro de las células β y la progresión acelerada de complicaciones asociadas.
- Para el monitoreo con MCG, las metas de TIR proponen más del 70%. No obstante, para alcanzar HbA1c $\leq 6,5\%$, puede requerirse TIR superior al 80%. Adicionalmente, emerge el tiempo en rango estrecho (TITR, 70–144 mg/dL) como métrica de mayor sensibilidad para evaluar variabilidad glucémica.
- En concordancia, para el automonitoreo capilar establece objetivos de 70-144 mg/dL preprandiales y antes de dormir (este último puede flexibilizarse a 180 mg/dL), y 70-180 mg/dL posprandial. Es complementario al MCG o debe realizarse al menos seis veces por día en usuarios de insulina.

Lamentablemente, la mayoría de los pacientes no logra alcanzar los objetivos. Otros factores biopsicosociales y las diferencias en el acceso al sistema de salud determinan los recursos disponibles para el cuidado crónico. Por este motivo, las estrategias clínicas y los objetivos glucémicos deben individualizarse, siendo indispensable reevaluarlos periódicamente para evitar la inercia terapéutica. Es nuestro deber siempre buscar disminuir la brecha entre la realidad clínica y los objetivos glucémicos recomendados lo más temprano posible.

BIBLIOGRAFÍA

- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Glycemic Targets. *Horm Res Paediatr* 2024;97:546–554
- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 14. Children and adolescents: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care* 2026; 49(Suppl. 1): S297–S320
- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024 Diabetes Technologies: Glucose Monitoring. *Horm Res Paediatr* 2024;97:615–635
- Caracotche L, et al. Primer registro multicéntrico de la situación del cuidado de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y adultos jóvenes en la Argentina: características clínicas y de tratamiento. *Revista SAD* 2025; 59 (Sup 2):37-39

¿Cómo individualizar los objetivos glucémicos en el adulto?

Félix Puchulu

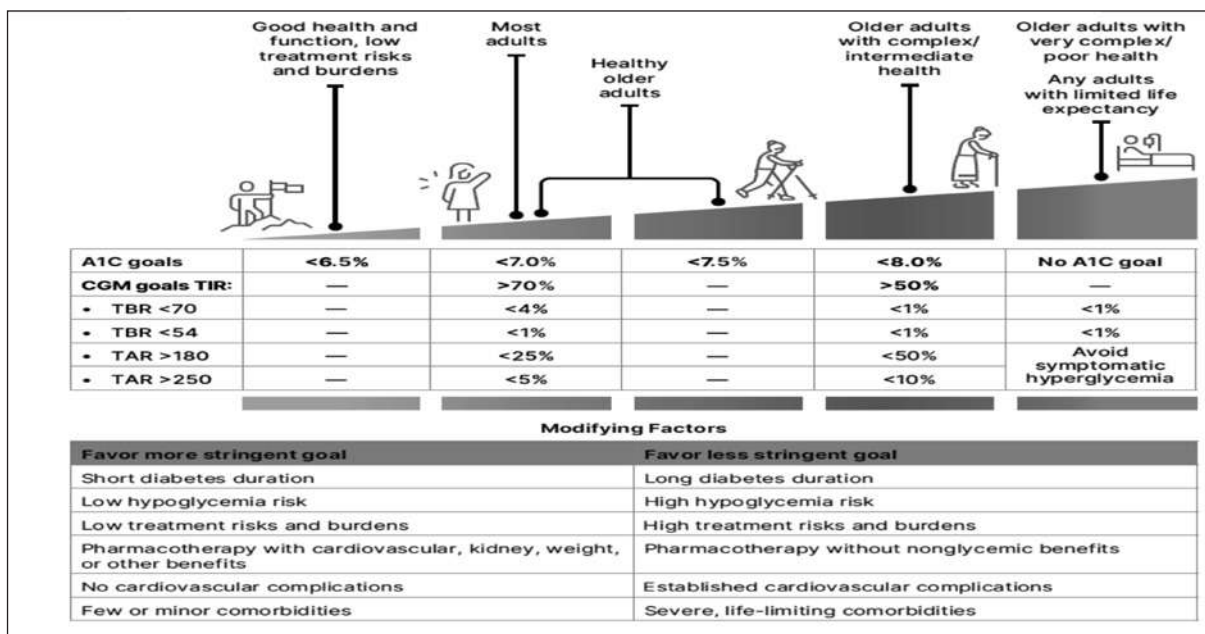
El valor glucémico ha sido el faro del tratamiento de la diabetes mellitus (DM) durante muchos años. Es una manera de considerar el riesgo de progresión principalmente a las complicaciones crónicas micro y macrovasculares, como así también el riesgo de presentar complicaciones agudas. Históricamente la forma de evaluarlo ha sido la hemoglobina glicosilada, un valor duro y con sus limitaciones por su incapacidad de mostrar la variabilidad glucémica, o por no considerar la presencia de situaciones del organismo que podrían ser confusores en la interpretación de los resultados (anemias, hemoglobinopatías, insuficiencia renal crónica, embarazo, uso de eritropoyetina, etc.).

La aparición de los sensores continuos de la glucosa ha determinado un sistema que contempla más la evaluación de la variabilidad de la glucemia, o minimizan la injerencia de esas situaciones de cada individuo que pueden alterar el resultado en la determinación de la HbA1c.

De todas maneras, aunque ambos métodos fueran perfectos, no podemos olvidar que el objetivo difiere en los diferentes individuos, considerando a la persona como una unidad, con sus patologías asociadas, su expectativa de vida, su posibilidad de acceder a la medicación, su capacidad de entender y cumplir con las indicaciones “glucémicamente ideales”, o el riesgo de las complicaciones que pudiera generar, por ejemplo, una hipoglucemia.

Las guías de la ADA/EASD/IDF/NICE, entre otras, brindan una mirada que ayuda a entender que los objetivos terapéuticos son individuales

Las guías y sus recomendaciones son solamente eso: sugerencias que no reemplazan el sentido común, el criterio clínico y las posibilidades reales de obtener el ideal en cada paciente, y es una decisión individual que se tomará en cada consulta.



BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 6. Glycemic goals, hypoglycemia, and hyperglycemic crises: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S132-S149. doi:10.2337/dc26-S006.
- Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck RW, Biester T, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019;42(8):1593-1603. doi:10.2337/dci19-0028.
- International Diabetes Federation. Global guideline for managing older people with type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2013.
- National Institute for Health and Care Excellence. Type 2 diabetes in adults: management. NICE guideline NG28 [Internet]. London: NICE; 2015 [updated 2026 Feb 18; cited 2026 Aug 7]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>.

¿Cuáles son los principales desafíos en el manejo glucémico del adulto mayor?

Carina Parisi

Las metas de A1C para los adultos mayores se ajustan de manera individualizada, basándose principalmente en el estado de salud, la presencia de enfermedades crónicas coexistentes y la capacidad cognitiva y funcional del paciente. El objetivo es equilibrar los beneficios del control glucémico a largo plazo con los riesgos inmediatos, especialmente el de la hipoglucemia¹.

Según los Estándares de Atención 2026, los ajustes se categorizan de la siguiente manera:

- **Adultos mayores sanos.** Para aquellos con pocas enfermedades crónicas coexistentes y un estado cognitivo y funcional intacto, se sugieren metas de A1C <7,0% a 7,5%. Estas personas suelen tener una mayor esperanza de vida y pueden realizar tareas complejas de autocuidado de forma segura.

- **Adultos mayores con salud compleja o intermedia.** Para pacientes con múltiples enfermedades crónicas coexistentes, deterioro cognitivo leve a moderado, dos o más deficiencias en las actividades de la vida diaria, las metas son menos estrictas, recomendándose una A1C <8,0%. En este grupo se prioriza evitar la hipoglucemia debido a que las comorbilidades pueden afectar la capacidad de respuesta y autocuidado.

- **Adultos mayores con salud muy compleja o estado de salud deficiente.** En casos de pacientes en cuidados a largo plazo, con enfermedades crónicas en etapa terminal o deterioro cognitivo de moderado a grave, se recomienda evitar la dependencia de la A1C. En su lugar, el manejo glucémico debe centrarse exclusivamente en evitar la hipoglucemia y la hiperglucemia sintomática. Se considera que estos pacientes reciben beneficios mínimos de un control estricto y el riesgo de daños por el tratamiento es mayor¹.

También se recomienda la iniciación temprana de la tecnología, como el monitoreo continuo de glucosa, tanto en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como en DM2 con uso de insulina.

Con respecto al tratamiento farmacológico y las comorbilidades, en adultos con DM2 y riesgo cardiovascular o renal, el tratamiento debe incluir fármacos con beneficios demostrados, como los inhibidores de SGLT2 y los agonistas del receptor de GLP-1, independientemente de la A1C basal. Asimismo, la obesidad se reconoce como un objetivo primario del tratamiento, recomendando fármacos como la tirzepatida o la semaglutida para el manejo del peso².

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S1-S371.
2. Sanz-Cánovas J, López-Sampalo A, Cobos-Palacios L, Ricci M, Hernández-Negrín H, Mancebo-Sevilla JJ, et al. Management of type 2 diabetes mellitus in elderly patients with frailty and/or sarcopenia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8677. doi:10.3390/ijerph19148677.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: La educación a edades tempranas: ¿cómo empezar de la mejor manera?

Coordinadora: Natalia Dascani

Actualización en educación y tecnología

Florencia Grabois

La incorporación del monitoreo continuo de glucosa (MCG) y de los sistemas automatizados de administración de insulina ha transformado el tratamiento de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), permitiendo un abordaje más preciso y adaptado a las características de cada persona.

La evidencia demuestra que estas tecnologías no solo optimizan los objetivos glucémicos, sino que mejoran la calidad de vida y disminuyen la carga del tratamiento, entendida como el conjunto de demandas físicas, cognitivas y emocionales que implica el manejo diario de la DM, con un impacto positivo en el bienestar del niño y sus cuidadores.

No obstante, los beneficios clínicos de estas herramientas dependen de su integración con programas de educación diabetológica para el automanejo (EDAM) estructurados, continuos y centrados en el niño, el adolescente y sus cuidadores. La EDAM constituye un componente esencial del tratamiento integral al promover la adquisición de conocimientos, competencias y habilidades necesarias para interpretar la información proporcionada por la tecnología, tomar decisiones terapéuticas fundamentadas y desarrollar un autocuidado seguro.

Los programas de EDAM que integran el análisis sistemático de los datos del MCG y la retroalimentación periódica del equipo de salud se asocian con reducciones de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), incremento del tiempo en rango (TIR) y mayor adherencia al tratamiento.

La evidencia disponible respalda el rol de la EDAM como un componente indispensable de la atención de la DM1 en la era de las tecnologías. Su integración con las innovaciones terapéuticas favorece un uso apropiado de los dispositivos y contribuye a mejorar los resultados metabólicos y la calidad de vida de los niños, adolescentes y sus cuidadores.

En la Argentina, el desafío consiste en ampliar el acceso equitativo a las tecnologías y consolidar modelos educativos adaptados a las necesidades de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Tauschmann M, Cardona-Hernández R, DeSalvo DJ, Hood KK, Laptev DN, Lindholm Olinder A, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Diabetes technologies: Glucose monitoring. *Pediatr Diabetes*. 2024;25(Suppl 31):S197–S224. doi:10.1111/pedi.13770
- Cardona-Hernández R, Schwandt A, Alkandari H, Bratke H, Chobot A, Coles N, et al. Glycemic outcome associated with insulin pump and glucose sensor use in children and adolescents with type 1 diabetes. Data from the International pediatric registry SWEET. *Diabetes Care*. 2021; 44(5):1176–84. doi:10.2337/ dc20-1674.

Campamentos como estrategia educativa

Lidia Caracotche

La modalidad de educación diabetológica en campamentos (CED) se inició 3 años luego del descubrimiento de la insulina, cuando en 1925 el Dr. Leonard Wendt realizó el primer campamento para niños con diabetes mellitus (DM) en Michigan (Estados Unidos). Tres años más tarde, Clara Barton organizó el campamento para niñas con DM en North Oxford, Massachussets (Estados Unidos). Luego se expandió a distintas partes de ese país y al mundo. En 1951 apareció la primera publicación en *Jama Pediatrics* sobre CED. En 1989, la OMS, en la declaración de St, Vincent, propuso a los CED como una modalidad educativa para las técnicas de autocontrol y el apoyo psicológico.

Distintos metaanálisis muestran que la HbA1c, el conocimiento acerca de la enfermedad, la calidad de vida y la ansiedad mejoran sus parámetros posteriores al CED (*Pediatrics Diabetes* 2020) y otros estudios sobre el mejor control metabólico y la calidad de la nutrición (*Nutrients* 2024). En 2011, la ADA en estableció directrices sobre garantizar la seguridad clínica y potenciar el desarrollo biopsicosocial de sus participantes.

La Federación Argentina de Diabetes (FAD) desde 1973 inició esta actividad educativa, siendo multitudinaria con años. El CENEXA, liderado por los Dres. Gagliardino, Dexter y Figueroa Sobrero han realizado con gran éxito CED. Estos entornos diseñados para combinar actividades recreativas con una educación intensiva sobre el autocuidado brindan al paciente y su familia una experiencia enriquecedora sobre el conocimiento de la enfermedad.

El equipo multidisciplinario debe tener conocimiento previo para su análisis y organizar grupos por edad de los datos filiatorios, certificado del médico tratante, datos antropométricos, fecha de debut y forma de presentación de la DM, tipo de edu-

cación que recibió el paciente, método de automonitoreo, régimen de insulina (tipo, esquema, dosis), antecedentes de CAD o hipoglucemia grave en los últimos 6 meses, HbA1c de los últimos 6 meses, enfermedades asociadas, consumo de fármacos por otras causas, restricciones alimentaria, si practica actividad física o deporte. El equipo a cargo consta del médico pediatra especializado en Diabetes, Lic. en Psicología, Educadora en DM, Prof. de Educación Física, Lic. en Nutrición y líderes con DM1, enfermería y centros de referencia de complejidad para derivación de participantes ante patologías agudas.

Las actividades deben respetar el cronograma propuesto, llevar registro y tener tiempo de actividad lúdica. La independencia es uno de los objetivos. Instalar habilidades prácticas como hábito y anticipar las acciones en los más pequeños; en escolares y adolescentes, promover la participación activa en el proceso de aprendizaje sobre el reconocimiento de la hipo e hiperglucemia, la alimentación saludable y el conteo de hidratos de carbono, las insulinas, la actividad física, las emociones en los juegos o dibujos, y el uso de nuevas tecnologías diagnósticas y tratamiento. Además, evaluar el contexto social y cultural de los participantes y conectar con pares con la misma condición médica.

Los CED deben cumplir los más altos estándares de seguridad clínica, ponderando que las actividades lúdicas estén respaldadas por profesionales capacitados.

Analfabetismo y diabetes. Estrategias de abordaje

Gabriel Lijteroff

El analfabetismo, en cualquier persona, margina y limita la inclusión laboral y social. Pero en quien tiene diabetes mellitus (DM), además, constituye un escollo terapéutico severo y frecuentemente inadvertido, pues por tratarse de una circunstancia vergonzante, rara vez es referida esta limitación espontáneamente.

Este grupo de pacientes, por carencia de conocimientos alfanuméricos elementales, no puede realizar su automonitoreo y registrar sus resultados; entender las indicaciones y cumplirlas en tiempo y forma, autoadministrarse la insulina e interpretar el material informativo, asistir en tiempo y forma a las consultas si no cuentan con un tercero que los acompañe lo que se traduce en ausentismo, o concurrencia en días u horarios equivocados.

En la mayoría de los casos, su condición limita su inserción laboral y, en consecuencia, las posibilidades de acceder a las pautas de estilo de vida que se recomiendan. Esta situación atenta contra el cumplimiento del tratamiento y lo vuelve más vulnerable a presentar complicaciones.

Ante esta realidad, elaboramos estrategias de perfilado de analfabetismo en la consulta, un abordaje terapéutico especial en este grupo de pacientes al instaurar insulino terapia, toma de fármacos y estilo de vida. Exponemos la experiencia y resultados tras 25 años de la creación del plan de alfabetización de adultos con DM, desde la Unidad de Diabetología del Hospital Santamarina de Monte Grande, Buenos Aires, con título oficial de primaria, currícula biológica al cuidado integral de la salud y habilidades en el cuidado de su DM. Entre los participantes del plan, se desarrollaron en distintos estudios de intervención, que es de destacar tuvieron una “n” reducida. En ellos^{1,2}, se destacan beneficios en habilidades y control metabólico.

El analfabetismo es un escollo terapéutico no siempre contemplado e investigado. La pesquisa, intervención educativa para adaptar el tratamiento en este perfil, redundó en beneficio de la población estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lijteroff G, Lofiego G, D'Almeida H. Plan de alfabetización de personas adultas con diabetes en Esteban Echeverría: a 7 años de su implementación. Rev Soc Argent Diabetes. 2007;41(4).
2. Lijteroff G. HbA1c results after one year of intensive educational intervention in illiterate adult patients with type 2 diabetes in Argentina. Public Health Discourse. 2024;1(1):46.

Salón Teatro

SIMPOSIO: Diabetes atípicas. Claves para un diagnóstico certero

Coordinadora: Liliana Trifone

MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*)

Alejandro de Dios

La diabetes monogénica tipo MODY (*Maturity-Onset Diabetes of the Young*) constituye la forma más frecuente de DM monogénica y representa entre el 1% y el 5% de todos los casos de DM. A pesar de los importantes avances en genética molecular, continúa siendo una enfermedad subdiagnosticada; se estima que más de la mitad de los pacientes permanecen sin diagnóstico o reciben una clasificación errónea como DM1 o DM2. En los últimos años, la incorporación de la secuenciación de nueva generación (NGS), el reconocimiento de nuevos genes asociados y una mejor comprensión de la heterogeneidad fenotípica han modificado sustancialmente el paradigma diagnóstico.

Actualmente, la sospecha clínica continúa siendo el principal punto de partida, aunque los criterios tradicionales han evolucionado. Si bien la edad de inicio, la historia familiar con patrón autosómico dominante, la ausencia de autoinmunidad y la preservación de la secreción endógena de insulina siguen siendo pilares fundamentales, hoy se reconoce que la penetrancia incompleta, la expresividad variable y la coexistencia con obesidad o insulinoresistencia pueden enmascarar el diagnóstico. En este contexto, la integración de datos clínicos, bioquímicos, inmunológicos y genéticos resulta esencial para optimizar la indicación de estudios moleculares y mejorar el rendimiento diagnóstico.

El diagnóstico genético ha dejado de ser exclusivamente confirmatorio para transformarse en una herramienta con impacto directo sobre la conducta clínica. La identificación del gen responsable permite seleccionar el tratamiento más apropiado, evitar terapias innecesarias, estimar el pronóstico, detectar manifestaciones extrapancreáticas y realizar asesoramiento genético familiar. Mientras que los pacientes con variantes en GCK generalmente no requieren tratamiento farmacológico, aquellos con variantes en HNF1A o HNF4A presentan una elevada sensibilidad a las sulfonilureas, y los portadores de HNF1B requieren una evaluación integral debido a su compromiso renal y extrapancreático. Paralelamente, el descubrimiento de nuevos genes asociados con DM monogénica y la reinterpretación continua de variantes genéticas plantean nuevos desafíos para la práctica clínica.

Esta disertación revisará la evidencia más reciente sobre cuándo sospechar MODY, qué pacientes deben acceder a estudios genéticos, cómo interpretar los resultados moleculares y de qué manera la medicina de precisión está modificando el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de estas personas. Asimismo, se analizarán las barreras actuales para el acceso al diagnóstico genético en Latinoamérica y las oportunidades para implementar estrategias de detección más eficientes en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- de Dios A, López A, Frechtel GD, et al. Clínica y tratamiento de la diabetes tipo MODY. *Rev Soc Argent Diabetes*. 2014;48(3):130-138.
- Hattersley AT, Ellard S, Colclough K, et al. Monogenic diabetes: advances in diagnosis and precision management. *Diabetologia*. 2025;68(11):2362-2373.
- Cobry EC, Steck AK. Review of monogenic diabetes: clinical features and precision medicine in genetic forms of diabetes. *Diabetes Technol Ther*. 2025;27(2):83-94.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).

LADA (diabetes autoinmune latente del adulto)

Pablo Avila

La diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) es un tipo de diabetes (DM) de progresión lenta de causa autoinmune con características similares a la DM1 y a la DM2, lo que con frecuencia ocasiona errores diagnósticos y por lo tanto retraso en el inicio de la insulino terapia. Por este motivo, en el caso de aquellos pacientes adultos con fenotipo atípico a la DM2 se recomienda hacer un cribado de anticuerpos en forma temprana para un diagnóstico preciso y una terapia adecuada¹.

Tuomi et al. identificaron anticuerpos antidescarboxilasa del ácido glutámico (GADA) en pacientes adultos que no requieran insulina en el comienzo hace más de 30 años. Sin embargo, al día de hoy, su criterio diagnóstico y su categorización como una variante de la DM1 siguen siendo motivo de discusión².

La presencia de otras enfermedades autoinmunes en forma concomitante condiciona el pronóstico de los pacientes con diagnósticos de LADA, lo cual refuerza la necesidad de una evaluación holística, evitando tomar un enfoque glucocéntrico³.

Existe evidencia de que el riesgo cardiovascular de estos pacientes está incrementado, incluso cuando lo comparamos con otros tipos de DM clásicos como la DM1 y la DM2; por esto mismo se sugiere que deberían tener una estratificación de riesgo diferente a lo establecido⁴.

Dada la heterogeneidad de estos pacientes, las estrategias terapéuticas tienen un futuro prometedor más allá de la insulina. Por ejemplo, análisis *post hoc* del estudio SURPASS en pacientes con GADA positivo mostraron mejoras tanto en la hemoglobina glicosilada como en el peso corporal con el tratamiento con tirzepatida, abriendo una puerta de oportunidades para explorar otras alternativas clínicas⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lundholm MD, et al. Latent autoimmune diabetes in adults: Not type 1, not type 2, a little of both. *Cleve Clin J Med*. 2025;92(12):757-763. doi:10.3949/ccjm.92a.25069.
2. Lee JJ, Buzzetti R, Leslie RD, Pozzilli P. LADA 30th anniversary: A growing form of diabetes with persistent unresolved questions. *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3800. doi:10.1002/dmrr.3800.
3. Santos C, Wei Y, Ahlqvist E, Tuomi T, Carlsson S. Autoimmune diseases and the risk and prognosis of latent autoimmune diabetes in adults. *Diabetologia*. 2025;68(2):331-341. doi:10.1007/s00125-024-06303-4.
4. Golomb RC, Tittel SR, Welters A, et al. Increased cardiovascular risk in people with LADA in comparison to type 1 diabetes and type 2 diabetes: findings from the DPV registry in Germany and Austria. *Diabetes Obes Metab*. 2025;27(2):563-573. doi:10.1111/dom.16048.
5. Peters AL, Buzzetti R, Lee CJ, et al. Improved HbA1c and body weight in GADA-positive individuals treated with tirzepatide: a post hoc analysis of SURPASS. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(4):e962-e969. doi:10.1210/clinem/dgae372.

Diabetes relacionada con fibrosis quística

Florencia Miari

La diabetes relacionada con la fibrosis quística (DRFQ) es la comorbilidad metabólica más frecuente en la fibrosis quística (FQ) y constituye una entidad diferente de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y DM2.

En los pacientes con FQ e insuficiencia pancreática exocrina existe una deficiencia progresiva de la secreción de insulina que favorece el desarrollo de intolerancia a la glucosa y, posteriormente, de DRFQ. Aunque esta es poco frecuente en menores de 10 años, hasta un tercio de ellos presenta alteraciones en la tolerancia a la glucosa. Se estima que aproximadamente el 50% de las personas con FQ desarrollará DRFQ antes de los 30 años.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la respuesta de insulina tras una sobrecarga de glucosa o una comida es insuficiente y retardada, mientras que la secreción basal suele mantenerse relativamente conservada. Además, alteraciones glucémicas que no alcanzan los criterios diagnósticos clásicos de DM ya pueden asociarse con deterioro del estado nutricional, disminución de la función pulmonar y peor evolución clínica.

Las recomendaciones actuales aconsejan realizar un cribado anual en todas las personas con FQ mayores de 10 años, utilizando la prueba de tolerancia a la glucosa oral. El monitoreo continuo de glucosa surge como una herramienta prometedora para la detección precoz de alteraciones glucémicas, mientras que la hemoglobina glicosilada presenta baja sensibilidad.

El tratamiento de la DRFQ busca optimizar el control glucémico, preservar el estado nutricional y mantener la función pulmonar. Por este motivo, el inicio precoz de la insulinoterapia es beneficioso incluso en etapas de prediabetes o antes de alcanzar los criterios diagnósticos convencionales. El abordaje temprano es clave para detener el deterioro clínico y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Royal Brompton Hospital. Clinical guidelines: care of children with cystic fibrosis. London: Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust; 2026.
- Ode KL, Ballman M, Battezzati A, Brennan A, Chan CL, Hameed S, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: management of cystic fibrosis-related diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(8):1212-1228. doi:10.1111/pedi.13429.
- Grupo de Trabajo sobre Diabetes y Fibrosis Quística del Reino Unido. Manejo de la diabetes en la fibrosis quística: informe del Grupo de Trabajo sobre Diabetes y Fibrosis Quística del Reino Unido. Londres: Cystic Fibrosis Trust; 2022.

10:30 a 11:15 h

Salón Las Américas

CONFERENCIA: Desde los grandes *trials* a la práctica clínica

Disertantes: León Litwak, Mabel Ferraro, Isaac Sinay y Víctor Commendatore

Los primeros y principales protocolos y sus legados

León Litwak

Los tres principales ensayos clínicos que establecieron los niveles de glucemia de ayuno/posprandiales y de HbA1c para evitar y/o retrasar el inicio/progresión de las complicaciones micro y macrovasculares introduciendo el concepto de "legado/memoria metabólica" fueron: El *Control and Complications Trial* (DCCT: 1983-1993) con su seguimiento *Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications* (EDIC), el Estudio Kumamoto en DM2 (1990-2000) y el UKPDS y su monitoreo posterior hasta 24 años después (1977-1997).

DCCT

Seguimiento a 1.441 participantes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), mitad bajo terapia intensiva (logrando HbA1c ~7%) y el resto con terapia convencional (manteniendo HbA1c ~9%). Esto redujo el riesgo de desarrollo/progresión de complicaciones microvasculares entre 35% y 76%, demostrando efectos beneficiosos tempranos del tratamiento intensivo frente al convencional sobre complicaciones (micro y macrovasculares) persistiendo años después a pesar de la convergencia de los niveles de HbA1c en 8% en ambos grupos ("memoria metabólica").

Estudio Kumamoto

Ciento diez pacientes sin retinopatía (prevención primaria) y 55 con retinopatía simple (intervención secundaria) fueron asignados a terapéutica intensificada versus esquemas convencionales. Ambas cohortes (primaria y secundaria) mostraron empeoramiento de retinopatía, nefropatía y neuropatía si se encontraban por encima de HbA1c 6,5%, glucosa en ayunas 110 mg/dl y glucemia posprandial a las 2 horas 180 mg/dl.

UKPDS

Incluyó a 5.102 pacientes entre 1977 y 1991, asignados a control intensivo (sulfonilurea o insulina, o metformina si tenían sobrepeso) o a control convencional (dieta). El control intensivo redujo significativamente las complicaciones microvasculares y tuvo un "efecto legado" en las complicaciones microvasculares, observado también con el control de la presión arterial. Control glucémico intensivo temprano (sulfonilurea, insulina o metformina), comparado con control convencional, confiere reducción del riesgo de muerte e infarto de miocardio que dura casi toda la vida.

El nivel de la HbA1c <7% se adoptó a nivel mundial como objetivo terapéutico para pacientes con DM1 y DM2 generando pautas que mejoraron la supervivencia y la calidad de vida de millones de personas. El umbral para prevenir el inicio y la progresión de estas complicaciones deberían ser una HbA1c <6,5%, glucosa en ayunas <110 mg/dl y glucosa posprandial a las 2 horas <180 mg/dl. Lograr valores cercanos a la normoglucemia inmediatamente después del diagnóstico podría ser esencial para minimizar el riesgo de complicaciones relacionadas con la DM.

BIBLIOGRAFÍA

- The NIDDK Takes on the Complications of Type 1 Diabetes: The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study. *Diabetes Care*. 2025;48:1089-1100. doi:10.2337/dc24-2885.
- Shichiri M, et al. Long-term results of the Kumamoto Study on optimal diabetes control in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2000;23(Suppl 2):B21-B29.
- Adler AI, Coleman RL, Leal J, Whiteley WN, Clarke P, Holman RR. Post-trial monitoring of a randomised controlled trial of intensive glycaemic control in type 2 diabetes extended from 10 years to 24 years (UKPDS 91). *Lancet*. 2024;404.

Diferencias entre la diabetes de inicio juvenil o de inicio en la edad adulta

Mabel Ferraro

En el Estudio DCCT, el 14% de los participantes eran adolescentes de entre 13 y 18 años de edad demostrando los beneficios del tratamiento optimizado. Con el EDIC se generó el concepto de memoria metabólica. El control metabólico

de los adolescentes fue más dificultoso con una HbA1c1 punto mayor que en adultos. Un elemento novedoso que cambio los objetivos de control metabólico en pediatría fue evidenciar que tanto la hipo como la hiperglucemia podían asociarse a deterioro cognitivo en un cerebro en desarrollo.

Con la aparición de los primeros casos de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en pediatría en la década de 1990, el *Digested and Digestivas Renales Diseases* (NIDDK) lanzó estudios multicéntricos: 1) el *SEARCH for Diabetes in Youth* para describir su epidemiología; 2) el *Treatment Options for Type 2 Diabetes in Adolescents and Youth* (TODAY) para comprender la fisiopatología e identificar opciones de tratamiento; 3) el *Restoring Insulin Secretion* (RISE) para comparar las respuestas al tratamiento de la DM2 de inicio juvenil y de inicio en la edad adulta.

En el estudio TODAY, independientemente de la intervención terapéutica, la baja función basal de las células β , y no la sensibilidad a la insulina, predijo el fracaso terapéutico y la aparición precoz de complicaciones micro y macrovasculares. Dada la alta tasa de deterioro de las células β , el NIDDK financió el estudio RISE con intervenciones diseñadas para preservar o mejorar la función de las células β , tanto en adultos como en jóvenes con prediabetes o DM2 de reciente diagnóstico, y valorar sus diferencias. En el RISE, los jóvenes tenían menor sensibilidad a la insulina y aclaramiento de insulina y respuestas secretoras de células β mucho mayores (respuestas agudas, de estado estable y máximas de péptido C e insulina) que los adultos. La función de las células β en jóvenes disminuyó notablemente durante 12 meses de tratamiento, en contraste con los adultos.

Actualmente el *Discovery of Risk Factors for Type 2 Diabetes in Young People* (DISCOVERY) recluta a jóvenes en riesgo antes del diagnóstico de DM2 para identificar “quién, cuándo y cómo” desarrollará la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Nathan DM; DCCT/EDIC Research Group. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study at 30 years. *Diabetes Care*. 2014;37(1):9-16.
- Copeland KC, Zeitler P, Geffner M, et al.; TODAY Study Group. Characteristics of adolescents and youth with recent-onset type 2 diabetes: the TODAY cohort at baseline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(1):159-167.
- Buse JB, D'Alessio DA, Riddle MC. Can we RISE to the challenge of youth-onset type 2 diabetes? *Diabetes Care*. 2018;41(8):1560-1562. doi:10.2337/dci18-0025.
- RISE Consortium. Metabolic contrasts between youth and adults with impaired glucose tolerance or recently diagnosed type 2 diabetes: I. Observations using the hyperglycemic clamp. *Diabetes Care*. 2018;41(8):1696-1706.
- Nadeau KJ, Mayer-Davis EJ, Dabelea D, et al.; SEARCH, TODAY, RISE, and DISCOVERY Study Groups. Youth-onset type 2 diabetes: what we've learned from key youth-onset type 2 diabetes studies, what we still don't know, and why it is important. *Diabetes Care*. 2025;48(7):1136-1149. doi:10.2337/dc25-0001.

Evidencias clásicas vigentes para cardio-reno-protección en la actualidad

Dr. Isaac Sinay

Look AHEAD¹ (2001-2012) aleatorizó 5.145 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) obesos a cambios de estilo de vida (I) versus soporte y educación diabetológica (C). El objetivo primario compuesto (OP) (muerte cardiovascular, infarto de miocardio/stroke no fatales u hospitalización por angina) fue neutro a los 9.6 años (interrupción temprana por futilidad (I)). mejoró factores de riesgo (FR) para cardio-reno-protección (CRP) versus C y el OP neutro podría asociarse a breve duración de la DM2, riesgo prospectivo moderado de la población aleatorizada y mayor empleo de estatinas y antihipertensivos con mejor perfil lipídico en C. Además, los pacientes que redujeron >10% de peso en el primer año del estudio² (53% de I), redujo significativamente el OP (HR 0.79 CI 95% 0.64-0.98) destacando el impacto de magnitud y velocidad en la reducción de peso.

Steno-2³ (1993-2001) aleatorizó 160 pacientes DM2 con microalbuminuria a tratamiento multifactorial intensivo (I) versus intervención convencional (C) de acuerdo con las guías dinamarquesas para FR. OP: muerte cardiovascular, infarto de miocardio/stroke no fatales, revascularización o amputación, y entre los objetivos secundarios/terciarios, muerte por todas las causas y objetivos microvasculares. Se emplearon CEV, metformina, gliclazida, metformina/gliclazida, insulina, estatinas, fibratos, (i) ECA o BRAA, diuréticos, bloqueantes cálcicos, β -bloqueantes y aspirina. Finalizado el estudio (8 años), redujo significativamente el OP (0.47 CI 0.22-0.74; p=0,001) y microvasculopatía excepto neuropatía periférica versus C. Luego comenzó un seguimiento con todos los pacientes recibiendo incluidas drogas actualmente disponibles para CRP en los 2/5 años previos a los 21 años de seguimiento⁴ momento en el que sin diferencias significativas en FR y pese a 13 años de optimización el OP ocurrió luego de 16,1 años en la rama previamente versus 8.1 años antes en C (95% CI 4,0-12,6 años) y con eventos microvasculares también significativamente favorables para tener una supervivencia 7,9 años mayor que C. Esto destaca que aun con medicación tradicional se puede acceder a CRP si se actúa intensiva y multifactorialmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013;369(2):145-154.
2. Gregg EW, Look AHEAD Research Group. Association of the magnitude of weight loss and physical fitness change with long-term cardiovascular disease outcomes: the Look AHEAD Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(11):913-921.
3. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348(5):383-393.
4. Gaede P, Oellgaard J, Carstensen B, et al. Years of life gained by multifactorial intervention in patients with type 2 diabetes mellitus and microalbuminuria: 21 years follow-up on the Steno-2 randomised trial. *Diabetologia*. 2016;59(11):2298-2307.

Prediabetes: ¿entidad nosológica o diabetes temprana?

Víctor Commendatore

Existen trabajos paradigmáticos en diabetes (DM) que marcan hitos en la comprensión de esta patología altamente compleja y prevalente.

En 2007 el *Diabetes Prevention Program Research Group* (DPP) publicó el trabajo “Prevalencia de retinopatía en casos de tolerancia alterada a la glucosa y DM de reciente diagnóstico”. En este estudio se detectó, luego de una media de 3,1 años de seguimiento, retinopatía (RD) en el 12,6% de quienes desarrollaron DM y en el 7,9% de los que no la desarrollaron ($p=0,03$), concluyendo que la RD puede estar presente desde la prediabetes. Sus autores comentaron en la discusión: “la caracterización más cuidadosa de la glucemia a largo plazo en la cohorte del DPP y la documentación de la retinopatía en el estado prediabético respaldan la idea de que esta puede ocurrir en un continuo más amplio de glucemia que el que abarcan los criterios diagnósticos actuales. Yendo más profundo, afirmaron que “estos hallazgos sugieren que los criterios diagnósticos actuales para la DM, basados predominantemente en el riesgo asociado de retinopatía, pueden requerir una reconsideración”¹.

El mismo grupo publicó en 2022 el estudio “Factores de riesgo para el desarrollo de retinopatía en la prediabetes y la DM2”. Allí se puso de manifiesto que, 20 años después de la asignación aleatoria, el 14% de los que seguían sin desarrollar DM ya presentaba RD, una prevalencia similar a la de aquellos que habían desarrollado DM a los 3 años. Esto demuestra que el tiempo de exposición a la noxa es un elemento crucial en el análisis de esta patología².

Pasando al terreno macrovascular, el DECODE Study Group publicó el trabajo “¿Es relevante la definición actual de DM para el riesgo de mortalidad por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares?”, concluyendo que la relación entre mortalidad y glucemia es continua y no posee un umbral biológico definido³.

Finalmente, un subestudio del ACCORD titulado: “El índice de glicación de la hemoglobina identifica subpoblaciones con riesgos o beneficios derivados del tratamiento intensivo” demostró que aquellos pacientes que glicaban más a un mismo nivel glucémico sufrían una mayor mortalidad en el grupo de tratamiento intensivo. El cálculo del índice de glicación de la hemoglobina al inicio del estudio permitió identificar subpoblaciones que experimentaron perjuicios derivados del control glucémico estricto⁴.

Deberíamos meditar profundamente sobre estos datos -para nada nuevos- que cuestionan con solidez los criterios diagnósticos actuales de la DM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabet Med*. 2007 Feb;24(2):137-44. doi: 10.1111/j.1464-5491.2007.02043.x. PMID: 17257275; PMCID: PMC2267935.
2. White NH, Pan Q, Knowler WC, Schroeder EB, Dabelea D, Chew EY, Blodi B, Goldberg RB, Pi-Sunyer X, Darwin C, Schiögl M, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Outcome Study (DPPPOS) Research Group. Risk Factors for the Development of Retinopathy in Prediabetes and Type 2 Diabetes: The Diabetes Prevention Program Experience. *Diabetes Care*. 2022 Nov 1;45(11):2653-2661. doi: 10.2337/dc22-0860. PMID: 36098658; PMCID: PMC9679265.
3. DECODE Study Group, European Diabetes Epidemiology Group. Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and noncardiovascular diseases? *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):688-96. doi: 10.2337/diacare.26.3.688. PMID: 12610023.
4. Hempe JM, Liu S, Myers L, McCarter RJ, Buse JB, Fonseca V. The hemoglobin glycation index identifies subpopulations with harms or benefits from intensive treatment in the ACCORD trial. *Diabetes Care*. 2015 Jun;38(6):1067-74. doi: 10.2337/dc14-1844. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25887355; PMCID: PMC4439529.

11:45 a 12:45

Salón Courrier Atlántico

MESA LATINOAMERICANA: Nuevos tratamientos en diabetes ¿qué tenemos y a qué accedemos en Latinoamérica?

Coordinadora: Carla Musso

Andrea Ortiz (Uruguay)

En Uruguay, el acceso a fármacos y tecnología debe analizarse en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado por Ley N.º 18.211. Este sistema articula prestadores públicos y privados bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP), con prestaciones obligatorias definidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS). Su financiamiento proviene de aportes de trabajadores, empleadores y del Estado al Fondo Nacional de Salud (FONASA). La Junta Nacional de Salud (JUNASA) regula el cumplimiento del contrato de gestión de los prestadores y el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) establece los fármacos de cobertura obligatoria.

El PIAS garantiza la atención integral de las personas con diabetes mellitus (DM), incluyendo diagnóstico, seguimiento, educación, prevención de complicaciones, apoyo nutricional y de enfermería, evaluación oftalmológica, cardiovascular y renal, estudios de laboratorio, hospitalización y atención de urgencia.

La cobertura obligatoria comprende glucómetros, tiras reactivas, metformina, repaglinida y sulfonilureas, insulina regular y NPH, lapiceras, agujas y glucagón.

En 2025 el Decreto N.º 113/024, incorporó al FTM los análogos basales glargina y detemir para pacientes con criterios específicos.

Los agonistas GLP-1, agonistas duales, iSGLT-2, iDPP-4, análogos rápidos y análogos basales de segunda generación permanecen fuera del FTM y su acceso depende del financiamiento individual y de políticas institucionales.

El Decreto N.º 116/024 incorpora al PIAS el monitoreo continuo de glucosa (MCG) para personas con DM1 hasta los 21 años. En adultos no gestantes, el acceso no está financiado.

El Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución pública no estatal, financia procedimientos, medicamentos y tecnologías de alto costo, cubriendo los sistemas de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) y sus insumos entre los 2 y 21

años, con selección del dispositivo según peso y dosis diaria de insulina, en menores de 2 años; cada caso debe individualizarse. Asimismo, gestiona la cobertura del MCG para embarazadas mayores de 21 años con DM1 o DM2 con múltiples dosis de insulina.

El marco normativo en Uruguay avanza con iniciativas parlamentarias para extender la cobertura del MCG sin límite de edad y ampliar el acceso a bombas de insulina y sistemas automatizados según riesgo clínico.

La principal brecha radica en el acceso a fármacos con beneficio cardio-reno-metabólico demostrado, y en la continuidad de prestaciones tecnológicas superado el límite etario establecido.

Uruguay dispone de innovación y tecnología; el desafío es garantizar un acceso sostenible, continuo y equitativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/formulario-terapeutico-de-medicamentos-FTM>
- Fondo Nacional de Recursos. Infusión subcutánea continua de insulina (ISCI): normativa de cobertura [Internet]. Montevideo: Fondo Nacional de Recursos; 2025. Disponible en: https://www.fnr.gub.uy/wp-content/uploads/2014/05/n_bomba_insulina.pdf
- Uruguay. Poder Ejecutivo. Decreto N.º 113/024: incorporación de la insulina glargina y la insulina detemir al Formulario Terapéutico de Medicamentos [Internet]. Montevideo: IMPO; 2024. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/113-2024>
- Uruguay. Poder Ejecutivo. Decreto N.º 116/024: incorporación del sistema de monitoreo continuo de glucosa al Plan Integral de Atención a la Salud [Internet]. Montevideo: IMPO; 2024. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/116-2024>

Acceso a terapias para la diabetes en Bolivia: avances, brechas y desafíos

Lucía Lijeron (Bolivia)

La diabetes mellitus (DM) representa uno de los principales desafíos para el sistema de salud boliviano. En los últimos años se han incorporado nuevas opciones terapéuticas y tecnologías para el tratamiento de la DM1 y DM2, incluyendo análogos de insulina, sistemas de monitoreo continuo de glucosa (MCG) y fármacos con demostrado beneficio cardiovascular, renal y metabólico. No obstante, la incorporación de estos avances no ha sido uniforme y el acceso continúa condicionado por la organización del sistema sanitario, la cobertura de los distintos subsistemas de salud y las limitaciones económicas que enfrentan muchos pacientes.

La coexistencia del Sistema Único de Salud (SUS), la seguridad social y el sector privado configura un escenario complejo en el que la disponibilidad de medicamentos, insumos y tecnologías no siempre se traduce en un acceso equitativo. Las diferencias en cobertura, abastecimiento, capacidad resolutive y distribución de recursos condicionan la implementación de las recomendaciones internacionales y generan importantes inequidades en la atención de las personas con DM. Esta realidad plantea importantes desafíos para la incorporación efectiva de terapias innovadoras y para el logro de un manejo integral de la enfermedad.

Esta disertación revisará la situación actual del acceso a terapias y tecnologías para la DM en Bolivia, incluyendo insulinas, MCG y nuevos agentes antihiper glucemiantes. Se analizarán las diferencias entre los distintos subsistemas de atención, las principales barreras relacionadas con el abastecimiento, el financiamiento, la cobertura y las desigualdades geográficas, así como su impacto sobre la práctica clínica diaria. Asimismo, se discutirán las oportunidades para fortalecer la atención integral mediante estrategias orientadas a mejorar la disponibilidad, el acceso y la continuidad del tratamiento.

La experiencia boliviana permitirá contextualizar estos desafíos dentro de la realidad latinoamericana y destacar prioridades para avanzar hacia una atención más equitativa, sostenible y centrada en las necesidades de las personas que viven con DM.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2026-2030. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2026.
- Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED). Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME). La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; última versión vigente.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 11th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2025.
- Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; actualización vigente.

Silvia Lapertosa (Argentina)

La Sociedad Argentina de Diabetes, junto con otras sociedades y asociaciones de personas con diabetes mellitus (DM), ha trabajado arduamente en la actualización de las "Normas de provisión de medicamentos e insumos para personas con DM", incorporando avances farmacológicos y tecnológicos por medio de la Resolución Ministerial 2091/25. Estas normas se basan en evidencias científicas actualizadas, incluyendo revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados. El objetivo principal de esta norma es garantizar a las personas con DM el acceso completo a tratamientos farmacológicos y dispositivos para la gestión del tratamiento indicado. Cubre a personas con DM1 y DM2 y situaciones especiales como la gestante con DM. La norma establece que las obras sociales, prepagas y entidades públicas deben garantizar el 100% de cobertura de:

- Insulinas humanas y análogos de acción rápida y prolongada.
- Infusores subcutáneos continuos de insulina.
- Sistemas de monitoreo continuo de glucosa (MCG, MCG-i, MCG-tr).
- Jeringas, agujas, tiras reactivas, lancetas y glucagón.

- Antidiabéticos orales, como metformina, iDPP-4 y iSGLT2 (empagliflozina, dapagliflozina), en personas con evento cardiovascular o enfermedad renal crónica.

- La resolución incluye la educación para el automanejo, indicando el perfil del educador y los contenidos a desarrollar.

Estas prestaciones están incorporadas al Programa Médico Obligatorio (PMO) a fin de asegurar que todos los agentes del sistema de salud cumplan con la normativa promoviendo la equidad y la continuidad del tratamiento.

A pesar de este avance tan importante, hay diferencias de aplicación y cumplimiento. Muchos antidiabéticos orales se cubren con un 70%, existe mucha burocracia lo que es una barrera de acceso para las personas y las obras sociales provinciales que son 24, aplican criterios diferentes y deben adherir a esta norma. La crisis económica actual ha volcado muchos afiliados de prepagas al Sistema Público de Salud lo que ha complicado el presupuesto de las provincias. Es tarea de las sociedades científicas y de las personas con DM seguir bregando por una cobertura universal con equidad a fin de disminuir las complicaciones de la DM y mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Resolución Ministerial 2091/25 Ministerio Salud Argentina.

Edgar Mora (Ecuador)

Durante décadas, el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se enfocó en el control glucémico. No obstante, los estudios de resultados cardiovasculares (CVOT), exigidos desde 2008, transformaron este enfoque al demostrar que la efectividad terapéutica debe evaluarse según la reducción del riesgo cardiovascular, renal y metabólico.

Fármacos como los inhibidores de SGLT2, los agonistas del receptor de GLP-1 y los agonistas duales GIP/GLP-1 han revolucionado el abordaje integral de la DM2. La evidencia científica actual confirma que sus beneficios van más allá del control de la glucemia e incluyen la reducción de eventos cardiovasculares mayores, hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca, progresión de la enfermedad renal crónica y una pérdida ponderal significativa. Por ello, la elección del tratamiento debe personalizarse según el fenotipo del paciente y sus comorbilidades.

En Latinoamérica, esta evolución plantea un desafío crítico: traducir la evidencia clínica en un acceso real. La heterogeneidad regulatoria, los altos costos, las limitaciones en la cobertura y la inequidad de los sistemas de salud impiden que estas terapias alcancen a quienes más las necesitan.

El verdadero reto en la región no es solo disponer de moléculas avanzadas, sino implementar estrategias de innovación accesible, sostenibles y equitativas. El nuevo paradigma cardiorrenal-metabólico no finaliza con la demostración de la eficacia clínica, sino con la garantía de un acceso oportuno que transforme la trayectoria de la enfermedad en Latinoamérica.

BIBLIOGRAFÍA

- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352(9131):837-853. doi:10.1016/S0140-6736(98)07019-6.
- U.S. Food and Drug Administration. Guidance for industry: diabetes mellitus—evaluating cardiovascular risk in new antidiabetic therapies to treat type 2 diabetes. Silver Spring (MD): Food and Drug Administration; 2008.
- Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al.; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(22):2117-2128. doi:10.1056/NEJMoa1504720.
- Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, et al.; FLOW Trial Committees and Investigators. Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2024;391(2):109-121. doi:10.1056/NEJMoa2403347.

Salón Columnas del Boulevard

MESA DE CAPÍTULO: Hospital de día de diabetes: una visión federal de las experiencias en la Argentina

Coordinadora: Olga Escobar

Fundamentos y evidencia

María Ranz (Córdoba)

El hospital de día de diabetes (HDD) constituye un dispositivo asistencial ambulatorio intermedio entre la hospitalización convencional y la consulta externa, diseñado para ofrecer atención especializada no demorable a personas con diabetes mellitus (DM) en situaciones de especial complejidad clínica. La implementación del HDD en la Argentina responde a la necesidad de optimizar recursos sanitarios, reducir hospitalizaciones innecesarias y mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos.

El documento consensuado por la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) establece que el HDD reduce significativamente las tasas de ingresos hospitalarios por descompensaciones agudas (35-53% según diversos estudios), disminuye las visitas a urgencias y mejora la educación terapéutica estructurada. Los estándares de la *American Diabetes Association* (ADA) 2026 respaldan modelos de atención ambulatoria integral con acceso rápido (<24 horas idealmente) para situaciones como debut de DM1, descompensaciones hiperglucémicas, DM gestacional e inicio de terapias complejas.

La implementación exitosa de un HDD requiere: a) definición clara de prestaciones y criterios de inclusión/exclusión; b) gestión adecuada de recursos humanos (endocrinólogo 50-100% FTE, enfermera educadora 100% FTE, equipo multidisciplinario); c) estandarización de procesos asistenciales adaptados a derivadores locales; d) infraestructura apropiada (consultorios, sala de tratamientos, equipamiento diagnóstico); e) tecnología integrada (historia clínica electrónica, teleme-

dicina, monitoreo continuo de glucosa). La flexibilidad para adaptar el modelo a necesidades y recursos específicos de cada territorio resulta fundamental para garantizar su sostenibilidad.

Las experiencias pediátricas, obstétricas y de pie diabético en la Argentina demuestran la versatilidad del modelo HDD. En pediatría, permite el debut de DM1 sin internación prolongada. En obstetricia, facilita el manejo de la DM gestacional (DMG) y pregestacional con inicio/ajuste rápido de insulino-terapia. En pie diabético, posibilita curaciones complejas y educación preventiva en régimen ambulatorio. Los proyectos educativos desarrollados en formato de hospital de día (talleres en DMG, gamificación en población pediátrica, capacitación de equipos de salud) evidencian la factibilidad de metodologías participativas adaptadas a diferentes poblaciones.

El HDD constituye una estrategia eficiente y costo-efectiva que mejora la calidad asistencial, optimiza recursos económicos del sistema de salud y garantiza una atención clínica ágil, cercana y segura. La visión federal de las experiencias argentinas demuestra que su éxito radica en la capacidad de adaptación a las realidades locales, el trabajo interdisciplinario y el compromiso institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Escalada San Martín FJ, Bretón Lesmes I, Gómez Peralta F, et al. Resumen ejecutivo del documento «Hospital de Día de Diabetes. Propuesta de Valor». Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed). 2025;72(3):e1-e12. doi:10.1016/j.endinu.2025.01.001.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S6-S10. doi:10.2337/dc26-Srev.
- Sociedad Española de Diabetes, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Día de Diabetes (HDD): propuesta de valor. Madrid: SED-SEEN; 2025. Disponible en: <https://www.sediabetes.org/publicaciones/publicaciones-sed/hospital-de-dia-de-diabetes-hdd-propuesta-de-valor/>.
- Lawson S, McElderry D, Albers J, Sidebotham M, Miller A, Wolfe K. Assessment of a Day Hospital Management Program for Children and Adolescents With Diabetes. JAMA Netw Open. 2020;3(2):e1920943. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.20943.

Estrategias de implementación y beneficios

Alejandra Oviedo (AMBA)

La implementación de un hospital de día de diabetes (HDD) optimiza la atención de pacientes complejos mediante un modelo ambulatorio que evita hospitalizaciones. Es necesario establecer cuáles prestaciones se brindarán y los criterios claros de inclusión y exclusión de pacientes.

Su implementación se basa en la gestión de recursos humanos, la estandarización de procesos asistenciales adecuados a las necesidades de los lugares que serán derivadores, acondicionamiento de la infraestructura necesaria que incluye los espacios adecuados y la tecnología necesaria.

Un HDD está diseñado para atender situaciones de alta complejidad clínica que requieren supervisión médica intensiva o educación especializada, pero que no presentan una gravedad tal que justifique una internación en sala general. Se requiere un equipo multidisciplinario compuesto por especialistas en diabetes mellitus (DM), enfermeras/os educadoras en DM, nutricionistas, podólogos/as, especialistas en salud mental y servicios sociales y administrativos, con entrenamiento adecuado y un programa estructurado de atención y educación, adaptado a la población adulta, pediátrica o ambas-

El equipo de profesionales trabaja de forma coordinada para ofrecer una respuesta rápida y eficiente a descompensaciones glucémicas agudas como: hiperglucemias severas, hipoglucemias severas recurrentes, inicio de insulino-terapia compleja, por ejemplo, en debut de DM1, DM oregestacional y gestacional, manejo del pie diabético, perioperatorios de pacientes descompensados, transición a tecnologías, etc.

Una clave operativa es mantener una agenda flexible que permita la recepción inmediata de derivaciones desde urgencias o atención primaria, evitando la internación con todas sus consecuencias o en algunos casos prolongación de la misma, ahorrando además recursos económicos.

El HDD no solo estabiliza al paciente clínicamente, es además una oportunidad única para realizar o reforzar educación diabetológica del paciente y su entorno en el automonitoreo, la prevención y el tratamiento de las hipoglucemias, toma de decisiones basada en sus perfiles glucémicos, uso de la tecnología digital disponible (monitorización continua de glucosa, telemedicina para el ajuste de dosis a distancia, registros clínicos compartidos con atención primaria) empoderando al paciente y asegurando adherencia para la continuidad del tratamiento.

Es necesario diseñar un modelo de evaluación objetiva y continua de la estrategia implementada, con datos objetivos y medibles (tasa de reingreso, etc.), incluyendo la satisfacción de todos los involucrados, para realizar los cambios que hagan más eficiente al hospital de día.

Los principales beneficios de un HDD se centran en mejorar la calidad de vida del paciente, optimizar los recursos económicos del sistema de salud y garantizar una atención clínica ágil, cercana y segura. Al no existir un formato único de HDD, su éxito radica en la flexibilidad de adaptar el modelo a las necesidades y recursos específicos de cada territorio.

Hospital de día en pediatría

María Gabriela Pacheco (NOA)

El hospital de día de diabetes (HDD) se consolida como un dispositivo asistencial ambulatorio intermedio entre la hospitalización convencional y la consulta externa programada. Su misión fundamental es ofrecer una atención integral, accesible, inmediata y altamente especializada a personas con diabetes mellitus (DM). Este modelo de atención, además de mejorar la calidad de vida y el control metabólico de los pacientes, ha demostrado disminuir sustancialmente los ingresos hospitalarios evitables, la presión en los servicios de urgencias y los costos asociados al sistema de salud a largo plazo.

En este contexto, el Hospital Materno Infantil de Salta (HPMI) se destaca como un referente en atención pediátrica y perinatal de la DM. El centro cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por especialistas en DM infantil, pediatras clínicos, nutricionistas, enfermeros y profesionales de salud mental que coordinan tanto la atención como la educación terapéutica ambulatoria. El Hospital de Día Pediátrico del HPMI atendió en 2024 a 233 pacientes y sostiene el acompañamiento de 70 adolescentes en su transición progresiva hacia el sistema de atención de adultos. Su labor formativa se apoya activamente en talleres de educación terapéutica.

El cumplimiento de los controles en el Hospital de Día Infantil es el pilar central para la estabilidad clínica y el bienestar integral del niño con DM1. Este modelo de asistencia ambulatoria intensiva no solo optimiza los indicadores biológicos, sino que transforma el impacto psicosocial de la enfermedad.

Beneficios en salud mental

- Reducción del estrés por DM. El seguimiento continuo por psicólogos y educadores disminuye la ansiedad, el miedo a las hipoglucemias y el agotamiento emocional derivado del autocuidado diario.
- Refuerzo de la resiliencia. El aprendizaje guiado dota al menor de herramientas de afrontamiento eficaces, minimizando el riesgo de depresión infantil y aislamiento.

Desarrollo del sentido de pertenencia

- Normalización de la condición. Compartir espacio con otros menores que usan sensores o se inyectan insulina elimina el estigma de sentirse "diferente" o enfermo.
- Creación de redes de apoyo. El HDD actúa como comunidad donde los niños comparten experiencias, trucos y emociones, validando sus vivencias mutuas.
- Transición guiada a la autonomía. El contacto estrecho y empático con el equipo médico fomenta una identidad positiva, donde el menor asume el control de su salud con orgullo y responsabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: outpatient diabetes care delivery. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(Suppl 27):1-10.
- Hospital de Día de Diabetes: propuesta de valor. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2025;72:501601.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. Standards of care in diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Día de Diabetes: propuesta de valor. Madrid: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; 2025.

Hospital de día en obstetricia

Claudio López (NEA)

La diabetes mellitus gestacional (DMG) requiere un abordaje interdisciplinario que garantice el diagnóstico oportuno, inicio precoz del tratamiento, la educación terapéutica y el seguimiento continuo durante el embarazo. En hospitales públicos del NEA se implementan diferentes modelos organizacionales de Hospital de Día de Diabetes (HDD) adaptados a las características y recursos de cada institución.

Los objetivos fueron describir la organización y la actividad asistencial de modelos de Hospital de Día para diabetes gestacional (DMG) implementados en cuatro hospitales públicos del NEA.

Para ello, se realizó una descripción de los modelos asistenciales desarrollados en el Hospital Ángela I. de Llano y el Hospital José R. Vidal (Corrientes), el Hospital Julio C. Perrando (Resistencia) y el Hospital Materno Neonatal Posadas (Misiones).

En el Hospital Ángela I. de Llano, el HDD funciona los miércoles y viernes, realizando un promedio de 30 consultas médicas semanales; el Hospital José Ramón Vidal, el funcionamiento es similar, con 50 consultas médicas semanales. En ambos, la atención comprende evaluación inicial por enfermería, control clínico y antropométrico, educación en automonitoreo glucémico e insulino terapia, atención conjunta por diabetólogo y obstetra, evaluación nutricional, entrega de material educativo del proyecto EduGest, provisión de insulinas y tiras reactivas.

En el Hospital Julio C. Perrando, la atención se organiza mediante turnos protegidos coordinados entre Obstetricia y Nutrición y Diabetes, con un promedio de 75 consultas médicas semanales. El circuito incluye evaluación diabetológica, obstétrica y nutricional, educación alimentaria y seguimiento conjunto. Quienes requieran control intensivo, son asistidas en el Hospital de Día del Servicio de Tocoginecología.

En el Hospital Materno Neonatal Posadas, el Hospital de Día integra la atención de la DMG dentro del seguimiento del embarazo de alto riesgo. Cuenta con 4 camas, 2 sillones, un consultorio de enfermero educador, talleres educativos diarios para cuatro gestantes, banco de glucómetros, un equipo interdisciplinario integrado por obstetricia, diabetología, nutrición, medicina fetal, salud mental, servicio social, cardiología, odontología y kinesiología.

Los modelos implementados demuestran que el HDD constituye una estrategia organizacional flexible para la atención interdisciplinaria de la DMG. A pesar de las diferencias en la modalidad de funcionamiento, favorecen el acceso oportuno, la educación terapéutica, la coordinación interdisciplinaria y la continuidad del cuidado, optimizando la atención de las personas gestantes con DM en hospitales públicos del NEA.

BIBLIOGRAFÍA

- Lapertosa S, Alvaríñas J, Elgart JF, Salzberg S, Gagliardino JJ. Educación terapéutica de mujeres con diabetes gestacional (Edugest): datos correspondientes al período de reclutamiento. *Rev Soc Argent Diabetes*. 2019;53(3 Supl):121-126.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S321-S338. doi:10.2337/dc26-S015.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional. *Rev Soc Argent Diab*. 2016;50(3):117-128.

Salón Atlántico A

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Insulinoterapia en situaciones especiales

Coordinadora: Laura Dimov

Insulinoterapia en el niño pequeño

Eduarne Escudero

El manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en la primera infancia está condicionado por particularidades fisiológicas y conductuales que demandan esquemas de insulinización específicos. El inicio temprano de la enfermedad se asocia con un aumento en la morbilidad y el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares, lo que otorga máxima prioridad a la consecución precoz de las metas metabólicas para mitigar los riesgos a largo plazo.

Durante este período, el sistema nervioso central en desarrollo presenta una alta susceptibilidad; la hiperglucemia crónica, los episodios de hipoglucemia severa y la inestabilidad glucémica se relacionan directamente con modificaciones en la estructura y función cerebral. Desde la perspectiva terapéutica, la dosificación de insulina en niños pequeños exige precisión debido a la baja masa corporal y a requerimientos basales y prandiales sumamente bajos. Las herramientas tradicionales de administración suelen presentar limitaciones para dosificar las fracciones requeridas. A esto se suman determinantes conductuales de la edad, como la ingesta alimentaria irregular y la selectividad en las comidas, factores que dificultan el cálculo preprandial de insulina y obligan a realizar ajustes según la ingesta efectiva. La impredecibilidad del gasto energético por la actividad física espontánea y la frecuencia de procesos infecciosos intercurrentes incrementan la inestabilidad del control glucémico, complicando el manejo diario por parte de los cuidadores.

Frente a esta variabilidad, la intensificación del tratamiento mediante tecnología médica ofrece soluciones efectivas. El monitoreo continuo de glucosa (MCG) identifica tendencias y alertas preventivas ante eventos hipoglucémicos. La infusión subcutánea continua de insulina permite adaptar la dosis de insulina a los requerimientos propios del niño pequeño. Los sistemas integrados y automatizados de administración de insulina han demostrado optimizar los parámetros de control metabólico en esta población de manera segura. Sin embargo, los registros actuales indican que un porcentaje significativo de niños aún no alcanza los objetivos recomendados de HbA1c, lo que evidencia barreras en la adaptación cotidiana.

En conclusión, la insulinización de los niños en edad preescolar exige una evaluación continua de los requerimientos, educación diabetológica estructurada para la familia y la integración gradual de sistemas de monitoreo y administración automatizada de insulina adaptados a las necesidades de esta etapa vital, garantizando así el desarrollo físico y neurocognitivo adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Sundberg F, deBeaufort C, Krogvold L, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Managing diabetes in preschoolers. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(8):1496-1511. doi:10.1111/pedi.13427.
- de Bock M, Codner E, Craig ME, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Glycemic targets and glucose monitoring for children, adolescents and young people with diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(8):1270-1276.
- de Bock M, Agwu JC, Deeb A, et al. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Glycemic Targets. *Horm Res Paediatr*. 2024;97:546-554. doi:10.1159/000543266.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 14. Children and adolescents: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S297-S320. doi:10.2337/dc26-S014.

Insulinoterapia y ejercicio

Mariano Forlino

El adecuado manejo de la insulina durante el ejercicio es fundamental en personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Tiene como objetivos permitir a la persona tener una mejor performance durante la actividad y prevenir tanto la hipoglucemia como la hiperglucemia durante y posterior al tiempo que dure la actividad. Las estrategias para el manejo dependerán de la terapia utilizada, la intensidad y la duración del ejercicio.

- *Consideraciones previas al ejercicio.* Para realizar actividades previamente planificadas, será muy importante tener en consideración la insulina a bordo (IOB, por sus siglas en inglés), referida a la insulina circulante producto de la dosis basal más los bolos que haya recibido en las horas previas al inicio del ejercicio. En el caso de terapia de inyecciones múltiples (MDI) o bombas de insulina de asa abierta y si se hace ejercicio 1 a 2 horas tras la comida, se sugiere reducir el bolo prandial previo entre 25% y 75% según la intensidad y duración. En los sistemas con administración automatizada de insulina (AID), la recomendación es la de fijar un objetivo de glucosa más alto con 1 a 2 horas de anticipación para ejercicios aeróbicos, reduciendo el bolo prandial previo también.

- *Consideraciones según el tipo de actividad.* El ejercicio aeróbico continuo de intensidad leve a moderada genera los descensos de los niveles de glucosa, por lo que requiere las reducciones más significativas de insulina, mientras que, los ejercicios de fuerza o de intervalos de alta intensidad (HIIT) producen respuestas hormonales que pueden estabilizar y, frecuentemente, elevar la glucemia. En estas actividades (predominantemente anaeróbicas), no se recomienda disminuir la insulina e incluso puede ser necesario un pequeño incremento de la dosis de insulina de acción rápida.

- *Recuperación y monitoreo posejercicio.* El monitoreo continuo de glucosa (MCG) representa hoy una herramienta indispensable para la toma de decisiones. Las decisiones serán proactivas sobre la ingesta de carbohidratos y el manejo de

las dosis de insulina, antes, durante y posterior al ejercicio. Se sabe que el ejercicio incrementa la sensibilidad a la insulina durante las horas posteriores al mismo, aumentando el riesgo de hipoglucemia. Es recomendable que cualquier bolo de corrección administrado posejercicio por hiperglucemia reactiva sea reducido al 50% de la dosis con el objetivo de prevenir hipoglucemias.

BIBLIOGRAFÍA

- Moser O, Riddell MC, Eckstein ML, et al. Glucose management for exercise using continuous glucose monitoring (CGM) and intermittently scanned CGM (isCGM) systems in type 1 diabetes. *Diabetologia*. 2020;63(12):2501-2520.
- Moser O, Zaharieva DP, Adolfsson P, et al. The use of automated insulin delivery around physical activity and exercise in type 1 diabetes: a position statement of the EASD and ISPAD. *Diabetologia*. 2025;68:255-280.
- Riddell MC, Peters AL. Exercise in adults with type 1 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol*. 2023;19(2):98-111.
- Riddell MC, Turner LV, Skroce K, et al. Continuous glucose monitoring and the athlete with type 1 diabetes. *Sports Sci Exch*. 2024;37(256):1-11.

Insulinoterapia en personas en diálisis

Florencia Aranguren

La insulinoterapia en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad renal en hemodiálisis exige integrar a la pérdida de glucosa durante la sesión, a la adsorción de insulina por la membrana y a la respuesta contrarreguladora posterior. El resultado es un perfil dinámico, con algunas características que se repiten en diferentes estudios con monitoreo continuo de glucosa (MCG) evidenciando que la mayoría de los pacientes llega con valores prediálisis, con un típico descenso de la glucemia intradiálisis y ascenso posdiálisis¹.

En 59 adultos tratados con insulina, el MCG detectó hiperglucemia >180 mg/dL en 98% durante el período prediálisis, 61% durante la sesión y 100% en el posdiálisis; para valores >250 mg/dL, las proporciones fueron 80%, 20% y 91%. La hipoglucemia <70 mg/dL se observó en 32%, 74% y 25% de los pacientes en esos períodos. Frente al monitoreo capilar, el MCG detectó episodios de hipoglucemia en una mayor proporción de pacientes, hipoglucemias (<70 mg/dL -47% versus 25%) e identificó episodios nocturnos y prolongados en 29% y 12%, no registrados por controles capilares².

Estos hallazgos evidencian que la insulinoterapia debe individualizarse comparando días con y sin diálisis e integrando la información del MCG (o del monitoreo capilar disponible), turno de la sesión, ingesta y perfil de acción de las insulinas indicadas. Puede considerarse una reducción cercana al 25% de la dosis intermedia o prandial cuyo pico se superpone con la hemodiálisis, pero se desaconseja la reducción automática del 25% de la insulina total diaria del día de HD. Las basales prolongadas deberían conservar un horario estable, con ajustes guiados por el patrón glucémico, y en muchos casos se preferirá el horario posdiálisis para los análogos de una dosis diaria. El bolo debe vincularse con la comida efectivamente ingerida. Deben evitarse las correcciones agresivas sistemáticas antes de la sesión.

En una cohorte europea observacional de 1.446 pacientes, el tratamiento con insulinas análogas se asoció, frente a insulina humana, con menor mortalidad total a 3 años -22,0% versus 31,4%; HR ajustado 0,808-, menos eventos cardiovasculares mayores -26,8% versus 35,9%; HR 0,817- y menos hospitalizaciones -58,2% versus 75,0%; HR 0,757-, sin diferencias en hipoglucemia intradiálisis³.

El objetivo es reducir la oscilación glucémica completa mediante esquemas simples y predecibles, titulación conservadora y monitoreo capaz de reconocer hiperglucemia sostenida e hipoglucemia inadvertida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abe M, Kalantar-Zadeh K. Haemodialysis-induced hypoglycaemia and glycaemic disarrays. *Nat Rev Nephrol*. 2015;11:302-313. doi:10.1038/nrneph.2015.38.
2. Galindo RJ, et al. Continuous glucose monitoring improves detection of glycemic excursions in hemodialysis patients with type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110:3049-3056. doi:10.1210/clinem/dgaf187.
3. Ebert T, et al. Use of analog and human insulin in a European hemodialysis cohort with type 2 diabetes. *Am J Kidney Dis*. 2024;83:18-27. doi:10.1053/j.ajkd.2023.05.010.

Salón Dauphin

MESA DE CAPÍTULOS: Diabetes en el contexto de infecciones complejas y consumo de drogas

Coordinador: Diego Carulla

Diabetes en personas que viven con VIH

Ramiro Heffes (Capítulo Comahue)

El tratamiento antirretroviral (TAR) ha transformado la infección por VIH en una condición crónica, equiparando la expectativa de vida con la población general. Sin embargo, esto ha revelado una alta prevalencia de comorbilidades cardiometabólicas, particularmente diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

La fisiopatología de la DM2 en personas que viven con el VIH (PVS) es multifactorial. Involucra inflamación crónica de bajo grado, translocación microbiana y remodelación patológica del tejido adiposo, generando resistencia insulínica profunda. Asimismo, los regímenes TAR modernos basados en inhibidores de la integrasa (INSTIs) se asocian a un aumento de peso significativo y obesidad central (MASLD). Frente a este fenotipo de alto riesgo cardiorrenal, es destacable el rol de las nuevas moléculas: los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1), que promueven pérdida ponderal y reducción de eventos cardiovasculares mayores (MACE), y los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2), que otorgan protección renal y cardíaca sin interacciones medicamentosas con el TAR.

El pronóstico de las PVS depende actualmente del manejo integral del riesgo cardiometabólico. La integración temprana de arGLP-1 e iSGLT2 resulta esencial para mitigar la morbilidad y asegurar un envejecimiento saludable.

BIBLIOGRAFÍA

- HHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV. Rockville (MD): Department of Health and Human Services; 2025. Sección: Cardiovascular and metabolic complications in people with HIV.
- ACTG Network, REPRIEVE Trial Investigators. Risk of obesity, cardiometabolic disease and MACE after switch to an integrase inhibitor in REPRIEVE. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI); 2025.
- Menozzi M. Cardiovascular-kidney-hepatic-metabolic syndrome in HIV. Cochrane Library. 2024.
- Heerspink HJL, et al. Cardioresenal outcomes with SGLT2 inhibitors in high-risk populations. Nat Rev Nephrol. 2024.

Diabetes y tuberculosis

Vanessa Rodríguez (Capítulo Litoral)

La interacción entre la diabetes mellitus (DM) y la tuberculosis (TB) representa un desafío de salud pública.

La TB es causada por la bacteria intracelular *Mycobacterium tuberculosis* (MT) y representa una de las principales causas de mortalidad por enfermedades infecciosas a nivel mundial.

En la Argentina, la DM es la segunda comorbilidad asociada a la TB, superada solo por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esta triplica el riesgo de desarrollar tuberculosis activa, mientras que la infección bacteriana compromete gravemente el control glucémico. Esta estrecha interacción bidireccional configura una sinergia patológica (sindemia) que dificulta el diagnóstico precoz, complejiza el abordaje terapéutico y desfavorece críticamente los desenlaces clínicos de los pacientes.

La hiperglucemia produce alteraciones en la inmunidad innata y adaptativa frente a la MT (menor eficacia en el reconocimiento bacteriano y la fagocitosis; deterioro en el reclutamiento de células presentadoras de antígeno; retraso en la activación de la respuesta inmune celular), con mayor extensión de la enfermedad pulmonar; compromiso bilateral y cavidades más numerosas. La presentación con lesiones "atípicas" en lóbulos inferiores (10% en DM versus 3% en población general) son hallazgos más frecuentes en personas con mal control glucémico.

En cuanto al diagnóstico, las personas con TB y DM suelen tener baciloscopias de esputo positivas con cargas bacilares más altas. La coinfección TB/DM es un grupo priorizado para el uso de pruebas moleculares rápidas, cultivo y pruebas de sensibilidad a fármacos. Existe mayor riesgo de recaídas en estos pacientes, resistencia a fármacos y mayor riesgo de mortalidad.

En relación al tratamiento, los pacientes con DM presentan peor respuesta. La rifampicina tiene interacción farmacológica con los agentes no insulínicos (sulfonilureas, metformina). Asimismo, el seguimiento clínico debe ser riguroso, dado que los efectos adversos asociados a los fármacos antituberculosos (RAFAS) se presentan con mayor frecuencia y severidad en estos pacientes. Tienen cuatro veces más riesgo, especialmente neuropatía periférica y ocular, hepatotoxicidad por esteatosis e insuficiencia renal.

En consecuencia, resulta de suma importancia consolidar un abordaje interdisciplinario integral que implemente de manera sistemática la detección de la DM en todos los pacientes diagnosticados con tuberculosis, así como también el tamizaje activo de tuberculosis en aquellas personas con DM que presenten sintomatología respiratoria persistente o un mal control metabólico refractario e inexplicable.

BIBLIOGRAFÍA

- Pautas técnicas de TBC en la Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/anlis/inei/departamento-bacteriologia/manuales-y-guias-tecnicas>.
- Boadu AA, Yeboah-Manu M, Osei-Wusu S, Yeboah-Manu D. Tuberculosis and diabetes mellitus: The complexity of the comorbid interactions. Int J Infect Dis. 2024 Sep;146:107140. doi: 10.1016/j.ijid.2024.107140. Epub 2024 Jun 15. PMID: 38885832.
- Ayelign B, Negash M, Genetu M, Wondmagegn T, Shibabaw T. Immunological Impacts of Diabetes on the Susceptibility of *Mycobacterium tuberculosis*. J Immunol Res. 2019 Sep 9;2019:6196532. doi: 10.1155/2019/6196532. PMID: 31583258; PMCID: PMC6754884.
- Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-011692-4.

Diabetes y mucormicosis

Viviana Cogo (Capítulo Atlántico)

La mucormicosis es una infección fúngica invasiva, oportunista y de rápida progresión causada por hongos del orden *Mucorales*. Aunque infrecuente, continúa asociándose con una elevada morbilidad, particularmente en personas con diabetes mellitus (DM) mal controlada, donde la hiperglucemia y, especialmente, la cetoacidosis diabética constituyen los principales factores predisponentes. La pandemia por COVID-19 puso nuevamente de manifiesto esta asociación, al observarse un incremento sin precedentes de casos de mucormicosis rino-orbita-cerebral en pacientes con DM expuestos a corticosteroides, reforzando la importancia del adecuado control metabólico como estrategia preventiva.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la hiperglucemia sostenida altera la función de neutrófilos y macrófagos, mientras que la acidosis metabólica incrementa la disponibilidad de hierro libre, favoreciendo el crecimiento de *Mucorales*. Además, la sobreexpresión del receptor GRP78 en condiciones de hiperglucemia facilita la invasión endotelial, promoviendo la característica angioinvasión del hongo, responsable de trombosis, necrosis tisular y rápida diseminación. Estos mecanismos explican la evolución fulminante de la enfermedad y la necesidad de mantener un elevado índice de sospecha clínica en pacientes con DM que presentan sinusitis, dolor facial, edema periorbitario, oftalmoplejía o lesiones necróticas.

El pronóstico depende fundamentalmente del reconocimiento temprano y del inicio inmediato del tratamiento. El manejo actual se basa en cuatro pilares: corrección de las alteraciones metabólicas, desbridamiento quirúrgico agresivo, administración precoz de anfotericina B liposomal como tratamiento de primera línea y, cuando corresponde, terapia secuencial

con isavuconazol o posaconazol. Diversos estudios han demostrado que el retraso en el tratamiento se asocia con un incremento significativo de la mortalidad, que continúa siendo elevada en las formas diseminadas.

Para el diabetólogo, la mucormicosis representa una complicación poco frecuente, pero potencialmente devastadora. La identificación precoz de los pacientes de riesgo, la optimización del control glucémico, el uso prudente de corticosteroides y la coordinación con infectología, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía constituyen estrategias esenciales para mejorar el pronóstico. En la actualidad, el desafío no radica únicamente en tratar la infección, sino en reconocerla oportunamente antes de que la angioinvasión y la necrosis tisular condicionen un daño irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

- Kontoyiannis DP, Walsh TJ. Mucormycosis. N Engl J Med. 2026;394:684-698.
- Alqarhi A, Kontoyiannis DP, Ibrahim AS. Mucormycosis in 2023: an update on pathogenesis and management. Front Cell Infect Microbiol. 2023;13:1254919.
- Liang M, Xu J, Luo Y, Qu J. Epidemiology, pathogenesis, clinical characteristics, and treatment of mucormycosis: a review. Ann Med. 2024;56(1):2396570.
- Lynch JP III, Zhanel GG. Part 2: mucormycosis: focus on therapy. Expert Rev Anti Infect Ther. 2023;21(7):737-748.

Diabetes y consumo de sustancias: el desafío oculto

María Inés Argerich y Pablo Avila (Capítulo Cuyo)

El abuso de sustancias en pacientes con diabetes mellitus (DM) agrava significativamente la morbilidad y la mortalidad prematura, con asociaciones destacadas en el uso de cocaína y opioides. Las complicaciones agudas son recurrentes: el alcohol provoca hipoglucemias tardías (6-8 horas posconsumo), mientras que estimulantes como la cocaína, el éxtasis y las anfetaminas actúan como potentes detonantes de cetoacidosis diabética (CAD) al estimular el sistema nervioso simpático, elevar las hormonas contrarreguladoras (cortisol, catecolaminas) e inhibir la secreción de insulina.

Patrones de consumo

Aunque el consumo en jóvenes con DM1 suele equipararse al de sus pares al llegar a la adultez, es una problemática frecuentemente invisible en urgencias, donde menos del 20% de los pacientes revela inicialmente el uso de drogas. En adultos con DM2, la prevalencia de TCS es superior a la población general; además, el uso crónico de opioides para tratar el dolor neuropático aumenta el riesgo de dependencia iatrogénica y peor control metabólico.

Gestión y reducción de daños

El manejo efectivo requiere un enfoque no punitivo. Es imperativo integrar el tamizaje sistemático (SBIRT) en la rutina clínica, educar en estrategias de reducción de daños -como el monitoreo frecuente de glucosa, el uso de brazaletes de alerta y la no omisión de insulina- y colaborar con especialistas en adicciones, cuyos tratamientos han demostrado ser igualmente eficaces en pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Pastor A, Conn J, MacIsaac RJ, Bonomo Y. Alcohol and illicit drug use in people with diabetes. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(3):239-248. doi:10.1016/S2213-8587(19)30410-3.
- Lee P, Greenfield JR, Campbell LV. Managing young people with type 1 diabetes in a 'rave' new world: metabolic complications of substance abuse in type 1 diabetes. Diabet Med. 2009;26(4):328-333. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02678.x.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, Observatorio Argentino de Drogas. Séptimo estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enseñanza secundaria: Argentina, 2025. Informe general de resultados. Buenos Aires: Sedronar; 2025.
- Ojo O, Wang XH, Ojo OO, Ibe J. The effects of substance abuse on blood glucose parameters in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(12):2691. doi:10.3390/ijerph15122691.

Salón Teatro

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Fisiopatología de la obesidad: perspectiva actual

Coordinadora: Romina Clemente

Neurobiología como etiopatogenia de la obesidad

Susana Gutt

La neuroregulación de la conducta alimentaria es un proceso complejo que comprende funciones homeostáticas, hedónicas y ejecutivas. El sistema homeostático equilibra la energía mediante el eje intestino-cerebro, señalizado por las incretinas y hormonas como la grelina (hambre) y la leptina (saciedad). El control hedónico se basa en la recompensa, el deseo y el placer que genera la ingesta alimentaria, involucrando circuitos dopaminérgicos, y la función ejecutiva de la corteza prefrontal constituye el árbitro final de las decisiones en relación a la alimentación.

El apetito se sustenta en tres pilares: búsqueda, consumo y finalización de la ingesta. La búsqueda de alimentos es impulsada por neuronas hipotalámicas ante el déficit energético. El consumo alimentario es regulado por neuronas GABA sumado al refuerzo placentero de los alimentos; el ciclo se cierra con la saciedad a partir de señales posingesta como la distensión gástrica y los péptidos intestinales como el *glucagon like peptide 1* (GLP-1), péptido tirosina tirosina (PYY), oxintomodulina (OXM), colecistoquinina (CCK), entre otras, cuyo objetivo es detener la ingesta.

El gusto actúa como guardián, detectando nutrientes o toxinas e influyendo en la saciedad según la intensidad del sabor, los alimentos ultraprocesados modernos aumentan la velocidad de ingesta, superando la capacidad de respuesta del sistema de saciedad.

La obesidad definida como enfermedad neurobiológica, un "cerebro vulnerable", coexiste con un entorno obesogénico que altera los circuitos de recompensa y genera resistencia a hormonas clave como la leptina sumado a la neuroinflamación que altera la neuroregulación.

Existen ventanas críticas de desarrollo para la programación de estos circuitos, comenzando desde la etapa embrionaria y la nutrición materna. Durante la infancia, las experiencias sensoriales tempranas moldean las preferencias alimentarias permanentes relacionadas con la obesidad y la diabetes en la adultez.

El tratamiento de la obesidad se centra en las complicaciones y la masa grasa corporal disfuncionalizada otorgando mayor importancia a la composición corporal. La pérdida de peso activa respuestas biológicas defensivas que dificultan mantener un peso menor a largo plazo.

La integración de la neurociencia con la nutrición es esencial para crear políticas públicas y guías dietéticas efectivas. Comprender los mecanismos de adicción a la comida y el valor subjetivo que el cerebro otorga a los nutrientes es clave para el futuro. Solo mediante un enfoque multidisciplinario se podrá enfrentar la epidemia de obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas. La ciencia busca ahora personalizar las intervenciones para rescatar la homeostasis metabólica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Stuber GD, Schwitzgebel VM, Lüscher C. The neurobiology of overeating. *Neuron*. 2025;117(7):1289-1305. doi:10.1016/j.neuron.2025.03.010.
- Becetti I, Bwenyi EL, de Araujo IE, et al. The neurobiology of eating behavior in obesity: mechanisms and therapeutic targets: a report from the 23rd Annual Harvard Nutrition Obesity Symposium. *Am J Clin Nutr*. 2023;118(2):314-328.
- Stover PJ, Field MS, Andermann ML, Bailey RL, Batterham RL, Cauffman E, et al. Neurobiology of eating behavior, nutrition, and health. *Cell*. 2023;186(14):294-316. doi:10.1016/j.cell.2023.05.024.

Sedentarismo y salud muscular

Juliana Mociulsky

El sedentarismo constituye un determinante independiente del riesgo cardiometabólico y debe diferenciarse de la inactividad física. Mientras el sedentarismo se define como el tiempo de vigilia transcurrido sentado o reclinado con un gasto energético $\leq 1,5$ METs, la inactividad física corresponde al incumplimiento de las recomendaciones de ejercicio. En consecuencia, un individuo puede alcanzar las metas de actividad física y, simultáneamente, permanecer expuesto a períodos prolongados de sedentarismo, con efectos fisiológicos adversos que no son completamente revertidos por el ejercicio programado.

El músculo esquelético representa el principal órgano efector del sedentarismo. La reducción sostenida de las contracciones musculares disminuye el flujo sanguíneo y la actividad metabólica, favoreciendo pérdida de masa y fuerza muscular, menor capacidad oxidativa mitocondrial y un cambio del fenotipo de fibras oxidativas hacia fibras predominantemente glucolíticas. Estas modificaciones se acompañan de una disminución de la actividad de la lipoproteína lipasa y de otros mecanismos involucrados en el metabolismo lipídico, así como de una reducción de mioquinas con propiedades antiinflamatorias, favoreciendo un estado de inflamación crónica de bajo grado y mayor adiposidad visceral.

Desde el punto de vista metabólico, el desuso muscular induce una rápida disminución de la sensibilidad a la insulina, con menor captación de glucosa mediada por GLUT-4, incremento de la glucemia e insulinemia posprandiales y mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Asimismo, el sedentarismo se asocia con alteraciones de la perfusión cerebral y potenciales efectos desfavorables sobre la función del sistema nervioso central, posiblemente mediados por mecanismos vasculares e inflamatorios.

La evidencia experimental demuestra que interrumpir el tiempo sentado mediante pausas activas breves, de aproximadamente 2 a 3 minutos cada 20–30 minutos, mejora la respuesta glucémica e insulínica posprandial, favorece la función vascular y aumenta el gasto energético. En conjunto, estos hallazgos respaldan un cambio de paradigma en las recomendaciones de salud: además de promover el ejercicio regular, es necesario reducir el tiempo sedentario e incorporar interrupciones frecuentes del tiempo sentado como estrategia complementaria para preservar la salud muscular y disminuir el riesgo cardiometabólico.

BIBLIOGRAFÍA

- Pinto AJ, Bergouignan A, Dempsey PC, Roschel H, Owen N, Gualano B, Dunstan DW. Physiology of sedentary behavior. *Physiol Rev*. 2023;103(4):2561-2622. doi:10.1152/physrev.00022.2022.
- Knaeps S, Bourgois JG, Charlier R, Mertens E, Lefevre J, Wijndaele K. Ten-year change in sedentary behaviour, moderate-to-vigorous physical activity, cardiorespiratory fitness and cardiometabolic risk: independent associations and mediation analysis. *Br J Sports Med*. 2018;52(16):1063-1068. doi:10.1136/bjsports-2016-096083.
- Hoffmann SW, Schierbauer J, Zimmermann P, Voit T, Grothoff A, Wachsmuth NB, et al. Effects of interrupting prolonged sitting with light-intensity physical activity on inflammatory and cardiometabolic risk markers in young adults with overweight and obesity: secondary outcome analyses of the SED-ACT randomized controlled crossover trial. *Biomolecules*. 2024;14(8):1029. doi:10.3390/biom14081029.

Reganancia de peso, su impacto inmunológico

Adriana Primerano

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible, caracterizada por un fenotipo inmunometabólico inflamatorio persistente. Con cada ciclo de reganancia peso se amplifica la respuesta inflamatoria mediante mecanismos de memoria inmunológica y epigenética.

La expansión y disfunción del tejido adiposo promueven hipoxia, estrés del retículo endoplásmico, remodelado de la matriz extracelular, fibrosis y liberación de citocinas proinflamatorias, acompañadas por infiltración y reprogramación de células inmunes, particularmente macrófagos y linfocitos T.

La pérdida de peso mejora la sensibilidad a la insulina y reduce múltiples marcadores inflamatorios; sin embargo, la mejoría clínica y metabólica no implica la resolución completa de las alteraciones inmunológicas y epigenéticas inducidas por la obesidad. Persiste una memoria inmunológica y epigenética en el tejido adiposo capaz de modificar su respuesta frente a una nueva exposición al exceso energético.

Caslin et al. demostraron en un modelo murino que los ciclos de reganancia de peso inducen un fenómeno de inmunidad entrenada en los macrófagos del tejido adiposo. Tras la pérdida de peso, estas células mantienen una reprogramación funcional que, frente a la reganancia, desencadena una respuesta inflamatoria amplificada, con mayor producción de TNF- α y deterioro de la homeostasis glucémica. Estudios posteriores extendieron este concepto a la inmunidad adaptativa, demostrando la persistencia de linfocitos T de memoria asociados con una respuesta metabólica adversa durante los ciclos de reganancia de peso.

Hinte et al. demostraron mediante análisis transcriptómicos y epigenómicos que, aun después de una pérdida de peso significativa, los adipocitos conservan modificaciones epigenéticas inducidas por la obesidad. Esta memoria condiciona respuestas transcripcionales posteriores y favorece una recuperación acelerada del peso ante una nueva exposición a una dieta hipercalórica rica en grasas.

La evidencia reciente sugiere que la reganancia de peso puede reprogramar progenitores inmunes, sostener un estado inflamatorio y favorecer la progresión de la aterosclerosis. En conjunto, estos hallazgos apoyan la hipótesis que la reganancia ponderal constituye un proceso biológicamente distinto al desarrollo inicial de la obesidad, caracterizado por la reactivación de una memoria inmunológica y epigenética persistente.

Mantener el peso perdido no solo preserva el beneficio metabólico alcanzado, sino que podría representar una estrategia para prevenir la reactivación de mecanismos inmunológicos y epigenéticos asociados con la progresión de las complicaciones cardiometabólicas.

15:45 a 17:00 h

Salón Courier Atlántico

MESA INTERSOCIETARIA: Vacunación en diabetes una mirada intersocietaria

Natalia Nachón (Sociedad Argentina de Medicina)

La vacunación es una de las intervenciones preventivas de mayor impacto en la persona con diabetes mellitus (DM), en quien las infecciones inmunoprevenibles presentan mayor incidencia y gravedad¹. Su indicación, no obstante, excede la condición metabólica: menos del 20% presenta únicamente DM, y la mayoría reúne condiciones cardiovasculares, renales o propias del envejecimiento, sobre las que cada especialidad emite recomendaciones válidas y específicas¹. El paciente debe integrarse en un esquema único, priorizarse y prescribirse. En este camino de la recomendación disponible a la prescripción efectiva es donde el proceso se interrumpe.

En una encuesta poblacional argentina sobre 32.365 adultos, la cobertura fue de 51,6% para influenza y 16,2% para neumococo², en adultos evaluados en 2020 en tres regiones, de 37,7% y 24,7%, respectivamente³. El desconocimiento de las vacunas indicadas y la ausencia de prescripción concentran la mayor proporción de oportunidades perdidas, mientras que el rechazo activo es minoritario⁴. La brecha no se explica, por lo tanto, ni por indisponibilidad de vacunas ni por negativa del paciente.

El efecto atribuible al profesional está cuantificado: ante una actitud favorable del médico, la probabilidad de vacunación alcanza el 90% en pacientes predispuestos y el 87% en reticentes, y desciende al 7% cuando la actitud negativa es compartida⁴. En la cohorte citada, la cobertura ascendió al 71,7% y al 59% en el subgrupo con indicación registrada para ambas vacunas³. El médico clínico cumple aquí una función que no compete con la de las demás especialidades, sino que depende de ellas: recibe recomendaciones emitidas en paralelo, las convierte en un esquema único para un paciente concreto y sostiene su cumplimiento en el seguimiento longitudinal.

La transmisión de información precisa resulta, por sí sola, insuficiente para incrementar las tasas de vacunación⁴. La evidencia respalda la comunicación estructurada como competencia clínica de efecto medible: marcos como ASPIRE, presentar una recomendación explícita, abordar de manera proactiva las preocupaciones sobre seguridad, responder y empatizar, y la entrevista motivacional actúan sobre los determinantes individuales de la decisión y mejoran la aceptación de la vacunación⁴. Su eficacia depende de la confianza y la continuidad del vínculo asistencial, condiciones propias del seguimiento longitudinal del médico clínico. La comunicación clínica constituye así el mecanismo que convierte la indicación en decisión aceptada, y allí reside el mayor margen para reducir la brecha de cobertura vacunal.

BIBLIOGRAFÍA

- Musso C, Mociulsky J, Aranguren F, Debiaggi C, Commendatore V, Rozenek M, et al. Recomendaciones de vacunación para adultos con diabetes mellitus. *Rev Soc Argent Diabetes* 2026; 60: 123-37.
- Vizzotti C, Katz N, Stecher D, Aquino A, Juárez MDV, Uruña A. Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: una encuesta poblacional en Argentina. *Medicina (B Aires)* 2018; 78: 76-82.
- Matta MG, Pulido L, Herrera-Paz JJ, et al. Influenza and pneumococcal vaccine prescription for adults during COVID-19 first wave in three regions of Argentina. *Vaccine* 2023; 41: 1541-4.
- Nachón MN, Mirofsky M, Durán MV, Savia A, Rosas A, Zunino S, Cámara L, Ledesma R, Milione H, Valdez P. Vacunación en adultos: estrategias prácticas para promover la adherencia. Consejo de Vacunas, Sociedad Argentina de Medicina. *Medicina (B Aires)* 2025.

Salón Columnas del Boulevard

SIMPOSIO: Tecnología en la nueva era

Coordinador: Rodrigo Carnero

Monitoreo continuo de glucosa en diabetes tipo 2

Alejandro Dain

Durante años, indicar monitoreo continuo de glucosa (MCG) en diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se reservó para quienes usaban insulina en esquemas intensivos. Ese criterio ya no alcanza: los *Standards of Care* 2026 de la *American Diabetes Association* ampliaron la indicación a toda persona con DM2 que recibe insulina, cualquiera sea el esquema, y también a quienes tratan su enfermedad con otros fármacos hipoglucemiantes sin lograr el control metabólico¹. La pregunta dejó de ser si conviene indicar MCG en DM2; hoy se discute en quiénes empezar primero y con qué modalidad.

¿Por qué y en quiénes? Un análisis de NHANES 2009-2020 encontró que apenas el 16% de las personas con DM2 recibe insulina basal y el 12% de quienes usan múltiples dosis diarias alcanzan su objetivo glucémico individualizado². En ese mismo grupo, un registro canadiense con más de 200.000 personas asoció el uso del MCG a mayor probabilidad de progresión terapéutica frente al automonitoreo solo³. El vacío que quedaba en quienes combinan insulina basal con terapias no insulínicas modernas empieza a llenarlo el ensayo FreeDM2: en esa población mostró una reducción de la HbA1c de 0,6 puntos a los 4 meses y un aumento del tiempo en rango cercano a 2 horas y media diarias frente al automonitoreo capilar⁴. En personas sin insulina, la indicación todavía descansa en un cuerpo de evidencia más nuevo y más chico.

¿Cómo se usa? Conviene distinguir dos lógicas según la etapa de la enfermedad. En el diagnóstico reciente y en la DM2 estable sin insulina, un uso intermitente de una a 2 semanas, repetido cada 3 o 4 meses, alcanza para trazar el perfil glucémico, reforzar adherencia y ajustar fármacos. Con insulina basal o esquemas múltiples, el acceso continuo pasa a ser la modalidad de elección, como se evaluó en FreeDM2⁴. En la enfermedad avanzada o en el paciente frágil, el uso continuo prioriza evitar la hipoglucemia por sobre el ajuste fino de dosis.

Los resultados de FreeDM2 se presentaron en el ATTD 2026 y todavía esperan su publicación con revisión por pares completa⁴, salvedad que conviene mantener al citarlos. El cambio de fondo, de todos modos, es claro: el MCG en DM2 dejó de ser una excepción reservada a casos complejos y pasa a discutirse como parte del manejo de rutina, en el momento y con la modalidad que cada etapa de la enfermedad requiere.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes technology: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S150.
2. Hankosky ER, Schapiro D, Gunn KB, Lubelczyk EB, Mitroi J, Nelson DR. Gaps remain for achieving HbA1c targets for people with type 1 or type 2 diabetes using insulin: results from NHANES 2009-2020. *Diabetes Ther*. 2023;14(6):967-975.
3. Harris SB, Levrat-Guillen F. Use of the FreeStyle Libre system and diabetes treatment progression in T2DM: results from a retrospective cohort study using a Canadian private payer claims database. *Diabetes Obes Metab*. 2023;25(6):1704-1713.
4. Wilmot EG, Ajjan RA, Cheah YS, et al. Impact of real-time glucose monitoring using FreeStyle Libre 3 on glycaemia in type 2 diabetes managed with basal insulin plus SGLT2 inhibitor and/or GLP-1 agonist: the FreeDM2 randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*. 2025;15:e090154.

Monitoreo continuo de glucosa en prediabetes tipo 2 y personas sin diabetes

Arturo López Rivera

La identificación de la disglucemia mediante mediciones glucémicas puntuales -glucemia en ayunas, glucemia post-PTOG o HbA1c- ha definido el paradigma diagnóstico de los estados intermedios del metabolismo glucídico. La categoría de "prediabetes", que agrupa entidades fisiopatológicamente heterogéneas, constituye una síntesis imprecisa que puede inducir en el paciente una percepción errónea de relativa normalidad metabólica, retrasando intervenciones terapéuticas oportunas.

Metwally et al. demostraron que la morfología de la curva glucémica durante una PTOG domiciliaria medida con monitoreo continuo de glucosa (MCG) permite identificar, mediante *machine learning*, subfenotipos metabólicos diferenciados en individuos sin DM o con prediabetes: resistencia insulínica muscular o hepática (34%; AUC 0,88–0,95) y disfunción de célula β con déficit de acción incretínica (40%; AUC 0,84). Estos subfenotipos no se correlacionan con HbA1c, HOMA-IR, HOMA-B ni *polygenic risk score*, evidenciando que la información dinámica del MCG supera a las mediciones estáticas en la caracterización del fenotipo fisiopatológico individual.

El MCG ofrece, además, una dimensión terapéutica a través de la retroalimentación biológica en tiempo real. Richardson et al., en un metaanálisis de 25 ensayos clínicos aleatorizados (n=2.996, incluyendo poblaciones con obesidad sin diabetes), demostraron que el MCG como intervención conductual reduce la HbA1c en 0,28% (IC 95%: 0,15–0,42; p<0,001) e incrementa el tiempo en rango en 7,4% (IC 95%: 2,0–12,8; p=0,008). La visibilización en tiempo real del impacto de la alimentación, la actividad física y otros determinantes conductuales sobre la glucemia constituye un mecanismo de modificación del comportamiento de alta eficacia, particularmente al integrarse con el seguimiento longitudinal de hábitos relacionados con la salud.

Desde una perspectiva de salud pública de precisión, el MCG trasciende su rol diagnóstico para constituirse en una herramienta de caracterización metabólica funcional. La individualización basada en el "glucotipo" del paciente -perfil glucémico dinámico que define su respuesta metabólica individual- permite orientar intervenciones preventivas personalizadas antes

del establecimiento de la hiperglucemia franca, con potencial de aplicación tanto en la prevención de la DM2 como en la optimización del rendimiento metabólico y deportivo en poblaciones sin enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Metwally AA, et al. Prediction of metabolic subphenotypes of type 2 diabetes via continuous glucose monitoring and machine learning. *Nat Biomed Eng.* 2025;9:1222-1239. doi:10.1038/s41551-024-01311-6.
- Richardson KM, et al. The efficacy of using continuous glucose monitoring as a behaviour change tool in populations with and without diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2024;21:145. doi:10.1186/s12966-024-01692-6.
- Mao Y, et al. Stratification of patients with diabetes using continuous glucose monitoring profiles and machine learning. *Health Data Sci.* 2022;2022:9892340. doi:10.34133/2022/9892340.

Monitoreo continuo de glucosa en internación (general/críticos)

Javier Remon

Evaluar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2026 respecto de la eficacia clínica, la precisión analítica, la reducción de la carga asistencial en enfermería y la rentabilidad económica del monitoreo continuo de glucosa (MCG) en pacientes adultos hospitalizados tanto en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como en salas generales.

Los metaanálisis y revisiones sistemáticas consolidados demuestran una superioridad del MCG frente al monitoreo capilar de punto de atención (POC). En salas no críticas, el MCG incrementa de forma significativa el tiempo en rango (TIR 70–180 mg/dL), logrando reducciones paralelas en la hiperglucemia (>180 mg/dL) y en el tiempo en hipoglucemia (<70 mg/dL). En UCI, el MCG disminuye la incidencia de eventos hipoglucémicos y se asocia a una menor mortalidad intrahospitalaria. Analíticamente, los biosensores subcutáneos demuestran una resiliencia notable en estados de vasoconstricción periférica por inotrópicos, shock séptico, posoperatorio cardiovascular y cetoacidosis diabética, conservando una diferencia relativa absoluta media (MARD) de 11% a 13% y más del 98% de pares glucémicos en las zonas A+B de Clarke y Parkes.

Sin embargo, se enfatiza la alerta sobre la interferencia electroquímica espuria inducida por la hidroxiurea (MARD hasta 91%), requiriendo controles POC de confirmación. Operativamente, la transición telemática reduce el tiempo de enfermería por medición de 5 minutos a 3 segundos, aplacando el miedo a la hipoglucemia. En términos fármaco-económicos, el sistema genera disminución de costos por prevención de complicaciones.

En conclusión, el MCG redefine la seguridad metabólica hospitalaria. Las directrices ADA 2024–2026 legitiman el modelo híbrido, la preservación de tecnología al ingreso y los esquemas estandarizados de alta estructurados.

BIBLIOGRAFÍA

- Yao Y, Zhao YH, Zheng WH, Huang HB. Subcutaneous continuous glucose monitoring in critically ill patients during insulin therapy: a meta-analysis. *Am J Transl Res.* 2022;14(7):4757-4767. doi:10.62347/JLIF4172.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes care in the hospital: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S339-S350. doi:10.2337/dc26-S016.
- Lara-Gálvez D, Rubio-Almanza M, Aparicio-Ródenas Y, Sanchis-Pascual D, Masdeu-López-Cerón P, Pérez-Cervantes V, et al. Continuous glucose monitoring in non-ICU hospitalized adults with type 2 diabetes: a systematic review. *J Clin Med.* 2026;15(1):34. doi:10.3390/jcm15010034.

Monitoreo continuo de glucosa en ejercicios de competencia

Daniela Rodríguez

Realizar ejercicio es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes mellitus, tanto tipo 1 como tipo 2 (DM1/DM2), pero la barrera más importante para realizarlo es el miedo a la hipoglucemia.

Desde hace varios años existen los monitoreos continuos de glucosa (MCG), pero recién en el año 2020 se redactó un consenso sobre MCG y ejercicio donde se pusieron en juego variables para clasificar con qué glucosa es seguro empezar a realizar ejercicio, como la experiencia en el mismo, percepción de las hipoglucemias, hipoglucemias severas en los últimos 6 meses y tiempo por debajo del rango; de esta forma se pueden dar indicaciones más personalizadas. Sumado a esto, se tiene en cuenta si el ejercicio suele tender a bajar o subir la glucemia, y no solo tiene en cuenta antes y durante la realización de ejercicio, sino que también nos da opciones de alertas posejercicio y nocturnas, otra vez teniendo en cuenta el riesgo personal de tener hipoglucemia.

Si bien los beneficios son múltiples, sabemos que el ejercicio aumenta el MARD y la mayor diferencia no está dada por los diferentes tipos de ejercicio, sino entre el reposo y el ejercicio; por eso, en determinados momentos hay que cotejar con glucemia capilar para tomar decisiones en todo momento, pero sobre todo en medio de una competencia.

En los últimos años, tanto las alarmas de glucosa alta como baja permiten que las personas estén más pendientes; también que la predicción de glucosa baja ante de que esta aparezca; esto aporta seguridad y no ha demostrado aumentar la carga en el tratamiento de la DM.

Si bien el uso del MCG es seguro, en varias situaciones deportivas se debe tener un cuidado diferente como, por ejemplo, en los deportes de alta montaña, los deportes acuáticos, incluso por momentos en los deportes de contacto aplicar protecciones especiales.

Un momento en el que el MCG cobra vital importancia es después de realizar actividad física, para prevenir las hipoglucemias y reponer adecuadamente los carbohidratos, algo fundamental durante la competencia. Los avances tecnológicos para monitorear la glucosa (MCG) y el ejercicio físico (p. ej., medidores de potencia y monitores de frecuencia cardíaca) permiten obtener mediciones fácilmente disponibles de factores relacionados con el control glucémico y el comportamiento durante el ejercicio, independiente del contexto y el entorno del entrenamiento o la competición.

BIBLIOGRAFÍA

- Moser O, Riddell MC, Eckstein ML, et al. Glucose management for exercise using continuous glucose monitoring (CGM) and intermittently scanned CGM (isCGM) systems in type 1 diabetes: position statement of the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) endorsed by JDRF and supported by the American Diabetes Association (ADA). *Diabetologia*. 2020;63(12):2501-2520. doi:10.1007/s00125-020-05263-9.
- Muñoz Fabra E, Díez JL, Bondia J, Laguna Sanz AJ. A comprehensive review of continuous glucose monitoring accuracy during exercise periods. *Sensors (Basel)*. 2021;21(2):479. doi:10.3390/s21020479.
- van Weenen E, Banholzer N, Föll S, et al. Glycaemic patterns of male professional athletes with type 1 diabetes during exercise, recovery and sleep: retrospective, observational study over an entire competitive season. *Diabetes Obes Metab*. 2023;25(9):2616-2625. doi:10.1111/dom.15147.

Salón Atlántico A

SIMPÓSIO: Abordaje de las comorbilidades y la enfermedad cardiovascular en la persona con diabetes tipo 1

Coordinador: León Litwak

Detección temprana y prevención cardiovascular

Miriam Tonietti

La incidencia global de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) sigue en aumento a nivel mundial, especialmente en niños menores de 5 años, lo que se traduce en un mayor tiempo de exposición a lo largo de la vida y consiguiente riesgo de morbilidad temprana por enfermedad cardiovascular (ECV).

La ECV es la causa principal de mortalidad en DM1. Aunque las manifestaciones clínicas de la ECV son raras antes de la adultez, su incidencia representa el resultado final de décadas de procesos patológicos subclínicos que derivan en gran parte de comportamientos en el estilo de vida y factores de riesgo potencialmente modificables.

La adolescencia es un período particularmente crítico para el desarrollo de manifestaciones subclínicas tempranas de enfermedad cardiovascular. La edad de comienzo de la enfermedad es un factor de riesgo no modificable, con mayor pérdida de la expectativa de vida cuando el comienzo de la enfermedad es antes de los 10 años. También el sexo, con mayor impacto en las mujeres.

Aunque el control glucémico subóptimo juega un rol principal en este riesgo elevado, la exposición temprana y sostenida a factores de riesgo tradicionales como el sobrepeso, la tensión arterial, la dislipidemia, la microalbuminuria, la inactividad, la pobre calidad de la dieta y el tabaco, entre otros, aceleran el proceso aterosclerótico y contribuyen al riesgo futuro.

Además, la pesquisa de factores de riesgo CV es subóptima y las intervenciones farmacológicas, tardías y escasas. En este sentido, es clara la necesidad en jóvenes de mejorar las estrategias de *screening* de FR cardiovascular y de tratarlos intensivamente. Hay evidencia que la elevación de las tasas de microalbuminuria, aún en rango normal, podrían identificar al grupo de adolescentes con DM1 con mayor riesgo de complicaciones y que el tratamiento farmacológico temprano en este grupo puede resultar en reducción del riesgo.

Estos datos subrayan la importancia de entender la enfermedad cardiovascular en DM1 como un proceso progresivo que comienza en la infancia y que para reducir la morbilidad es necesario extremar los esfuerzos de detección e intervención temprana.

BIBLIOGRAFÍA

- Chiesa ST, Marcovecchio ML. Preventing cardiovascular complications in type 1 diabetes: the need for a lifetime approach. *Front Pediatr*. 2021;9:696499. doi:10.3389/fped.2021.696499.
- Bjornstad P, Donaghue KC, Maahs DM. Macrovascular disease and risk factors in youth with type 1 diabetes: time to be more attentive to treatment. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(10):809-820. doi:10.1016/S2213-8587(18)30035-4.
- Vurali D, Jalilova L, Alikasifoglu A, et al. Cardiovascular risk factors in adolescents with type 1 diabetes: prevalence and gender differences. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2024;16(1):11-20.
- Schäfer M, Nadeau K, Reusch J. Cardiovascular disease in young people with type 1 diabetes: search for cardiovascular biomarkers. *J Diabetes Complications*. 2020;34(10):107651. doi:10.1016/j.jdiacomp.2020.107651.

Obesidad y síndrome metabólico: de la doble diabetes al riesgo aterosclerótico

Natalia Nardelli

La obesidad es cada vez más frecuente en las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y desafía el paradigma de una enfermedad definida exclusivamente por insulinopenia. El término “diabetes doble” describe la coexistencia de DM1 autoinmune con insulinorresistencia y rasgos de la DM2, como adiposidad central, hipertensión, hipertrigliceridemia y colesterol HDL bajo. Aunque no existe una definición universal, este fenotipo se asocia con mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, independientemente del control glucémico¹.

Su fisiopatología es multifactorial. La predisposición genética, el ambiente obesogénico, la adiposidad visceral y los factores terapéuticos interactúan. La insulinorresistencia aumenta los requerimientos de insulina; a su vez, la intensificación terapéutica y las ingestas para prevenir o corregir hipoglucemias pueden favorecer el incremento ponderal y perpetuar este círculo. La insulinorresistencia favorece, además, una dislipemia aterogénica, con hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, aumento de remanentes y predominio de LDL pequeñas y densas. Este perfil, sumado a la inflamación de bajo grado y la disfunción endotelial, acelera el desarrollo de aterosclerosis aún cuando el colesterol LDL no esté marcadamente elevado^{1,2}.

El riesgo ateroesclerótico de la DM1 no puede interpretarse únicamente a partir de la hemoglobina glicosilada. La variabilidad glucémica, el aumento de peso, la insulinoresistencia y las alteraciones del glucagón, la amilina y las incretinas contribuyen al riesgo cardiometabólico residual. Además, la administración subcutánea de insulina genera una distribución no fisiológica, con hipoinsulinemia hepática relativa e hiperinsulinemia periférica, que puede alterar el eje hormona de crecimiento/IGF-1, aumentar los ácidos grasos libres y favorecer disfunción endotelial, rigidez arterial y calcificación coronaria. La insulina continúa siendo indispensable, pero no modifica por sí sola todos estos mecanismos².

El abordaje debe combinar optimización de la insulino terapia, alimentación, actividad física y tratamiento de los factores de riesgo con estrategias dirigidas a la obesidad. Un consenso reciente propone considerar agonistas del receptor GLP-1 y agonistas duales GLP-1/GIP en adultos con DM1 y sobrepeso u obesidad, acompañados de titulación prudente de insulina, monitoreo continuo de glucosa, vigilancia de cetonas y educación estructurada³. En una cohorte apareada de 4.088 personas por grupo, estas terapias se asociaron con menores riesgos de mortalidad, insuficiencia cardíaca y eventos cardiovasculares, sin aumento de cetoacidosis; por tratarse de evidencia observacional, los resultados requieren confirmación en ensayos aleatorizados⁴. Reconocer la doble DM implica superar el enfoque glucocéntrico y avanzar hacia una prevención cardiometabólica integral y personalizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bielska W, Przekaz A, Moleda P, Pius-Sadowska E, Machalinski B. Double diabetes—when type 1 diabetes meets type 2 diabetes: definition, pathogenesis and recognition. *Cardiovasc Diabetol*. 2024;23(1):62. doi:10.1186/s12933-024-02145-x.
2. Ni H, Snaith JR, Greenfield JR. Beyond insulin: why type 1 diabetes mellitus needs more? *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2026. doi:10.1016/j.ecl.2026.04.001. Epub ahead of print.
3. Garg SK, Akturk HK, Garg S, Beck RW, Bellini NJ, Bjornstad P, et al. Adjunctive treatment with GLP-1 and dual GLP-1/GIP receptor agonists for people with type 1 diabetes: consensus report and practical guidelines for safe use. *Diabetes Technol Ther*. 2026. doi:10.1177/15209156261449879. Epub ahead of print.
4. Tentolouris A, Filippatos C, Tpetes NI, Gavriatopoulou M, Terpos E, Briassoulis A, et al. GLP-1 receptor agonist therapy and cardiorenal outcomes in type 1 diabetes: a propensity-matched real-world analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2026;28(7):6347-6357. doi:10.1111/dom.70841.

Dislipemia: ¿cuándo y cómo tratar?

Eduardo Osvaldo Esteban

La enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de morbimortalidad en las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Aunque el control glucémico continúa siendo un pilar fundamental, la evidencia acumulada demuestra que la reducción intensiva del colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) disminuye significativamente el riesgo cardiovascular, incluso en ausencia de enfermedad cardiovascular establecida.

El manejo de las dislipidemias en la DM1 debe basarse en una adecuada estratificación del riesgo cardiovascular, considerando la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia de complicaciones microvasculares, enfermedad renal crónica y otros factores de riesgo asociados. Las guías internacionales actuales recomiendan iniciar tratamiento hipolipemiente en la mayoría de los adultos con DM1 que presenten riesgo moderado, alto o muy alto, con objetivos terapéuticos cada vez más exigentes.

Las estatinas continúan siendo el tratamiento de primera línea por su sólida evidencia en la reducción de los eventos cardiovasculares. Cuando no se alcanzan las metas de LDL-C, se recomienda la combinación con ezetimibe y, en pacientes seleccionados de muy alto riesgo, con inhibidores de PCSK9 o inclisiran. El abordaje debe complementarse con intervenciones intensivas sobre el estilo de vida, incluyendo alimentación saludable, actividad física regular, control del peso, suspensión del tabaquismo y optimización del control glucémico.

Esta disertación revisará la evidencia científica más reciente, las recomendaciones de las guías internacionales ACC/AHA y ESC/EAS, los objetivos actuales de tratamiento y un algoritmo práctico para decidir cuándo iniciar el tratamiento, qué objetivos perseguir y cuáles son las mejores estrategias terapéuticas disponibles en pacientes con DM1.

Nefropatía y albuminuria: la entrada al riesgo cardiovascular. Uso de ISRAA y fármacos nefroprotectores

Florencia Aranguren

La enfermedad renal crónica (ERC) en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) debe interpretarse como parte del continuo cardiorrenal y no solo como una complicación microvascular. Su detección se basa en la relación albúmina/creatinina urinaria (RAC) y la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe), con rastreo desde los 5 años del diagnóstico y confirmación de todo resultado anormal. La presentación es heterogénea: la TFGe puede disminuir antes de la albuminuria; sin embargo, en estudio FinnDiane la enfermedad renal no albuminúrica representó solo el 2%, mientras que la combinación de albuminuria y TFGe <60 ml/min/1,73 m² identificó el mayor riesgo cardiovascular y de mortalidad. La regresión de la albuminuria se asoció con menor riesgo renal y cardiovascular. No obstante, el 63% de las personas con DM1 y ERC no alcanzaba simultáneamente las metas de presión arterial, colesterol y HbA1c¹.

La albuminuria es considerada actualmente un marcador de daño renal, un factor de riesgo vascular y un objetivo terapéutico. El bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) continúa siendo parte del tratamiento fundacional. En la ERC, ante hipertensión o RAC ≥30 mg/g debe indicarse un IECA o un ARA II, titulado hasta la máxima dosis tolerada, con control de presión arterial, creatinina y potasio a las 2-4 semanas².

Más allá del SRAA, la evidencia nefroprotectora en DM1 se amplía, aunque no es uniforme. En datos de la vida real, los inhibidores de SGLT2 se asociaron con preservación de la TFGe y menos insuficiencia cardíaca, ERC y hospitalizaciones que los agonistas GLP-1, pero con más cetoacidosis diabética e infecciones urinarias, lo que exige selección cuidadosa, educación y monitorización de glucosa y cetonas³.

Diferentes estudios recientes van reconociendo los beneficios en el control metabólico, el peso y los factores de riesgo CV de los aGLP-1 en DM1, y algunos resultados indirectos en reducción del riesgo de MACE y de enfermedad renal avanzada⁴. En FINE-ONE, ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, 242 personas con DM1, ERC, RAC de 200–5000 mg/g y tratamiento con inhibidores del SRAA recibieron finerenona durante 6 meses; la RAC se redujo 25% frente a placebo⁵. En conjunto, el objetivo terapéutico integra tres metas: disminuir el riesgo cardiovascular, reducir la albuminuria y enlentecer la caída del filtrado glomerular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jansson Sigfrids F, Lithovius R, Groop PH, Thorn LM. Lessons learned from the FinnDiane Study: Epidemiology and metabolic risk factors for diabetic kidney disease in type 1 diabetes. *Diabet Med*. 2025;42(2):e15431. doi:10.1111/dme.15431.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024;105(Suppl 4S):S117-S314.
3. Anson M, Zhao SS, Austin P, Ibarburu GH, Malik RA, Alam U. SGLT2i and GLP-1 RA therapy in type 1 diabetes and reno-vascular outcomes: a real-world study. *Diabetologia*. 2023;66(10):1869-1881. doi:10.1007/s00125-023-05975-8.
4. Garg SK, Akturk HK, Battelino T, et al. Adjunctive treatment with GLP-1 and dual GLP-1/GIP receptor agonists for people with type 1 diabetes: Consensus report and practical guidelines for safe use. *Diabetes Technol Ther*. Published online June 5, 2026. doi:10.1177/15209156261449879.
5. Groop PH, Tuttle KR, Rossing P, et al. Finerenone in patients with type 1 diabetes and chronic kidney disease. *N Engl J Med*. 2026;394(10):947-957.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: Abordaje integral de la diabetes tipo 2

Coordinador: Isaac Sinay

Intervención nutricional

Estrella Menéndez

El tratamiento médico nutricional es muy efectivo y beneficioso para personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Está asociado a un descenso hasta del 2% de la HbA1c. Los objetivos de este tratamiento son: descender y mantener un peso saludable, lograr metas glucémicas y de lípidos previamente consensuadas, y prevenir o enlentecer las complicaciones crónicas cardiorrenales.

Es importante evitar el énfasis en macronutrientes (hidratos, proteínas y grasas) y focalizar la educación nutricional en alimentos y en patrones nutricionales. Por ejemplo, los hidratos pueden ser muy saludables y recomendados cuando hablamos de verduras, frutas, legumbres y granos integrales, y ser muy desaconsejados si nos referimos a azúcares, granos refinados y sus harinas. Los patrones nutricionales surgen de la idea de que un solo estilo alimenticio no les va bien a todos, por lo tanto, la alimentación basada en plantas, el patrón Mediterráneo, la dieta DASH y el bajo consumo de grasas y de hidratos modificado son adecuados según los gustos y costumbres de cada individuo. Dentro del consejo nutricional también debemos tener en cuenta las diferentes comorbilidades que presenta el paciente como dislipemia, hipertensión, enfermedad cardiovascular o enfermedad renal, a los efectos de prevenir la aparición o controlar la enfermedad asociada.

Es aconsejable realizar un plan de comidas y asesoramiento sobre la lista de compras y las recetas culinarias. También ofrecer una guía sobre la forma de realizar las mismas.

Debe considerarse el tipo de ejercicio que el paciente realiza (caminatas, carreras, ejercicio de fuerza), la duración y la intensidad del mismo a fin de orientarlo mejor en su alimentación basal y la suplementación de ser necesaria. El aporte de proteínas variará entre 0,8 a 1,5 g/kg peso ideal según las características que presente el paciente, especialmente el tipo de ejercicio que realice y presencia o no de complicaciones cardiorrenales. Cada vez hay más evidencia que sugiere que una mayor ingesta de proteínas vegetales y la sustitución de proteínas animales por proteínas vegetales se asocian con un menor riesgo de mortalidad por todas las causas y cardiovascular.

En momentos donde muchos pacientes utilizan análogos de GLP1 como tratamiento de su obesidad/DM2 es muy importante el asesoramiento nutricional para evitar los efectos adversos gastrointestinales de estas drogas, para potenciar sus beneficios glucémicos y de pérdida de grasa especialmente visceral, y para minimizar la depleción de la masa muscular.

BIBLIOGRAFÍA

- Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: a consensus report. *Diabetes Care*. 2019;42:731-754.
- Lichtenstein AH, Appel LJ, Vadiveloo M, et al. 2021 dietary guidance to improve cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2021;144:e472-e487.
- U.S. Department of Agriculture, U.S. Department of Health and Human Services. Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025. 9th ed. Washington, DC: U.S. Department of Agriculture; 2020. Disponible en: https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2021-03/Dietary_Guidelines_for_Americans-2020-2025.pdf
- Vigiliouk E, Stewart SE, Jayalath VH, et al. Effect of replacing animal protein with plant protein on glycemic control in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrients*. 2015;7:9804-9824.
- Lamberg-Allardt C, Bärebring L, Arnesen EK, et al. Animal versus plant-based protein and risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials and prospective cohort studies. *Food Nutr Res*. 2023;67. doi:10.29219/fnr.v67.9003.
- Sullivan VK, Kim H, Caulfield LE, Steffen LM, Selvin E, Rebholz CM. Plant-based dietary patterns and incident diabetes in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Diabetes Care*. 2024;47:803-809.

El ejercicio como terapia no farmacológica

Martín Rodríguez

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad metabólica, cardiovascular, muscular e inflamatoria, por lo que el ejercicio debe considerarse una intervención terapéutica central y no solo una recomendación complementaria. Durante la contracción muscular, se activa una vía de captación de glucosa parcialmente independiente de la insulina, mediada por la translocación de GLUT-4, activación de AMPK, señalización por calcio, participación de AS160/TBC1D4, proteínas Rab, RAC1 y aumento del flujo sanguíneo microvascular. La interacción entre la insulina y el ejercicio permite comprender cómo el músculo esquelético capta la glucosa durante la actividad física y cómo, luego del esfuerzo, aumenta su sensibilidad a la insulina para reponer glucógeno. Estos mecanismos mejoran la utilización de glucosa y de ácidos grasos, reducen la lipotoxicidad y favorecen las adaptaciones mitocondriales.

El músculo esquelético debe entenderse, además, como un órgano endocrino. A través de mioquinas y exerquinas, el ejercicio induce comunicación con el tejido adiposo, el hígado, el sistema cardiovascular, el hueso y el cerebro. La IL-6 liberada por el miocito durante el ejercicio no reproduce necesariamente el perfil inflamatorio de la IL-6 derivada de macrófagos; por el contrario, participa en respuestas antiinflamatorias, estimula IL-1ra e IL-10 y contribuye al metabolismo energético. Esta visión ayuda a explicar por qué el entrenamiento regular reduce la inflamación crónica de bajo grado, la grasa visceral, el estrés oxidativo y el riesgo cardiometabólico.

La evidencia clínica muestra que el ejercicio mejora la HbA1c, la presión arterial, la composición corporal, el perfil lipídico, la capacidad funcional y la calidad de vida. El *fitness* cardiorrespiratorio es un potente predictor pronóstico y debería considerarse un verdadero signo vital. Sin embargo, la implementación continúa siendo un desafío. En un estudio multicéntrico argentino en adultos con DM2, el 52,3% presentó bajo nivel de actividad física; las principales barreras fueron falta de voluntad, falta de energía y falta de tiempo, y el bajo nivel de actividad se asoció con mayor edad, HbA1c, IMC, sexo femenino y falta de apoyo social.

Por ello, la prescripción debe ser individualizada, progresiva y realista: reducir sedentarismo, interrumpir períodos prolongados sentado, promover actividad cotidiana, indicar al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado y agregar fuerza dos a tres veces por semana. El ejercicio es una poli píldora biológica, accesible y potente para la DM2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pavarotti MA, Rodríguez M. Cascada de señalización de la insulina y la actividad física para el transporte de GLUT-4 y la captación de glucosa en el músculo esquelético. *Rev Soc Arg Diab.* 2023;57:121-139.
2. Gómez Martín C, Pomares ML, Muratore CM, Avila PJ, Apoloni SB, Rodríguez M, Gonzalez CD. Level of physical activity and barriers to exercise in adults with type 2 diabetes. *AIMS Public Health.* 2021;8(2):229-239. doi:10.3934/publichealth.2021018.
3. Richter EA, Sylow L, Hargreaves M. Interactions between insulin and exercise. *Biochemical Journal.* 2021;478:3827-3846.
4. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, Malin SK, Rodríguez NR, Crespo CJ, et al. Exercise/physical activity in individuals with type 2 diabetes: a consensus statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc.* 2022;54(2):353-368. doi:10.1249/MSS.0000000000002800.

Tratamiento farmacológico en la diabetes tipo 2

Alejandra Cicchitti

El tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ha experimentado un cambio de paradigma que trasciende el objetivo histórico del control glucémico aislado.

El enfoque ha evolucionado desde una visión centrada estrictamente en el control glucémico hacia un nuevo paradigma basado en la protección cardiovascular, renal y el manejo integral del riesgo. Este cambio reconoce que la DM2 es un desafío sistémico que exige intervenciones tempranas para reducir la morbilidad.

La metformina se mantiene como el pilar de primera línea en la mayoría de los pacientes, dada su eficacia, perfil de seguridad, bajo costo y perfil neutro sobre el peso, siempre que no existan contraindicaciones. No obstante, el algoritmo actual jerarquiza la selección farmacológica basándose en la presencia de comorbilidades específicas, independientemente de los niveles de HbA1c iniciales.

Para pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) o alto riesgo CV, los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) son de elección temprana por su demostrada capacidad para reducir eventos cardíacos mayores (MACE). Por su parte, en individuos con insuficiencia cardíaca (IC) -independientemente de la fracción de eyección- o enfermedad renal crónica (ERC), los inhibidores de SGLT-2 (iSGLT-2) se posicionan como terapia central por efecto nefroprotector e impacto en la reducción de hospitalizaciones por IC. Ambas familias son, además, herramientas valiosas en el manejo de la obesidad, favoreciendo el descenso ponderal, un pilar crítico para el control de la enfermedad.

Los inhibidores de la DPP-4 (iDPP-4) ofrecen una alternativa segura y con excelente tolerancia, siendo neutros respecto al peso y con muy bajo riesgo de hipoglucemia, lo que los hace ideales para la terapia combinada o en pacientes donde la metformina no es tolerada.

Respecto de las sulfonilureas (SU), las guías recomiendan priorizar las de última generación (gliclazida, glimepirida) para minimizar el riesgo de hipoglucemia, manteniéndolas como una opción accesible y potente para el control glucémico.

Las tiazolidinedionas (pioglitazona) conservan un rol en pacientes seleccionados, como aquellos con esteatosis hepática o antecedentes de accidente cerebrovascular, aunque su uso requiere precaución en presencia de IC.

Un concepto emergente y de creciente relevancia clínica es el de fenotipo de DM, que propone subclasificar a los pacientes según predominio de insulinoresistencia, déficit de célula β , obesidad o componente hereditario, orientando así la selec-

ción farmacológica más allá del algoritmo lineal clásico. Este enfoque de individualización -que integra comorbilidades, riesgo de hipoglucemia, función renal y fenotipo metabólico- constituye el eje central de la toma de decisiones terapéuticas actuales.

BIBLIOGRAFÍA

- Musso C, Commendatore V, de Dios A, Elbert A, Faingold MC, Frechtel G, Fuente G, Gorban de Lapertosa S, et al. Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto. *Rev Soc Arg Diab.* 2025;59(1):29-66.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care.* 2025;48(Suppl 1):S181-S206. doi:10.2337/dc25-S009.
- Kalyani RR, Neumiller JJ, Maruthur NM, Wexler DJ. Diagnosis and treatment of type 2 diabetes in adults: a review. *JAMA.* 2025;334(11):984-1002. doi:10.1001/jama.2025.5956.
- Reyes-Medina MJ, Cantón-Habas V, Sánchez-Jiménez FJ, Molina-Hurtado E, Carrera-González MP. New approach to optimize therapy in type 2 diabetes mellitus: the importance of subclassification. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2025;16:1710511. doi:10.3389/fendo.2025.1710511.

¿Cuándo es el momento de iniciar insulino terapia en diabetes tipo 2?

Jimena Soutelo

La insulino terapia en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está indicada en distintas situaciones clínicas. Puede utilizarse para alcanzar y mantener los objetivos glucémicos cuando la progresión de la enfermedad supera la eficacia de las modificaciones del estilo de vida y de los fármacos antihiper glucemiantes. Asimismo, constituye una alternativa terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, insuficiencia hepática o insuficiencia cardíaca. También se recomienda como tratamiento inicial en presencia de descompensación metabólica, definida por HbA1c $\geq 10\%$, glucemia ≥ 300 mg/dL o síntomas catabólicos (pérdida de peso involuntaria), polidipsia y poliuria. En determinadas circunstancias, como internación, cirugía, enfermedad aguda, tratamiento con glucocorticoides en dosis elevadas o embarazo, puede indicarse de manera transitoria^{1,3}.

Se recomienda iniciar el tratamiento con insulina basal (IB), ya sea NPH o análogos de acción prolongada. En pacientes que reciben sulfonilureas o meglitinidas, se aconseja suspender estos fármacos al iniciar la insulino terapia, mientras que no se recomienda la asociación con tiazolidinedionas debido al mayor riesgo de retención hídrica y aumento de peso¹.

La dosis inicial de IB puede individualizarse según el grado de descontrol glucémico. En general, se recomienda comenzar con 10 UI/día o 0,1-0,2 UI/kg/día. En pacientes con HbA1c $> 8\%$, puede considerarse una dosis inicial de 0,2-0,3 UI/kg/día³.

La titulación debe realizarse cada 3 a 5 días con el objetivo de alcanzar glucemias en ayunas entre 80 y 130 mg/dL. Si luego de 3 a 5 controles consecutivos la glucemia en ayunas es > 130 mg/dL y no se registran hipoglucemias, la dosis debe incrementarse en 2 UI; si los valores son > 180 mg/dL, el aumento puede ser de 4 UI. Ante glucemias < 70 mg/dL o episodios de hipoglucemia, se recomienda reducir la dosis en 4 UI^{1,3}.

Si luego de aproximadamente 3 meses de tratamiento con IB no se alcanza la meta de HbA1c, debe evaluarse la presencia de hiperglucemia posprandial mediante automonitoreo glucémico. En estos casos, puede añadirse insulina prandial, iniciando con 2-4 UI (o el 10% de la dosis basal) antes de la comida asociada a valores posprandiales > 180 mg/dL, con ajustes de 1-2 UI cada 3-5 días^{1,3}.

Debe evitarse la sobrebasalización, definida como dosis de IB $> 0,5$ UI/kg/día o > 60 UI/día^{1,3}.

La IB también puede combinarse con agonistas del receptor de GLP-1 para optimizar el control metabólico, minimizar aumento de peso y el riesgo de hipoglucemias^{1,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Musso C, Commendatore V, de Dios A, Elbert A, Faingold MC, Frechtel G, et al. Guía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto. *Rev Soc Argent Diabetes.* 2025;59(1):29-66.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S183-S215. doi:10.2337/dc26-S009.
3. Samson SL, Vellanki P, Blonde L, Hirsch IB, Hoang TD, Isaacs SD, et al. American 3. Association of Clinical Endocrinology consensus statement: Algorithm for management of adults with type 2 diabetes—2026 update. *Endocr Pract.* 2026;32(4):473-518. doi:10.1016/j.eprac.2026.01.006.

Salón Teatro

SIMPOSIO: MASLD y diabetes: un abordaje integral

Coordinador: Sergio Rueda

Panorama global y actual en la Argentina

Adriana Álvarez

Se define MASLD como la esteatosis hepática ($> 5\%$) asociada a uno o más de cinco factores de riesgo cardiometabólico, incluyendo sobrepeso/obesidad, hiperglucemia/diabetes, hipertensión y dislipemia. Un consumo moderado de alcohol diario en pacientes con MASLD (20-50 g en la mujer y 30-60 g en el varón) los incluye en la categoría de MetALD.

En la actualidad la prevalencia de MASLD en población general se ubica en un 38% a nivel mundial, pero esta se duplica en pacientes con diabetes mellitus (DM).

En Latinoamérica, Younossi et al., en 2023, hallaron una prevalencia de MASLD del 44,4% (metaanálisis de tres estudios, n=5.875 pacientes) siendo una de las zonas con mayor prevalencia del mundo.

Previamente, Cusi et al., en 2021, publicaron una prevalencia del 70% de MASLD en pacientes con DM2. Recientemente, en la Argentina publicamos un trabajo sobre prevalencia de MASLD en pacientes adultos con DM2, estudio multicéntrico de corte transversal, donde se incluyeron 579 pacientes (mediana de edad: 60 años; 67% obesos) y hallamos una prevalencia del 81,2%.

En la actualidad, MASLD es la causa más común de enfermedad hepática crónica y su prevalencia ha aumentado más de un 50% en las últimas tres décadas. Los datos epidemiológicos indican que 12-40% de los pacientes con MASLD desarrollan esteatohepatitis metabólica (MASH) entre 8 a 13 años, y aproximadamente un 15% presentará fibrosis con progresión a cirrosis, requiriendo a futuro un trasplante hepático.

MASLD es una comorbilidad con alta prevalencia en DM que genera aumento de la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular y hepática. Si bien la fisiopatología es multicausal, la influencia de los factores genéticos podría explicar la alta prevalencia de la misma en la población latinoamericana.

El polimorfismo del gen PNPLA3, que codifica la variante I148M, se ha visto fuertemente asociada con MASLD, fibrosis hepática, cirrosis por MASH y hepatocarcinoma, especialmente en pacientes con DM y obesidad.

En resumen, es muy importante detectar precozmente la presencia de MASLD en pacientes con DM y obesidad, con el objetivo de tratarlos adecuadamente y evitar la progresión de la enfermedad hepática y reducir la mortalidad de causa cardiovascular con tratamientos personalizados, según la estratificación del riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Rinella ME, Neuschwander-Tetri BA, Caldwell SH, et al. AASLD practice guidance on the clinical assessment and management of nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology*. 2023;77(5):1797-1835. doi:10.1097/HEP.0000000000000323.
- Olaz-Ramos E, et al. Epidemiology and diagnosis of MASLD in Latin America: a yet-to-be-met challenge. *Front Pharmacol*. 2026;16:1700072.
- Lomonaco R, Bril F, Cusi K, et al. Advanced liver fibrosis is common in patients with type 2 diabetes: the need for systematic screening. *Diabetes Care*. 2021;44(2):399-406. doi:10.2337/dc20-1997.
- Giunta J, Álvarez A, et al. Prevalencia de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Estudio de corte transversal multicéntrico argentino. *Rev Soc Argent Diab*. 2026;60:16-24.

Del hígado graso a la esteatohepatitis: indicación para la práctica diabetológica (la mirada del diabetólogo)

Atilio Castillo (Paraguay)

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y la esteatohepatitis metabólica (MASH) representan una creciente epidemia, con una prevalencia global del 34-38%. Afectan hasta al 60-70% de los individuos con obesidad o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y entre el 20-40% de estos pacientes de alto riesgo presenta fibrosis significativa.

La emergente evidencia confirma que el estadio de fibrosis es el predictor independiente más sólido de mortalidad hepática y por todas las causas, exigiendo un enfoque centrado en la fibrosis en lugar de depender de la esteatohepatitis aislada. Para el diabetólogo, este cambio de paradigma obliga a realizar una estratificación sistemática del riesgo mediante pruebas no invasivas (NIT) accesibles.

El índice Fibrosis-4 (FIB-4) se respalda como la evaluación de primera línea por su alto valor predictivo negativo, seguido de la elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE) o la prueba *Enhanced Liver Fibrosis* (ELF) como modalidades confirmatorias de segunda línea.

Los umbrales de consenso definen VCTE <8 kPa y ELF <9,2 como de bajo riesgo, mientras que VCTE ≥20 kPa y ELF >11,3 sugieren cirrosis probable. En pacientes con DM2 complicada, el rendimiento diagnóstico del FIB-4 puede estar reducido, lo que justifica el uso de VCTE o ELF como prueba inicial.

La optimización del estilo de vida sigue siendo el pilar fundamental del manejo, logrando una reducción de peso sostenida ≥10% que se asocia con mejoras histológicas significativas. Sin embargo, el diabetólogo debe abordar el alto riesgo de obesidad sarcopénica; las estrategias agresivas de pérdida de peso pueden provocar una pérdida considerable de masa muscular magra. Por ello, es esencial un apoyo nutricional estructurado con una ingesta proteica adecuada (>1,0 g/kg/día, hasta 1,5 g/kg/día durante la pérdida activa) y ejercicio combinado aeróbico y de resistencia para preservar la masa muscular y la capacidad funcional.

El algoritmo integrado y basado en NIT permite al diabetólogo identificar de forma proactiva a los pacientes de alto riesgo, implementar intervenciones de estilo de vida dirigidas y disminuir tanto las complicaciones hepáticas y extrahepáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Younossi ZM, Paik JM, Lazarus JV, et al. Projected global clinical, humanistic, and economic impact of metabolic dysfunction-associated steatohepatitis (MASH): the cost of inaction based on data from nine countries. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24(4):1016-1034. doi:10.1016/j.cgh.2025.09.002.
- Abdulla M, Abdulla M, Al-Hashimi H, et al. Two-dimensional shear wave elastography in Fontan-associated liver disease: a narrative review. *Abdom Radiol (NY)*. 2026. doi:10.1007/s00261-026-05701-z.
- Liu CH, Zeng QM, Kim W, et al. Sarcopenia and MASLD: novel insights and the future. *Nat Rev Endocrinol*. 2026;22:139-152. doi:10.1038/s41574-025-01197-7.
- Younossi ZM, de Avila L, Petta S, et al. Predictors of fibrosis, clinical events, and mortality in MASLD: data from the Global-MASLD study. *Hepatology*. 2026;84(1):204-215. doi:10.1097/HEP.0000000000001617.

Estrategias de tratamiento en personas con diabetes

Susana Fuentes

La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) afecta a más del 80% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la Argentina, lo que exige un abordaje clínico integral para prevenir la progresión a cirrosis. La piedra angular del tratamiento sigue siendo la modificación intensiva del estilo de vida; alcanzar una pérdida de

peso del 5% al 10% disminuye eficazmente la esteatosis, mientras que una reducción superior al 10% logra la regresión de la fibrosis y la resolución de la esteatohepatitis (MASH).

La farmacoterapia hepática específica está indicada en pacientes con MASH y fibrosis clínicamente significativa (F2). En individuos con DM2, se prioriza firmemente el uso de agonistas del receptor de GLP-1 (como la semaglutida), dado que han demostrado resolver la esteatohepatitis, mejorar la fibrosis y reducir significativamente los eventos cardiovasculares.

Por su parte, el resmetirom (un agonista selectivo THR-) ha sido aprobado para pacientes con MASH no cirrótico y fibrosis F2-F3, constituyendo la opción preferida si el paciente ya se encuentra recibiendo un arGLP-1 por su DM u obesidad subyacente. Adicionalmente, los inhibidores de SGLT2 continúan siendo coadyuvantes esenciales para el control glucémico y la protección cardiorrenal de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Giunta J, et al. Prevalencia de MASLD en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista de la SAD. 2026.
- Barreyro FJ, et al. Actualización de la Guía de Práctica Clínica en esteatosis hepática metabólica (MASLD) de la SAHE.
- Younossi ZM, et al. Updated Global Consensus Recommendations for MASLD. Clin Gastroenterol Hepatol. 2026.
- Ndumele CE, et al. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome. J Am Coll Cardiol. 2026.

17:15 a 17:45 h

Salón Las Américas

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Embarazo y metabolismo: de la terapéutica a la nutrigenómica

Coordinadora: María Elena Rodríguez

Nuevas drogas en el embarazo: rol de GLP1 y SGLT2

Rosa Corcoy (España)

Las embarazadas y mujeres lactantes son un ejemplo de población sensible y frecuentemente se excluyen de ensayos clínicos¹. Tras la introducción de nuevos fármacos, la información disponible es observacional durante largo tiempo.

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i) y los fármacos con efecto sobre receptor de GLP1 se introdujeron como antihiper glucemiantes hace dos décadas. Su implantación ha aumentado, casi exponencialmente para aGLP1 por la indicación añadida de obesidad. La prevalencia en aumento de la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en edad fértil implica que cada vez son más frecuentes los embarazos con exposición a estos fármacos.

Fármacos con efecto GLP1

• Embarazo

La recomendación de suspensión pregestación se basa en el riesgo teratogénico en animales. No se ha confirmado teratogenia en mujeres, aunque sí un aumento en abortos².

En los embarazos con exposición inicial, se recomienda su retirada por falta de información y porque hay receptores en placenta, siendo posible un efecto indirecto aunque no haya paso placentario.

La información actual indica que la exposición periconcepcional se asocia a mayor aumento ponderal, con datos no concordantes sobre hipertensión, diabetes gestacional, prematuridad y cesárea.

La semaglutida oral contiene salcaprozato sódico para facilitar su absorción, y en animales ha demostrado toxicidad.

• Lactancia

La utilización de estos fármacos posparto está aumentando, suponiendo su inicio en muchas de estas mujeres. Se ha informado nula o mínima transferencia a la leche, pero no hay que asumir que una transferencia mínima no es relevante. El GLP-1 está presente de forma natural en la leche materna, como la insulina y otros péptidos y se les atribuyen funciones fisiológicas en la maduración gastrointestinal del lactante.

El salcaprozato sódico se transfiere, desconociéndose los posibles riesgos.

Inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (SGLT2i)

• Embarazo

Las fichas técnicas de dapagliflozina, empagliflozina y canagliflozina indican que, en animales, no son teratogénicas, pero hay paso placentario y la exposición en el segundo/tercer trimestre altera el desarrollo renal. En humanos, el riesgo de malformaciones con exposición en el primer trimestre no difiere de la exposición a insulina³. En las bases de datos de laboratorios farmacéuticos se han reportado abortos y malformaciones, siendo posible la existencia de sesgo⁴.

• Lactancia

En animales, las gliflozinas se transfieren a la leche materna, con concentraciones incluso superiores a las plasmáticas. Su administración, induce alteraciones renales. Estos datos introducen la posibilidad de toxicidad renal en humanos, ya que la maduración renal continúa hasta los primeros 2 años de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ren Z, Bremer AA, Pawlyk AC. Drug development research in pregnant and lactating women. Am J Obstet Gynecol. 2021;225(1):33-42. doi:10.1016/j.ajog.2021.04.227.
2. Maslin K, Shawe J, Blowers S, et al. Incretin-based medications in women and reproduction: a systematic scoping review and consensus guidelines for clinical practice. Obes Rev. 2026;27:e70203. doi:10.1111/obr.70203.

3. Cesta CE, Rotem R, Bateman BT, et al. Safety of GLP-1 receptor agonists and other second-line antidiabetics in early pregnancy. *JAMA Intern Med.* 2024;184(2):144-152. doi:10.1001/jamainternmed.2023.6663.
4. Muller DRP, Stenvers DJ, Malekzadeh A, Holleman F, Painter RC, Siegelar SE. Effects of GLP-1 agonists and SGLT2 inhibitors during pregnancy and lactation on offspring outcomes: a systematic review of the evidence. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023;14:1215356. doi:10.3389/fendo.2023.1215356.

Impacto de la nutrigenómica en el embarazo

Alicia Jawerbaum

La nutrigenómica estudia los nutrientes que modulan la expresión del genoma a través de mecanismos epigenéticos, transcripcionales y postranscripcionales. La metilación de ADN, las modificaciones postraduccionales de las histonas y la producción de microARNs son reguladas por diferentes nutrientes, como los folatos y los polifenoles.

Factores de transcripción, como el receptor de la vitamina D y los PPAR, son activados por sus ligandos, vitamina D y ácidos grasos insaturados (MUFAs y PUFAs), respectivamente.

En el embarazo, es clásica la intervención nutrigenómica con folatos en la prevención de malformaciones congénitas. Tanto los folatos como la colina y la vitamina B12 se vinculan con la producción de S-adenosil-metionina, principal dador de metilos en los procesos de metilación del ADN y de histonas. La diabetes mellitus (DM) induce la desregulación del epigenoma, tanto por el requerimiento energético de los procesos epigenéticos, como por incremento del estrés oxidativo que lo desregula. En mujeres con DM gestacional (DMG), hay evidencia de alteraciones epigenéticas en la madre, la placenta, el cordón umbilical y la descendencia.

Modelos experimentales de DM y embarazo evidencian cómo dietas ricas en MUFAs y PUFAs regulan a los receptores nucleares PPAR, modulan la producción de microARNs y reducen complicaciones embrionarias, fetales, placentarias y posnatales. Dietas ricas en aceite de oliva extra virgen, brindadas a mujeres con DMG, regulan en la placenta el entorno proinflamatorio y las vías de los PPAR en vinculación a la regulación de microARNs. Asimismo, el estudio multicéntrico OLIDIAG muestra la capacidad de las dietas ricas en aceite de oliva extra virgen de reducir el requerimiento de insulina, la trigliceridemia materna y complicaciones neonatales en mujeres con DMG.

Un mejor conocimiento del impacto nutrigenómico en DM y embarazo podría mejorar procesos epigenéticos clave en el desarrollo, de impacto en la salud materna y de la progeñie.

Salón Columnas del Boulevard

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Medicina de precisión

Coordinadora: Araceli Mercado Hecker

Intervenciones farmacológicas

Gustavo Frechtel

La medicina de precisión relacionada a la diabetes mellitus (DM) tiene como objetivo fundamental agrupar a las personas con DM en fenotipos definidos por determinadas variables clínicas, antropométricas, bioquímicas, metabólicas, inmunológicas y genéticas, que permitan establecer a partir de esos diagnósticos de precisión, tratamientos farmacológicos personalizados. Además, poder relacionar esos fenotipos con las comorbilidades y sobre todo con las complicaciones crónicas de la DM, tanto micro como macroangiopáticas. Uno de las dificultades más importantes es que los pacientes pueden migrar de fenotipo con la progresión de la enfermedad, por ese motivo, se está intentando utilizar esas variantes para establecer tratamientos farmacológicos sin encasillar a los pacientes en fenotipos estancos.

Estos objetivos se han podido establecer para la DM MODY: la identificación del fenotipo de etiología monogénica, una vez determinado el diagnóstico genético, permite establecer un tratamiento personalizado de acuerdo con cada fenotipo. Entre los más frecuentes se encuentran el tratamiento no farmacológico en el caso del MODY 2 y el tratamiento con bajas dosis de sulfonilureas en el caso del MODY 1 y 3.

En las DM autoinmunes, también se ha progresado con la identificación de fenotipos (la DM1 constituye uno de esos fenotipos), a partir de lo cual se han establecido tratamientos personalizados basados en insulino terapia, inhibidores de DPP4, incluso análogos del receptor de GLP1, de acuerdo al fenotipo en cuestión.

En el caso de la DM2, la aplicación de medicina de precisión es más complicado por tratarse de una forma de DM sumamente heterogénea, en la cual, si bien han presentado diferentes fenotipos, la utilidad de los mismos para establecer tratamientos personalizados ha sido limitado. En este sentido, modelos de predicción electrónicos han sido desarrollados para personalizar el tratamiento en base a determinadas variables como el que se encuentra disponible en www.diabetesgenes.org/t2-treatment/.

Intervenciones no farmacológicas

Juliana Mociulsky

La obesidad y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) constituyen enfermedades crónicas, complejas y heterogéneas, cuya fisiopatología resulta de la interacción entre determinantes biológicos, conductuales, ambientales y socioculturales. En este contexto, la medicina de precisión propone un cambio de paradigma, desplazando el modelo tradicional de intervenciones uniformes hacia estrategias terapéuticas individualizadas, fundamentadas en las características fisiopatológicas y clínicas de cada persona. Si bien este enfoque ha sido impulsado principalmente por el desarrollo de terapias farmacológicas dirigidas, su aplicación al tratamiento no farmacológico adquiere una relevancia creciente y permite reposicionar a la Terapia Médica Nutricional (*Medical Nutrition Therapy*, MNT) como un componente esencial del manejo integral.

La evidencia disponible demuestra que la respuesta a las intervenciones sobre el estilo de vida presenta una marcada variabilidad interindividual, lo que cuestiona la existencia de un patrón alimentario universalmente superior. En consecuencia, la MNT debe concebirse como una intervención de precisión, diseñada a partir de la integración de variables fisiopatológicas, metabólicas, conductuales y psicosociales, incluyendo el fenotipo de obesidad, el comportamiento alimentario, las preferencias individuales, las comorbilidades, el contexto sociocultural y la capacidad de sostener cambios en el tiempo. En este sentido, la caracterización de fenotipos fisiopatológicos de obesidad, como las alteraciones de la saciación, la saciedad, la alimentación emocional y el gasto energético, constituye un ejemplo de cómo la comprensión de los mecanismos biológicos subyacentes puede orientar intervenciones nutricionales y conductuales más específicas y potencialmente más efectivas.

Las recomendaciones más recientes de la *American Diabetes Association* ratifican que la nutrición, la actividad física y las estrategias de modificación conductual constituyen la piedra angular del tratamiento de la obesidad y la DM, enfatizando la necesidad de las intervenciones estructuradas, intensivas y centradas en la persona. El desafío en la práctica sigue siendo la implementación de intervenciones conductuales precisas que favorezcan la adquisición y la permanencia de los cambios de hábitos.

BIBLIOGRAFÍA

- Sacoto D, Hurtado MD, Acosta A. Precision medicine and obesity. *Handb Exp Pharmacol*. 2022;274:467-485. doi:10.1007/164_2021_566.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Obesity and weight management for the prevention and treatment of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S166-S182. doi:10.2337/dc26-S008.

Salón Dauphin

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: La pirámide nutricional bajo la lupa: mirada crítica y aplicación clínica

Coordinadora: Leticia Ferro

Lo que aportan las nuevas guías

Natalia Presner

Las guías americanas 2025 plantean algunos puntos controvertidos, pero en este apartado se destacarán sus aportes. Entre ellos se encuentran las siguientes sugerencias positivas:

- Comer la cantidad adecuada, prestando atención al tamaño de las porciones.
- Priorizar alimentos proteicos en cada comida, tanto a partir de fuentes animales como vegetales, para cubrir un requerimiento de 1,2 a 1,6 g de proteínas por kilo de peso corporal por día.
- Cuidar la salud intestinal incorporando no solo alimentos ricos en fibra, sino también alimentos fermentados.
- Ingerir vegetales y frutas variados a lo largo del día.
- Incorporar grasas saludables y evitar que las grasas saturadas excedan el 10% del valor calor total.
- Consumir granos enteros.
- Limitar la ingesta de alimentos altamente procesados, con azúcares agregados (no más de 10 g por comida) y carbohidratos refinados.
- Limitar las bebidas alcohólicas.
- No superar los 2300 mg por día de sodio. Además, las guías establecen recomendaciones específicas de ingesta de sodio según edad.

En la última parte, las guías brindan recomendaciones específicas por grupo etario, según situación biológica (embarazo y lactancia), para poblaciones con elecciones alimentarias particulares (vegetarianos o veganos) y para personas con enfermedades crónicas, fomentando sobre todo la ingesta de alimentos densos en nutrientes y la elaboración casera de comidas, destacando el consumo de “alimentos reales”.

BIBLIOGRAFÍA

- U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans, 2025-2030*. 10th ed. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture; 2026.

Luces y sombras de las nuevas guías

Patricia Frías

El análisis respecto de las guías alimentarias para los estadounidenses (DGA) 2025-2030 revela una profunda desconexión entre el rigor científico y las decisiones políticas. Promovidas bajo un nuevo paradigma, estas pautas introducen cambios drásticos, destacándose el uso de una pirámide invertida y el aumento generalizado de la recomendación proteica a 1,2-1,6 g/kg/día, junto con la rehabilitación de las grasas animales para cocinar y el consumo de lácteos enteros, justificándose en la actual crisis metabólica¹.

Instituciones académicas de prestigio, como la Escuela de Salud Pública de Harvard² y la Asociación Americana del Corazón (AHA)³, han rechazado categóricamente estas modificaciones. Advierten que este enfoque promueve un exceso proteico totalmente injustificado para la población sedentaria, lo cual sobrecarga la función renal⁴ y eleva peligrosamente el consumo de grasas saturadas, superando con creces el límite seguro del 10% de las calorías diarias^{3,5}. La posible influencia de intereses corporativos ganaderos ha diluido el consenso del comité técnico independiente original basándose en la inocuidad de los alimentos de origen animal planteados por Frederic Leroy y Ty Beal^{2,6}.

Semánticamente se advierte el uso de eslóganes engañosos. Clasificar los productos en forma binaria basándose únicamente en si son alimentos en su matriz natural o no procesados es una falacia ontológica⁷. Un embutido con alto contenido de sodio existe materialmente, pero eso no garantiza un impacto biológico positivo. La nutrición científica no evalúa únicamente la existencia material del producto, sino la respuesta fisiopatológica y la interacción metabólica integral ante su consumo^{7,8}.

Desde la bioquímica y la fisiopatología, la evidencia confirma los riesgos de esta simplificación. El consumo elevado de carnes rojas introduce el antígeno Neu5Gc y hierro hemo, generando una matriz inflamatoria crónica de bajo grado y carcinogénesis^{9,10}. Además, la alta concentración de leucina activa de forma sostenida la vía mTOR (vía mTORC1), promoviendo resistencia a la insulina y aceleración del envejecimiento celular¹¹. Por otro lado, la promoción de lácteos enteros, aunque poseen un bajo índice glucémico, desencadenan una hiperinsulinemia compensatoria vía secretagogos aminoacídicos, perjudicando a pacientes con diabetes tipo 2^{12,13}.

En el ámbito de la percepción visual, la nueva pirámide invertida refuerza esta confusión al contradecir las leyes de la Gestalt aplicadas al diseño instruccional¹⁴. La Ley del Volumen y la Ley de la Gravedad provocan que el cerebro humano interprete a las proteínas y grasas -ubicadas en la cima más ancha- como los grupos de mayor consumo libre. Esto genera inestabilidad visual, sesgos de jerarquía y confusión sobre el control de porciones, relegando a la fibra a una base diminuta e insostenible^{14,15}.

En conclusión, frente a un modelo estadounidense rígido que margina las legumbres y omite metas claras de hidratación, se resalta la pertinencia de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)¹⁶. Su gráfica circular fomenta adecuadamente la variedad, proporcionalidad y actividad física. Todo abordaje nutricional debe cimentarse en las leyes de Escudero: cantidad, calidad, armonía y adecuación¹⁷, garantizando que el diseño visual y la precisión metabólica actúen en perfecta sinergia para la educación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2026-2030: Restore America's Health. Washington, DC: HHS/USDA; 2026. Disponible en: <https://cdn.realfood.gov/DGA.pdf>
2. Harvard T.H. Chan School of Public Health. Scientific critique of the Dietary Guidelines for Americans: evaluating protein, saturated fat, and plant-based recommendations. Boston: Harvard University; 2025. Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/2026/01/09/dietary-guidelines-for-americans-2>
3. Sacks FM, Lichtenstein AH, Wu JHY, Appel LJ, Creager MA, Kris-Etherton PM, et al. Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*. 2017;136(3):e1-e23. doi:10.1161/CIR.0000000000000510.
4. Ko GJ, Rhee CM, Kalantar-Zadeh K, Joshi S. The effects of high-protein diets on kidney health and longevity. *J Am Soc Nephrol*. 2020;31(8):1667-1679. doi:10.1681/ASN.2020010028.
5. World Health Organization. Healthy diet: fact sheet N°394. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
6. Leroy F, Beal T, Croft MM, Greenwood PL, Meyer JA, McNeill S, et al. The role of meat in the human diet: evolutionary aspects and nutritional value. *Anim Front*. 2023;13(2):11-18. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10105836/>
7. Mozaffarian D. Dietary priorities to revise the global burden of chronic disease. *Circ Res*. 2019;124(1):38-40. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.314227.
8. Fardet A, Rock E. Toward a new philosophy of preventive nutrition: from a reductionist to a holistic paradigm to improve nutritional recommendations. *Adv Nutr*. 2014;5(4):430-446. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4085191/#sec26>
9. Samraj AN, Pearce OM, Läubli H, Crittenden AN, Bergfeld AK, Banda K, et al. A red meat-derived glycan, N-glycolylneuraminic acid (Neu5Gc), incorporates into human tissues and triggers chronic inflammation and N-glycolylneuraminic acid-deficient tumors. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2015;112(2):542-547. doi:10.1073/pnas.1417508112.
10. Etemadi A, Sinha R, Ward MH, Graubard BI, Inoue-Choi M, Dawsey SM, et al. Mortality from different causes associated with consumption of red and processed meat: prospective cohort study. *BMJ*. 2017;357:j1957. doi:10.1136/bmj.j1957.
11. Wolfson RL, Chantranupong L, Saxton RA, Shen K, Scaria SM, Cantor JR, et al. Sestrin2 is a leucine sensor for the mTORC1 pathway. *Science*. 2016;351(6268):43-48. doi:10.1126/science.aab2674.
12. Bao J, de Jong V, Atkinson F, Petocz P, Brand-Miller JC. Food insulin index: physiologic basis for predicting postprandial hyperglycemia and insulinemia. *Am J Clin Nutr*. 2009;90(4):986-992. doi:10.3945/ajcn.2009.27720.
13. Östman EM, Elmståhl HG, Björck IM. Inconsistency between glycemic and insulinemic responses to regular milk products. *Am J Clin Nutr*. 2001;74(1):96-100. doi:10.1093/ajcn/74.1.96.
14. Koffka K. Principles of Gestalt Psychology. New York: Harcourt, Brace and Company; 1935. Disponible en: <https://ia800404.us.archive.org/7/items/in.ernet.dli.2015.221555/2015.221555.Principles-Of.pdf>
15. Ali N, Peebles D. The effect of Gestalt laws of perceptual organization on the comprehension of three-variable bar and line graphs. *Hum Factors*. 2013;55(1):183-203. doi:10.1177/0018720812452592.
16. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guías Alimentarias para la Población Argentina: Manual de Aplicación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf
17. Cormillot P. Las 4 leyes de la alimentación del Doctor Escudero. Buenos Aires: Clínica Cormillot; 2022. Disponible en: <https://drcomillot.com.ar/las-4-leyes-de-la-alimentacion-del-doctor-escudero/>.

Salón Teatro

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Prediabetes: ¿entidad nosológica o diabetes temprana?

Coordinadora: Silvina Valdez

Criterios diagnósticos en prediabetes

Claudio González

El diagnóstico de prediabetes es un área de considerable controversia en la medicina contemporánea debido a discrepancias en los criterios diagnósticos, su valor predictivo y sus implicancias clínicas y de salud pública. Una de las principales fuentes de debate es la variabilidad entre organizaciones internacionales (ADA, OMS, IDF). Esta diferencia distorsiona significativamente la prevalencia estimada de prediabetes, generando preocupaciones sobre su sobrediagnóstico.

Otra controversia radica en el uso de diferentes métodos diagnósticos: glucemia en ayunas, prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y hemoglobina glucosilada (HbA1c). Estos métodos identifican poblaciones parcialmente solapadas, pero no equivalentes, lo que implica que un mismo individuo puede ser clasificado de manera distinta según la prueba utilizada. Además, la HbA1c presenta limitaciones en ciertas poblaciones (p. ej., anemia, enfermedad renal o variaciones étnicas), lo que cuestiona su precisión en algunos contextos.

Del mismo modo, la PTOG y la interpretación de valores puntuales de glucemias en ayunas enfrentan dificultades y limitaciones. También existe debate sobre el significado clínico de la prediabetes. Aunque se asocia con mayor riesgo de desarrollar DM2 y enfermedad cardiovascular, no todos los individuos progresan a enfermedad manifiesta, y algunos incluso reversion espontáneamente a normoglucemia.

Esto plantea interrogantes sobre la medicalización de una condición intermedia y la posible ansiedad o carga innecesaria para los pacientes. Finalmente, se discute la utilidad del diagnóstico como herramienta de intervención. Si bien los cambios en el estilo de vida han demostrado ser efectivos, la implementación a gran escala es compleja, y el uso de farmacoterapia preventiva continúa siendo controversial. En conjunto, estas incertidumbres reflejan la necesidad de enfoques más personalizados y basados en el riesgo absoluto.

¿La prediabetes existe?

Víctor Commendatore

Los niveles de corte para el diagnóstico de la diabetes mellitus (DM) se impusieron porque por encima de estos aumentaba la frecuencia de la retinopatía diabética (RD). Sin embargo, si estamos por debajo de estos umbrales y ya existe RD, ¿el paciente ya tiene DM? Los niveles diagnósticos de glucosa plasmática a los 120' de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) surgieron de los estudios de Pimas, Whitehall y Bedford¹, los cuales demostraron que tanto la RD como la nefropatía ocurrían casi exclusivamente con valores de 200 mg/dL o más. A posteriori, se adaptó el nivel de glucemia en ayunas a este parámetro estableciendo 126 mg/dL para el diagnóstico².

La mayor sensibilidad y especificidad para predecir la aparición de RD en las poblaciones estudiadas (diagnosticada por oftalmoscopia directa o una sola foto de fondo de ojo) es de ≥ 126 mg/dL en ayunas y ≥ 200 mg/dL a los 120' de la PTOG, ¿esto descarta que un paciente con 122 mg/dL en ayunas y 189 mg/dL a los 120 minutos pueda desarrollar microangiopatía? Al respecto, el *Diabetes Prevention Program Research Group* (DPP) detectó, tras una media de 3,1 años de seguimiento, RD en el 7,9% de los sujetos con prediabetes (PDT2)³, cifra que alcanzó el 14% a los 20 años de la asignación aleatoria⁴.

Asimismo, por microscopia corneal confocal, el 40% de las personas con PDT2 presenta neuropatía⁵; sumado a esto, en un metaanálisis reciente, la prevalencia de polineuropatía distal en pacientes con DM de reciente diagnóstico versus aquellos con PDT2 por tolerancia a la glucosa alterada (TGA) más glucemia en ayunas alterada (GAA) no mostró diferencias estadísticamente significativas (1.249 sujetos / 4 estudios / OR 1,24 [IC 95% 0,67-2,31] / I2 50,12%)⁶.

Además, la enfermedad renal crónica en PDT2 versus HbA1c $<5\%$ presentó un Hazard Ratio de 1.08 (95% IC 1.02–1.14; $p < 0,001$)⁷; esto evidencia que todas las complicaciones microvasculares ya pueden estar presentes durante la PDT2.

En el terreno macrovascular, el *DECODE Study Group* concluyó que la relación entre la mortalidad y la glucemia es continua y carece de un umbral biológico definido⁸. En sintonía, DeFronzo refiere que las personas con TGA y/o GAA tienen un alto riesgo de experimentar un evento cardiovascular (ECV), causa del 80% de las muertes en este grupo. Estas alteraciones fisiopatológicas se expresan claramente en sujetos con TGA y/o GAA, donde se observa el deterioro de la función celular β asociado a dislipidemia, hipertensión arterial, obesidad, inactividad física, resistencia a la insulina, estado procoagulante, disfunción endotelial e inflamación⁹.

Se debe diferenciar el riesgo individual no solo por los niveles glucémicos y de HbA1c, sino también según el fenotipo particular del paciente: desde aquel con PDT2 con bajo riesgo de complicaciones y progresión hasta el de alto riesgo por presentar síndrome metabólico y enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica¹⁰.

En conclusión, existe una confusión fundacional respecto del diagnóstico de la PDT2 y la DM, afirmación respaldada por evidencia sólida que sostiene la imposibilidad de dividir las en dos entidades nosológicas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCance DR, Hanson RL, Pettitt DJ, Bennett PH, Hadden DR, Knowler WC. Diagnosing diabetes mellitus: do we need new criteria? *Diabetologia*. 1997;40(3):247-255. doi:10.1007/s001250050671.

2. Gagliardino JJ. Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la diabetes: ¿un desafío para el sector salud? *Rev Soc Argent Diabetes*. 1997;31(3).
3. Diabetes Prevention Program Research Group. The prevalence of retinopathy in impaired glucose tolerance and recent-onset diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Diabet Med*. 2007;24(2):137-144. doi:10.1111/j.1464-5491.2007.02043.x.
4. White NH, Pan Q, Knowler WC, Schroeder EB, Dabelea D, Chew EY, et al. Risk factors for the development of retinopathy in prediabetes and type 2 diabetes: the Diabetes Prevention Program experience. *Diabetes Care*. 2022;45(11):2653-2661. doi:10.2337/dc22-0860.
5. Ziegler D, Herder C, Papanas N. Neuropathy in prediabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 2023;39(8):e3693. doi:10.1002/dmrr.3693.
6. Commendatore V, González CD. Frecuencia de polineuropatía durante la prediabetes: revisión sistemática y metaanálisis. Trabajo final de la Especialización en Metodología de la Investigación. Paraná: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Entre Ríos; 2024.
7. Honigberg MC, Zekavat SM, Pirruccello JP, Natarajan P, Vaduganathan M. Cardiovascular and kidney outcomes across the glycemic spectrum: insights from the UK Biobank. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(5):453-464. doi:10.1016/j.jacc.2021.05.004.
8. DECODE Study Group, European Diabetes Epidemiology Group. Is the current definition for diabetes relevant to mortality risk from all causes and cardiovascular and noncardiovascular diseases? *Diabetes Care*. 2003;26(3):688-696. doi:10.2337/diacare.26.3.688.
9. DeFronzo RA, Abdul-Ghani M. Assessment and treatment of cardiovascular risk in prediabetes: impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose. *Am J Cardiol*. 2011;108(3 Suppl):3B-24B. doi:10.1016/j.amjcard.2011.03.013.
10. Wagner R, Selvin E, Sehgal R, Prystupa K, Misra S, Fritsche A, et al. Beyond glucose: rethinking prediabetes for precision prevention. *Diabetes Care*. 2025. doi:10.2337/dci25-0054. Epub ahead of print.

18:00 a 18:45 h

Salón Las Américas

CONFERENCIA: Cetoacidosis en la era de la predicción

Presidente: Mabel Ferrero

Disertante: Ingrid Libman (Estados Unidos)

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune crónica común en la infancia que a menudo se presenta de forma abrupta y frecuentemente se complica con cetoacidosis diabética (CAD) al momento del diagnóstico. Su historia natural se concibe actualmente como un proceso por etapas que refleja una disfunción autoinmune y metabólica progresiva.

La etapa 1 se define por la presencia de múltiples autoanticuerpos contra las células β en individuos normoglucémicos y asintomáticos. La progresión a la etapa 2 ocurre cuando la persistencia de múltiples autoanticuerpos se asocia con disglucemia. La etapa 3 corresponde al inicio de la DM manifiesta, definida por hiperglucemia que cumple con los criterios diagnósticos glucémicos y clínicos de la Asociación Americana de Diabetes.

La CAD complica frecuentemente la presentación de la DM1 de reciente diagnóstico en niños, con tasas reportadas del 15 al 70%, particularmente en niños pequeños y poblaciones desfavorecidas. Las estrategias de detección y seguimiento permiten identificar las etapas presintomáticas y los primeros síntomas de la DM1, reduciendo así significativamente la incidencia y la gravedad de la CAD al inicio de la enfermedad y la hospitalización, y promoviendo una trayectoria metabólica más favorable tras el diagnóstico.

Más allá de los beneficios clínicos, la detección precoz permite que los niños y sus familias participen en una orientación anticipatoria, una valiosa oportunidad para la preparación psicológica y la formación educativa adecuada, lo que mejoraría la aceptación del diagnóstico y el manejo a largo plazo de la enfermedad. También brinda la oportunidad de recibir posibles terapias inmunomoduladoras, ya sea en la práctica clínica o mediante estudios clínicos de investigación, capaces de retrasar la progresión de la enfermedad.

La participación en estudios no solo podría aportar beneficios personales a quienes reciben el fármaco en estudio, sino también beneficiar al campo, permitiendo la futura aprobación clínica de otros tratamientos o enfoques de terapia combinada. Sin embargo, la implementación de vías de atención estructuradas para la DM1 en etapa temprana puede ser un desafío debido a la necesidad de formación entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familias, la ansiedad relacionada con la detección precoz y el acceso limitado a los equipos de apoyo. Abordar estas barreras es esencial para facilitar una atención más eficiente, reducir el estrés y ayudar a mantener la confianza entre los pacientes, las familias y los equipos sanitarios, reduciendo así el riesgo de CAD y hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

- Calderone M, Aramnejad S, Giliberto E, Bombaci B, La Rocca ML, Torre A, et al. Early detection of pediatric type 1 diabetes: the expanding role of screening. *Children (Basel)*. 2026;13(2):235. doi:10.3390/children13020235.
- Phillip M, Achenbach P, Addala A, Albanese-O'Neill A, Battelino T, Bell KJ, et al. Consensus guidance for monitoring individuals with islet autoantibody-positive pre-stage 3 type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2024;47(8):1276-1298. doi:10.2337/dci24-0042.
- Sims EK, Mathieu C, Ziegler AG, Rewers M, Ebekozien O, Agardh D, Bosi E, Chatenoud L, Oram R, Dutta S. Screening and monitoring for presymptomatic type 1 diabetes: a time for action. *Horm Res Paediatr*. 2026. doi:10.1159/000552602.

SÁBADO 31

9:00 a 10:00 h

Salón Columnas del Boulevard

SIMPÓSIO: Más allá de la bomba: cómo integrar la tecnología en diabetes para mejorar resultados en la vida real

Coordinadora: María Lidia Ruiz Morosini

Selección de pacientes y preparación educativa para el uso de tecnologías avanzadas

Lorena González López

La incorporación de tecnologías avanzadas para el manejo de la diabetes mellitus (DM) ha modificado de manera sustancial las posibilidades terapéuticas y la experiencia cotidiana de las personas con DM. Sin embargo, su implementación continúa frecuentemente vinculada a modelos de selección basados en la identificación de un “paciente ideal”, con requisitos previos de adherencia, conocimientos o resultados metabólicos que pueden transformarse en barreras de acceso.

El paradigma actual propone desplazar la pregunta “¿es esta persona candidata a determinada tecnología?” hacia “¿qué tecnología puede aportar valor a esta persona, en este momento y bajo qué condiciones?”. La elección debería contemplar necesidades clínicas, preferencias, objetivos individuales, habilidades, carga del tratamiento, contexto psicosocial, etapa vital, accesibilidad y expectativas, mediante un proceso de decisión compartida.

En este marco, determinadas dificultades -como competencias de autocuidado aún en desarrollo, uso irregular de tecnologías previas o resultados glucémicos alejados de los objetivos- no deberían interpretarse automáticamente como criterios de exclusión, sino como elementos que permiten identificar necesidades específicas de educación y soporte.

La educación diabetológica constituye un componente transversal de todo este proceso. No representa una instancia aislada previa al acceso a la tecnología ni finaliza con el inicio de un dispositivo. Comienza desde el diagnóstico, acompaña cada modificación terapéutica y debe continuar durante la implementación y el uso sostenido de sistemas de monitoreo continuo, bombas de insulina, AID y herramientas digitales. La preparación inicial debe garantizar un uso seguro, mientras que el seguimiento permite construir progresivamente competencias, autonomía, resolución de problemas y estrategias de adaptación a situaciones de la vida real.

Asimismo, la preparación no involucra exclusivamente a la persona con DM y su entorno. La rápida evolución tecnológica exige que médicos especialistas y equipos de salud desarrollen y actualicen competencias para seleccionar dispositivos, educar, interpretar datos, realizar ajustes y brindar soporte continuo.

Las tecnologías avanzadas no deberían concebirse como una recompensa luego de alcanzar determinados objetivos con terapias convencionales, sino como herramientas terapéuticas que, integradas a educación continua y seguimiento adecuado, puedan reducir la carga del tratamiento, facilitar el autocuidado y mejorar resultados clínicos y centrados en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S150-S165. doi:10.2337/dc26-S007.
- Patil SP, Albanese-O'Neill A, Yehl K, Seley JJ, Hughes AS. Professional Competencies for Diabetes Technology Use in the Care Setting. *Sci Diabetes Self Manag Care*. 2022;48(5):437-445. doi:10.1177/26350106221120889.
- Phillip M, Nimri R, Bergenstal RM, et al. Consensus Recommendations for the Use of Automated Insulin Delivery Technologies in Clinical Practice. *Endocr Rev*. 2023;44(2):254-280. doi:10.1210/edrv/bnac022.
- Palermo L, Senga J, Fakembe P, et al. Barriers and Enablers to Diabetes Technologies Use Among Individuals With Type 1 Diabetes: A Scoping Review. *Diabetes Obes Metab*. 2026;28(7):6301-6311. doi:10.1111/dom.70819.

Herramientas digitales para el seguimiento y la intensificación terapéutica

Matías Re

La evolución de los sistemas de infusión de insulina y, particularmente, de los sistemas automatizados de administración de insulina (AID), ha incrementado sustancialmente la cantidad y complejidad de la información disponible para la toma de decisiones clínicas. En este escenario, el desafío no radica únicamente en incorporar tecnología, sino en desarrollar estrategias sistemáticas que permitan interpretar sus datos de manera eficiente y traducirlos en intervenciones clínicamente relevantes.

Las plataformas digitales de seguimiento permiten integrar información proveniente del monitoreo continuo de glucosa (MCG) con datos relacionados con la administración de insulina y la interacción del usuario con el sistema. Una evaluación estructurada puede comenzar por establecer si los objetivos glucémicos configurados son apropiados de acuerdo con las características clínicas individuales. Posteriormente, una primera aproximación cuantitativa debería contemplar métricas como tiempo en rango (TIR), tiempo por encima y por debajo del rango (TAR y TBR), coeficiente de variación (CV), indicador de gestión de glucosa (GMI), dosis diaria total de insulina y distribución basal/bolo.

Un segundo nivel de análisis debe incorporar el comportamiento del usuario. La anticipación y omisión de bolos, así como la utilización del anuncio de ejercicio, aportan información relevante para interpretar la interacción entre el paciente y la tecnología y contextualizar los patrones glucémicos observados.

El análisis posterior debe orientarse a identificar patrones reproducibles, particularmente excursiones posprandiales e hipoglucemias, diferenciándolos de eventos aislados. Frente a hiperglucemias posprandiales recurrentes, resulta necesario integrar el momento de administración del bolo, la relación insulina/carbohidratos y las habilidades de conteo. Ante hipoglucemias, deben considerarse su magnitud, distribución temporal y relación con los objetivos glucémicos configurados.

Este abordaje secuencial permite optimizar el tiempo de consulta y establecer si los hallazgos justifican modificaciones de los parámetros terapéuticos o requieren prioritariamente una intervención educativa y/o conductual. Finalmente, cada evaluación debería concluir con la definición de un objetivo concreto y reevaluable.

En la práctica clínica, maximizar el beneficio de la tecnología implica trascender la simple visualización de datos: requiere jerarquizarlos, contextualizarlos y transformarlos en decisiones terapéuticas individualizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck R, Biester T, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: recommendations from the International Consensus on Time in Range. *Diabetes Care*. 2019;42(8):1593-1603. doi:10.2337/dci19-0028.
- Gera S, Iyer J, Meighan S, March CA, Marks BE. A review of real-world evidence about the use of automated insulin delivery systems in people with type 1 diabetes. *Endocr Pract*. 2025;31(9):1150-1161. doi:10.1016/j.eprac.2025.06.004.
- Considine EG, Sherr JL. Real-world evidence of automated insulin delivery system use. *Diabetes Technol Ther*. 2024;26(Suppl 3):53-65. doi:10.1089/dia.2023.0442.
- Wright EE Jr, Morgan K, Fu DK, Wilkins N, Guffey WJ. Time in range: how to measure it, how to report it, and its practical application in clinical decision-making. *Clin Diabetes*. 2020;38(5):439-448. doi:10.2337/cd20-0042.

¿Qué otros desafíos enfrentamos al incorporar tecnología?

Santiago Lima

La incorporación de la tecnología ha transformado profundamente el tratamiento de la diabetes mellitus (DM), convirtiéndose en una herramienta central para optimizar el control glucémico y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad. Sin embargo, su implementación también plantea nuevos desafíos clínicos, ambientales y sociales. Esta disertación propone un recorrido crítico por “lo bueno, lo malo y lo feo” de la tecnología en DM.

En primer lugar, se revisarán los principales beneficios del monitoreo continuo de glucosa (MCG), las bombas de infusión de insulina, los sistemas automatizados de administración de insulina y las plataformas digitales, destacando el impacto sobre las métricas de control glucémico, la reducción de hipoglucemias y la toma de decisiones terapéuticas. Posteriormente, se abordarán los aspectos menos visibles del uso cotidiano de estas herramientas, incluyendo las lesiones cutáneas asociadas a adhesivos y dispositivos, así como el creciente impacto ambiental derivado del aumento de residuos electrónicos y plásticos. Finalmente, se analizará uno de los principales desafíos actuales: la inequidad en el acceso a estas tecnologías, condicionada por diferencias socioeconómicas, cobertura sanitaria y disponibilidad regional.

Más allá del entusiasmo por la innovación, la charla invita a reflexionar sobre la necesidad de un uso responsable, seguro y equitativo de la tecnología, promoviendo estrategias que permitan maximizar sus beneficios sin perder de vista sus limitaciones y el contexto de cada paciente. El objetivo es brindar una visión integral que facilite la toma de decisiones centradas en la persona y contribuya a una atención más sustentable y accesible.

Salón Atlántico A

SIMPOSIO: Mujer y diabetes: actualización de temas clave

Coordinadora: Mabel Graffigna

Enfermedad cardiovascular en la mujer con diabetes

Celina Bertona

La enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la primera causa de muerte en mujeres con diabetes mellitus (DM), y la evidencia acumulada demuestra que la DM anula la protección cardiovascular relativa que las mujeres presentan respecto de los varones en la población general.

Un metaanálisis de ensayos de resultados cardiovasculares en DM mostró que las mujeres tienen un riesgo relativo significativamente mayor que los varones de sufrir accidente cerebrovascular (RR 1,28), insuficiencia cardíaca (RR 1,30) y enfermedad renal crónica (RR 1,33), pese a estar infrarrepresentadas en dichos ensayos (28,5-35,8% de la muestra) y recibir con menor frecuencia estatinas, aspirina y betabloqueantes que sus pares varones.

Esta disparidad se explica por una combinación de factores biológicos y asistenciales: la DM atenúa la protección endotelial estrogénica y favorece la disfunción microvascular, lo que se traduce en una mayor prevalencia de angina/isquemia sin obstrucción coronaria significativa (ANOCA/INOCA) y en presentaciones clínicas menos típicas, con el consiguiente retraso diagnóstico. A esto se suman ventanas de riesgo específicas del sexo femenino - DM gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, síndrome de ovario poliquístico y menopausia precoz- que identifican mujeres jóvenes con riesgo cardiovascular aumentado, incluso antes de desarrollar DM2 franca, y que rara vez se interrogan de forma sistemática en la consulta cardiometabólica.

En el plano terapéutico, los *Standards of Care in Diabetes-2026* de la *American Diabetes Association* consolidan a los inhibidores de SGLT2 y a los agonistas del receptor de GLP-1 (incluyendo agentes duales GIP/GLP-1) como pilares de la reducción del riesgo cardiorrenal, con beneficio demostrado en insuficiencia cardíaca, eventos ateroscleróticos y progresión

de enfermedad renal crónica, independientemente del valor de la HbA1c. Las metas de presión arterial se han vuelto más exigentes (sistólica <120 mmHg en alto riesgo) y se ha incorporado el uso de antagonistas del receptor mineralocorticoide no esteroideos en pacientes seleccionados. Estos beneficios son consistentes entre sexos: la brecha no está en la eficacia de las intervenciones, sino en la intensidad con que se prescriben y en la exhaustividad con que se indaga el riesgo específico de la mujer.

Esta charla propone una actualización orientada a la práctica clínica: reconocer las particularidades fisiopatológicas y de presentación de la ECV en la mujer con DM, sistematizar el interrogatorio de antecedentes reproductivos como herramienta de estratificación de riesgo, y aplicar con igual intensidad terapéutica las estrategias de protección cardiorrenal validadas por la evidencia más reciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Peters SAE, Woodward M, et al. Sex disparities in cardiovascular outcome trials of populations with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2020;43(5):1157-1163.
- Appelman Y, Gulati M, Roeters van Lennep JE, Shaw LJ, Bairey Merz CN. Cardiovascular disease in women: traditional and sex-specific risk factors. *Eur Heart J*. 2025.
- Kramer CK, Campbell S, Retnakaran R. Gestational diabetes and the risk of cardiovascular disease in women: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2019;62:905-914.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S216-S242.

Terapia de reemplazo hormonal y diabetes

Alejandra Belardo

La terapia hormonal de la menopausia (THM) es el tratamiento de primera línea para los síntomas climatéricos. Es conocida la controversia respecto de los efectos adversos asociados al riesgo cardiovascular, por lo que es prudente analizar las consecuencias que puede tener en pacientes con una patología de tanta prevalencia como la diabetes mellitus (DM).

La THM tiene, en general, un efecto neutro a beneficioso sobre el control glucémico y puede reducir la incidencia de DM2, pero no está aprobada ni indicada específicamente para la prevención o el tratamiento de la DM, y su uso debe decidirse individualizando el riesgo cardiovascular.

Hay varios ensayos que sugieren que la THM retrasa la aparición de la DM2, atribuible a mejoras en la sensibilidad a la insulina, la secreción de insulina y la distribución de la grasa corporal. La guía clínica de la *European Menopause and Andropause Society* (EMAS) coincide en que la THM tiene un efecto favorable sobre el metabolismo de la glucosa tanto en mujeres con DM2 como sin DM2. Desde una mirada más global, conocemos que los sofocos severos son considerados un factor de riesgo cardiovascular si no son tratados adecuadamente.

El punto más importante es individualizar tanto la vía de administración como los fármacos y las dosis acorde al perfil de riesgo cardiovascular de cada paciente, teniendo en cuenta parámetros como el peso y composición corporal, así como parámetros de laboratorio. Por ejemplo, elegir progestágenos con neutro sobre el metabolismo de la glucosa, como progesterona micronizada, didrogesterona o noretisterona y seleccionar la vía de administración del estrógeno teniendo en cuenta las variaciones en el perfil lipídico, ya que la vía oral puede aumentar la trigliceridemia pero también podría ser beneficioso el aumento de HDL que produce.

En conclusión, la terapia hormonal en pacientes con DM debe ser una decisión individualizada, que con la prescripción y el seguimiento acorde no solo puede no ser riesgosa sino que incluso puede generar beneficios en el manejo de la glucemia.

BIBLIOGRAFÍA

- Speksnijder EM, Ten Noever de Brauw GV, Malekzadeh A, Bisschop PH, Stenvers DJ, Siegelaar SE. Effect of postmenopausal hormone therapy on glucose regulation in women with type 1 or type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2023;46(10):1866-1875. doi:10.2337/dc23-0451.
- Lambrinoudaki I, Paschou SA, Armeni E, Goulis DG. The interplay between diabetes mellitus and menopause: clinical implications. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(10):608-622. doi:10.1038/s41574-022-00708-0.
- Slopian R, Wender-Ozegowska E, Rogowicz-Frontczak A, Meczekalski B, Zozulinska-Ziolkiewicz D, et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas*. 2018;117:6-10. doi:10.1016/j.maturitas.2018.08.009.
- Armeni A, Anagnostis P, Armeni E, Mili N, Goulis D, Lambrinoudaki I. Vasomotor symptoms and risk of cardiovascular disease in peri- and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. 2023;171:13-20. doi:10.1016/j.maturitas.2023.02.004.

Osteoporosis en la mujer con diabetes

Claudia Sedlinsky

La diabetes mellitus (DM) presenta un importante impacto en la salud ósea, incrementando significativamente el riesgo de fracturas. En la DM1, el riesgo de fractura de cadera aumenta entre 6 y 7 veces, asociado a un déficit de masa y calidad ósea. En la DM2, el riesgo se incrementa entre 1,3 y 1,7 veces, incluso en pacientes con densidad mineral ósea (DMO) normal o alta, denotando una deficiente calidad ósea. En pacientes con DM también son comunes las fracturas de otras áreas como húmero, antebrazo y tobillo, con una mortalidad significativamente mayor posfractura de cadera. Factores como la duración de la DM, niveles elevados de HbA1c, complicaciones microvasculares, la necesidad de insulino terapia y estados de fragilidad se asocian fuertemente con el aumento de fracturas.

La fisiopatología detrás de estos efectos óseos incluye alteraciones en la calidad del colágeno provocadas por el efecto de los productos finales de glicación avanzada (AGEs), que generan una matriz alterada con menor tenacidad y resistencia, y de una menor generación tanto de osteoblastos como de osteoclastos. Esto se traduce en un recambio óseo bajo, microdaños del material no reparados y un aumento del riesgo de fractura.

La evaluación del riesgo de fractura con los parámetros habituales del diagnóstico de osteoporosis en pacientes diabéticos a menudo resulta subestimada. La medida de la DMO por DXA no refleja adecuadamente la calidad ósea. Herramientas de cálculo de riesgo como FRAX® no incluyen a la DM como variable de entrada, lo que puede desvirtuar la interpretación de resultados. Se recomiendan ajustes específicos, tanto para interpretar la DMO como para el cálculo de riesgo por FRAX en el contexto de DM.

En cuanto al tratamiento de la osteoporosis, estudios *post hoc* de los diferentes ensayos pivotaes y algunos estudios de la vida real mostraron que los antirresortivos y los osteoformadores conservan su eficacia en este grupo de pacientes. Debe destacarse que la prevención de caídas, el manejo del control glucémico, y la adecuada suplementación con calcio y vitamina D son estrategias cruciales para mantener la salud ósea en pacientes con DM.

BIBLIOGRAFÍA

- Hofbauer LC, Busse B, Eastell R, et al. Bone fragility in diabetes: novel concepts and clinical implications. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10:207-220.
- Chiodini I, Gaudio A, Palermo A, et al. Management of bone fragility in type 2 diabetes: Perspectives from an interdisciplinary expert panel. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases.* 2022;31:2210-2233.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: Trasplante en diabetes: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos?

Coordinador: Javier Remon

Células madre en diabetes: perspectivas y desafíos

Luis Grosembacher

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas y la pérdida progresiva de la secreción endógena de insulina. Aunque la insulino terapia intensiva y los sistemas de administración automatizada de insulina han mejorado el pronóstico y calidad de vida de personas con DM1 (PcDM1), no reproducen exactamente la regulación fisiológica de la glucemia ni eliminan completamente el riesgo de hipoglucemia.

El trasplante de páncreas y de islotes demostraron que la sustitución de la masa de células β puede restaurar la secreción endógena de insulina y alcanzar independencia de insulina exógena en pacientes seleccionados. No obstante, están limitados por la escasez de donantes, la complejidad en su seguimiento y la necesidad de inmunosupresión.

La medicina regenerativa (MR) basada en células madre intenta superar estas limitaciones mediante la generación de células β o islotes pancreáticos a partir de células madre pluripotenciales humanas (hPSC). Estas pueden ser células madre embrionarias (hESC) o células pluripotenciales inducidas (iPSC). Mediante protocolos de diferenciación dirigida, las hPSC son conducidas secuencialmente desde el endodermo hacia el progenitor pancreático, el linaje endocrino y finalmente células β maduras, caracterizadas por la expresión de PDX1, NKX6.1, INS, C-péptido, MAFA y UCN3, con respuesta funcional apropiada a la glucosa. Este proceso permitió pasar de células productoras de insulina a preparaciones de islotes pancreáticos derivados de células madre (*SC-islets*), capaces de reproducir parcialmente la organización y función del islote pancreático.

Actualmente existen diferentes líneas de investigación: trasplante de *SC-islets* con inmunosupresión sistémica, células progenitoras pancreáticas con maduración in vivo, encapsulación y dispositivos de inmunoprotección, sitios alternativos de implantación, generación de células autólogas mediante iPSC y células pluripotenciales inducidas químicamente y edición genética destinada a generar células resistentes al rechazo y a la recurrencia de la autoinmunidad.

El avance clínico más significativo corresponde a Zimislecel (VX-880), una terapia alogénica de islotes derivados de células madre. En el estudio FORWARD, todos las PcDM1 presentaron secreción de péptido C y 10 de 12 alcanzaron independencia de insulina al año. Si bien estos resultados representan una evidencia de factibilidad de gran relevancia, debe considerarse que fue en un reducido número de pacientes y con requerimiento de inmunosupresión.

El desafío actual ya no es solamente generar células β funcionales, sino protegerlas de la autoinmunidad y del rechazo, garantizar su vascularización y supervivencia, y así demostrar seguridad y eficacia sostenida que permita alcanzar independencia a la insulina y remisión de la DM1 a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Reichman TW, Markmann JF, Odorico J, Witkowski P, Fung JJ, Wijkstrom M, et al. Stem cell-derived, fully differentiated islets for type 1 diabetes. *N Engl J Med.* 2025;393(9):858-868. doi:10.1056/NEJMoa2506549.
- Wang S, et al. Transplantation of chemically induced pluripotent stem-cell-derived islets under abdominal anterior rectus sheath in a type 1 diabetes patient. *Cell.* 2024;187:6152-6164.e18.
- Keymeulen B, et al. Encapsulated stem cell-derived β cells exert glucose control in patients with type 1 diabetes. *Nat Biotechnol.* 2024;42:1507-1514. doi:10.1038/s41587-023-02055-5.
- Hogrebe NJ, Ishahak M, Millman JR. Developments in stem cell-derived islet replacement therapy for treating type 1 diabetes. *Cell Stem Cell.* 2023;30(5):530-548. doi:10.1016/j.stem.2023.04.002.

Salón Teatro

SIMPOSIO: Tratamiento integrado de la obesidad: de la evidencia a la acción clínica

Coordinadora: Guadalupe Vanoli

Niños y adolescentes: fármacos aprobados y su uso actual en la práctica clínica

Adriana Roussos

La obesidad pediátrica es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que afecta la salud física y psicosocial, y aumenta el riesgo de morbilidad a lo largo de la vida. El incremento en la incidencia de la obesidad se ha acompañado de una mayor incidencia de complicaciones metabólicas, cardiovasculares, hepáticas, respiratorias, ortopédicas y psicológicas desde edades tempranas, así como de una elevada probabilidad de persistencia de la obesidad en la vida adulta, con el consiguiente incremento del riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cardiovascular y mortalidad prematura. Las intervenciones sobre el estilo de vida continúan constituyendo el pilar fundamental del tratamiento y deben implementarse en todos los pacientes. No obstante, pueden resultar insuficientes, especialmente en adolescentes con obesidad grave o múltiples comorbilidades. En este contexto, la farmacoterapia no debe entenderse como una estrategia aislada para reducir peso, sino como una herramienta para modificar la trayectoria de la enfermedad, mejorar sus complicaciones y favorecer la adherencia a cambios de comportamiento sostenidos.

El tratamiento farmacológico de la obesidad pediátrica se ha transformado de manera significativa en los últimos años: pasó de contar con opciones limitadas y de eficacia modesta a incorporar terapias dirigidas a vías fisiológicas específicas, particularmente aquellas relacionadas con el sistema de las incretinas y la vía de las melanocortinas, con resultados significativamente superiores a los obtenidos previamente con otros fármacos.

Por ello, la farmacoterapia puede ser una herramienta terapéutica eficaz en pacientes cuidadosamente seleccionados, siempre combinada con intervenciones intensivas sobre el comportamiento y el estilo de vida. Sin embargo, la evidencia es insuficiente con respecto a su seguridad y efectos a largo plazo, sus beneficios más allá de la reducción del IMC y su aplicación en ciertos grupos de pacientes, como los niños menores de 12 años y poblaciones minoritarias.

Esta presentación tendrá como objetivo analizar la evidencia disponible sobre el tratamiento farmacológico de la obesidad pediátrica, considerando la eficacia, la seguridad, las indicaciones clínicas, las limitaciones y la calidad de la evidencia de cada fármaco disponible.

BIBLIOGRAFÍA

- Wan KW, Lei EFC, Liu Y, et al. Obesity management pharmacotherapies and lifestyle treatment for pediatric obesity management: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2026;180(8):2248. (Si el artículo ya tiene paginación definitiva o eLocator, conviene reemplazar "2248" por ese dato).
- Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640.
- Kovalskys I, Mayer M, Armeno M, et al. Consenso intersocietario para el tratamiento de la obesidad en adolescentes en Argentina. *Actual Nutr.* 2022;23(1):103-110.
- Torbahn G, Lischka J, Brown T, et al. Anti-obesity medication in the management of children and adolescents with obesity: recent developments and research gaps. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2025;102(1):51-61.

Adultos: fármacos aprobados y su aplicación en la práctica clínica

Pilar Cean

La obesidad constituye una enfermedad crónica, compleja y recidivante, cuya comprensión ha migrado del paradigma volitivo hacia un modelo neuroendocrino y metabólico. En ese tránsito, la incorporación de los agonistas del receptor GLP-1 (arGLP-1) y de los coagonistas GIP/GLP-1 ha reconfigurado el horizonte terapéutico, instalando preguntas que exceden la mera prescripción y que interpelan tanto al diabetólogo como al observador de los procesos culturales contemporáneos.

La evidencia pivotal que sostiene este cambio es robusto y progresivo. El ensayo STEP-1 demostró, con semaglutida 2,4 mg semanal, una reducción media del peso corporal del 14,9% frente al 2,4% con placebo a las 68 semanas. Sobre esa base, SURMOUNT-5, primer ensayo *head-to-head* aleatorizado, evidenció la superioridad de la tirzepatida sobre la semaglutida -20,2% versus 13,7% de reducción ponderal a las 72 semanas- con mayor disminución de la circunferencia de cintura, lo que posiciona al coagonismo GIP/GLP-1 como la estrategia farmacológica de mayor potencia disponible.

Sin embargo, esta eficacia convive con un dilema clínico central: la cronicidad del tratamiento. STEP-4 documentó que la discontinuación de la semaglutida tras la titulación se asoció a una recuperación del 6,9% del peso, frente a una pérdida adicional del 7,9% en quienes mantuvieron la terapia. SURMOUNT-4 replicó este patrón con tirzepatida, y un análisis *post hoc* reciente mostró que el 82% de los pacientes recuperaron más del 25% del peso perdido al año de la suspensión.

A este debate se suma la preocupación por la composición corporal. Un metaanálisis en red reciente cuantificó que la pérdida de masa magra representa aproximadamente el 25% del descenso ponderal total con arGLP-1, siendo las moléculas más potentes -tirzepatida y semaglutida- las menos eficaces en preservarla, lo que obliga a integrar estrategias nutricionales proteicas y entrenamiento de resistencia en el plan terapéutico.

Finalmente, ningún análisis clínico estaría completo sin abordar el fenómeno sociocultural que acompaña a estos fármacos. La OPS emitió en febrero de 2026 una alerta epidemiológica sobre el aumento de eventos adversos vinculados al mal uso de arGLP-1, advirtiendo sobre su comercialización por canales no oficiales y la circulación de productos falsificados. Estudios que analizaron diferentes redes sociales documentaron la promoción del uso cosmético, el desabastecimiento global asociado y señales emergentes sobre salud mental, configurando un escenario donde la medicalización del adelgazamiento desborda la indicación clínica y reclama del diabetólogo un rol que sea, simultáneamente, prescriptor riguroso y mediador crítico frente al consumo.

BIBLIOGRAFÍA

- Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med.* 2021;384(11):989-1002. doi:10.1056/NEJMoa2032183.
- Aronne LJ, Horn DB, le Roux CW, et al. Tirzepatide as compared with semaglutide for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2025;393(1):26-36. doi:10.1056/NEJMoa2501981.

- Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, et al. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;325(14):1414-1425. doi:10.1001/jama.2021.3224.
- Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, et al. Continued treatment with tirzepatide for maintenance of weight reduction in adults with obesity: the SURMOUNT-4 randomized clinical trial. *JAMA*. 2024;331(1):38-48. doi:10.1001/jama.2023.24945.

Innovación y alternativas farmacológicas para uso en la persona que vive con obesidad

María Yuma

La terapéutica farmacológica de la obesidad atraviesa una revolución sin precedentes, impulsada por la alta precisión neuroendocrina en la regulación de la homeostasis energética¹. En este contexto, las nuevas alternativas farmacológicas redefinen por completo el abordaje de esta enfermedad.

En el grupo de tratamientos inyectables, las moléculas multirreceptor han demostrado magnitudes de descenso ponderal comparables a la cirugía bariátrica metabólica, asociadas a beneficios a nivel cardiovascular, renal y hepático. Los coagonistas de GLP-1 y glucagón (survodutida, pemvidutida y mazdutida) combinan el efecto incretínico con la capacidad del glucagón para incrementar el gasto energético y la oxidación lipídica hepática, posicionándose como herramientas claves en la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica y esteatohepatitis. Asimismo, retatrutida, un triagonista de los receptores de GLP-1, GIP y glucagón, marca un hito de eficacia de pérdida de peso con reducciones del 20% junto a la optimización metabólica. Por su parte, Maridebart cafraglutida (MariTide), una conjugación péptido-anticuerpo que combina el agonismo de GLP-1 con el antagonismo de GIP, introduce un innovador esquema de dosificación mensual con pérdidas ponderales del 16,2% y sólida protección metabólica¹⁻³.

Asimismo, los análogos de amilina de acción prolongada regulan la ingesta mediante circuitos independientes de las incretinas. Este grupo abarca desde agonistas selectivos del receptor de amilina (eloralintida) y no selectivos (cagrilintida y petrelintida), hasta coagonistas unimoleculares (zenagamtide o amicretina combina semaglutida con un análogo de amilina no selectivo) que logra un descenso cercano al 24% o combinaciones bimoleculares (cagrilintida con semaglutida)¹⁻³.

En búsqueda de una pérdida de peso de alta calidad, cobra especial valor la preservación de la masa magra con agentes anabólicos o anticatabólicos, entre ellos, el bimagrumab (antagonista del receptor de activina tipo II) reduce selectivamente la masa grasa, a la vez que promueve el incremento y desarrollo muscular¹⁻³.

Por otra parte, las terapias orales impulsan un cambio de paradigma clave en adherencia y accesibilidad. Las moléculas pequeñas no peptídicas como el orforgliprón (agonista parcial del receptor de GLP1 de alta afinidad) eliminan las rigurosas condiciones de ayuno de las moléculas peptídicas (semaglutida oral), simplificando la posología diaria, optimizando costos y sorteando barreras logísticas de producción y distribución¹⁻³.

Sin embargo, la evidencia confirma que la interrupción del tratamiento conlleva ganancia ponderal y retorno del riesgo cardiometabólico, por eso el verdadero desafío trasciende la sofisticación molecular, y exige asegurar el acceso global equitativo, la sostenibilidad terapéutica y la articulación desde la atención primaria¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Petersen J, Finan B, Johansen VBI, et al. The evolving landscape of obesity pharmacotherapy. *Nat Rev Drug Discov*. 2026;25:619-47. <https://doi.org/10.1038/s41573-026-01427-1>
2. Lempes IG, Dalamaga M. Obesity pharmacotherapy reimaged: The era of multi-receptor agonists and next-generation metabolic modulators, perspectives and controversies. *Metabolism Open*. 2026;30:100463. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2026.100463>
3. Gonzalez-Rellan MJ, Drucker DJ. New molecules and indications for GLP-1 medicines. *JAMA*. 2025;334(14):1231-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.14392>

10:15 a 11:15 h

Salón Columnas del Boulevard

CONTROVERSIA en sistemas HCL, contar o no contar nutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas

Coordinadora: Jorgelina Fernández

Por el sí

Natalia Presner

El conteo de carbohidratos para decidir la dosis de insulina prandial le ha dado flexibilidad al plan de alimentación de las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), aunque para muchos puede implicar cierta carga de tratamiento.

El avance de la tecnología de infusión de insulina ha intentado liberar a los usuarios de dicha carga. Si bien los sistemas automatizados más avanzados permiten que el conteo no sea tan exacto y realizan correcciones ante ciertas imprecisiones, sigue siendo necesario que el usuario estime la cantidad de carbohidratos, pero también de proteínas y grasas de sus ingestas.

Si hay mucha diferencia entre los carbohidratos informados al sistema y los realmente consumidos, se generarán excursiones glucémicas posprandiales importantes, que el algoritmo del sistema automatizado no logrará corregir completamente.

Por otro lado, también es necesario que el usuario continúe considerando las proteínas y las grasas de su ingesta para que, en función de sus experiencias previas con comidas similares, decida de qué manera informar dicha ingesta al infusor para adecuar el patrón de administración de insulina a las necesidades, teniendo en cuenta la particular influencia de este tipo de comidas sobre la respuesta glucémica posprandial temprana y tardía.

Incluso en los sistemas más avanzados, que ofrecen la opción del anuncio de comidas, sigue siendo necesario estimar la cantidad de carbohidratos para decidir qué comida informar y si se utiliza o no la opción de automeal. Si la ingesta fuera menor o mayor a lo habitual, es necesario cargar los carbohidratos manualmente para que el ajuste del sistema automatizado sea mejor.

Tal vez en el futuro se necesite cada vez menos precisión en el conteo de macronutrientes, pero la educación nutricional sigue siendo un factor clave para optimizar el control glucémico, empoderando a los pacientes hacia elecciones alimentarias saludables y enfatizando la calidad nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

- Talbot MK, Bishop FK, Igudesman D, Corbin KD, Cristello Sarteau A, Mayer-Davis EJ, et al. Nutrition therapy in the era of automated insulin delivery. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;16:1690486. doi:10.3389/fendo.2025.1690486.
- Petrovski G, Campbell J, Pasha M, Day E, Hussain K, Khalifa A, et al. Simplified meal announcement versus precise carbohydrate counting in adolescents with type 1 diabetes using the MiniMed 780G advanced hybrid closed loop system: a randomized controlled trial comparing glucose control. *Diabetes Care*. 2023;46:544-550. doi:10.2337/dc22-1692.
- Simplified meal management in adults using an advanced hybrid closed-loop system. *Diabetes Technol Ther*. 2025;27(1):[páginas]. doi:10.1089/dia.2024.0224.

Por el no

Belén Molina

Antes de cada comida, una persona usuaria de sistemas de asa cerrada híbrida (HCL) debe observar, estimar, calcular y decidir. Cinco o seis veces al día, todos los días, sin posibilidad de suspenderla. Esa aritmética silenciosa rara vez aparece en nuestras métricas, pero constituye una variable clínica: la carga mental que sostiene el tratamiento.

El esfuerzo cognitivo sostenido se agota y con él la calidad de las decisiones: es la fatiga de decisión. Se manifiesta en cálculos evitados, comidas no anunciadas y abandono de una tarea insostenible. Ocurre en el niño que almuerza en la escuela sin un adulto que valide la cuenta³, y en el adulto que resuelve el mediodía entre reuniones y responsabilidades de cuidado. La atención es un recurso finito, y el conteo no espera a que esté disponible; se superpone al trabajo, al estudio, al cuidado de otros.

El anuncio simplificado ofrece una alternativa concreta: en lugar de cuantificar gramos, el usuario declara la magnitud de la ingesta en categorías personalizadas -pequeña, mediana o grande- calibradas con el equipo tratante, y el algoritmo asume la corrección posprandial. Desarrollos como AutoMeal, de Medtrum, extienden esta lógica a la sola declaración del tipo de comida. No implica renunciar a la educación nutricional, sino redistribuir la carga hacia la calibración inicial y el seguimiento.

El ensayo SMASH, aleatorizado y cruzado en jóvenes de 12 a 20 años, mostró la no inferioridad del anuncio simplificado frente al conteo preciso¹. En la vida real, el análisis de 195.529 usuarios en cuatro países la confirmó en tiempo en rango, tiempo bajo rango y glucosa media².

El argumento se extiende a grasas y proteínas. Su efecto posprandial es real, pero tardío, prolongado y variable entre individuos y entre días⁴. Anticiparlo obliga a predecir una respuesta que no es constante ni en la misma persona. Ese perfil lento es el que los algoritmos corrigen mejor de manera reactiva, contarlos traslada al usuario una predicción que el sistema resuelve observando.

Los algoritmos fueron diseñados para tolerar imprecisión. Exigir precisión constante convierte al conteo en una barrera de acceso, deja fuera de la automatización a quienes más la necesitan². Mantener el cálculo del lado del paciente, cuando el sistema puede asumirlo, dejó de ser una decisión técnica para convertirse en una decisión clínica. La discusión ya no es si el conteo funciona, sino cuánto de esa carga seguimos delegando.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laesser CI, Piazza C, Schorno N, Nick F, Kastrati L, Zueger T, Barnard-Kelly K, et al. Simplified meal announcement study (SMASH) using hybrid closed-loop insulin delivery in youth and young adults with type 1 diabetes: a randomised controlled two-centre crossover trial. *Diabetologia*. 2025;68(2):295-307. doi:10.1007/s00125-024-06319-w.
2. Davis GM, Forlenza GP, Gehr B, Pemberton J, Penforinis A, Do D, Huyett LM, Ly TT. Simplifying meal bolusing with Omnipod 5: real-world outcomes to support simplified user-initiated insulin dosing strategies in managing type 1 or type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2026;239:113450. doi:10.1016/j.diabres.2026.113450.
3. Rankin D, Harden J, Barnard K, Bath L, Noyes K, Stephen J, Lawton J. Barriers and facilitators to taking on diabetes self-management tasks in pre-adolescent children with type 1 diabetes: a qualitative study. *BMC Endocr Disord*. 2018;18(1):71. doi:10.1186/s12902-018-0302-y.
4. Scidà G, Corrado A, Abuqwidar J, Lupoli R, Rainone C, Della Pepa G, et al. Postprandial glucose control with different hybrid closed-loop systems according to type of meal in adults with type 1 diabetes. *J Diabetes Sci Technol*. 2025;19(4):997-1005.

Salón Atlántico A

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Cuatro desafíos prácticos en el cuidado del adulto mayor con diabetes

Coordinadora: María Inés Vera

Ejercicio en el adulto mayor institucionalizado y cuidados de transición entre residencia y domicilio

Alejandra Zárate

En este contexto, el ejercicio físico constituye una intervención terapéutica fundamental y actualmente es reconocido como una herramienta clave dentro del concepto de "ejercicio como medicina". La evidencia científica respalda especialmente los programas de ejercicio multicomponente, que integran entrenamiento de fuerza, equilibrio, resistencia aeróbica y flexibilidad, demostrando beneficios sobre la movilidad, la capacidad funcional, la prevención de caídas, el control metabólico y la calidad de vida.

Las residencias de larga estadía representan un ámbito privilegiado para implementar programas de ejercicio adaptados a las características, necesidades y objetivos de cada residente. Sin embargo, los beneficios obtenidos durante la institucionalización requieren continuidad más allá de la residencia. La transición hacia el domicilio, y posteriormente hacia recursos comunitarios de actividad física, constituye una estrategia fundamental para evitar el desacondicionamiento físico y sostener los logros alcanzados.

En este proceso, el trabajo interdisciplinario resulta esencial. Médicos, kinesiólogos, profesores de educación física, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, enfermeros y otros profesionales contribuyen a la evaluación funcional, la prescripción y supervisión del ejercicio, la prevención de caídas, la educación de familiares y cuidadores y la articulación con recursos comunitarios.

En conclusión, la incorporación sistemática del ejercicio físico dentro de un modelo de atención centrado en la persona y de continuidad de cuidados permite preservar la funcionalidad, reducir la dependencia y promover un envejecimiento más saludable en las personas mayores institucionalizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- de Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, Pitkala KH, Weening-Dijksterhuis E, Rodriguez-Mañas L, et al. Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: a taskforce report. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(5):381-392. doi:10.1016/j.jamda.2016.01.021.
- Sinclair A, Du Toit SHJ, Bell GJ. Physical activity and diabetes: considerations for older adults in long-term care facilities. In: Sinclair A, Du Toit SHJ, Bell GJ, editors. *Exercise and physical activity for older adults with type 2 diabetes.* Cham: Springer; 2022. p. 131-148. doi:10.1007/978-3-031-11086-3_8.
- Oppeval A, van der Velde N, de Vries NM, et al. Physical activity as a habit in long-term care: development of a national guideline for integrating physical activity into routine care. *Healthcare (Basel).* 2026;14(5):631. doi:10.3390/healthcare14050631.

Hipoglucemias y riesgo de caídas

Graciela Rubin

Las caídas y las hipoglucemias constituyen dos síndromes geriátricos que, en la persona mayor con diabetes mellitus (DM), se retroalimentan mutuamente y comparten un mismo punto ciego: se subregistran de manera sistemática en la práctica clínica.

El *Diabetes & Aging Study*, que encuestó a 2.158 adultos de 65 a 100 años con DM, encontró que el 3,7% había presentado hipoglucemia grave y el 39,2% al menos una caída en el último año. La hipoglucemia grave se asoció con una prevalencia de caídas 70% mayor que en quienes no la habían presentado; sin embargo, más del 85% de ambos eventos carecía de registro en la historia clínica¹. Este hallazgo se enmarca en evidencia más amplia: un metaanálisis de 44 estudios y más de 2,5 millones de participantes confirmó que la hipoglucemia en adultos mayores tratados con fármacos hipoglucemiantes se asocia de forma consistente con caídas, fracturas, deterioro cognitivo y mortalidad².

Los mecanismos que explican esta asociación son múltiples: la neuroglucopenia aguda deteriora transitoriamente el equilibrio, la marcha y el tiempo de reacción; el envejecimiento atenúa la respuesta contrarreguladora, favoreciendo la hipoglucemia inadvertida; y la polifarmacia y la fragilidad amplifican el impacto motor de cada episodio.

Los *Standards of Care in Diabetes-2026* de la *American Diabetes Association* (ADA) recomiendan abordar a esta población con el marco de los “4Ms” -cognición, movilidad, medicación y objetivos del paciente- e individualizar las metas glucémicas priorizando evitar la hipoglucemia por sobre el control estricto en los pacientes frágiles³. En este sentido, la tecnología también ofrece una herramienta concreta: el ensayo WISDM demostró que el monitoreo continuo de glucosa redujo el tiempo con glucosa <70 mg/dL de 5,1% a 2,7% en adultos de 60 años o más con DM1, frente a un grupo de automonitoreo capilar sin cambios⁴.

Frente a esta evidencia, la conducta clínica debería incluir la búsqueda activa de hipoglucemias y caídas en cada consulta del adulto mayor, la simplificación terapéutica -con especial atención a sulfonilureas de acción prolongada- y la incorporación de tecnología cuando esté disponible. Reconocer esta asociación bidireccional, y dejar de subregistrarla, es un primer paso indispensable para prevenir un desenlace que compromete gravemente la funcionalidad y la calidad de vida de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moffet HH, Huang ES, Liu JY, Parker MM, Lipska KJ, Laiterapong N, et al. Severe hypoglycemia and falls in older adults with diabetes: the Diabetes & Aging Study. *Diabet Epidemiol Manag.* 2023;12:100162. doi:10.1016/j.deman.2023.100162.
2. Mattishent K, Loke YK. Meta-analysis: association between hypoglycemia and serious adverse events in older patients treated with glucose-lowering agents. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2021;12:571568. doi:10.3389/fendo.2021.571568.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S277-S296. doi:10.2337/dc26-S013.
4. Pratley RE, Kanapka LG, Rickels MR, Ahmann A, Aleppo G, Beck R, et al. Effect of continuous glucose monitoring on hypoglycemia in older adults with type 1 diabetes: a randomized clinical trial (WISDM). *JAMA.* 2020;323(23):2397-2406. doi:10.1001/jama.2020.6928.

Inmunizaciones en el adulto mayor con diabetes

Pilar Aoki

La diabetes mellitus (DM) se asocia con una inmunidad innata y adaptativa deficiente, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones y favorece cuadros de mayor gravedad, aumentando las hospitalizaciones y la mortalidad. La obesidad, frecuente en las personas con DM, potencia este riesgo mediante mecanismos inflamatorios e inmunológicos adicionales. En este contexto, la vacunación constituye una de las intervenciones preventivas más costo-efectivas y con mayor impacto potencial en la salud de los adultos mayores con DM.

Más allá de prevenir enfermedades infecciosas, diversas vacunas contribuyen a disminuir complicaciones cardiovasculares mayores, lo que repercute en un menor número de hospitalizaciones¹. Sin embargo, a pesar de esta evidencia, la persistencia de bajas coberturas vacunales en adultos -impulsada por la desinformación, la percepción errónea del riesgo, las barreras de acceso y, especialmente, la falta de recomendaciones médicas oportunas²- expone a las personas con DM a un riesgo innecesariamente elevado de infecciones prevenibles y de sus complicaciones.

En esta presentación analizaremos los principales cambios en las poblaciones de células inmunes circulantes identificados por nuestro grupo de investigación en adultos con DM, que podrían contribuir a explicar su mayor susceptibilidad a las infecciones. Además, repasaremos las recomendaciones actuales de inmunización para el cuidado de los adultos mayores y discutiremos las principales barreras que limitan las coberturas vacunales, proponiendo estrategias concretas para mejorar la adherencia. En la práctica, incorporar sistemáticamente la evaluación del estado de vacunación como parte del seguimiento clínico representa una oportunidad para reducir la carga de enfermedades infecciosas, prevenir complicaciones cardiovasculares y mejorar la calidad y la expectativa de vida de las personas con DM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Musso C, Mociulsky J, Aranguren F, Debiaggi C, Commendatore V, Rozenek M, et al. Recomendaciones de vacunación en personas con diabetes en adultos. Rev Soc Arg Diab 2026;60(2).
2. Liu S, Durantini MR, Calabrese C, et al. A systematic review and meta-analysis of strategies to promote vaccination uptake. Nat Hum Behav. 2024;8:1689-1705. doi:10.1038/s41562-024-01940-6.

Salón Dauphin

CONTROVERSIA: Definiendo el pie de Charcot y la osteomielitis: un desafío en la práctica clínica

Coordinador: Rubén Saurral

Osteomielitis

Gabriela Carro

La osteomielitis (OM) del pie diabético se asocia con tratamientos más prolongados, mayor necesidad de cirugía, mayor riesgo de recurrencia y amputación, y menor éxito terapéutico. Sin embargo, no todas las osteomielitis presentan el mismo comportamiento clínico, requieren el mismo abordaje diagnóstico y terapéutico ni tienen el mismo pronóstico.

En esta disertación se describen cuatro presentaciones clínicas principales de la OM del pie diabético, cuya identificación puede contribuir a individualizar el manejo. La primera presentación corresponde a la OM asociada al ataque de pie diabético infectado, caracterizada por una infección aguda y rápidamente progresiva, con necrosis tisular, colecciones y compromiso de diferentes compartimentos del pie. Constituye una emergencia que requiere hospitalización, antibioticoterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico precoz bajo el concepto de *"time is tissue"*. El diagnóstico clínico, la prueba de contacto óseo y las radiografías suelen ser suficientes y el tratamiento no debe demorarse a la espera de resonancia magnética o biopsia ósea.

La segunda presentación es el "dedo en salchicha", caracterizado por edema, eritema y pérdida del contorno normal del dedo, frecuentemente asociado a una úlcera. Afecta principalmente las falanges y, en ausencia de compromiso importante de tejidos blandos, puede tratarse con antibioticoterapia durante 6-8 semanas, con elevada tasa de éxito y sin necesidad habitual de amputación.

La tercera presentación corresponde a la OM asociada a neuroartropatía de Charcot, principalmente del mediopié o retropié. Suele originarse a partir de una úlcera plantar sobre un pie deformado y representa un desafío diagnóstico debido a la superposición de hallazgos radiológicos entre ambas entidades. La resonancia magnética suele ser necesaria y el tratamiento puede requerir procedimientos quirúrgicos complejos destinados a preservar la estabilidad y funcionalidad del pie.

Finalmente, la OM puede presentarse como una infección crónica sin compromiso extenso de tejidos blandos, asociada a una úlcera persistente o recurrente, deformidad o cirugía previa. El tratamiento incluye antibioticoterapia guiada por cultivos óseos y frecuentemente cirugía para resecar el hueso infectado.

Estas cuatro presentaciones difieren en los métodos diagnósticos necesarios, obtención de cultivos, tratamiento antibiótico y quirúrgico y pronóstico. Por lo tanto, la evaluación de la OM del pie diabético debe integrar las clasificaciones existentes con la presentación clínica y el juicio clínico.

Salón Teatro

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Avances en tecnología y diabetes, lo que se viene

Coordinadora: Lorena Lequi

Nuevas insulinas, insulinas inteligentes

María Ranz

El panorama terapéutico de la diabetes mellitus (DM) está experimentando una transformación sustancial impulsada por el desarrollo de nuevas formulaciones de insulina con perfiles farmacocinéticos y farmacodinámicos mejorados. En la

presente exposición se revisan los avances más relevantes en cuatro categorías: insulinas inhaladas, análogos basales de administración semanal, insulinas orales e insulinas de respuesta inteligente a la glucosa (GRI).

La insulina inhalada Afrezza®, basada en el sistema Technosphere®, ofrece un inicio de acción ultrarrápido y una duración breve, lo que reduce eficazmente la hiperglucemia posprandial y minimiza el riesgo de hipoglucemia tardía en comparación con los análogos rápidos inyectables³. Su perfil de seguridad respiratoria exige, no obstante, espirometría basal y seguimiento periódico, y su uso está contraindicado en pacientes con enfermedad pulmonar crónica.

Entre los análogos basales semanales, la insulina Icodec presenta una vida media de aproximadamente 196 horas gracias a su unión reversible a la albúmina mediante una cadena de ácido graso C20; el programa ONWARDS demostró no inferioridad frente a las insulinas basales diarias, con eficacia glucémica y seguridad comparables y una notable reducción de la carga de inyecciones¹. La insulina Efsitora Alfa, una proteína de fusión insulina-Fc de IgG2 con una vida media de 17 días, demostró en los estudios QWINT no inferioridad frente a degludec y glargina, con reducciones de la HbA1c de hasta 1,34% en DM2 y tasas de hipoglucemia clínicamente significativa similares o menores². El análogo GZR4 mostró concentraciones plasmáticas detectables hasta 168 horas pospunción, consolidándose como candidato semanal promisorio, aun en fases tempranas de desarrollo clínico.

Las insulinas orales continúan siendo un desafío por su baja biodisponibilidad (aproximadamente 3%), aunque el uso de potenciadores de absorción, nanocarriers y formulaciones entéricas abre perspectivas alentadoras para mejorar la adherencia terapéutica. Finalmente, las insulinas inteligentes (GRI), capaces de modular su actividad en función de los niveles de glucosa circulante mediante cambios conformacionales (macrociclos), representan el horizonte más innovador, con dos candidatos en fases avanzadas de desarrollo orientados a reducir la hipoglucemia en DM1⁴.

Estos avances plantean un escenario de creciente personalización terapéutica, con potencial para mejorar la adherencia, reducir la carga de administración y disminuir los episodios de hipoglucemia en personas con DM1 y DM2, redefiniendo el estándar del tratamiento insulínico en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenstock J, Bajaj HS, Janez A, et al. Once-weekly insulin for type 2 diabetes without previous insulin treatment (ONWARDS 3): a phase 3, randomised, open-label, parallel-group, treat-to-target trial. *Lancet*. 2023;401(10392):1932-1944. doi:10.1016/S0140-6736(23)00685-9.
2. Frias JP, Hinnen LA, Lind M, et al. Basal insulin Fc (BIF/LY3209590) versus insulin degludec in adults with type 2 diabetes (QWINT-2): a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet*. 2024;404(10452):527-538. doi:10.1016/S0140-6736(24)01249-0.
3. Neumiller JJ, Campbell RK. Technosphere insulin: an inhaled prandial insulin product. *BioDrugs*. 2010;24(3):165-172. doi:10.2165/11536700-000000000-00000.
4. Mathieu C, Bardtrum L, Leohr J, et al. Glucose-responsive insulin: a novel approach to prevent hypoglycaemia in type 1 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2023;11(10):729-740. doi:10.1016/S2213-8587(23)00205-2.

Apps/smart pens

Carolina Gómez Martín

La incorporación de tecnologías de salud digital, como las lapiceras de insulina conectadas (*smart pens*) y las aplicaciones de salud móvil (*mHealth*), muestra beneficios en el tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) usuarias de insulina: permiten registrar automáticamente las dosis administradas, emitir recordatorios ante dosis omitidas, integrar información del monitoreo continuo de glucosa y facilitar el ajuste terapéutico, favoreciendo un manejo más personalizado y basado en datos.

En DM1, un ensayo clínico aleatorizado e independiente publicado recientemente mostró que el uso de un capuchón inteligente redujo significativamente el tiempo en hiperglucemia grave (>250 mg/dl), disminuyó la variabilidad glucémica y mejoró la confianza de los pacientes en la administración de insulina. Entre los usuarios con mayor adherencia se observó un incremento absoluto del 8% en el tiempo en rango¹.

En DM2, el uso de *smart pens* con recordatorios de dosis se ha asociado con menor glucemia media y una mayor reducción de la HbA1c en comparación con dispositivos convencionales². Un metaanálisis reciente muestra que las intervenciones basadas en aplicaciones móviles reducen la HbA1c entre 0,3% y 0,5%, con un efecto máximo durante los primeros 3 meses, que tiende a atenuarse hacia los 6 meses. La combinación de las *Apps* con el seguimiento por profesionales de la salud potencia los beneficios clínicos³.

Además de mejorar el control glucémico, estas tecnologías favorecen la adherencia, reducen errores de dosificación mediante calculadoras de bolo y se asocian con reducción de costos en salud, principalmente por la disminución de hospitalizaciones y consultas de urgencia.

No obstante, el ritmo de adopción es bajo y, en países donde están disponibles, solo un 4-15% de personas con DM1 usan *smart pens*, cuando según los profesionales de salud hasta un 73% podría beneficiarse. Los desafíos en la implementación persisten: la sostenibilidad del beneficio a largo plazo, el costo de los dispositivos, la cobertura por los sistemas de salud, la brecha digital y la interoperabilidad entre plataformas⁴.

En conjunto, la evidencia respalda la incorporación de *smart pens* y aplicaciones móviles como herramientas complementarias en el tratamiento con insulina, aunque se requieren más estudios independientes y de mayor duración, especialmente en DM2, y en paralelo al desarrollo de más evidencia, continuar trabajando para reducir las barreras para la adopción por los potenciales usuarios/beneficiarios a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastian-Valles F, Sager-La Ganga C, Juste-Enriquez A, Jiménez-Blanco S, Navas-Moreno V, Arranz-Martin JA, et al. Analysis of glycaemic control with a connected smart pen cap in adults with type 1 diabetes: a randomised, open-label, parallel-group trial. *Diabetologia*. 2026;69(5):1191-1204.
2. Galindo RJ, Ramos C, Cardona S, Vellanki P, Davis GM, Oladejo O, et al. Efficacy of a smart insulin pen cap for the management of patients with uncontrolled type 2 diabetes: a randomized cross-over trial. *J Diabetes Sci Technol*. 2023;17(1):201-207.

- Butt MD, Ong SC, Javaid I, Malik T. Clinical efficacy and cost-effectiveness analysis of mobile health interventions in diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2026;16(1):7774. doi:10.1038/s41598-026-07774-?
- Mader JK, Heinemann L, Brandt D, Diem P, Ampudia-Blasco FJ, Trümpy C, et al. Smart pens: expectations regarding use and functionality from health care providers. *J Diabetes Sci Technol.* 2026;20(4):1100-1105.

Monitoreo de cetonas

Laura Pomares

La monitorización de cetonas ha adquirido un papel cada vez más relevante en el manejo moderno de la diabetes mellitus (DM), impulsada por el desarrollo de nuevas tecnologías, y por el creciente uso de terapias asociadas a un mayor riesgo de cetosis, como los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2).

Aunque históricamente la determinación de cetonas se limitó al contexto de la sospecha de la cetoacidosis diabética (CAD), actualmente constituye una herramienta fundamental para la detección precoz de cetosis, la prevención de CAD euglicémica y el acompañamiento de personas que utilizan sistemas avanzados de administración automatizada de insulina. La medición de β -hidroxibutirato en sangre representa el método de referencia para la evaluación clínica, superando a las tiras urinarias, por su mayor sensibilidad y capacidad para reflejar el estado metabólico en tiempo real. En paralelo, el desarrollo de sensores de monitoreo continuo de cetonas (*continuous ketone monitoring*, CKM) abre un nuevo paradigma en diabetología. Estos dispositivos permiten registrar de manera continua los niveles intersticiales de cetonas y podrían integrarse en plataformas de monitoreo continuo de glucosa (MCG) y sistemas híbridos de asa cerrada, aportando una dimensión adicional de seguridad metabólica.

La evidencia reciente demuestra que el CKM posee el potencial de detectar el inicio de la cetosis antes de la aparición de manifestaciones clínicas, facilitando intervenciones tempranas y reduciendo el riesgo de progresión hacia CAD. Asimismo, la integración simultánea de glucosa y cetonas permitirá desarrollar algoritmos predictivos más sofisticados, especialmente en personas con DM1, durante enfermedades intercurrentes, fallas en la administración de insulina o tratamientos con SGLT2.

En los próximos años, la incorporación del CKM probablemente transformará el manejo de la DM al complementar la información glucémica con indicadores directos del metabolismo energético, favoreciendo una medicina más preventiva, personalizada y segura.

BIBLIOGRAFÍA

- Dhatariya K, Bergenstal RM, Al-Sofiani M, et al. Continuous ketone monitoring for people with diabetes: international expert recommendations on the application of a new technology. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2026;14(1):82-92. doi:10.1016/S2213-8587(25)00331-6.
- Sherr JL, Nally LM. Continuous ketone monitoring for diabetes: a new era for diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025;13(9):736-738. doi:10.1016/S2213-8587(25)00220-7.
- Garg SK, Klonoff DC, et al. Role of Continuous Dual Glucose–Ketone Monitoring in Diabetes Management. *Journal of Diabetes Science and Technology.* 2025. doi:10.1177/15209156251369529.

Inteligencia artificial en el consultorio, tips prácticos

Lucas Sosa

La incorporación de la inteligencia artificial (IA) generativa a la práctica clínica dejó de ser una promesa para convertirse en una decisión cotidiana. Desde una computadora o un teléfono, hoy es posible transcribir una consulta, resumir una historia clínica extensa, redactar un informe o recuperar evidencia científica en segundos. Sin embargo, disponibilidad no equivale a utilidad ni garantiza seguridad. Esta exposición propone un recorrido pragmático por ese ecosistema, con el consultorio de diabetes como punto de partida y la necesidad clínica -no la tecnología- como criterio de selección.

Se describirán cuatro familias de herramientas. Primero, los asistentes de documentación ambiental, capaces de generar borradores de notas clínicas a partir de la conversación médico-paciente. Su uso se ha asociado con menor carga documental y desgaste profesional, aunque exige consentimiento, protección de los datos y revisión antes de incorporar el texto a la historia clínica¹. Segundo, los modelos de lenguaje de propósito general aplicados a redactar informes, resumir interconsultas y generar materiales educativos adaptados a cada persona. Tercero, los entornos de consulta sobre documentos propios que permiten interrogar guías, protocolos o informes de sensores y sistemas de infusión, vinculando las respuestas con las fuentes aportadas. Cuarto, los buscadores de evidencia asistidos por IA, que aceleran la orientación ante preguntas clínicas sin reemplazar la lectura crítica del trabajo original.

Además, se ofrecerán recomendaciones operativas para estructurar una consigna eficaz, anonimizar la información, contrastar los resultados y reconocer qué tareas no conviene delegar. El enfoque adopta un modelo de humano en el circuito: la IA propone, el profesional verifica, decide y firma. El acceso aislado a un modelo no mejora necesariamente el razonamiento clínico; su beneficio depende de la capacitación y de una integración deliberada en el flujo de trabajo².

También se analizarán alucinaciones, referencias inexistentes, variabilidad, sesgos, confidencialidad y responsabilidad profesional. Las medidas de mitigación incluyen restringir las respuestas a fuentes seleccionadas, la generación aumentada por recuperación y la verificación humana sistemática, aunque ninguna elimina el riesgo³.

Finalmente, se diferenciarán los algoritmos de control ya validados en sistemas automatizados de administración de insulina de las aplicaciones generativas, cuya madurez clínica es todavía incipiente⁴. El objetivo es que cada asistente se retire con criterios concretos para comenzar el lunes siguiente: elegir un problema real, diseñar un flujo pequeño y repetible, medir su beneficio y mantener siempre la responsabilidad clínica en manos del profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- Olson KD, Meeker D, Troup M, et al. Use of ambient AI scribes to reduce administrative burden and professional burnout. *JAMA Netw Open.* 2025;8(10):e2534976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.34976.

- Goh E, Gallo R, Hom J, et al. Large language model influence on diagnostic reasoning: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2024;7(10):e2440969. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.40969.
- Amugongo LM, Mascheroni P, Brooks S, et al. Retrieval augmented generation for large language models in healthcare: a systematic review. PLOS Digit Health. 2025;4(6):e0000877. doi:10.1371/journal.pdig.0000877.
- Phillip M, Nimri R, Bergenstal RM, et al. Consensus recommendations for the use of automated insulin delivery technologies in clinical practice. Endocr Rev. 2023;44(2):254-280. doi:10.1210/endrev/bnac022.

11:30 a 12:30 h

Salón Columnas del Boulevard

MINICONFERENCIA: Muerte súbita y diabetes

Coordinadora: Lucía Poggio

Relación entre diabetes y enfermedad cardiovascular, ¿qué priorizamos los cardiólogos?

Sergio Baratta (Sociedad Argentina de Cardiología)

La evaluación cardiovascular debe trascender el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) e incorporar una estratificación dinámica y multidimensional que permita individualizar objetivos terapéuticos e intensidad de tratamiento.

Identificación inicial del paciente de muy alto riesgo

Esta categoría incluye a los pacientes con: enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) establecida, ya sea clínica o documentada por imágenes, enfermedad renal crónica relevante, y enfermedad microvascular en al menos tres territorios distintos (p. ej., microalbuminuria, retinopatía y neuropatía).

La prioridad clínica deja de ser la estimación del riesgo y pasa a ser la implementación intensiva de estrategias preventivas.

Cuantificación del riesgo mediante SCORE2-Diabetes.

En ausencia de ECVA establecida o daño orgánico avanzado, la estimación cuantitativa del riesgo constituye el siguiente paso. Actualmente, SCORE2-Diabetes representa la herramienta más específica para evaluar el riesgo cardiovascular aterosclerótico en personas con DM.

Considerando las tasas nacionales de mortalidad cardiovascular, la Argentina podría interpretarse como un país de riesgo intermedio-alto.

Refinamiento de la estratificación

- La presencia de duración de la DM ≥ 10 años, insulinoterapia, retinopatía, neuropatía, nefropatía diabética define un fenotipo de alto riesgo cardiovascular. Asimismo, la presencia de nefropatía temprana (UACR >30 mg/g), retinopatía o neuropatía debe considerarse como un potente amplificador del riesgo cardiovascular global.

- La cuantificación directa de la carga aterosclerótica constituye uno de los instrumentos más útiles para reclasificar el riesgo. Entre las herramientas más valiosas se destacan el *score* de calcio coronario y la identificación de placas mediante ultrasonido.

- Los biomarcadores (NT-proBNP ≥ 125 pg/mL o BNP ≥ 35 pg/mL, troponina ultrasensible) permiten detectar de forma temprana miocardiopatía diabética y disfunción ventricular izquierda. Por otra parte, una proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) >2 mg/L identifica un estado inflamatorio persistente asociado con mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Biomarcadores lipídicos y riesgo residual

La evaluación lipídica moderna debe ir más allá del colesterol LDL; en este caso, tienen particular importancia: triglicéridos >175 mg/dL, lipoproteína(a) [Lp(a)] >50 mg/dL y apolipoproteína B (apoB) >130 mg/dL.

Comorbilidades y factores amplificadores de riesgo

Numerosas condiciones clínicas influyen adicionalmente sobre el riesgo cardiovascular: enfermedades inflamatorias crónicas, infección por VIH y cáncer, entre otras. Asimismo, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, variantes genéticas de alto riesgo y la hematopoyesis clonal de potencial indeterminado representan elementos emergentes de gran relevancia pronóstica.

Factores no tradicionales

La estratificación moderna debe incorporar determinantes frecuentemente subestimados: obesidad visceral, grasa ectópica, apnea obstructiva, fragilidad, enfermedad periodontal, bajo peso al nacer, factores psicosociales, contaminación ambiental y vulnerabilidad socioeconómica. Finalmente, existen condiciones específicas de la mujer a tener en cuenta: menopausia precoz, síndrome de ovario poliquístico, preeclampsia, hipertensión gestacional y DM gestacional.

La estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente con DM debe evolucionar desde un enfoque basado exclusivamente en el diagnóstico hacia un modelo integral centrado en la magnitud del riesgo individual.

BIBLIOGRAFÍA

- Vrints CJM, Bax JJ, Cosyns B, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025.
- Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44:4043-4140.
- SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44:2434-2452.
- Khan SS, Matsushita K, Sang Y, et al. Development and Validation of the American Heart Association PREVENT Equations. Circulation. 2024;149:430-449.

Diabetes y riesgo arritmico: mecanismos y evidencia clínica, respuesta temprana con cardioprotección

Mario Fitz Maurice (Instituto Nacional de Arritmias)

La muerte súbita cardíaca (MSC) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular y su riesgo se multiplica 2-4 veces en la diabetes mellitus (DM) por mecanismos propios: coronariopatía acelerada con isquemia silente, neuropatía autonómica cardíaca (variabilidad de la frecuencia cardíaca reducida, predominio simpático), miocardiopatía diabética con fibrosis y alteraciones eléctricas (prolongación y dispersión del QT, pospotenciales tardíos, susceptibilidad a *torsade de pointes*).

La estratificación clínica -FEVI <35%, neuropatía autonómica, fibrosis en resonancia, arritmias en Holter- identifica candidatos a cardiodesfibrilador implantable; sin embargo, una proporción relevante de eventos fatales ocurre sin diagnóstico previo ni criterios de implante, y la primera manifestación suele ser el paro cardíaco extrahospitalario. De allí la centralidad de la cardioprotección comunitaria: cadena de supervivencia, RCP precoz por testigos y desfibrilación temprana con DEA, que alcanza supervivencias del 70-80% en fibrilación ventricular cuando se aplica en los primeros minutos. Se integra el marco legal argentino (Ley 27.159, registro ReNaDEAs), los espacios cardioprottegidos y la capacitación poblacional en RCP como política de salud pública.

En conclusión, prevenir la MSC en DM exige una respuesta clínica y comunitaria, inseparables entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

- Fitz Maurice M, Di Tommaso F, Barros Pertuz MC, Álvarez Mendoza W, Spagnuolo D, Lucas V. Muerte súbita en clubes deportivos de rugby. *Rev Argent Cardiol.* 2018;86(1):41-45.
- Ley 27.159 (2015) y Decreto Reglamentario 402/2022. Sistema de prevención integral de eventos por muerte súbita en espacios públicos y privados. Registro Nacional de DEA (ReNaDEAs), Argentina.
- Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, et al. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N Engl J Med.* 2000;343(17):1206-1209.
- Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes (EMPA-REG OUTCOME). *N Engl J Med.* 2015;373(22):2117-2128.
- Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction (MADIT-II). *N Engl J Med.* 2002;346(12):877-883.

Salón Atlántico A

MINICONFERENCIA: Desafíos actuales en diabetes y enfermedades metabólicas

Coordinadora: Olga Ramos

Lipodistrofia: impacto metabólico y desafíos terapéuticos

Carla Musso

La lipodistrofia es una enfermedad que puede ser congénita o adquirida y se caracteriza por la pérdida de grasa corporal en forma total o parcial.

La pérdida de grasa corporal provoca el desarrollo de alteraciones metabólicas severas que desencadenan diabetes, hipertrigliceridemia con la consecuente pancreatitis, enfermedad hepática progresiva y severa y enfermedad cardiovascular temprana, comorbilidades que modifican drásticamente la expectativa de vida de las personas que la padecen.

El déficit de tejido adiposo implica disminución de leptina, adipocitoquina necesaria para el metabolismo de los hidratos de carbono, de lípidos y oxidación de grasas. En los pacientes con lipodistrofia, no contar con dichos mecanismos implica que los ácidos grasos que no pueden oxidarse se acumulan en órganos ectópicos generando las múltiples patologías antes mencionadas.

Es importante destacar las dificultades diagnósticas que representan las lipodistrofias parciales familiares, que son las más frecuentes dentro del marco de enfermedades poco frecuentes. El objetivo es ahondar en el conocimiento de esta patología poco frecuente para evitar el diagnóstico tardío y las complicaciones.

Hoy contamos con múltiples alternativas de tratamiento: agonistas del receptor de GLP1, agonistas duales e iSGLT2, además del tratamiento específico con leptina que conocemos que revierte o estabiliza las patologías antes mencionadas logrando buen control metabólico. Hay múltiples datos en la bibliografía internacional de pacientes con lipodistrofia, tanto parcial o generalizada, en tratamiento que han demostrado la eficacia y seguridad de la sustitución con leptina, razón por la que todo paciente con dicha patología y con situaciones clínicas que lo ameritan debería recibir el tratamiento mencionado.

Abordaje de la diabetes tipo 2 en la población pediátrica y adolescente

Carla Mannucci

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de inicio en la infancia y la adolescencia constituye un desafío emergente. Su incidencia continúa aumentando en paralelo con la obesidad infantil y representa aproximadamente el 8% de los casos de DM en la edad pediátrica, superando el 40% de los nuevos diagnósticos en algunos grupos étnicos de alto riesgo. No contamos con registros nacionales en la Argentina; en Brasil, el estudio ERICA, en el que se incluyeron 38.000 adolescentes, reportó una prevalencia de prediabetes del 22% y de DM2 del 3,3%.

A diferencia de la enfermedad del adulto, la DM2 pediátrica presenta una evolución significativamente más agresiva, caracterizada por una rápida pérdida de la función de la célula β pancreática, mayor resistencia a la insulina y aparición precoz de complicaciones microvasculares y macrovasculares. Los estudios TODAY y TODAY2, que incluyeron 699 adolescentes con DM2 de reciente diagnóstico con un seguimiento superior a 13 años, mostraron que a los 5 años de evolución, aproximadamente un tercio de los pacientes presentaba hipertensión arterial y más del 10% enfermedad renal diabética o retinopatía. En la adultez joven, edad media 26 años, el 60% había desarrollado al menos una complicación relacionada con la DM y cerca del 30% acumulaba dos o más, confirmando la elevada y precoz morbilidad.

En consecuencia, las recomendaciones actuales enfatizan un abordaje intensivo con pesquisa de MASLD, retinopatía, enfermedad renal diabética, dislipidemias e HTA desde el diagnóstico, y tratamiento basado en modificaciones del estilo de vida del paciente y la familia, abordaje psicológico, pero con tratamiento farmacológico precoz. Durante muchos años la opción terapéutica farmacológica estaba limitada a la metformina que, si bien continúa siendo el fármaco de primera línea, en el último tiempo la incorporación de agonistas de GLP1 e inhibidores de SGLT2 aportaron beneficios, tanto sobre el control glucémico como en el IMC, pudiendo modificar la evolución de la enfermedad.

Además, las perspectivas terapéuticas continúan expandiéndose. Los estudios SURPASS-PEDS, que evalúa respuesta a tirzepatida, y PIONEER TEENS, con semaglutida oral, representan avances relevantes que probablemente modifiquen el manejo de la DM2 pediátrica en los próximos años. En conjunto, la evidencia reciente respalda la intervención temprana e individualizada con metas de prevención cardio reno metabólico desde el inicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Shah AS, Barrientos-Pérez M, Chang N et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. *Horm Res Paediatr.* 2024;97(6):555-583. doi: 10.1159/000543033. Epub 2024 Dec 14. PMID: 39675348; PMCID: PMC11854986.
- Goyal S, Vanita V. The rise of type 2 diabetes in children and adolescents: an emerging pandemic. *Diabetes Metab Res Rev.* 2025;41(1). doi:10.1002/dmrr.70029.
- Karavanaki K, Paschou SA, Tentolouris N et al. Type 2 diabetes in children and adolescents: distinct characteristics and evidence-based management. *Endocrine.* 2022 Nov;78(2):280-295. doi: 10.1007/s12020-022-03172-y. Epub 2022 Aug 27. PMID: 36029440.

Salón Dauphin

CONTROVERSIA: Uso de GLP-1 e iSGLT2 en diabetes y síndrome metabólico

Coordinador: Gustavo Frechtel

Por GLP1

Guillermo Dieuzeide

El pasado

La historia comenzó en 1902 con la secretina descubierta por Sarling y Bayliss. En 1932, Le Barre llamó "incretina" a una sustancia que disminuía la glucemia sin secreción exocrina pancreática. En la década de 1970, Creutzfeld definió las incretinas como hormonas intestinales que estimulan la secreción de insulina. Posteriormente, se descubrió el proglucagón y, en 1980, el GLP-1 (Holst, Habener, Drucker). En 1971, Brown describió el GIP. Para 1986, Nauck observó que los diabéticos tenían una menor secreción de incretinas. Curiosamente, en 1990 se halló una proteína similar al GLP-1 en la saliva del Monstruo de Gila, lo que impulsó su desarrollo farmacológico.

El presente

El salto terapéutico llegó con el estudio LEADER, el cual demostró que los análogos GLP-1 no solo reducen la glucemia, sino también la mortalidad cardiovascular. A este le siguieron otros estudios fundamentales:

Estudio	N pacientes	Duración (años)	MACE HR	Muerte CV HR	IAM no fatal HR	ACV no fatal HR
LEADER	9340	3,8	0,87 (0,78-0,97)	0,78 (0,66-0,93)	0,88 (0,75-1,03)	0,89 (0,72-1,11)
SUSTAIN-6	3297	104 sem	0,74 (0,58-0,95)	0,98 (0,65-1,48)	0,74 (0,51-1,08)	0,61 (0,38-0,99)
HARMONY	9901	1,6	0,78 (0,68-0,90)	0,93 (0,73-1,19)	0,75 (0,61-0,90)	0,86 (0,65-1,14)
REWIND	4076	5,4	0,88 (0,79-0,99)	0,91 (0,76-1,06)	0,96 (0,79-1,19)	0,76 (0,61-0,91)
AMPLITUDE	4076	1,81	0,73 (0,58-0,92)	0,72 (0,50-1,03)	0,78 (0,55-1,10)	0,80 (0,48-1,31)
SOUL	9650	4,1	0,86 (0,77-0,96)	0,93 (0,80-1,09)	0,74 (0,61-0,89)	0,88 (0,70-1,11)

Además, el estudio FLOW mostró una caída del 24% en eventos renales adversos graves, y SELECT evidenció una reducción del 53% en muerte cardiovascular en obesos sin diabetes.

El Futuro

Se investiga el gran potencial de diversas combinaciones: dobles (GLP1/GIP: tirzepatida), con análogos de glucagón (survodutida), triples (retratutida), junto con insulinas semanales (Icodec + GLP1A), con análogos de amilina (cariglintide) o en agonistas orales no peptídicas (orforglipron).

Por iSGLT2

Félix Puchulu

Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) o gliflozinas se han consolidado como un pilar fundamental en la lucha contra el síndrome metabólico (SM), ofreciendo un enfoque integral que aborda múltiples aspectos de este síndrome.

Los iSGLT2, como la empagliflozina, la dapagliflozina y la canagliflozina, han demostrado ser muy prometedores para mejorar el control glucémico, reducir el peso corporal, disminuir la presión arterial y disminuir los niveles de ácido úrico. Además de sus efectos hipoglucemiantes, estos fármacos confieren importantes beneficios cardioprotectores y renoprotectores, lo que los convierte en una herramienta poderosa en el manejo integral del SM.

Los i-SGLT2 han demostrado un notable e inesperado efecto protector sobre las lesiones en varios órganos: corazón, arterias, riñones, cerebro y reducción de eventos. Dichos efectos se asociaron inicialmente a un mejor control de enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus (DM). Sin embargo, con el transcurso del tiempo y con los resultados, se comprobaron mejorías funcionales y estructurales en dichos órganos, también en personas sin DM. Los mecanismos por los cuales los inhibidores de SGLT2 ejercen sus beneficios son multifacéticos. Estos agentes reducen los niveles de glucosa en sangre al inhibir la reabsorción de glucosa en el túbulo proximal renal, lo que produce glucosuria. Este efecto es independiente de la insulina y proporciona control glucémico incluso en pacientes con resistencia a la insulina. Además, los inhibidores de SGLT2 promueven la diuresis osmótica y la natriuresis, lo que contribuye a la reducción del volumen plasmático, la presión arterial y la rigidez arterial. Estos efectos no solo mejoran los parámetros metabólicos, sino que también mitigan el riesgo de insuficiencia cardíaca y otros eventos cardiovasculares

Beneficios metabólicos principales

- Pérdida de peso. Favorecen una reducción promedio cercana a los 1,79 kg gracias a la pérdida calórica por la glucosa eliminada en la orina.
- Control de la presión arterial. Disminuyen la presión arterial sistólica y diastólica mediante un efecto natriurético leve.
- Reducción del ácido úrico. Ayudan a disminuir los niveles séricos de ácido úrico, lo que reduce el riesgo cardiovascular asociado a la hiperuricemia.
- Protección cardiorrenal. Disminuyen el daño estructural en el riñón y protegen el corazón, frenando el avance del daño multiorgánico típico del síndrome cardiometabólico

Este grupo farmacológico no compite con otros fármacos para esta patología, muy por el contrario, mientras no exista contraindicaciones, muchas de sus beneficios se potencian con la asociación de otros como la metformina y los arGLP-1.

BIBLIOGRAFÍA

- Grigoriou K, Karakasis P, Nasoufidou A, Stachteas P, Klisic A, Karagiannidis E, et al. SGLT2 inhibitors in the management of cardio-renal-metabolic syndrome: a new therapeutic era. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(11):1903. doi:10.3390/medicina61111903.
- Samajdar SS, Maheshwari A, Tewari A, Mukherjee S, et al. A call for a modern Satyagraha against metabolic syndrome. *Clin Diabetol*. 2025;14(1):50-55. doi:10.5603/cd.102483.
- Inserra F, Lavenia G, Taylor MF, Castellaro C. Protección cardiovascular, renal y cerebral, de los iSGLT2. Mecanismos hemodinámicos, tisulares y celulares implicados. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2023;43(3):184-196.

Salón Teatro

CONTROVERSIA: Farmacoterapia versus cirugía bariátrica: ¿cómo decidir en la práctica real?

Coordinadora: Susana Fuentes

Farmacoterapia como opción terapéutica

María Graciela Álvarez

La obesidad es una enfermedad crónica y progresiva que requiere estrategias terapéuticas sostenidas e individualizadas. Tanto la farmacoterapia como la cirugía bariátrica metabólica (CBM) actúan sobre los mecanismos que regulan el hambre y la saciedad a través del eje intestino-cerebro y, además del descenso ponderal, generan beneficios cardio-reno-metabólicos, hepáticos, mecánicos y funcionales.

El desarrollo de nuevos fármacos potentes, como las hormonas estimuladas por nutrientes (NUSH), ha reducido progresivamente la brecha con respecto a la eficacia de la CBM en el tratamiento de la obesidad. Los fármacos logran descensos de peso que antes se alcanzaban solo con la cirugía, y demostraron beneficios en varias enfermedades relacionadas con la obesidad, como la DM2, MASLD, ICC FEp, enfermedad renal, AOS y OA de rodilla.

Sin embargo, los resultados en el mundo real difieren de los datos de los ERC. El uso de fármacos requiere adherencia en el largo plazo y debe asociarse a cambios en el estilo de vida para alcanzar los máximos beneficios. Existen barreras importantes para ello, como la tolerancia a los efectos adversos, la adherencia y la capacidad de sostener el alto costo en el largo plazo. Los fármacos requieren de su administración crónica para mantener sus efectos; la discontinuación se asocia con recuperación del peso y pérdida de los beneficios metabólicos alcanzados.

Por el momento, la magnitud del descenso ponderal continúa siendo mayor con la CBM, y aún no disponemos de evidencia con fármacos en pacientes con obesidad severa (IMC > 50kg/m²). Existe más evidencia observacional sobre los beneficios de la cirugía en el largo plazo ya que el uso de los nuevos fármacos potentes lleva menos de una década.

Las mismas preocupaciones que existen con grandes descensos de peso con la cirugía, existen para los fármacos: potenciales déficits de micronutrientes, cambios desfavorables en la composición corporal (sarcopenia/osteopenia) y desarrollo de litiasis biliar.

En este contexto, fármacos y cirugía no deben considerarse estrategias contrapuestas. Ambas pueden utilizarse en diferentes momentos de la evolución de la enfermedad, en forma secuencial, por ejemplo, en pacientes operados con descenso de peso insuficiente o reganancia. La elección debe considerar la gravedad de la obesidad, el fenotipo clínico y metabólico, las comorbilidades, la trayectoria ponderal, la respuesta a tratamientos previos, la tolerabilidad, la accesibilidad y, fundamentalmente, las preferencias del paciente.

La dicotomía CBM versus fármacos debe reformularse hacia un esquema de tratamiento secuencial y complementario, de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente, en el momento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrett TS, et al. Obesity treatment with bariatric surgery vs GLP-1 receptor agonists. *JAMA Surg.* 2025;160(11):1232-1239.
- Hales CM. Expanding the treat-to-target toolbox for obesity and diabetes care. *N Engl J Med.* 2025;393:712-714.
- Gasoyan H, et al. Obesity treatments and weight changes in clinical practice after discontinuation of semaglutide or tirzepatide. *Diabetes Obes Metab.* 2026;28:4795-4805.
- Brown A, et al. Real-world effectiveness of semaglutide and tirzepatide compared with bariatric surgery. *Obesity (Silver Spring).* 2026;34:1583-1591.
- Sabatella L, et al. Comparative efficacy of metabolic/bariatric surgery versus GLP-1 receptor agonists: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity (Silver Spring).* 2026;34(4):770-781.

13:00 a 14:15 h

Salón Columnas del Boulevard

SIMPOSIO: Enfoque integral del adulto mayor

Coordinadora: Carina Parisi

Suplementación en el adulto mayor

María Inés Somoza

La diabetes mellitus (DM) en el adulto mayor representa un desafío clínico complejo debido a la frecuente coexistencia de fragilidad, multimorbilidad y riesgo de desnutrición. En este contexto, el uso de suplementos nutricionales es una práctica habitual: datos de estudios poblacionales como NHANES muestran que entre el 54% y el 59% de las personas con DM consumen al menos un suplemento nutricional de forma regular.

Sin embargo, los *Standards of Care* de la *American Diabetes Association* (ADA 2026) señalan que no existe evidencia consistente que respalde la suplementación rutinaria con vitaminas o minerales para mejorar los resultados metabólicos en individuos sin deficiencias nutricionales documentadas. Por ello, la recomendación actual prioriza la terapia nutricional médica individualizada, basada en patrones alimentarios saludables, con énfasis en alimentos integrales de alta densidad nutricional por sobre la administración aislada de nutrientes.

En este marco, resulta fundamental la evaluación nutricional integral para identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de estrategias de suplementación específicas. Las deficiencias más frecuentemente observadas en adultos mayores con DM incluyen vitamina B12, vitamina D, magnesio, hierro y calcio. Su detección es especialmente relevante por su potencial impacto sobre la función neurológica, la salud musculoesquelética, la capacidad funcional y la calidad de vida, particularmente en pacientes con fragilidad, multimorbilidad y/o polifarmacia.

La suplementación nutricional en el adulto mayor con DM debe considerarse una estrategia individualizada, dirigida a corregir deficiencias específicas y optimizar la funcionalidad, más que una intervención rutinaria para el control metabólico.

Fragilidad y sarcopenia

Graciela Rubin

La sarcopenia y la fragilidad son síndromes geriátricos frecuentemente subdiagnosticados que se asocian de manera bidireccional con la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en el adulto mayor, con una prevalencia notablemente mayor que en la población sin DM.

La hiperglucemia crónica, la inflamación subclínica y las complicaciones microvasculares aceleran el deterioro del músculo esquelético, mientras que la pérdida de masa y fuerza muscular compromete a su vez el control metabólico, configurando un círculo de retroalimentación negativa¹. La DM constituye además un factor de riesgo independiente de fragilidad, síndrome caracterizado por la reducción de la reserva fisiológica frente a factores estresantes agudos, como una internación, una infección o una hipoglucemia².

La detección temprana puede realizarse en el consultorio con herramientas simples y de bajo costo, sin necesidad de tecnología ni de derivación a un centro especializado: el cuestionario SARC-F, la velocidad de la marcha en 4 metros y la fuerza de prensión manual permiten identificar a los pacientes en riesgo, reservando la bioimpedancia o la densitometría para la confirmación diagnóstica³. Su reconocimiento oportuno resulta clave, dado que ambos síndromes se asocian a mayor riesgo de caídas, hipoglucemias graves, hospitalización, discapacidad y mortalidad, de forma independiente del grado de control glucémico. Se recomienda repetir el tamizaje anualmente y luego de toda internación o descompensación aguda.

El enfoque terapéutico debe individualizarse según el grado de fragilidad. En el paciente frágil se recomienda flexibilizar las metas de HbA1c, priorizar fármacos de bajo riesgo de hipoglucemia y evitar la sobremedicalización, considerando la desintensificación terapéutica cuando el riesgo supere el beneficio⁴. El ejercicio de resistencia constituye la intervención no farmacológica de mayor evidencia disponible, y debe combinarse con un aporte proteico adecuado (1,0–1,5 g/kg/día) y la corrección del déficit de vitamina D.

Incorporar el tamizaje de sarcopenia y fragilidad en la consulta diabetológica de rutina -mediante preguntas breves y mediciones funcionales sencillas- permite anticipar el deterioro funcional y adaptar el tratamiento a tiempo, mejorando la calidad de vida y reduciendo complicaciones evitables en esta población vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lisco G, Disotero OE, De Tullio A, De Geronimo V, Giagulli VA, Monzani F, et al. Sarcopenia and diabetes: a detrimental liaison of advancing age. *Nutrients*. 2024;16(1):63. doi:10.3390/nu16010063.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 13. Older adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S277–S292. doi:10.2337/dc26-S013.
3. Sanz-Cánovas J, López-Sampalo A, Cobos-Palacios L, Ricci M, Hernández-Negrín H, Mancebo-Sevilla JJ, et al. Management of type 2 diabetes mellitus in elderly patients with frailty and/or sarcopenia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8677. doi:10.3390/ijerph19148677.
4. Sinclair AJ, Abdelhafiz AH. Metabolic impact of frailty changes diabetes trajectory. *Metabolites*. 2023;13(2):295. doi:10.3390/metabo13020295.

Esquema de tratamiento en el adulto mayor

Marcela Martínez

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el adulto mayor y representa un desafío terapéutico creciente debido a la heterogeneidad de esta población. La presencia de comorbilidades, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, fragilidad, sarcopenia o deterioro cognitivo hace que la elección del tratamiento deba contemplar mucho más que el grado de hiperglucemia.

En esta presentación se revisarán los aspectos que orientan el tratamiento farmacológico, integrando la evidencia científica actual con las diferentes situaciones clínicas que se presentan en la práctica diaria. Se discutirán las características de los distintos fármacos disponibles, analizando beneficios y limitaciones y su uso de acuerdo al perfil de cada paciente.

Se abordarán situaciones frecuentes en la consulta, como la coexistencia de enfermedad cardiovascular o renal, la obesidad, la fragilidad y la sarcopenia, así como la necesidad de simplificar los esquemas terapéuticos, jerarquizando la reducción del riesgo de hipoglucemia y considerando la funcionalidad y la calidad de vida como componentes centrales en la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1).
- Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2022;45(11):2753–2786. doi:10.2337/dci22-0034.
- Sinclair AJ, Abdelhafiz AH, Rodríguez-Mañás L. Diabetes and frailty: an expert consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(12):869–880. doi:10.1016/S2213-8587(21)00278-4.

Salón Atlántico A

SIMPOSIO: La salud metabólica a través del curso de vida

Coordinadora: Magdalena Rey

¿A qué nos referimos cuando hablamos de curso de vida? Definición y epidemiología

Silvia Lapertosa

El pacto tiene como objetivo reducir el riesgo de diabetes mellitus (DM) y garantizar que todas las personas diagnosticadas con DM tengan acceso a un tratamiento y una atención equitativos, integrales, asequibles y de calidad. El trabajo realizado por el Pacto también apoya la prevención de la DM2 abordando la obesidad, la dieta poco saludable y el sedentarismo.

El Pacto trabaja para alcanzar cinco metas mundiales de cobertura de la DM para 2030: 1) el 80% de las personas con DM está diagnosticada; 2) el 80% de las personas con DM diagnosticada tiene un buen control de la glucemia; 3) el 80% de las personas con DM diagnosticada tiene un buen control de la presión arterial; 4) el 60% de las personas con DM de 40 años o más recibe estatinas; 5) el 100% de las personas con DM1 tiene acceso a insulina asequible y al autocontrol de la glucosa en sangre.

Estos objetivos constituyen una parte fundamental del trabajo solicitado por los Estados Miembros mediante la resolución WHA74.4, adoptada en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud en 2021. Esta nueva mirada en el enfoque de la atención en el curso de vida es un giro del modelo tradicional de atención al modelo actual integrando las distintas etapas de la vida como un continuo metabólico.

La meta mundial en materia de ENT es detener el aumento de la DM y de la obesidad, y ningún país de la región de las Américas está en vías de lograr dicha meta. La prevalencia de la DM y la obesidad están aumentando en todos los países. En un estudio en la Argentina en 2022 de más de un millón de embarazadas, la media de índice de masa corporal estaba por encima de 25 kg/m² y señalaba una prevalencia de 24,4% y 14,7% de sobrepeso y obesidad respectivamente, lo cual impactará negativamente en la prevalencia de DM gestacional (DMG).

Esto se verá incrementado por el aumento de la prevalencia de la obesidad en la población infantil y adolescente que se incrementó en un 44,6% desde el 2000 al 2022.

En 2023, la Argentina registró una razón de mortalidad materna de 3,2 por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representa un aumento en comparación con años anteriores. Las principales causas de muerte materna incluyeron enfermedades del corazón, tumores y enfermedad cerebrovascular. Para abordar estas problemáticas debemos cambiar el paradigma de atención fragmentada por una mirada integradora de las distintas etapas de la vida como un continuo metabólico.

El enfoque del curso de vida se entiende como la forma en que las experiencias y condiciones a lo largo de la vida afectan la salud en el futuro. Estas influencias pueden ser buenas o malas, y van moldeando cómo vivimos y nos desarrollamos en sociedad.

Este curso de vida inicia antes del embarazo teniendo una predisposición genética e impactando factores de riesgo para DM como la edad materna, la obesidad y los hábitos no saludables. Durante el embarazo, el diagnóstico de hiperglucemia entre el segundo y el tercer trimestre, con un posparto donde persisten la resistencia insulínica, la inflamación subclínica crónica, la dislipidemia, la disfunción endotelial y el daño vascular, puede progresar a DM2, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular, marcando este camino que se inició en el útero materno. Es responsabilidad de todos cambiar la trayectoria de riesgo con medidas costo-efectivas.

El modelo tradicional es un modelo clásico de riesgo que focaliza la atención de manera estrictamente transversal en la adultez, midiendo factores puntuales como el peso, el hábito tabáquico y el plan alimentario. Conceptualiza a la DM2 como una eclosión fisiopatológica desconectada de la biografía previa.

Esto se engloba en el origen del Desarrollo (DoHaD), en la hipótesis de Baker, cuando refiere que el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y la sobreexposición nutricional (DMG) obligan al feto a realizar adaptaciones adaptativas compensatorias. Estas adaptaciones reducen permanentemente la masa β celular pancreática y programan una resistencia periférica a la insulina que persistirá de por vida.

Curso de vida y epigenética: cómo el ambiente moldea el riesgo metabólico. Impacto epigenético

Susana Salzberg

Un creciente volumen de evidencia demuestra que las exposiciones ambientales pueden dejar huellas epigenéticas y desencadenar alteraciones tanto globales como específicas. La epigenética es la rama de la genética que estudia los mecanismos reguladores capaces de modificar la expresión génica sin alterar la secuencia de ADN, cuyos procesos principales son la metilación del ADN, las modificaciones postraduccionales de las histonas y la acción del ARN no codificante.

Cada vez se reconoce con mayor fuerza que estos procesos constituyen una ventana crítica para la salud futura, abarcando desde el inicio de la gestación y todo el desarrollo embrionario y fetal, con repercusiones determinantes que pueden extenderse hasta la vida adulta.

En esta regulación genética intervienen tanto factores externos (como metales pesados, hidrocarburos aromáticos policíclicos, contaminantes del aire y pesticidas) como factores internos, como la dieta, la obesidad parental y las patologías del embarazo, entre los más destacados.

Más allá de los efectos adversos maternos, las marcas epigenéticas pueden repercutir directamente en la salud de la descendencia, llegando a involucrar hasta tres generaciones. Comprender cómo los factores ambientales y el estado nutricional alteran el perfil epigenético durante el embarazo y el desarrollo embrionario es clave para prever consecuencias a largo plazo, como alteraciones metabólicas y una mayor susceptibilidad a enfermedades crónicas no transmisibles. Profundizar en estos mecanismos resulta fundamental para la prevención y la gestión clínica en la medicina reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Carbonneau M, et al. Association of adverse pregnancy outcomes with future cardiovascular risk in women. *J Am Heart Assoc.* 2024;13:e032743.
- King SE, Skinner MK. Epigenetic transgenerational inheritance of obesity susceptibility. *Trends Endocrinol Metab.* 2020;31(7):478-494.

Los primeros 1.000 días y más allá. Impacto en el binomio madre e hijo

Celeste Muntaner

El concepto de origen de la salud y enfermedad en el desarrollo ha permitido evidenciar la asociación entre las patologías de la adultez y los eventos ocurridos durante la etapa prenatal y los 2 años de vida, lo que denominamos primeros 1.000 días. El desarrollo de un individuo está determinado no solo por la herencia genética, sino también por la interacción de sus genes con el medio ambiente.

Condiciones durante el embarazo -como la obesidad materna, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), DM gestacional (DMG), preeclampsia (PE), restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), bajo peso al nacer (BPN) y parto prematuro (PP)- producen modificaciones en la programación fetal temprana, predisponiéndolo a una mayor susceptibilidad de desarrollar patologías crónicas.

La obesidad materna altera la calidad ovocitaria, modifica la metilación del ADN y afecta el desarrollo placentario, aumentando el riesgo de obesidad, DM2 y enfermedad cardiovascular en la descendencia. La obesidad paterna también impacta negativamente.

Las patologías obstétricas producen cambios en la madre que persisten más allá del nacimiento. Los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian con un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, arritmias y ACV. En mujeres menores de 40 años, este riesgo es más elevado dentro de la primera década posterior a un embarazo complicado por PE y persiste incluso más de 20 años después.

Aquellas con DMG presentan un riesgo relativo de desarrollar DM2 10 veces mayor que quienes no la presentaron, siendo el riesgo de DM2 del 20% a los 10 años y del 29% a los 20 años. Presentan el doble de riesgo cardiovascular que sus pares, especialmente en los primeros 10 años, aún sin desarrollar DM2.

Los recién nacidos con BPN presentan menor número de nefronas, mayor riesgo de hipertensión arterial, obesidad, DM2 y enfermedad renal crónica, mientras que aquellos de PP presentan además riesgo de enfermedad coronaria y ACV.

Los primeros 1.000 días son una ventana de oportunidad para disminuir la carga de enfermedades no transmisibles. La programación de los embarazos es esencial. Las estrategias preconcepcionales son costo-efectivas, pero la implementación depende de múltiples factores.

La historia perinatal es relevante a lo largo de toda la vida por lo que deberíamos incorporar a nuestra anamnesis el peso y la edad gestacional al nacer para dar a estas poblaciones de alto riesgo el seguimiento requerido. Es fundamental el abordaje interdisciplinario en el puerperio para que esas pacientes jóvenes de alto riesgo cardiometabólico reciban la asistencia adecuada en el cuarto trimestre.

BIBLIOGRAFÍA

- Comas-Armangué G, et al. The legacy of parental obesity: mechanisms of non-genetic transmission and reversibility. *Biomedicine*. 2022;10(10):2461. doi:10.3390/biomedicine10102461.
- Yang C, et al. Long-term impacts of preeclampsia on the cardiovascular system of mother and offspring. *Hypertension*. 2023;80(9):1821-1833. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21062.
- Sixtus RP, et al. Impact of prematurity on lifelong cardiovascular health: structural and functional considerations. *npj Cardiovasc Health*. 2024;1:2. doi:10.1038/s44325-024-00002-0.
- Vounzoulaki E, et al. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1361. doi:10.1136/bmj.m1361.

Envejecimiento saludable: la mirada del curso de vida en el adulto mayor. Impacto en el adulto mayor

Cristina Faingold

El enfoque de curso de vida es un marco conceptual utilizado en salud pública, epidemiología y ciencias sociales que analiza cómo los factores biológicos, conductuales, sociales, económicos y ambientales interactúan a lo largo del tiempo para influir en la salud y la enfermedad de las personas. Parte de la premisa de que la salud no es un fenómeno estático ni resultado de eventos aislados, sino la consecuencia de una trayectoria acumulativa de exposiciones y experiencias que comienzan incluso antes del nacimiento y continúan durante toda la vida.

Las exposiciones favorables o desfavorables pueden acumularse y modificar el riesgo de enfermedad o bienestar en etapas posteriores. En patologías como diabetes mellitus (DM), obesidad o enfermedad cardiovascular, este enfoque permite comprender cómo factores tempranos (nutrición fetal, crecimiento infantil, hábitos familiares, contexto socioeconómico) pueden condicionar el riesgo metabólico y clínico en la adultez.

La DM es una enfermedad crónica muy frecuente en adultos mayores, que afecta a más del 25% de las personas mayores de 65 años¹. La mayoría de los adultos mayores con DM también presenta otras enfermedades crónicas², además, pueden padecer síndromes geriátricos y afecciones multifactoriales, como incontinencia urinaria y deterioro cognitivo³. Asimismo, pueden depender del apoyo de familiares o amigos que les faciliten las actividades de autocuidado relacionadas con la DM. Por lo tanto, los adultos mayores con DM requieren un enfoque de atención diferente al de los adultos más jóvenes.

La atención debe individualizarse según el estado funcional, las enfermedades crónicas coexistentes y la esperanza de vida del adulto mayor, y la planificación de la atención centrada en el paciente debe basarse en una evaluación geriátrica integral. La importancia de los factores de riesgo cardiometabólico, como la obesidad, la hipertensión, el tabaquismo y el sedentarismo, que se desarrollan en la mediana edad, sugiere que se implementen enfoques preventivos mucho antes de que estos pacientes desarrollen, por ejemplo, demencia.

Además de la genética, el entorno familiar afectivo y educativo, así como el entorno general, interactúan enormemente desde los primeros días de vida. Otros factores, como el nivel socioeconómico, la educación y la escolarización en zonas urbanas o rurales, también influyen significativamente en la adquisición diferencial de conocimientos sobre salud. Esto determina la adherencia (o la falta de ella) a los estilos de vida saludables, la prevención de conductas de riesgo y el consumo de sustancias, así como el cumplimiento de las normas de higiene y la adherencia a las vacunas y tratamientos. Todos estos factores son sumamente trascendentes para llegar de la mejor manera posible a la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. 12. Older adults: Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care* 2021; 44(Suppl. 1)
2. Gruneir A, Markle-Reid M, Fisher K, Reimer H, Ma X, Ploeg J. Comorbidity burden and health services use in community-living older adults with diabetes mellitus: A retrospective cohort study. *Can J Diabetes* 2016; 40:35e42.
3. Leung E, Wongrakpanich S, Munshi MN. Diabetes management in the elderly. *Diabetes Spectr* 2018;31:245e53.

Salón Dauphin

SIMPOSIO: Determinantes clínicos y tisulares en la progresión de la prediabetes

Coordinador: Isaac Sinay

Progresión a diabetes, remisión a normalidad y epidemiología

Guillermo Marcucci

La prediabetes es una condición altamente prevalente y heterogénea. Su caracterización fenotípica es crucial, ya que los perfiles metabólicos determinan tanto el riesgo individual de progresión a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como el potencial de remisión hacia la tolerancia normal a la glucosa (TNG). Las variaciones en la prevalencia y las trayectorias metabólicas dependen, además, de los criterios diagnósticos utilizados también de determinantes socioeconómicos y de la distribución geográfica.

Los objetivos fueron analizar los factores epidemiológicos, fenotípicos y fisiopatológicos que influyen en las trayectorias metabólicas de la prediabetes, evaluando el riesgo de progresión a DM2 y la probabilidad de regresión a la normoglicemia.

Los materiales y métodos incluyeron: revisión y análisis de datos epidemiológicos globales y multiétnicos, incluyendo el comportamiento de subgrupos por sexo y edad, junto con el análisis de 103 estudios de cohortes prospectivos a nivel mundial en individuos con hiperglucemia intermedia (HI). Se evaluaron variables como la glucemia en ayunas alterada (GAA), la intolerancia a la glucosa (ITG), la HbA1c y la glucemia plasmática de 1 hora (GP-1h), correlacionándolas con pruebas de referencia como el clamp hiperinsulinémico-euglicémico.

Con respecto a los resultados, los datos de EE. UU. sugieren que en entornos obesogénicos los factores ambientales locales prevalecen sobre la predisposición genética, sin diferencias significativas en la prevalencia de prediabetes entre etnias (asiática: 37,3%; negra: 39,2%; hispana: 35,4%; blanca: 38,7%). No obstante, la tasa de progresión de ITG a DM2 mostró variabilidad geográfica, siendo mayor en indios asiáticos (18,3% anual) frente a poblaciones chinas (11,3% anual), estadounidenses (11 por 100 personas-año) y finlandesas (6,0% anual). Por sexo, los niveles elevados de glucosa a las 2 horas en hombres y la glucemia basal alterada en mujeres se asociaron con mayor progresión.

El análisis de 103 cohortes evidenció que la combinación de GAA/ITG y HbA1c elevada incrementa la incidencia acumulada de DM2, aunque sin un aumento lineal definido en el tiempo; de igual forma, las tasas de regresión a normoglicemia fluctuaron sin una tendencia lineal decreciente. Fisiopatológicamente, los progresores a DM2 manifestaron disfunción de las células β antes de alcanzar rangos prediabéticos, empeorando al elevarse la glucemia. Mediante la técnica de clamp, se constató que la transición de normoglicemia a prediabetes se asocia con una menor sensibilidad basal a la insulina y una caída más pronunciada de esta a lo largo de los años.

Finalmente, los individuos con GAA y GP-1h alta presentaron un riesgo significativamente mayor de desarrollar DM2 (11,4% versus 1,8% en aquellos con GP-1h baja). En pacientes con ITG, una GP-1h elevada incrementó el riesgo de progresión al 14%, mientras que en aquellos con GP-1h baja el riesgo de conversión fue prácticamente nulo.

En conclusión, la compleja interacción genética, dietética y socioambiental dificulta una categorización fenotípica universal de la prediabetes. Es imperativo implementar programas de intervención accesibles que consideren determinantes culturales y socioeconómicos. Se sugieren estrategias terapéuticas personalizadas basadas en el perfil de riesgo individual y el fenotipo metabólico, reservando el seguimiento estrecho para los pacientes de bajo riesgo, con el objetivo definitivo de alcanzar la remisión a TNG y prevenir complicaciones micro y macrovasculares.

Complicaciones vasculares en prediabetes tipo 2

Corina Debiaggi

La prediabetes (glucemia en ayunas alterada [GAA] entre 100 y 125 mg/dL, tolerancia a la glucosa alterada [TGA] entre 140 y 199 mg/dL o HbA1c entre 5,7 y 6,4%) constituye un estado patológico que puede producir daño vascular precoz, tanto macro como microvascular, y no una simple fase de transición a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)^{1,2}. Su creciente prevalencia mundial supone una significativa carga cardiometabólica^{4,5}.

La resistencia a la insulina y la hiperglucemia crónica desencadenan estrés oxidativo por especies reactivas de oxígeno, inflamación sistémica de bajo grado (elevación de TNF- α e IL-6) y acumulación de productos finales de glicación avanzada (AGEs)^{1,3}. Estos procesos causan disfunción endotelial, reducción de la vía PI3K/Akt y disminución de la biodisponibilidad de óxido nítrico, lo cual se refleja en una menor vasodilatación mediada por flujo (FMD)^{1,3}.

A nivel microvascular, la hiperglucemia favorece el engrosamiento de la membrana basal capilar y altera la reactividad vascular, derivando en neurodegeneración retinal subclínica y microalbuminuria^{1,2}. En tanto que a nivel macrovascular, acelera la aterogénesis y la rigidez arterial, incrementando el grosor íntima-media carotídeo (CIMT) y la velocidad de la onda de pulso (PWV)^{1,3}.

Metaanálisis y estudios prospectivos demuestran que la prediabetes eleva de forma independiente el riesgo de enfermedad cardiovascular, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y mortalidad general^{2,5}. La GAA y la TGA, especialmente combinadas, son predictores independientes de eventos adversos^{1,3,5}. Por lo expuesto, se justifica un abordaje preventivo, intensivo y multifactorial centrado en cambios en el estilo de vida y de ser necesario utilizando fármacos, para lograr un control metabólico integral que prevenga la aparición de complicaciones crónicas^{1,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*. 2026;49(Suppl 1):S1-S370. doi:10.2337/dc26-S001.
2. Schlesinger S, Neuenschwander M, Barbaresco J, et al. Prediabetes and risk of mortality and cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol*. 2022;37(11):1109-1126. doi:10.1007/s10654-022-00920-w.

- Cai X, Zhang Y, Li M, et al. Association between prediabetes and risk of all cause mortality and cardiovascular disease: database study and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m2297. doi:10.1136/bmj.m2297.
- Joseph JJ, Deedwania P, Acharya T, Aguilar D, Bhatt DL, Chyun DA, et al. Comprehensive management of cardiovascular risk factors for adults with type 2 diabetes: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2022;145(9). doi:10.1161/CIR.0000000000001040.
- Zou Y, Lu S, Li D, et al. Exposure of cumulative atherogenic index of plasma and the development of prediabetes in middle-aged and elderly individuals: evidence from the CHARLS cohort study. *Cardiovasc Diabetol*. 2024;23:355. doi:10.1186/s12933-024-02449-y.

Sarcopenia

Oriana Franceschinis

El músculo esquelético es el órgano endocrino y metabólico responsable de aproximadamente el 80% de la captación de glucosa posprandial mediado por insulina¹. En consecuencia, la pérdida de masa y función muscular (sarcopenia), potenciada por la obesidad central, actúa como un determinante patogénico temprano y bidireccional en la transición de prediabetes a diabetes mellitus tipo 2 (DM2). La disfunción del tejido adiposo visceral promueve la acumulación ectópica de lípidos intramusculares (miosteatos) y la consecuente acumulación de diacilglicerol y ceramidas. Estos mediadores lipotóxicos bloquean la cascada de señalización intracelular del receptor de insulina (IRS-1/PI3K/Akt), impidiendo la translocación de los transportadores GLUT4 a la membrana celular. Este fenómeno promueve una profunda inflexibilidad metabólica, deteriorando la capacidad mitocondrial para alternar eficientemente entre la oxidación de glucosa y ácidos grasos¹.

Simultáneamente, la hiperglucemia subclínica ejerce un efecto glucotóxico directo sobre el tejido muscular. Recientemente, se ha descrito un punto de inflexión crítico de HbA1c en 5,2% en individuos no diabéticos; a partir de este umbral, se desencadena una pérdida acelerada de masa muscular apendicular mediante la activación de vías proteolíticas como el sistema ubiquitina-proteasoma (vía WWP1/KLF15)².

El diagnóstico clínico de la obesidad sarcopénica en el consultorio requiere un enfoque secuencial sistemático basado en el consenso internacional ESPEN/EASO, priorizando la evaluación de la fuerza muscular (dinamometría de prensión manual) seguido de la confirmación de la composición corporal (masa magra apendicular normalizada por peso mediante DXA o BIA)^{3,4}.

Finalmente, en la era actual de terapias incretínicas (análogos de GLP-1 y coagonistas GIP/GLP-1), el manejo clínico de la obesidad enfrenta un desafío crucial: evitar la pérdida de masa magra, la cual puede representar entre el 25% y más del 40% del peso total perdido. Para garantizar una "pérdida de peso de alta calidad", preservar el gasto energético de reposo y restaurar la sensibilidad insulínica resulta imprescindible prescribir entrenamiento de fuerza muscular progresivo y asegurar un aporte proteico optimizado de 1,2 a 1,6 g/kg/día.

BIBLIOGRAFÍA

- Mengeste AM, Rustan AC, Lund J. Skeletal muscle energy metabolism in obesity. *Obesity* (Silver Spring). 2021;29(8):1227-1237.
- Li S, Mao J, Zhou W. Prediabetes is associated with loss of appendicular skeletal muscle mass and sarcopenia. *Front Nutr*. 2023;10:1109824.
- Donini LM, Bussetto L, Bischoff SC, et al. Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. *Obes Facts*. 2022;15(3):321-335.
- Habboub B, Speer R, Gosch M, Singler K. The diagnosis and treatment of sarcopenia and sarcopenic obesity. *Dtsch Arztebl Int*. 2025;122(1-2):1-10.

MASLD y grasa ectópica

Belén Redolfi

La prediabetes representa una etapa temprana del continuo cardiometabólico, en la que la resistencia a la insulina y la disfunción del tejido adiposo juegan un papel clave. La interacción entre factores genéticos y ambientales favorece la expansión patológica del tejido adiposo, que inicia con la hipertrofia adipocitaria, hipoxia y estrés del retículo endoplasmático, desencadenando la activación de vías inflamatorias. Como consecuencia, aumenta la liberación de adipocinas y citocinas proinflamatorias que promueven el reclutamiento de macrófagos y perpetúan un estado de inflamación crónica de bajo grado y resistencia a la insulina.

La resistencia a la insulina del tejido adiposo incrementa la lipólisis y el flujo de ácidos grasos libres hacia órganos no especializados en el almacenamiento lipídico, como hígado, músculo esquelético, páncreas, corazón y lecho vascular. La acumulación de grasa ectópica en estos tejidos constituye un mecanismo central de lipotoxicidad, deterioro metabólico, disfunción de múltiples órganos, progresión hacia diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular.

En este escenario, el hígado actúa como sensor metabólico del tejido adiposo disfuncional y como principal objetivo de este estado lipotóxico, lo que explica la estrecha asociación entre la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD), la prediabetes y la resistencia a la insulina. El aumento del aporte hepático de ácidos grasos libres favorece la esteatosis y la hipersecreción de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), originando la dislipidemia aterogénica característica de los estados de resistencia a la insulina, con hipertrigliceridemia, descenso del colesterol HDL y predominio de partículas LDL pequeñas y densas, alteraciones estrechamente relacionadas con el incremento del riesgo cardiovascular.

El tratamiento ha evolucionado desde una estrategia centrada exclusivamente en la pérdida de peso hacia un enfoque integral orientado a mejorar la función del tejido adiposo, reducir la grasa ectópica y revertir la disfunción metabólica. Las modificaciones intensivas del estilo de vida continúan siendo la piedra angular del tratamiento; sin embargo, la pioglitazona, los agonistas del receptor de GLP-1 y los agonistas duales GLP-1/GIP han demostrado beneficios sobre la sensibilidad a la insulina, la reducción de grasa hepática y el perfil cardiometabólico.

Comprender el papel del tejido adiposo disfuncional permite integrar la obesidad, la prediabetes, el MASLD y la enfermedad cardiovascular dentro de un mismo continuo fisiopatológico, donde la grasa ectópica emerge como un objetivo terapéutico relevante para modificar la evolución de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- Cusi K. The role of insulin resistance and lipotoxicity in nonalcoholic fatty liver disease. *Curr Diab Rep.* 2010;10(4):306-315.
- Cusi K. Nonalcoholic fatty liver disease in type 2 diabetes mellitus. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2009;16(2):141-149.
- Cusi K. Role of obesity and lipotoxicity in the development of nonalcoholic steatohepatitis: pathophysiology and clinical implications. *Gastroenterology.* 2012;142(4):711-725.e6.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1).

Salón Teatro

SIMPOSIO: Enfoque de la obesidad en la familia

Coordinadora: María Eugenia Andrés

Obesidad en la niñez: detección precoz y abordaje

Nuria Grimberg

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y recurrente, asociada a factores genéticos, fisiológicos, socioeconómicos y ambientales que constituye un problema de salud pública en forma global¹. En la Argentina, según datos de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, el 13,6% de los menores de 5 años y el 41,1% de los niños y adolescentes entre los 5 a 17 años padecen exceso de peso².

La obesidad en pediatría se asocia a un mayor riesgo de obesidad en la adultez, y expone a niños y adolescentes al riesgo de sufrir consecuencias adversas graves para la salud, tanto a corto como a largo plazo, incluyendo enfermedad cardiovascular y diabetes¹.

El índice de masa corporal (IMC) se correlaciona bien con el grado de adiposidad y, epidemiológicamente, con el riesgo de morbilidad. A pesar de sus limitaciones, el IMC sigue siendo la herramienta recomendada para el *screening* y el diagnóstico del sobrepeso y la obesidad. Se complementa con otras medidas antropométricas, como el perímetro de cintura. Se deben considerar también antecedentes personales y familiares, datos del examen físico y estudios complementarios^{1,2}.

La evaluación de los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad debe ser integral, incluyendo historia clínica, examen físico, aspectos psicológicos, trastornos alimentarios y determinantes sociales de la salud. Se debe evaluar la presencia de comorbilidades. La solicitud de estudios complementarios se realizará según edad, clínica y antecedentes¹.

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad sin comorbilidades debe estar a cargo del pediatra en el primer nivel de atención. Quienes no presenten buena respuesta al tratamiento inicial o asocien comorbilidades deben ser derivados a un pediatra especialista en nutrición junto con un equipo multidisciplinario².

El tratamiento debe ser integral; se recomiendan intervenciones conductuales y psicológicas multicomponente (nutrición, actividad física, psicología), incluso utilizar un enfoque centrado en el paciente y la familia, reconociendo la obesidad como enfermedad crónica y evitando el estigma. El médico especialista deberá considerar la farmacoterapia para la pérdida de peso como complemento de las intervenciones sobre cambios de estilo de vida, evaluando indicaciones, riesgos y beneficios^{1,3}.

Se requiere más información sobre los objetivos de pérdida de peso y los riesgos y beneficios a largo plazo de las intervenciones⁴. Abordar la prevención primaria de la obesidad infantil constituye una prioridad fundamental de salud pública³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640.
2. De Grandis S, Piazza N, Ferraro M, Alberti MJ, Casavalle P, Romano L, et al. Guías de práctica clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Actualización 2024. *Arch Argent Pediatr.* 2024;e202410478. doi:10.5546/aap.2024.e202410478.
3. Ball G, Merdad R, Birken C, et al. Managing obesity in children: a clinical practice guideline. *CMAJ.* 2025;197:E372-E389. doi:10.1503/cmaj.241456.
4. O'Connor EA, Evans CV, Henninger ML, et al. Interventions for weight management in children and adolescents: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2024;332(3):233-248. doi:10.1001/jama.2024.6739.

Adolescencia: desafíos clínicos y psicosociales

Verónica Vaccarezza

La obesidad en la adolescencia constituye uno de los principales desafíos de salud pública debido a su creciente prevalencia, su compleja fisiopatología y el impacto que ejerce sobre la salud física, mental y social. Actualmente se reconoce como una enfermedad crónica, multifactorial y recidivante, resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, ambientales, psicológicos y socioculturales. En esta etapa del desarrollo, caracterizada por profundos cambios físicos, emocionales y cognitivos, el exceso de adiposidad adquiere implicancias que trascienden el riesgo cardiometabólico.

Los adolescentes con obesidad presentan una elevada carga de comorbilidades clínicas, entre ellas, resistencia a la insulina, prediabetes y diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica, apnea obstructiva del sueño y alteraciones ortopédicas. Sin embargo, las consecuencias psicosociales suelen ser igualmente relevantes. La estigmatización relacionada con el peso, el *bullying*, la discriminación y la internalización del

estigma afectan la autoestima, favorecen el aislamiento social y aumentan el riesgo de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y deterioro de la calidad de vida. Estas experiencias pueden dificultar la adherencia a los tratamientos y perpetuar el círculo de la enfermedad.

El abordaje clínico requiere una evaluación integral que contemple tanto las complicaciones metabólicas como la salud mental, el contexto familiar, los determinantes sociales y los hábitos de vida.

Las intervenciones centradas exclusivamente en el peso han demostrado ser insuficientes; en cambio, los modelos interdisciplinarios que integran pediatría, endocrinología, nutrición, psicología, actividad física y trabajo con las familias ofrecen mejores resultados. Asimismo, el lenguaje respetuoso y libre de estigma constituye una herramienta terapéutica esencial para fortalecer la alianza con el adolescente y promover cambios sostenibles.

En los últimos años, la comprensión de la obesidad como enfermedad crónica ha impulsado un cambio de paradigma terapéutico. Además de las intervenciones intensivas sobre el estilo de vida y el acompañamiento psicosocial, hoy se dispone de tratamientos farmacológicos con evidencia de eficacia y seguridad en adolescentes seleccionados, así como de la cirugía metabólica en casos cuidadosamente evaluados. Estas estrategias no reemplazan el abordaje interdisciplinario, sino que lo complementan, y ofrecen un tratamiento personalizado según la gravedad de la enfermedad, la presencia de comorbilidades y las necesidades de cada adolescente, con el objetivo de mejorar tanto los desenlaces metabólicos como la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi:10.1542/peds.2022-060640.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Obesity and weight management for the prevention and treatment of type 2 diabetes. In: *Standards of Care in Diabetes—2025*. *Diabetes Care*. 2025;48(Suppl 1). (Si la vas a citar específicamente, conviene agregar las páginas del capítulo).
- Nadeau KJ, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Type 2 diabetes mellitus and obesity in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 2024. (Conviene completar volumen, suplemento y páginas si la referencia será definitiva).
- Kelly AS, Barlow SE, Rao G, et al. Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches. *Circulation*. 2013;128(15):1689-1712. doi:10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3.

Obesidad en la etapa menopáusica

Paola Polo

La transición hacia la menopausia y el período posmenopáusico constituyen etapas vitales caracterizadas por cambios fisiológicos profundos que incrementan significativamente los riesgos para la salud, mediatizados en gran medida por el desarrollo de obesidad y alteraciones en la composición corporal. El abordaje clínico en esta población exige una estrategia multidisciplinaria que combine intervenciones en el estilo de vida, farmacoterapia avanzada y, en casos seleccionados, procedimientos quirúrgicos.

Estrategias farmacológicas para la obesidad

El arsenal terapéutico actual incluye potentes agentes farmacológicos. Se destacan los agonistas del receptor de GLP-1 (semaglutida, liraglutida) y los agonistas duales de GLP-1 y GIP (tirzepatida), que promueven la saciedad, reducen el apetito y ralentizan el vaciamiento gástrico. Adicionalmente, se consideran opciones orales como la combinación de naltrexona-bupropión y el inhibidor de lipasas, orlistat. Es crucial monitorizar la tolerancia gastrointestinal, especialmente dada la interacción potencial de estos fármacos con la absorción de otros medicamentos.

Terapia de reemplazo hormonal y sinergia terapéutica

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) está indicada específicamente para el alivio de síntomas climatéricos (síntomas vasomotores, atrofia vulvovaginal y dispareunia) y no debe prescribirse basándose en niveles séricos de hormonas, cuya monitorización no se recomienda en la práctica clínica habitual.

Para pacientes en tratamiento concomitante por obesidad, la estrógeno-terapia transdérmica es la formulación sistémica preferida. Esta vía evita el metabolismo de primer paso hepático y, fundamentalmente, su eficacia no se ve comprometida por el retraso en el vaciamiento gástrico inducido por los agonistas de GLP-1. En caso de persistencia o exacerbación de síntomas menopáusicos bajo tratamiento con GLP-1, se recomienda la derivación a especialistas para la optimización del régimen hormonal.

El manejo exitoso de la paciente perimenopáusica con obesidad requiere una comprensión profunda de las interacciones entre los cambios hormonales y metabólicos. La integración de terapias farmacológicas modernas para la pérdida de peso junto con una TRH optimizada y, cuando sea necesario, cirugía bariátrica, permite no solo el control ponderal, sino también una mejora sustancial en la calidad de vida y la mitigación de los riesgos cardiometabólicos a largo plazo.

Obesidad en el adulto mayor: ¿cuándo tratar con fármacos?

Romina Clemente

La prevalencia de la obesidad en adultos mayores (≥ 60 años) ha alcanzado niveles críticos del 42%, representando un desafío para la salud pública por su asociación con discapacidad, mortalidad y fragilidad. Con el envejecimiento, la composición corporal cambia, aumentando la adiposidad visceral y disminuyendo la masa muscular, lo que da lugar a un fenotipo con mayor riesgo cardiometabólico conocido como obesidad sarcopénica. El manejo clínico debe trascender la edad cronológica, priorizando el estado funcional y la salud biológica del paciente.

La evaluación debe ser integral, analizando comorbilidades, fragilidad mediante escalas validadas (Fried, Edmonton) y evaluación antropométrica. Es fundamental diagnosticar la obesidad sarcopénica mediante la medición de la fuerza muscular (prensión manual o prueba de levantarse de la silla) y la cuantificación de la masa magra (DXA o BIA).

Las indicaciones de tratamiento son las mismas que la población general, pero teniendo en cuenta algunas precauciones. Según los estándares de la ADA, el tratamiento farmacológico se indica con un IMC ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² ante complicaciones como prediabetes, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión, enfermedad cardiovascular establecida, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, esteatohepatitis, apnea del sueño u osteoartritis.

A pesar de que los adultos mayores suelen estar subrepresentados en los ensayos clínicos, la evidencia de los estudios pivotaes sobre la eficacia de los fármacos en el descenso de peso es contundente:

- Orlistat (XENDOS). Pérdida del 3-5%; requiere vigilar la hidratación y suplementar vitaminas liposolubles para proteger la salud ósea y muscular.

- Naltrexona/bupropión (COR). Pérdida del 5%; útil en hambre emocional, pero requiere cautela por el riesgo de efectos neuropsiquiátricos como agitación e insomnio.

- Liraglutida (SCALE/LEADER). Pérdida del 8% y reducción del 34% en MACE en individuos ≥ 75 años.

- Semaglutida (STEP/SELECT). Pérdida del 16% y una reducción del 20% en MACE.

- Tirzepatida (SURMOUNT/SUMMIT). Pérdida del 21% y una reducción del 38% en eventos de insuficiencia cardíaca.

Las precauciones incluyen: evaluar interacciones por polifarmacia, titulación gradual, hidratación óptima y un aporte proteico de 1,2 a 1,5 g/kg/día junto con ejercicios de fuerza individualizados para preservar la masa muscular y la autonomía.

La edad avanzada no es una contraindicación para la farmacoterapia. Los beneficios cardiometabólicos son evidentes siempre que se realice una evaluación continua de efectos adversos. No obstante, se requieren estudios a largo plazo dirigidos específicamente a la población de adultos mayores. El objetivo del tratamiento no es solo perder peso, sino mejorar la funcionalidad y la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Sundaresh S, Saliba S, Ziyadeh F, Mauer Y, Valencia WM. Managing obesity in older adults. *Cleve Clin J Med*. 2025;92(11):686-692. doi:10.3949/ccjm.92a.24094.
- Pharmacologic treatment of obesity in adults: Standards of care in overweight and obesity. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2025;13(2):e005729. doi:10.1136/bmjdr-2025-005729.
- Pendrey A, Sevilla-Martir J. Antiobesity medications for older adults—the new, the good, the bad, and the unknown. *Obesity (Silver Spring)*. 2025;33(Suppl 1):57-73. doi:10.1002/oby.70029.

14:30 a 15:00 h

Salón Columnas del Boulevard

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Diabetes en el adulto mayor: heterogeneidad y personalización

Coordinador: Félix Puchulu

Desintensificación del tratamiento del adulto mayor desde un enfoque interdisciplinario

Cristina Faingold

Todos sabemos que existe evidencia sólida sobre el inicio, la intensificación o la modificación de los tratamientos. Sin embargo, faltan recomendaciones para reducir la intensidad del mismo, especialmente en diabetes mellitus (DM).

Una reducción exitosa de la intensidad del tratamiento disminuye la polifarmacia y el riesgo de efectos adversos. La suspensión de hipoglucemiantes, estatinas, antihipertensivos y agentes reductores del ácido úrico puede ser factible en pacientes seleccionados, pero es importante realizar un seguimiento periódico. Saber cuándo es el momento de reducir la intensidad del tratamiento podría prevenir posibles efectos adversos de la terapia a largo plazo¹.

Lamentablemente, no existe un enfoque estandarizado para la desintensificación, pero una estrategia sugerida es suspender gradualmente los medicamentos, comenzando con sulfonilureas y pasando a metformina e inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (DPP-4i) en pacientes frágiles^{2,3}. La indicación principal para la desintensificación debe ser el riesgo de hipoglucemia, en vez de adherir a los objetivos glucémicos convencionales³. Antes de iniciar cualquier tratamiento, es recomendable calcular la esperanza de vida para orientar eficazmente las decisiones clínicas. En los casos en que la esperanza de vida es corta, el tratamiento intensivo puede no ser beneficioso².

El estudio 4S ofrece ciertas estrategias para reducir la carga de medicamentos en adultos mayores⁴. Este documento generado por la Sociedad Internacional de Diabetes Geriátrica, en mayo de 2023, analizó la optimización de los regímenes de tratamiento de la DM en adultos mayores: el papel de la reducción, la desintensificación y la simplificación de los tratamientos. Para ello, diseñaron la vía 4S, una serie de cuatro algoritmos prácticos que permite a los profesionales sanitarios garantizar la relación óptima entre beneficio terapéutico y riesgo para cada persona mayor. Esta vía consiste en: 1) búsqueda de desencadenantes; 2) toma de decisiones compartida; 3) establecimiento y reajuste de objetivos; 4) medicamentos más sencillos y seguros. Tiene como objetivo ayudar a los profesionales de la salud a identificar cambios en el estado clínico y funcional de los adultos mayores (cognitivo, agilidad física), estilo de vida, factores sociales, apoyos disponibles y preferencias personales, y determinar a través de la toma de decisiones compartida con el paciente y con otros profesionales, un enfoque para establecer las modificaciones de tratamiento que se deberían realizar.

Cabe señalar que esta guía no está destinada a personas mayores con DM que controlan bien su enfermedad, sino a aquellas que experimentan dificultades con su enfoque actual de control glucémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Gerstein, H. C., Miller, ME, Byington, RP, Goff, DC, Jr, Bigger, JT, et al. (2008). Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *The New England journal of medicine*, 358(24), 2545–2559.
2. Sanz-Canovas J, López-Sampalo A, Cobos-Palacios L, Ricci M, Hernández-Negrín H, Mancebo-Sevilla JJ, et al. Management of type 2 diabetes mellitus in elderly patients with frailty and/or sarcopenia. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19 (14):8677.
3. Lipska KJ, Krumholz H, Soones T, Lee SJ. Polypharmacy in the aging patient: A review of glycemic control in older adults with type 2 diabetes. *JAMA* 2016;315 (10):1034–45
4. Munshi M, Kahkoska AR, Neumiller JJ, Alexopoulos AS, Allen NA, Cukierman-Yaffe T, et al. Realizing diabetes regimens in older adults: a 4S Pathway to guide simplification and deprescribing strategies. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2025 May ; 13(5): 427–437.

Heterogenidad de la diabetes en el adulto mayor

Guillermo Umpierrez (Estados Unidos)

La diabetes mellitus (DM) en el adulto mayor constituye un síndrome clínico altamente heterogéneo. Personas de la misma edad cronológica pueden diferir en la duración y el tipo de DM, reserva fisiológica, comorbilidades, complicaciones vasculares, función renal, capacidad funcional, cognición, fragilidad, el apoyo social y la expectativa de vida. Por ello, la edad no debe determinar por sí sola las metas glucémicas ni la intensidad terapéutica. Las recomendaciones actuales proponen una evaluación periódica de los dominios médico, funcional, cognitivo, psicológico y social, incorporando las preferencias y prioridades del paciente^{1,2}.

Desde una perspectiva práctica, los adultos mayores pueden clasificarse como saludables, con salud compleja o intermedia, y con salud muy compleja. En personas independientes, con cognición intacta y pocas comorbilidades, puede considerarse una HbA1c de 7,0-7,5%. En quienes presentan múltiples enfermedades, deterioro funcional o cognitivo leve, una meta <8,0% es indicada. En pacientes con enfermedad avanzada, dependencia funcional o deterioro cognitivo moderado o grave, debe priorizarse la prevención de hipoglucemia e hiperglucemia sintomática, sin depender de una meta específica de HbA1c¹.

La hipoglucemia es el principal límite del control intensivo. Su riesgo aumenta con insulina, sulfonilureas, enfermedad renal crónica, ingesta irregular, deterioro cognitivo y polifarmacia. La HbA1c también puede ser errónea en presencia de anemia, transfusiones o enfermedad renal avanzada; en estas situaciones, la monitorización capilar o continua proporciona información más útil. La simplificación o desintensificación es apropiada cuando la carga o el riesgo supera el beneficio esperado.

La edad avanzada tampoco debe excluir tratamientos con protección cardiovascular y renal.

En adultos mayores con DM2, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal crónica deben considerarse inhibidores de SGLT2 o agonistas del receptor de GLP-1^{3,4}. Los inhibidores de SGLT2 reducen hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y progresión renal, pero requieren vigilancia de volumen, hipotensión, infecciones genitales y enfermedades intercurrentes. Los agonistas de GLP-1 reducen los eventos cardiovasculares y la albuminuria, aunque deben utilizarse con cautela en caso de fragilidad, sarcopenia, bajo peso o gastroparesia. La nutrición y el ejercicio deben preservar la masa muscular, la movilidad y la función, evitando restricciones excesivas en personas con fragilidad, sarcopenia o malnutrición establecida.

En definitiva, el tratamiento debe integrar riesgo cardiorrenal, función, nutrición, tolerabilidad, costo, capacidad de autocuidado y objetivos personales, con reevaluación después de hospitalizaciones o cambios clínicos, cognitivos o sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1):S277–S294.
2. LeRoith D, Biessels GJ, Braithwaite SS, et al. Treatment of diabetes in older adults: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104:1520–1574.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care.* 2026;49(Suppl 1).
4. Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J.* 2023;44:4043–4140.

Salón Teatro

CÁPSULA DE ACTUALIZACIÓN: Obesidad del abordaje clínico a la medicina de precisión

Coordinador: Luis de Loredó

Obesidad monogénica: lo que todo médico debe saber

María Eugenia Andrés

Las obesidades monogénicas y sindrómicas de alta penetrancia resultan de variantes genéticas raras con mínima influencia ambiental. Estas condiciones pueden diferenciarse de la obesidad poligénica según síntomas clave, como la hiperfagia (hambre abrumadora), la obesidad grave de inicio temprano (antes de los 5 años de edad) y las respuestas subóptimas a terapias no dirigidas. Por ello, el diagnóstico oportuno es fundamental para orientar las estrategias de manejo y reducir la carga de la enfermedad.

Comprender en profundidad la fisiopatología subyacente y los mecanismos moleculares que delimitan estas patologías permite facilitar sustancialmente tanto el diagnóstico como el abordaje terapéutico. En los últimos años, los avances realizados en el análisis genético han hecho posible desarrollar tratamientos farmacológicos innovadores para diversas

formas de obesidad genética. Ahora es viable identificar pacientes específicos que pueden beneficiarse de terapias dirigidas según sus mecanismos genéticos únicos, mediante la comprensión de las vías moleculares implicadas en el desarrollo de la enfermedad.

Como se ha demostrado recientemente, dos fármacos -metreleptina (agonista LPR) y setmelanotide (agonistas MC4R- se han identificado como intervenciones potencialmente eficaces en el tratamiento de ciertas formas raras de obesidad monogénica causadas por variantes con pérdida de función en genes implicados en la vía leptina-melanocortina. La evidencia respalda la eficacia y seguridad de estas moléculas de precisión en grupos etarios aún más jóvenes (desde los 2 años de edad). Asimismo, se han expandido las indicaciones regulatorias internacionales, abarcando no solo deficiencias en la vía leptina-melanocortina (POMC, LEPR, PCSK1) y ciliopatías (síndrome de Bardet-Biedl), sino también formas complejas de obesidad hipotalámica adquirida.

Estos medicamentos de precisión han demostrado una sólida eficacia clínica para intervenir directamente en las vías de señalización del hipotálamo, logrando reducir con éxito el índice de masa corporal (IMC). Por lo tanto, ante la presencia de un cuadro de obesidad en la primera infancia, se vuelve prioritario implementar pruebas genéticas dirigidas. El diagnóstico oportuno de estas variantes resulta indispensable en la práctica clínica para mitigar eficazmente la hiperfagia extrema y el aumento del IMC.

El reconocimiento de estas características distintivas faculta al personal médico para abandonar aquellas intervenciones ineficaces y adoptar tratamientos individualizados que mejoran de forma drástica la calidad de vida a largo plazo. Bajo esta premisa, es fundamental continuar la investigación traslacional sobre las enfermedades monogénicas y sindrómicas de la vía MC4R, ya que aún quedan múltiples desafíos por resolver.

BIBLIOGRAFÍA

- Funcke JB, von Schnurbein J, Volckmar AL, et al. Monogenic and syndromic obesity: from differentiating molecular mechanisms to targeted precision treatments. *Nat Rev Endocrinol.* 2021;17(11):675-691.
- Clément K, van den Akker E, Argente J, et al. Efficacy and safety of setmelanotide, an MC4R agonist, in pro-opiomelanocortin or leptin receptor deficiency: two, phase 3, open-label, multicentre trials. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(12):960-971.
- Haws R, Brady S, Davis E, et al. Effect of setmelanotide for controlling weight and hunger in Bardet-Biedl syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(12):859-868.
- Kühnen P, Kleinau G, Biebermann H. Syndromic and monogenic obesity: new opportunities due to targeted pharmacological approaches. *Trends Mol Med.* 2024;30(2):142-155.

PRESENTACIONES ORALES

O1

LA MODULACIÓN COORDINADA DEL ESTRÉS OXIDATIVO Y DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO EXPLICA EL EFECTO CITOPROTECTOR DEL COMPUESTO A SOBRE LAS CÉLULAS β PANCREÁTICAS DURANTE LA GLUCOLIPOTOXICIDAD

Miranda Sol ORELLANO, Ingrid PENSADO EVANS, Andrea SCELZA FIGUERO, Marcelo Javier PERONE, Luz ANDREONE

LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIIMT-CONICET-UNIV. AUSTRAL), FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR. CONTACTO: MIRANDA.ORELLANO.SOL@GMAIL.COM

Introducción: La glucolipotoxicidad (GLT) asociada a la diabetes tipo 2 (DM2) induce estrés oxidativo y de retículo endoplásmico (ER), favoreciendo la pérdida progresiva de identidad y función de las células β pancreáticas. Se ha demostrado que el compuesto A (CpdA), un modulador disociado del receptor de glucocorticoides, mejora la tolerancia a la glucosa, incrementa la sensibilidad a la insulina y preserva la histofisiología de los islotes pancreáticos en un modelo murino de DM2.

Objetivos: Profundizar en los mecanismos moleculares mediante los cuales CpdA protege a la célula β frente a la GLT.

Materiales y métodos: CpdA: cloruro de 2-(4-acetoxifenil)-2-cloro-N-metil-etilamonio. Células INS-1E (insulinoma de rata) o islotes aislados de ratones C57BL/6N fueron expuestos a GLT (30 mM glucosa + 500 μ M palmitato) en presencia o ausencia de CpdA (10 μ M). Se evaluó actividad metabólica por MTT; apoptosis por citometría (AnexinaV/7-AAD) y tinción con AO/BrEt; expresión ARNm por RT-qPCR (Sybr Green/Rox); proteínas por WB; actividad transcripcional mediante luciferasa; producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) por citometría y secreción de insulina estimulada por glucosa (GSIS) por ELISA.

Resultados: CpdA protegió a las células β del estrés del ER atenuando la vía ATF4 y activando las ramas XBP1 y ATF6 de la respuesta a proteínas mal plegadas (UPR) ($p < 0,05$), incrementando la expresión de las chaperonas GRP94, PDI y BiP ($p < 0,05$). Asimismo, activó la vía antioxidante dependiente de Nrf2, aumentando su actividad transcripcional ($p < 0,05$) y la expresión de sus genes blanco: HO-1 ($p < 0,001$), NQO1 ($p < 0,01$), SOD2 y Txnrd1 ($p < 0,05$), con la consecuente reducción de ROS ($p < 0,01$). Por consiguiente, preservó la actividad metabólica ($p < 0,001$) y disminuyó la apoptosis inducida por GLT ($p < 0,01$) reduciendo la expresión de CHOP, caspasa-3 ($p < 0,05$) y la relación Bax/Bcl2 ($p < 0,01$). Además, preservó la identidad β aumentando la expresión del mRNA de MafA ($p < 0,01$) y UCN3 ($p < 0,05$) y disminuyendo el de Ngn3 ($p < 0,01$) y LDHa ($p < 0,05$). Finalmente, CpdA atenuó la reducción del GSIS inducida por GLT ($p < 0,05$).

Conclusiones: CpdA protege a las células β frente a GLT mediante la modulación coordinada del estrés oxidativo y de ER. Al favorecer una UPR adaptativa y potenciar las defensas antioxidantes, preserva la identidad, la supervivencia y la función celular β . Estos hallazgos respaldan su potencial como estrategia terapéutica para preservar la masa funcional de células β en la DM2.

O2

EL ESQUEMA DE AYUNO INTERMITENTE 3:2 MEJORA LA HOMEOSTASIS GLUCÉMICA MEDIANTE ADAPTACIONES ESTRUCTURALES, MOLECULARES Y FUNCIONALES EN ISLOTES PANCREÁTICOS MURINOS

Andrea SCELZA¹, Carolina SÉTULA¹, Ingrid PENSADO¹, Miranda ORELLANO¹, Sofía VILLALBA², Verónica VISAGNO², Luz ANDREONE¹, Marcelo PERONE¹

¹ LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIIMT-CONICET-UNIV. AUSTRAL) Y FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR, ² LABORATORIO DE NEUROFARMACOLOGÍA Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIIMT-CONICET-UNIV. AUSTRAL), PILAR. CONTACTO: GIUSELCELZA@GMAIL.COM

Introducción: El ayuno intermitente sin restricción calórica (IF) es una estrategia nutricional beneficiosa para la salud metabólica, aunque la mayoría de los protocolos reportados utiliza esquemas de difícil implementación clínica. El impacto del IF sobre la fisiología de la célula β no ha sido estudiado en detalle.

Objetivos: Evaluar los efectos de un esquema de IF 3:2 sobre el metabolismo, la conducta y las adaptaciones estructurales, moleculares y funcionales de los islotes pancreáticos en un modelo murino.

Materiales y métodos: Ratones C57BL/6N machos de 8 semanas de edad, alimentados *ad libitum* (AL) o IF (esquema 3:2: 24 h de ayuno lunes, miércoles y viernes, y AL el resto de los días durante 14 semanas). Grupo de referencia metabólicamente sano: machos jóvenes (8 sem/edad). Se evaluó: peso corporal, homeostasis glucémica (ipGTT e ipITT) y test conductuales (Open Field y Marble Burying). Además, morfología e inmunohistoquímica de islotes pancreáticos y, en islotes aislados, microscopía electrónica (TEM), expresión de ARNm (RT-qPCR) y secreción de insulina estimulada por glucosa (GSIS) por ELISA.

Resultados: IF mejoró la tolerancia a la glucosa ($p < 0,001$ vs. AL), la sensibilidad a la insulina ($p < 0,05$ vs. AL) y redujo la ganancia de peso ($p < 0,0001$ vs. AL), sin modificar la ingesta calórica acumulada. También, mejoró la tolerancia a la glucosa en ratones con resistencia aguda y severa a la insulina inducida por S961, antagonista específico del receptor de insulina ($p < 0,01$ vs. AL). Los test conductuales sugirieron un comportamiento exploratorio más activo en ratones IF ($p < 0,001$ vs. AL). El IF preservó el tamaño de los islotes y la inmunorreactividad para insulina, semejantes a los de ratones jóvenes ($p < 0,01$ y $p < 0,05$ vs. AL). La TEM mostró que IF conservó la ultraestructura de las células β , preservando los gránulos maduros de insulina y la integridad mitocondrial (tamaño, forma, densidad electrónica y crestas). Islotes aislados de ratones IF mostraron un perfil molecular compatible con un fenotipo β preservado: menor expresión de ARNm de IL-1 β e iNOS, conservación de Pdx-1 y FOXO1, y mayor GSIS que los grupos AL y 8 sem/edad ($p < 0,05$).

Conclusiones: El esquema IF 3:2, con potencial de traslación clínica, preservó la homeostasis glucémica y atenuó el deterioro estructural, molecular y funcional de las células β asociado a la edad, manteniendo un fenotipo comparable al de los animales jóvenes. Los cambios conductuales observados sugieren beneficios sistémicos adicionales.

O3

PERFIL DIFERENCIAL DE GALECTINAS CIRCULANTES Y EXPRESIÓN DE CITOCINAS EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Matilde IMHOFF¹, Magdalena DIAB¹, Ariana DÍAZ¹, Bettina BONGIOVANNI¹, Georgina GALLUCCI¹, Estefanía MASSA¹, Rocío del Valle FERNÁNDEZ¹, Marisa DERIO¹, Diego BÉRTOLA², Natacha MALDONADO², María Luisa BAY¹, Oscar BOTTASSO¹, Luciano D'ATTILIO¹

¹ INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER-CONICET) - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO (FCM-UNR), ² HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO ROSARIO. CONTACTO: MATILDEIB@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible y actualmente uno de los principales problemas en salud pública. Se asocia con inflamación crónica de bajo grado y alteraciones immuno-endocrino-metabólicas. Las galectinas, familia de proteínas solubles, participan en la regulación de la respuesta inmune y han sido implicadas en la fisiopatología de la DM2; sin embargo, estudios clínicos han mostrado resultados contradictorios respecto de su expresión y relevancia biológica.

Objetivos: Evaluar los niveles plasmáticos de galectina-1 (Gal-1), galectina-3 (Gal-3) y de mediadores immuno-endocrino-metabólicos, así como la expresión de transcritos de Gals y citocinas pro y antiinflamatorias en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) y sus potenciales interrelaciones.

Materiales y métodos: Se incluyeron 19 pacientes con DM2 clasificados según criterios de la ADA y 19 voluntarios sanos (HCo) apareados por edad y sexo. Los niveles plasmáticos de Gal-1 y Gal-3 se determinaron por ELISA. Los transcritos de Gal-1 y Gal-3 y de aquellos relacionados con su mecanismo de acción (glicosiltransferasas C2GnT1, GnT5, ST6GAL1), así como los de citocinas (IL-1 β , IL-6 e IL-10), se cuantificaron en las PBMC mediante RT-qPCR.

Resultados: Los pacientes con DM2 presentaron niveles plasmáticos significativamente mayores de Gal-1 y menores de Gal-3 en comparación con HCo ($p < 0,05$ y $p < 0,001$, respectivamente), así como un aumento de la relación Gal-1/Gal-3 ($p < 0,001$). Asimismo, en PBMC, el grupo DM2 mostró menor expresión de IL-1 β e IL-10 respecto de HCo ($p < 0,05$). Además, en DM2 los niveles de galectinas circulantes se correlacionaron positivamente entre sí ($r = 0,64$; $p < 0,05$). Por otra parte, Gal-3 plasmática se correlacionó negativamente con la expresión de IL-6 en PBMC ($r = -0,61$; $p = 0,05$) en el grupo DM2. No se observaron asociaciones entre las galectinas y los parámetros metabólicos evaluados en pacientes con DM2.

Conclusiones: A partir de este estudio preliminar podemos concluir que los pacientes con DM2 presentan un perfil diferencial de galectinas circulantes junto con alteraciones en la expresión de citocinas en PBMC. Estos hallazgos sugieren una posible participación de las galectinas en la modulación de la respuesta inflamatoria en DM2.

O4

EL TRATAMIENTO CON HEMINA INDUCE MECANISMOS HEPÁTICOS DE DEPURACIÓN DE ENDOTOXINAS EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE MASH INDUCIDO POR UNA DIETA RICA EN SACAROSA

Morena WISZNIEWSKI, Nicolás M. PRESAISEN, Gregorio FARIÑA, Cora B. CYMERYNG, Esteban Martín REPETTO

CONICET – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES. CENTRO DE ESTUDIOS FARMACOLÓGICOS Y BOTÁNICOS (CEFYO). LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGÍA MOLECULAR (LEM). BUENOS AIRES. CONTACTO: EREPETTO@FMED.UBA.AR

Introducción: La esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH) se caracteriza, entre otros efectos, por la alteración del eje intestino-hígado. Previamente, nuestro grupo desarrolló un modelo experimental de MASH inducido por el consumo crónico de una dieta rica en sacarosa en ratas, en el cual se observó disbiosis, endotoxemia (LPS) y la presencia de ADN bacteriano en hígado. El tratamiento con hemina, un inductor de la hemo oxigenasa-1 (HO-1), atenuó la progresión de la enfermedad y redujo los niveles circulantes de LPS sin modificar las alteraciones intestinales inducidas por la dieta.

Objetivos: Estudiar el efecto de la hemina sobre los mecanismos hepáticos involucrados en la depuración de endotoxinas.

Materiales y métodos: Ratas Wistar macho fueron alimentadas con dieta estándar (C, n=6) o una dieta rica en sacarosa por 12 semanas (sacarosa 30% en el agua de bebida, DRS, n=8). Un subgrupo DRS recibió hemina (15 mg/kg, i.p., cada

48 h) durante las últimas 2 semanas (DRS+H, n=8). Tras el sacrificio, se recolectaron muestras de sangre y los hígados. Se evaluó por qPCR la expresión hepática de componentes del inflammasoma (TLR4, NLRP3, ASC y caspasa-1), receptores de lipoproteínas implicados en la captación de complejos LPS-lipoproteínas (R-LDL, SR-BI y R-VLDL), MARCO (marcador de capacidad fagocítica), LBP (proteína ligadora de LPS) y AOA (enzima inactivadora del LPS).

Resultados: El tratamiento con hemina redujo los niveles circulantes de endotoxinas ($p<0.01$ DRS+H vs. DRS) sin modificar el contenido de ADN bacteriano a nivel hepático. No se observaron cambios en la expresión de TLR4, NLRP3, ASC ni caspasa-1. En cambio, los animales DRS+H presentaron mayor expresión de LBP ($p<0.001$ vs. C y DRS), AOA ($p<0.01$ vs. C y DRS) y MARCO ($p<0.001$ vs. C y DRS). No se detectaron diferencias en la expresión de R-LDL, mientras que SR-BI ($p<0.001$ vs. C) y R-VLDL ($p<0.05$ vs. C) fueron menores en ambos grupos DRS respecto del control.

Conclusiones: El tratamiento con hemina disminuye la endotoxemia en este modelo de MASH. Este efecto se asociaría con un aumento en la expresión de moléculas involucradas en el reconocimiento, la fagocitosis y la inactivación del LPS, lo que sugiere que la mejora en la depuración hepática de endotoxinas constituye un mecanismo potencial mediante el cual la hemina ejerce sus efectos hepatoprotectores.

O5

EVIDENCIAS DE HORMESIS CRUZADA EN CÉLULAS β : EL PRECONDICIONAMIENTO CON IL-1 β CONFIERE PROTECCIÓN FRENTE AL ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO

Ingrid PENSADO-EVANS, Carolina SÉTULA, Andrea SCENZA FIGUEREDO, Miranda ORELLANO, Luz ANDREONE, Marcelo PERONE

LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIV. AUSTRAL) Y FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR. CONTACTO: IPENSADO-IIMT@AUSTRAL.EDU.AR

Introducción: La pérdida progresiva de la masa funcional de células β pancreáticas es un evento central en la fisiopatología de la diabetes (DM). La inflamación y la glucolipotoxicidad (GLT) inducen estrés del retículo endoplásmico (ER), estrés oxidativo, activación de vías apoptóticas y disfunción celular β . Demostramos previamente que concentraciones muy bajas (rango fisiológico: 4-16pg/ml) de IL-1 β inducen una respuesta adaptativa protectora frente al daño por citoquinas inflamatorias. Denominamos hormesis cruzada al fenómeno por el cual un estímulo subletal induce respuestas adaptativas al estrés que aumentan la resistencia celular posterior frente a agentes tóxicos de distinta naturaleza.

Objetivos: Evaluar si IL-1 β^{low} induce respuestas adaptativas al estrés capaces de proteger a las células β frente a desafíos posteriores de naturaleza distinta, preservando su supervivencia y función.

Materiales y métodos: Insulinoma de rata INS-1E. Precondicionamiento con IL-1 β 10 pg/mL/72 h (IL-1 β^{low}) y posterior desafío con: GLT (30mM glucosa y 500 μ M palmitato, 24 h), tunicamicina (Tn; 4 μ g/mL, 24 h), taspargina (Tg; 100 nM, 24 h), hipoxia (1% O₂, 24 h) o estreptozotocina (STZ; 100 μ M/24 h). Se cuantificó la muerte celular por tinción con naranja de acridina y bromuro de etidio (AO/EB); la expresión génica por RT-qPCR y la secreción de insulina estimulada por glucosa (GSIS; 2 y 20 mM) por ELISA.

Resultados: IL-1 β^{low} protegió selectivamente a las células INS-1E reduciendo entre un 40 y un 50% la muerte celular inducida por Tn ($p<0.01$), Tg ($p<0.05$) y GLT ($p<0.01$). IL-1 β^{low} atenuó el aumento del ARNm de CHOP ($p<0.05$) y de la relación *Bax/Bcl-2* ($p<0.05$) inducido por estos estresores. En células desafiadas con GLT, IL-1 β^{low} incrementó la expresión de BiP y recuperó parcialmente el GSIS ($p<0.05$). En contraste, IL-1 β^{low} no mostró adaptación al estrés para los estresores hipoxia y STZ.

Conclusiones: Demostramos que IL-1 β^{low} favorece una respuesta adaptativa al estrés de ER, reduce la activación de vías apoptóticas y preserva la función de células β expuestas a Tn, Tg y GLT. Estos hallazgos revelan la primera evidencia de hormesis cruzada inducida por IL-1 β , cuyo efecto protector no se limita al daño inflamatorio, sino que se extiende a otros estresores asociados al ER. La identificación de los mecanismos involucrados en esta respuesta podría conducir al diseño de estrategias moleculares orientadas a aumentar la resiliencia de las células β en condiciones asociadas al desarrollo de DM.

O6

ALTERACIONES DEL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE EN HÍGADO Y CORAZÓN EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO INDUCIDO POR UNA DIETA RICA EN SACAROSA

Camila FILIPPA, Valentina DEGRAVE, María Eugenia D'ALESSANDRO, María Eugenia OLIVA

LABORATORIO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN, FBCB-UNL, CONICET, SANTA FE. CONTACTO: OLIVAEUGENIA@HOTMAIL.COM

Introducción: El síndrome metabólico (SM) constituye un importante problema de salud pública debido a su asociación con diabetes tipo 2 (DM2), enfermedad cardiovascular y enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica. La activación del sistema endocannabinoide (SEC) ha sido implicada en la fisiopatología del SM; sin embargo, la participación de componentes no clásicos del endocannabinoide en órganos metabólicamente relevantes permanece poco caracterizada.

Objetivos: Caracterizar las alteraciones del sistema endocannabinoide y del endocannabinoide en hígado y corazón de ratas con SM inducido por una dieta rica en sacarosa (DRS).

Materiales y métodos: Ratas Wistar macho fueron alimentadas durante 3 semanas con una dieta de referencia (DR) o una DRS. Se determinaron los niveles séricos de anandamida (AEA) y 2-araquidonoilglicerol (2-AG) mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS). La masa proteica de los receptores cannabinoides CB1 y CB2 se evaluó por Western blot, mientras que la expresión génica de los receptores no clásicos TRPV1 y GPR55, y de las enzimas DAGL y MAGL, se determinó mediante RT-qPCR en hígado y corazón.

Resultados: Los animales alimentados con DRS presentaron un aumento significativo de los niveles séricos de AEA y 2-AG respecto del grupo DR. En ambos tejidos se observó una sobreexpresión de los receptores CB1 y CB2, acompañada por un incremento de DAGL, sin modificaciones en MAGL. Asimismo, la DRS indujo una disminución significativa de TRPV1 y un aumento de GPR55, tanto en hígado como en corazón. En conjunto, estos resultados evidencian una activación del SEC y una remodelación del endocannabinoidoma, caracterizada por una regulación diferencial de receptores clásicos y no clásicos y de enzimas involucradas en el metabolismo de los endocannabinoides.

Conclusiones: El SM inducido por una DRS promueve una activación coordinada de componentes clásicos y no clásicos del sistema endocannabinoide, caracterizada por el aumento de AEA, 2-AG, CB1, CB2 y GPR55, junto con la disminución de TRPV1. La caracterización de endocannabinoides, enzimas reguladoras y receptores cannabinoides en hígado y corazón aporta nueva evidencia sobre la participación del endocannabinoidoma en la fisiopatología del SM y sugiere que sus componentes podrían constituir potenciales blancos terapéuticos para prevenir o atenuar las alteraciones metabólicas, hepáticas y cardiovasculares asociadas a esta enfermedad.

07

TOTAX, UN EXTRACTO VEGETAL DE CANNABIS RICO EN CBD Y TERPENOS, MODULA LA LIPOGÉNESIS Y LA β -OXIDACIÓN HEPÁTICA MEDIANTE LA REGULACIÓN DE SREBP-1C Y PPAR α EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO

Camila FILIPPA, María Eugenia D'ALESSANDRO, María Eugenia OLIVA

LABORATORIO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN, FBCB-UNL, CONICET, SANTA FE.

CONTACTO: OLIVAEUGENIA@HOTMAIL.COM

Introducción: El síndrome metabólico (SM) constituye un importante problema de salud pública debido a su asociación con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). La activación de la lipogénesis de *novo* y la disminución de la β -oxidación hepática desempeñan un papel central en la acumulación de lípidos en el hígado. TOTAX® es un extracto vegetal de cannabis rico en cannabidiol (CBD) y terpenos, cuyo impacto sobre las alteraciones metabólicas asociadas al SM aún no ha sido completamente caracterizado.

Objetivos: Evaluar los efectos de TOTAX® sobre parámetros metabólicos y vías regulatorias del metabolismo lipídico hepático en un modelo experimental de SM inducido por una dieta rica en sacarosa (DRS).

Materiales y métodos: Ratas macho Wistar fueron distribuidas en tres grupos (n=6): dieta de referencia (DR), DRS y DRS suplementada con TOTAX® (5 mg/kg/día, vía oral) durante 21 días. Se determinaron presión arterial, perfil bioquímico sérico, contenido hepático de triglicéridos (TG) y colesterol (COL), actividades de enzimas lipogénicas (ACC, FAS, G6PDH y enzima mállica), actividad de CPT-1 y expresión génica de SREBP-1c y PPAR α .

Resultados: La DRS indujo hipertensión, dislipidemia y acumulación hepática de TG y COL. Estas alteraciones se acompañaron de un aumento de ACC, FAS, G6PDH, enzima mállica y SREBP-1c, junto con una disminución de CPT-1 y PPAR α . La administración de TOTAX® normalizó la presión arterial, redujo los niveles séricos y hepáticos de triglicéridos y colesterol, y mejoró los marcadores séricos de daño hepático. Estos efectos se asociaron con una significativa reducción (p<0.05) de la actividad de las enzimas ACC y FAS, alcanzando valores similares al grupo DR. Asimismo, TOTAX® disminuyó significativamente (p<0.05) la actividad de G6PDH y de la enzima mállica, así como la expresión de SREBP-1c, aunque sin alcanzar valores de referencia. En paralelo, aumentó la actividad de CPT-1 y la expresión de PPAR α , alcanzando valores de referencia.

Conclusiones: TOTAX® mejoró la dislipidemia y la acumulación lipídica hepática, asociado a la modulación de SREBP-1c y PPAR α y de enzimas clave del metabolismo lipídico. Estos resultados aportan evidencia sobre el potencial de extractos vegetales de cannabis en trastornos cardiometabólicos y resaltan la importancia de la articulación entre la ciencia y la industria para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

08

EVOLUCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD POR DIABETES TIPO 2 EN LA ARGENTINA: TRANSICIÓN DESDE LA MORTALIDAD HACIA LA DISCAPACIDAD

Jorge ELGART¹, Camila Azucena GAUTO², Tamara RICARDO², Flavio FRANCINI¹, Jimena MARRO², Jorge ELGART¹

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA - FCM UNLP - CEAS CICPBA), ² INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR. JUAN H. JARA". CONTACTO: JELGART@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) constituye un problema creciente de salud pública en la Argentina. El estudio de la carga de enfermedad permite integrar en un único indicador la mortalidad prematura y la discapacidad atribuible a la enfermedad, aportando una visión más completa de su impacto poblacional.

Objetivos: Caracterizar la carga de enfermedad por DM2 y analizar su tendencia en la Argentina entre 2005 y 2018.

Materiales y métodos: Estudio de tendencias de la carga de enfermedad por DM2. Se utilizaron datos de defunciones por DM de fuentes oficiales, prevalencia de DM (según ENFR), frecuencia de complicaciones asociadas a DM (Base Qualiadiab) y pesos de discapacidad de fuentes internacionales. Para cada indicador (años de vida: ajustados por discapacidad [AVAD], perdidos por muerte prematura [AVP] y vividos con discapacidad [AVD]) se calcularon frecuencias absolutas y relativas por sexo y edad, y tasas ajustadas por edad según sexo. Las tendencias temporales se analizaron mediante regresiones Joinpoint.

Resultados: La carga de enfermedad por DM2 aumentó 76,7%, pasando de 329.831 AVAD en 2005 a 582.650 en 2018. El aumento fue mayor en los varones (92,9%) que en las mujeres (58,5%), hecho explicado principalmente por el aumento del componente de morbilidad (AVD), que creció 128,2% (145,7% en varones y 106,7% en mujeres). Se observó un cambio en la composición de la carga de enfermedad: hasta 2009 la mortalidad y morbilidad por DM2 tenían un peso similar, pero desde 2013 la morbilidad pasó a representar el principal componente en todos los grupos etarios. Los modelos Joinpoint para la tasa ajustada de AVAD identificaron un cambio de tendencia a partir de 2009, explicado por la morbilidad. Desde 2009, la tasa ajustada de AVD creció 5% anual en mujeres y 8% anual en varones, mientras que la mortalidad permaneció estable o descendió. Las complicaciones microvasculares explicaron la mayor parte del aumento en la morbilidad y la neuropatía periférica fue la principal contribuyente a los AVD en ambos sexos.

Conclusiones: La carga de enfermedad por DM2 aumentó significativamente entre 2005 y 2018, explicada por el crecimiento de la morbilidad, evidenciando una transición hacia una enfermedad con mayor supervivencia, pero mayor impacto funcional. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención y el manejo precoz de las complicaciones.

O9

ASOCIACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA Y LA DIABETES GESTACIONAL: DESAFIANDO PARADIGMAS EN UNA COHORTE DE EDUGEST

Jorge ELGART¹, Federico CEDOLA², Silvina Mariel LASTRA², Maida Noelia FRANCO², Jorge ELGART¹, Susana SALZBERG³, Silvia GORBAN DE LAPERTOSA³

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA - FCM UNLP - CEAS CICPBA), ² HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN MARTÍN DE LA PLATA, ³ FACULTAD DE MEDICINA - UNIV. NAC. DEL NORDESTE (UNNE). CONTACTO: JELGART@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes gestacional (DMG) representa un desafío metabólico mayor. Recientes metaanálisis han cuestionado la relevancia clínica de la elevación aislada de TSH en comparación con la reducción de la tiroxina libre (FT4).

Objetivos: Evaluar el impacto metabólico de los niveles de TSH y FT4 sobre parámetros clínicos, perinatales y el requerimiento de insulino terapia en una cohorte bajo seguimiento interdisciplinario estricto.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico de 156 gestantes con DMG integradas en una cohorte del Programa EDUGEST. Se analizaron variables antropométricas, metabólicas (perfil lipídico, glucemia, fructosamina, función tiroidea) y resultados perinatales. El análisis incluyó comparaciones bivariadas (puntos de corte TSH $\geq 2,5$ y $\geq 4,0$ uUI/ml) y un modelo de regresión logística multivariada para identificar predictores de insulino terapia, ajustado por índice de masa corporal (IMC) y variables tiroideas.

Resultados: La cohorte presentó una edad media de $30,1 \pm 6,4$ años y un IMC promedio de $29,8 \pm 6,6$ kg/m². La prevalencia de TSH $\geq 2,5$ uUI/ml fue del 39,6% y de TSH $\geq 4,0$ uUI/ml del 14,9%. La insulino terapia fue requerida por el 44,9% de las pacientes. Al evaluar el corte de TSH $\geq 2,5$ uUI/ml, se observó un aumento significativo del colesterol total ($222,5 \pm 59,4$ vs. $205,2 \pm 56,7$ mg/dl; $p=0.014$) y un descenso de FT4 ($0,7 \pm 0,2$ vs. $0,8 \pm 0,3$ ng/ml; $p=0.003$), sin diferencias en parámetros glucémicos u obstétricos. En el corte $\geq 4,0$ uUI/ml, se ratificó el descenso de FT4 ($0,6 \pm 0,2$ vs. $0,8 \pm 0,3$ ng/ml; $p=0.008$) y una tendencia a mayor fructosamina ($213,2$ vs. $202,5$ mg/dl; $p=0.058$). El modelo multivariado determinó que ni la TSH ni la FT4 son predictores independientes de insulino terapia, siendo el IMC el único predictor significativo (OR: 1,077; IC95%: 1,014-1,143; $p=0,015$).

Conclusiones: La elevación de TSH en DMG se asocia a un perfil lipídico más desfavorable y menor FT4, pero no modula de forma independiente el control glucémico ni los resultados perinatales. El IMC materno es el determinante principal del requerimiento de insulina, respaldando la conducta clínica de evitar el sobretratamiento del hipotiroidismo subclínico leve en esta población.

O10

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA INSULINOTERAPIA Y LOS DESENLACES PERINATALES EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL. ANÁLISIS DEL ESTUDIO EDUGEST

Susana SALZBERG, Jorge ELGART, Elizabet MÉNDEZ, Néida GIMÉNEZ, Laura OTIÑANO MERLO, Federico CÉDOLA, Mario Alberto BARRIOS, Ivana OLIVEROS, Ana María TETTA MIRABAL, Carolina FARIAS, Silvia GORBAN DE LAPERTOSA.

CONTACTO: SUSALZBERG@GMAIL.COM

Introducción: La obesidad incrementa la resistencia a la insulina y podría aumentar la necesidad de insulino terapia y el riesgo de complicaciones durante el embarazo en mujeres con diabetes gestacional (DMG). Sin embargo, la evidencia local sobre esta asociación es limitada.

Objetivos: Evaluar en gestantes con DMG la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y el requerimiento de insulinoterapia durante el embarazo, y su relación con los desenlaces maternos y perinatales.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico basado en los registros de mujeres con DMG reclutadas en el estudio EDUGEST. Se analizó la información del registro QUALIDIAB-GEST de las gestantes que completaron el embarazo y contaban con registro del IMC, clasificado en normopeso, sobrepeso y obesidad. Se relevaron características maternas, antecedentes obstétricos, tratamiento y desenlaces maternos y perinatales. Se realizó un análisis descriptivo mediante medias±desvío estándar (DE) o proporciones, utilizando pruebas paramétricas o no paramétricas según correspondiera. La asociación entre las categorías de IMC y el requerimiento de insulinoterapia, las complicaciones maternas y el parto por cesárea se evaluaron mediante modelos de regresión logística multivariada ajustados por edad, edad gestacional, hipertensión y antecedentes familiares de DM.

Resultados: Se incluyeron 1.257 gestantes con DMG con edad: 30,7±6,2 años, IMC: 31,2±6,6 kg/m² (17,3% normopeso, 28,8% sobrepeso y 53,9% obesidad). El uso de insulinoterapia aumentó según la categoría del IMC (24,0%, 32,6% y 47,1%; p<0,001), al igual que las complicaciones maternas (18,4%, 20,4% y 28,3%; p=0,002) y la necesidad de cesárea (54,2%, 59,2% y 63,9%; p=0,030). La frecuencia de DM2 a las 6 semanas posparto también aumentó según la categoría del IMC (0,5%, 3,3% y 5,5%; p<0,001). En el análisis multivariado, la obesidad se asoció independientemente con mayor requerimiento de insulinoterapia (OR=2,25; IC95%:1,56-3,24) y con complicaciones maternas (OR=1,53; 1,03-2,28), pero no con cesárea (OR=1,24; 0,89-1,72).

Conclusiones: En mujeres con DMG, la obesidad se asoció de manera independiente con un mayor requerimiento de insulinoterapia y un mayor riesgo de complicaciones maternas. Estos hallazgos respaldan la implementación del embarazo programado y las estrategias de ganancia de peso adecuadas durante el embarazo para optimizar los resultados maternos y perinatales.

O11

SCREENKIDS: PROGRAMA DE DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPOS ANTIISLOTE. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

María Paula Paz POVEDANO, María MACÍAS, Eugenia SEQUEIRA, Daniela RODRÍGUEZ, Andrea MARTINI, Micaela ARCOS, Cintia TARIFA, Patricia ALMENDRA, Analía GAITÁN, Mariana FARIAS

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA. CONTACTO: MPAULAPAZPOVEDANO@GMAIL.COM

Introducción: El riesgo de diabetes tipo 1 (DM1) es mayor en familiares de personas con esta condición, comparados con la población general. La detección de autoanticuerpos antiislole facilita la identificación de individuos en riesgo o con diagnóstico en estadios presintomáticos de DM1; esto proporciona una interesante “ventana de oportunidad” para la prevención e intervención temprana

Objetivos: Identificar familiares en riesgo de progresar a DM1 (un único anticuerpo) o en estadios iniciales presintomáticos de DM1 (dos o más anticuerpos).

Materiales y métodos: El programa se estructura en 4 pasos: 1) invitación a hermanos, explicación de beneficios y consentimiento; 2) muestra para cuatro autoanticuerpos y perfil glucémico; 3) programación de visitas con el equipo interdisciplinario (diabetología, psicología, nutrición, trabajo social y enfermería) según resultados; 4) plan de seguimiento y monitoreo metabólico y psicosocial de la familia. La educación diabetológica y el monitoreo metabólico de los individuos con positividad se realiza según flujograma de ISPAD y consensos nacionales.

Resultados: Entre enero de 2025 y junio de 2026, se realizó el *screening* a 79 hermanos, edad media de 9,6±4,69, femeninos 51,9%. La positividad para autoanticuerpos se observó en 11 casos (13,9%), 6 casos con un único anticuerpo (7,6%), 5 casos con dos anticuerpos (6,3%), todos en estadio 1 con normoglucemia. La distribución por tipo de anticuerpo fue: IA2A 1,2% (1 individuo), antiinsulina 10,1% (8 individuos), GAD 6,3% (5 individuos), Znt8 3,8% (3 individuos). La positividad por grupo etario fue: grupo de 1 a 5 años: 5,3%, de 6 a 10 años: 25%, de 11 a 16 años: 11,1%

Conclusiones: Identificar estadios tempranos es clave para mejorar la evolución de esta condición; se identificó un 6,3% de DM1 en estadios iniciales. El *screening* de anticuerpos permite identificar individuos asintomáticos, esto la convierte en una práctica necesaria para mejorar la gestión de la DM1, reducir el riesgo de cetoacidosis al inicio clínico, y optimizar el tiempo para la educación, el soporte y las oportunidades de tratamientos inmunomoduladores.

O12

PREVALENCIA DE DIABETES TIPO 2 EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS

Vanina PAGOTTO, Fabio PALACIOS PORTA, Jacqueline TACHETTI, Felicitas GIUNCHETTI, Lucía Gabriela PÉREZ

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES. CONTACTO: VANINA.PAGOTTO@HOSPITALITALIANO.ORG.AR

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) en la edad pediátrica es un problema emergente asociado al aumento de la obesidad y otros factores de riesgo cardiometabólicos. La información epidemiológica disponible en Latinoamérica y particularmente en la Argentina es escasa.

Objetivos: Estimar la prevalencia de DM2 y evaluar la evolución temporal de factores de riesgo metabólicos asociados en una población pediátrica de un hospital universitario de alta complejidad de la Argentina.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 0 a 17 años nacidos entre 2004 y 2024. Los casos de DM2 fueron identificados mediante registros clínicos, resultados de laboratorio y validación manual de historias clínicas. La prevalencia se expresó por 100.000 con IC95%. La tendencia temporal se evaluó mediante regresión de Poisson. En una cohorte de pacientes con insulinoresistencia, obesidad o alteraciones del metabolismo de la glucosa tratados farmacológicamente se analizaron las tendencias temporales del IMC, obesidad, glucemia, insulinemia, índice HOMA y perfil lipídico mediante modelos multivariados ajustados.

Resultados: La población pediátrica fue 389.958 pacientes y se identificaron 9 casos de DM2. La prevalencia 2,31 por 100.000 (IC95% 1,06-4,38), sin cambios significativos durante el período estudiado. Se identificaron 85 pacientes tratados con metformina y/o liraglutida. Se observó un incremento significativo del IMC y de la frecuencia de obesidad, mientras que la insulinemia y el índice HOMA mostraron una tendencia descendente. No se observaron cambios significativos en glucemia, colesterol LDL ni triglicéridos.

Conclusiones: La DM2 pediátrica presentó una prevalencia muy baja y estable. A pesar del incremento del IMC y de la obesidad en pacientes con mayor riesgo metabólico, se observó una disminución de los marcadores de resistencia a la insulina. Estos hallazgos podrían reflejar cambios en las estrategias terapéuticas y en la identificación más temprana de pacientes con alteraciones metabólicas, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y de vigilancia epidemiológica en la población pediátrica.

O13

DESEMPEÑO DIAGNÓSTICO DE UNA HERRAMIENTA ARGENTINA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA DETECTAR RETINOPATÍA DIABÉTICA REFERIBLE EN PROGRAMAS DE TAMIZAJE

José Ignacio ORLANDO¹, Lucas Gabriel TELESKO¹, Franco ARELLANO¹, Analía ORBE², Martina IPARRAGUIRRE², Alejandro DÍAZ³, Mercedes Alejandra LEGUÍA⁴, Ignacio LARRABIDE¹

¹ GRUPO YATIRIS, INSTITUTO PLADEMA, UNICEN / CONICET, ² CENTRO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES - HOSPITAL ZONAL DRA. JULIETA LANteri, ³ INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNICEN, ⁴ SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER.

CONTACTO: JIORLANDO@PLADEMA.FXA.UNICEN.EDU.AR

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es una complicación microvascular prevenible y una causa relevante de pérdida visual en personas con diabetes (DM). La retinografía y la teleoftalmología amplían el tamizaje en poblaciones con barreras de acceso, aunque al escalar la captura aumenta la carga de lectura profesional. La inteligencia artificial (IA) puede apoyar la priorización de estudios dentro de circuitos supervisados.

Objetivos: Evaluar la sensibilidad, especificidad y capacidad discriminativa de una herramienta de IA para detectar RD referible en estudios de retinografía obtenidos en práctica real, utilizando la gradación profesional como estándar de referencia.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de exactitud diagnóstica a nivel estudio. Se incluyeron 377 estudios con gradación profesional y salida de IA disponibles, correspondientes a 352 personas con DM evaluadas en tres centros de tamizaje. RD referible se definió como grado ICDR ≥ 2 . La prueba índice fue la probabilidad máxima de IA por estudio, con resultado positivo al umbral preespecificado $\geq 0,5$. Se calcularon métricas diagnósticas con IC95%, AUC ROC, análisis por calidad de imagen y auditoría de errores.

Resultados: La prevalencia de RD referible fue 23,9% (90/377). Al umbral preespecificado, la matriz de confusión mostró 89 verdaderos positivos, 28 falsos positivos, 259 verdaderos negativos y 1 falso negativo. La sensibilidad fue 98,9% (IC95% 94,0-99,8), la especificidad 90,2% (IC95% 86,3-93,2), el VPP 76,1% (IC95% 67,6-82,9), el VPN 99,6% (IC95% 97,9-99,9) y el AUC ROC 0,986 (IC95% 0,978-0,993). En calidad suficiente, la sensibilidad fue 100% y la especificidad 94,8%; con calidad insuficiente o recaptura fueron 98,3% y 84,8%.

Conclusiones: En una cohorte de la práctica real, la herramienta mostró alta sensibilidad, muy alto valor predictivo negativo y excelente capacidad discriminativa para detectar RD referible. El único falso negativo se asoció a imágenes de mala calidad, lo que refuerza la necesidad de controles de captura, auditoría continua y revisión profesional. En programas de DM, el tamizaje retinal asistido por IA puede contribuir a ampliar cobertura y priorizar derivaciones, siempre integrado a circuitos de confirmación diagnóstica, seguimiento diabetológico y tratamiento oportuno.

O14

EN PRODIABA DE VICENTE LÓPEZ, ¿SE LOGRA LA META GLUCÉMICA?

Carolina Sol VELAZCO, María Carina FRASSINETI, Cristian BELTRAMO, Jorge MIRANDA, Cristina GROSSO, Agustín LEÓN, Néstor VEGA, Delfina DE SERRANOS, Agustina MONTEIRO, Florencia PIZZATTI, José STELLATELLI, Victoria GONZÁLEZ PAOLAZZ MUNICIPALIDAD DE VICENTE LÓPEZ. CONTACTO: LIC.CAROVELAZCO@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) representa uno de los principales problemas de salud pública. Alcanzar las metas terapéuticas recomendadas reduce el riesgo de complicaciones crónicas; sin embargo, existe escasa información sobre el grado de control metabólico en personas atendidas en programas públicos de la Argentina.

Objetivos: Analizar el cumplimiento de las metas de control metabólico en personas con DM2 inscriptas en el Programa de Diabetes de la Provincia de Buenos Aires (PRODIABA) del Municipio de Vicente López; describir sus características clínicas y sociodemográficas, y explorar los factores asociados al logro de la meta glucémica.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se analizaron historias clínicas de personas con DM2 inscriptas en PRODIABA atendidas durante 2025 en los Centros de Atención Primaria y en el Hospital Municipal Prof. B. Houssay. De 739 historias clínicas, se incluyeron 534 tras aplicar los criterios de exclusión; 451 contaban con registro de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Se evaluó el cumplimiento de la meta de HbA1c <7% y su asociación con variables clínicas, terapéuticas y conductuales mediante prueba de χ^2 de Pearson y cálculo de odds ratio (OR).

Resultados: El 47% de los pacientes alcanzó la meta glucémica (HbA1c <7%), mientras que el 32% presentó HbA1c >9%. Los pacientes con más de 19 años de evolución de la enfermedad mostraron menor probabilidad de alcanzar la meta (OR=0,43; IC95%:0,19-0,96; p=0,04). La realización de actividad física (OR=1,51; IC95%:1,01-2,26; p=0,044) y haber realizado al menos una consulta nutricional (OR=1,56; IC95%: 1,07-2,27; p=0,026) se asociaron significativamente con un mejor control glucémico. Los pacientes tratados con insulina presentaron peor control metabólico. En cuanto al riesgo cardiovascular, solo el 25% alcanzó un colesterol LDL <70 mg/dL, pese a que el 65% recibía tratamiento con estatinas.

Conclusiones: En PRODIABA de Vicente López, menos de la mitad de las personas con DM2 logró la meta glucémica recomendada, respondiendo negativamente al interrogante que motivó este estudio. Asimismo, solo uno de cada cuatro pacientes alcanzó el objetivo de colesterol LDL. La actividad física y la consulta nutricional se asociaron significativamente con un mejor control glucémico, reforzando la importancia del abordaje interdisciplinario en la atención primaria. Estos hallazgos identifican oportunidades para optimizar el tratamiento y fortalecer las estrategias de prevención cardiovascular dentro del sistema público de salud.

O15

MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN PERSONAS CON DIABETES EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE CABA DURANTE NOVIEMBRE DE 2024-2025

Fernanda AVERNA, Nahir BAKIRDJIAN, Luciana Belén SCOLARO

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ABEL ZUBIZARRETA, CABA. CONTACTO: FAVERNA@GMAIL.COM

Introducción: La hipoglucemia constituye una de las complicaciones agudas más frecuentes y relevantes en personas con diabetes (DM) hospitalizadas, asociada a mayor morbilidad, prolongación de la estadía y aumento de costos en salud. Su prevención y manejo adecuado dependen tanto de la implementación de protocolos institucionales como del conocimiento y las prácticas del equipo de salud.

Objetivos: Caracterizar los episodios de hipoglucemia en personas con DM durante su internación y evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en su manejo, en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio mixto, observacional, prospectivo y longitudinal durante noviembre de 2024-2025. Se incluyeron personas adultas con DM internadas en guardia externa y salas de cuidados mínimos o intermedios, y profesionales de la salud involucrados en su atención. Se analizaron historias clínicas, registros de enfermería y alimentarios, así como una encuesta autoadministrada a profesionales. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de contenido para preguntas abiertas.

Resultados: Se incluyeron 59 personas con DM y 82 profesionales de la salud. Se registraron 9 episodios de hipoglucemia (15,3%), de los cuales la mayoría correspondió a hipoglucemia nivel 2 (<54 mg/dL) (n=6; 66,7%). El principal factor contribuyente fue la alimentación (n=6; 66,7%). En el equipo de salud, el 28% (n=23) refirió no conocer los criterios diagnósticos de hipoglucemia y el 57% (n=47) conocerlos parcialmente; el 70% (n=57) indicó no disponer de protocolos en su área de trabajo.

Conclusiones: Se identificaron brechas entre la autopercepción y el conocimiento efectivo del equipo de salud sobre el manejo de la hipoglucemia, junto con variabilidad en las conductas clínicas y la limitada disponibilidad de protocolos. La alimentación fue el principal factor contribuyente, evidenciando la necesidad de mejorar la articulación con la insulino terapia. Asimismo, factores organizacionales -como la disponibilidad de personal y la coordinación interdisciplinaria- podrían dificultar su manejo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar protocolos estandarizados y fortalecer la capacitación continua para mejorar la seguridad del paciente.

O16

USO DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA EN PERSONAS CON DIABETES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

Fabrizio CORREA BAROVERO, Karina FUENTES, María Antonella CORREA BAROVERO, Santiago DE LOREDO

SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: FABRIZIOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: La evaluación del control glucémico en personas con diabetes (DM) sometidas a hemodiálisis (HD) presenta limitaciones debido a la menor precisión de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). El monitoreo continuo de glucosa (MCG) permite evaluar la exposición glucémica, la variabilidad y las hipoglucemias, aportando información complementaria sobre el control metabólico.

Objetivos: Caracterizar el comportamiento glucémico durante los días con y sin HD mediante MCG, y evaluar la relación entre la HbA1c, el indicador de la gestión de la glucosa (GMI), el tiempo en rango (TIR) y la glucemia capilar.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional en 24 personas con DM en HD crónica. Se utilizó un sistema FreeStyle Libre 2 Plus durante 15 días. Se analizaron glucosa media, TIR, tiempo por arriba del rango (TAR), tiempo por debajo del rango (TBR), coeficiente de variación (CV), episodios de hipoglucemia y diferencias entre días con y sin HD. Además, se compararon las métricas del MCG con HbA1c y glucemias capilares obtenidas durante HD.

Resultados: Se incluyeron 24 participantes; la mediana de edad fue de 62,5 años, el 70,8% fueron hombres, el 87,5% presentaba DM2 y el 66,7% utilizaba insulina. La mediana del tiempo en HD fue de 35 meses. La HbA1c mediana fue de 7,0% y el GMI de 6,9%, con fuerte correlación entre ambas ($p=0,85$; $p<0,001$). No obstante, aproximadamente dos tercios de los participantes presentaron diferencias HbA1c-GMI $>0,5\%$ y el 21% $>1\%$. El TIR mediano fue de 70,5% y el CV de 34,8%. Los usuarios de insulina presentaron mayores valores de HbA1c, GMI, glucosa media y TAR, junto con menor TIR ($p<0,05$ para todas las comparaciones). Catorce participantes (58,3%) presentaron al menos un episodio semanal de hipoglucemia y mostraron mayor CV (38,7% vs. 28,2%; $p=0,010$) y TBR (7% vs. 0%; $p<0,001$). Durante los días con HD, la glucosa media fue menor que en los días sin HD (142,4 vs. 156,1 mg/dL; $p=0,011$), mientras que las hipoglucemias fueron más frecuentes durante los días sin HD ($p=0,040$). El MCG mostró alta correlación con la glucemia capilar ($r=0,88-0,95$), aunque tendió a subestimar los valores absolutos.

Conclusiones: En personas con DM en HD crónica, el MCG identificó discrepancias clínicamente relevantes entre HbA1c y el GMI, una elevada carga de hipoglucemias y diferencias significativas entre los días con y sin HD. Estos hallazgos respaldan el uso del MCG como complemento de la HbA1c para una evaluación más precisa del control glucémico.

O17

DIABETES POSTRASPLANTE EN RECEPTORES DE TRASPLANTE PANCREÁTICO: INCIDENCIA, PREDICTORES TEMPRANOS E IMPACTO DEL RECHAZO DEL INJERTO

Fabrizio CORREA BAROVERO

SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: FABRIZIOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes postrasplante (DMPT) continúa siendo una complicación clínicamente relevante tras el trasplante pancreático, a pesar de la restauración de la secreción endógena de insulina. Sus determinantes en este contexto no están completamente caracterizados.

Objetivos: Identificar predictores clínicos de DMPT en receptores de trasplante pancreático, con especial énfasis en marcadores glucémicos tempranos y eventos inmunológicos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 202 pacientes sometidos a trasplante simultáneo de páncreas-riñón (SPK) o trasplante pancreático aislado entre 2003 y 2025. La DMPT se definió según criterios internacionales, más allá de los 45 días postrasplante. Se analizaron variables clínicas, metabólicas e inmunológicas. Se utilizaron modelos de regresión logística para identificar predictores independientes. La capacidad discriminativa se evaluó mediante curvas ROC y el análisis de tiempo al evento mediante Kaplan-Meier.

Resultados: La DMPT se presentó en 17 pacientes (8,4%), con una mediana de tiempo hasta el diagnóstico de 1763 días. La glucemia en ayunas temprana mostró baja capacidad predictiva (AUC 0,61). En contraste, la HbA1c a los 3 meses emergió como predictor independiente de DMPT (OR 1,40-1,46; IC95% 1,07-1,89; $p<0,02$) con capacidad discriminativa moderada (AUC 0,74-0,77). El rechazo pancreático confirmado por biopsia también se asoció de forma independiente con DMPT (OR ajustado 4,05; IC95% 1,00-16,30; $p=0,049$), precediendo su aparición en una mediana de 2,4 años. La mayoría de los pacientes con DMPT mantuvo niveles detectables de péptido C.

Conclusiones: En receptores de trasplante pancreático, la DMPT se presenta predominantemente como una complicación metabólica tardía asociada a disglucemia temprana sostenida y lesión inmunológica del injerto, más que a una recurrencia autoinmune. La HbA1c a los 3 meses constituye un predictor clínicamente útil, mientras que el rechazo contribuye a la inestabilidad metabólica a largo plazo.

O18

SISTEMA MINIMED™ 780G: CERRANDO LA BRECHA ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN EL CONTROL GLUCÉMICO EN DIABETES TIPO 1 EN LA ARGENTINA

Matías CASTRO¹, Andrea DAGHERO¹, Marcela RAGGIO², María Paula Paz POVEDANO³, Carolina GÓMEZ MARTÍN⁴, Jennifer MCVEAN⁵

¹ MEDTRONIC LATAM, ² HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ³ HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA, ⁴ CENDIA, ⁵ MINIMED US. CONTACTO: DAGHEROANDREA@GMAIL.COM

Introducción: Históricamente, las mujeres con diabetes tipo 1 (DM1) han presentado mayores barreras para alcanzar los objetivos glucémicos de consenso, atribuidas a fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual, mayor carga de autocuidado y, en etapas reproductivas, a la necesidad de un control glucémico más estricto durante la planificación del embarazo y la

gestación. Los sistemas de asa cerrada híbrida avanzada (AHCL) contribuyen a reducir esta disparidad histórica entre sexos y a permitirle a las mujeres en edad fértil alcanzar un control glucémico preconcepcional óptimo.

Objetivos: Este análisis de datos del mundo real comparó los resultados glucémicos de usuarios del sistema Minimed™ 780G (MM780G) entre mujeres y hombres con DM1, estratificados por grupo de edad, en la Argentina.

Materiales y métodos: Se analizaron datos de CareLink™ de usuarios adolescentes y adultos argentinos del sistema MM780G (n=3.437, enero de 2020-octubre de 2025) con DM1 autorreportada. Se compararon, dentro de cada grupo de edad (16-28, 29-42, 43-55 y ≥56 años), los resultados glucémicos por sexo. Las variables analizadas incluyeron: indicador de control de glucosa (GMI); tiempo en rango (TIR, 70-180 mg/dL); tiempo en rango estrecho (TITR, 70-140 mg/dL); tiempo bajo rango <70 mg/dL (TBR70) y <54 mg/dL (TBR54); y tiempo sobre rango >180 mg/dL (TAR180) y >250 mg/dL (TAR250). Se reportó adicionalmente el porcentaje de usuarios alcanzando TIR>70%, TBR70<4% y TBR<1%.

Resultados: En la cohorte general, las mujeres (n=2.017 [58,7%]) alcanzaron métricas equiparables a las de los hombres: TIR 72,1±9,7% vs. 71,5±9,8%, TITR 46,6% vs. 46,9%, TBR70: 2,00±1,48% vs. 2,29±1,82% e idéntico GMI (6,96% en ambos sexos). Esta paridad se sostuvo en el grupo de edad fértil (16-42 años) sin incrementar el TBR. El uso promedio de ROS fue 13,6%, incrementando más de cinco puntos porcentuales el TIR, sin incrementar TBR. Comparado con el sexo masculino, la adopción de la ROS fue ligeramente superior en mujeres en edad reproductiva (19,9% vs. 16,0%).

Conclusiones: Este análisis demuestra que el uso del sistema Minimed™ 780G elimina la brecha en el control glucémico entre hombres y mujeres en todos los grupos etarios estudiados, sin incrementar el tiempo en hipoglucemia. Este hallazgo es de particular relevancia clínica y de salud pública para mujeres en edad reproductiva.

O19

SISTEMA MINIMED™ 780G: USUARIOS ARGENTINOS ALCANZAN RESULTADOS SUPERIORES AL UTILIZAR LA CONFIGURACIÓN ÓPTIMA RECOMENDADA (ROS), INDEPENDIENTE DEL GRUPO ETARIO

Matías CASTRO¹, Andrea DAGHERO¹, Antonio SALEME², Alejandro DAIN³, Jennifer MCVEAN⁴

¹ MEDTRONIC LATAM, ² SANATORIO SANTA FE, SANTA FE, ³ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, CBA-UNC, ⁴ MINIMED US. CONTACTO: DAGHEROANDREA@GMAIL.COM

Introducción: El sistema de administración automatizada de insulina MiniMed™ 780G (MM780G) ha permitido a más personas con diabetes tipo 1 (DM1) alrededor del mundo alcanzar las metas de control glucémico recomendadas. El uso de la configuración recomendada (ROS, objetivo glucémico de 100 mg/dL y tiempo de insulina activa 2 h) ha demostrado incrementar el tiempo en rango (TIR) y tiempo en rango estrecho (TITR) consistentemente en poblaciones Latinoamericanas e internacionales, sin aumentar el tiempo en hipoglucemia.

Objetivos: En este análisis de datos del mundo real, evaluamos el impacto de la adopción de ROS sobre el control glucémico a lo largo de diferentes grupos etarios en usuarios del sistema MM780G en la Argentina.

Materiales y métodos: Se analizaron datos de CareLink™ de usuarios adolescentes y adultos argentinos del sistema MM780G (n = 3.437; enero 2020-octubre 2025) con DM1 autorreportada. Se estratificó la cohorte en cinco grupos de edad (<16, 16-28, 29-42, 43-55 y ≥56 años) y, dentro de cada grupo, se comparó el subgrupo con configuración ROS (≥95% del tiempo) frente al grupo general (uso de cualquier otra configuración). Las variables analizadas incluyeron: indicador de control de glucosa (GMI); tiempo en rango (TIR, 70-180 mg/dL); tiempo en rango estrecho (TITR, 70-140 mg/dL); tiempo bajo rango <70 mg/dL (TBR70) y <54 mg/dL (TBR54); y tiempo sobre rango >180 mg/dL (TAR180) y >250 mg/dL (TAR250). Se reportó adicionalmente el porcentaje de usuarios alcanzando TIR >70%, TBR70 <4% y TBR54 <1%.

Resultados: En la cohorte general (n=3.437), el 13,6% de los usuarios utilizó ROS. Los usuarios con ROS mostraron un GMI promedio menor (6,79±0,30% vs. 6,96±0,37%) y mayor TIR promedio (76,5±8,3% vs. 71,9±9,8%) respecto del grupo general, con un incremento absoluto de 17,4 puntos porcentuales en la proporción de usuarios que alcanzó el objetivo de consenso TIR>70% (78,2% vs. 60,8%). El TITR mostró el mismo patrón: 51,8±8,9% con ROS vs. 46,7±9,6% en el grupo general. Este beneficio se mantuvo consistente y se amplificó progresivamente con la edad. El TBR70 y TBR54 no aumentaron con el uso de ROS en ningún grupo de edad, manteniéndose ambos muy por debajo de los umbrales de seguridad recomendados por consenso. Un 82,8-90,2% de los usuarios ROS cumplió el objetivo TBR70<4% y el 86,2-92,1% cumpliendo el objetivo TBR54<1% según el grupo de edad evaluado.

Conclusiones: En esta cohorte del mundo real de usuarios adolescentes y adultos del sistema MM780G en la Argentina, la adopción de ROS se asoció a una mejora clínicamente relevante y consistente del control glucémico en todos los grupos etarios evaluados, sin incrementar el tiempo en hipoglucemia (TBR70 y TBR54). Estos resultados respaldan la adopción de ROS como una recomendación segura y eficaz para optimizar los resultados glucémicos a lo largo de todo el espectro de edad de personas con DM1. La baja tasa de adopción de ROS en la Argentina representa una oportunidad inmediata para alcanzar una mejora adicional en el control glucémico de esta población.

DIGITAL TWINS POBLACIONALES PARA PREDECIR HIPERGLUCEMIA: ENTRE LA PROMESA CIENTÍFICA Y EL RIESGO DE EVIDENCIA SINTÉTICA

Lucas SOSA¹, Carolina HEINRICH¹, Andrea RUARTE², Micaela BLANCO², Guillermo ODRIAZOLA², María Victoria DICATARINA LOSADA², Viviana COGO²

¹ INIDÉN; ATLANSAD, ² ATLANSAD. CONTACTO: LUCASASOSA@HOTMAIL.COM

Introducción: La inteligencia artificial (IA) generativa puede construir cohortes sintéticas que funcionan como *digital twins* poblacionales, habilitando investigación de calidad a menor costo y sin restricciones éticas propias de datos reales. Sin embargo, la validez del conocimiento generado depende de si los datos incorporan estructura biológica coherente o son construcciones plausibles sin correlaciones reales subyacentes.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de un modelo de *machine learning* construido sobre una cohorte sintética con correlaciones biológicas simuladas, y reflexionar sobre el potencial y los límites éticos del uso de datos sintéticos en investigación diabetológica.

Materiales y métodos: Se generó mediante IA una cohorte sintética de 300 adultos (40-75 años) con variables clínicas correlacionadas: IMC, circunferencia de cintura, edad, triglicéridos, perfil lipídico, *handgrip* y antecedentes cardiometabólicos (prevalencia de hiperglucemia: 38,7%). Se entrenó un modelo de *machine learning* (Random Forest, 200 árboles) con validación cruzada estratificada de cinco pliegues y prueba de permutación para significación estadística. Se adjuntan curva ROC e importancia de variables.

Resultados: El modelo alcanzó AUC-ROC 0,924 (IC95%: 0,852-0,975) y CV-AUC 0,955±0,028, estadísticamente superior al azar (p=0,0099). Los principales predictores fueron IMC (r=0,49; p<0,001), circunferencia de cintura (r=0,47; p<0,001), edad (mediana 65 vs. 52 años; p<0,001) y triglicéridos (mediana 168 vs. 125 mg/dL; p<0,001). Las variables categóricas, antecedente de hiperglucemia previa (p<0,001), presión arterial elevada (p<0,001), antecedentes familiares de diabetes (p=0,006) y nivel de actividad física (p=0,008), también se asociaron significativamente con el desenlace.

Conclusiones: El modelo alcanzó rendimiento estadísticamente significativo (AUC 0,924; p=0,0099), demostrando que datos sintéticos con correlaciones biológicas simuladas pueden generar *digital twins* poblacionales útiles para investigación, formalmente indistinguibles de estudios con datos reales. Este potencial exige transparencia: se propone incorporar la declaración explícita del origen sintético de los datos y su validación externa como criterios mínimos en la revisión por pares de trabajos asistidos por IA.

GRADIENTE DE ACTIVIDAD FÍSICA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN UNA COMUNIDAD URBANA ARGENTINA: EVIDENCIA CUANTITATIVA DEL “ESTUDIO EL TRÉBOL”

Claudio Daniel GONZÁLEZ¹, Natalia P. SÁNCHEZ², Santiago DE LOREDO³, María F. RECANATESI², Silvia GORBAN DE LAPERTOSA⁴, Daniel O. CROATTO⁵, Mercedes BOHNER¹, Malena ESTRUGO¹, Francisco RIVERA¹, María F. GONZÁLEZ BAGNES⁶, Luis DE LOREDO³

¹ DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ² MUNICIPALIDAD DE EL TRÉBOL, SANTA FE, ³ SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA, ⁴ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES, ⁵ MAINS BLUES HEALTH CENTER, RAFAELA, ⁶ CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y ANÁLISIS DE DECISIÓN EN SALUD (CETADS), INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. CONTACTO: CLAUDIODANIELG@GMAIL.COM

Introducción: La inactividad física constituye un determinante de mayor de riesgo cardiometabólico, aunque existen escasos datos poblacionales locales con mediciones objetivas en la Argentina.

Objetivos: Analizar la asociación entre las distintas categorías de actividad física (sedentaria, activa laboral, recreacional y deportiva) y el perfil cardiometabólico en una cohorte poblacional urbana.

Materiales y métodos: Estudio transversal analítico en una muestra probabilística de 860 adultos de 20 a 79.9 años (54.4% mujeres; 45.5±16.1 años) representativa de la población de El Trébol (Santa Fe). La actividad física (AF) se clasificó como sedentaria, activa laboral, recreativa y deportiva. Se integraron datos autorreportados con mediciones antropométricas, bioquímicas y clínicas. Se evaluaron asociaciones mediante análisis univariados y regresión logística ordinal multivariada.

Resultados: La distribución de las diferentes categorías de AF fue: sedentarios 25.8% (n=222), activos laborales 14.5% (n=125), recreativos 43.5% (n=374) y deportistas 16.2% (n=139). Se observó un claro gradiente cuantitativo: tanto IMC (30.8 vs. 25.8 kg/m²), cintura (97.7 vs. 82.0 cm), glucemia (95.7 vs. 83.9 mg/dL) y presión sistólica (131.2 vs. 120.8 mmHg) fueron significativamente mayores en sedentarios comparados con deportistas. La prevalencia de diabetes (DM) fue 20.3% en sedentarios y 2.3% en deportistas (p<0.001), la obesidad 49.6% y 11.5% (p<0.001) y la hipertensión 47.3% a 13.7% (p<0.001), registrando valores intermedios en los activos recreacionales o laborales. Las razones de prevalencia mostraron relación dosis-respuesta, con reducción significativa en deportistas, con RP inferiores a 1: DM RP 0.11 (IC95% 0.03-0.34), obesidad RP 0.23 (0.14-0.38) e hipertensión RP 0.29 (0.19-0.45). En el modelo multivariado, mayor edad (OR 1.01/año), DM (OR 2.25) y obesidad (OR 1.92) se asociaron significativa e independientemente con un menor nivel de AF, mientras que hipertensión y dislipidemias no sostuvieron la significación que mostraron en el análisis univariado.

Conclusiones: Existe una asociación consistente, cuantitativa y gradual entre el mayor nivel de AF y el mejor perfil cardiometabólico. La AF deportiva se asocia con reducciones marcadas de DM, obesidad e hipertensión, sugiriendo un efecto dosis-respuesta robusto. Estos hallazgos apoyan la implementación de intervenciones dirigidas a incrementar la actividad recreativa y deportiva, especialmente en las poblaciones de mayor riesgo.

O22

ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA (TyG) Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES CARDIOMETABÓLICOS EN UNA POBLACIÓN DE SANTA FE

Claudio Daniel GONZÁLEZ¹, Natalia P. SÁNCHEZ², Santiago DE LOREDO³, María F. RECANATESI², Silvia GORBAN DE LAPERTOSA⁴, Daniel O. CROATTO⁵, María F. GONZÁLEZ BAGNES¹, Nicolás LEZCANO¹, Francisco RIVERA¹, Luis DE LOREDO³

¹ DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ² MUNICIPALIDAD DE EL TRÉBOL, SANTA FE, ³ SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA, ⁴ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES, ⁵ MAINS BLUES HEALTH CENTER, RAFAELA. CONTACTO: CLAUDIODANIELG@GMAIL.COM

Introducción: El índice triglicéridos-glucosa (TyG) es un marcador de insulinoresistencia asociado con obesidad (OB), diabetes (DM), hipertensión arterial (HA) y eventos cardiovasculares. Sin embargo, su distribución y el impacto de estas asociaciones en poblaciones latinoamericanas están poco caracterizados.

Objetivos: 1) Describir la distribución de TyG en una muestra poblacional de El Trébol (Santa Fe, Argentina) de 20-79.9 años; 2) Evaluar su asociación con OB, DM, HA y otros factores de riesgo cardiometabólico.

Materiales y métodos: Se analizaron 860 individuos (468 mujeres) seleccionados mediante muestreo probabilístico multietápico estratificado. TyG se calculó como $\text{Ln} [\text{triglicéridos (mg/dL)} \times \text{glucosa en ayunas (mg/dL)} / 2]$. Se realizaron análisis descriptivos, correlaciones, razones de prevalencia (RP), curvas ROC, y regresión lineal y logística multivariada.

Resultados: La mediana de TyG fue 8.39 (percentilo [P] 25: 7.98; P75: 8.77), con media 8.41 ± 0.64 (mayor en varones). TyG aumentó con la edad (8.09 ± 0.49 en 20-30 años a 8.68 ± 0.65 en 60-70 años), estabilizándose posteriormente. Los individuos en el cuartil superior mostraron mayor prevalencia de OB (RP=2.45; IC95%:1.94-3.10), DM (RP=7.13; IC95%:4.67-10.89) e HA (RP=3.45; IC95%:2.50-4.76). TyG presentó AUC numéricamente mayor en curvas ROC que TG/HDL y que TG o HDL aislados para la detección de OB, HA y especialmente DM. En el análisis multivariado, el cuartil superior de TyG se asoció con DM (OR=6.07), OB (OR=2.25), HA (OR=1.70), sexo masculino (OR=1.81) y edad (OR=1.01/año) (todos $p < 0.05$).

Conclusiones: En esta muestra representativa de la población de El Trébol, el índice TyG mostró una fuerte asociación con factores cardiometabólicos, destacándose como un marcador de riesgo sólido en adultos (comparable o superior a otros marcadores metabólicos en uso). Su simplicidad y capacidad discriminativa sugieren utilidad en estrategias de detección de riesgo cardiometabólico poblacional.

O23

CONCORDANCIA ENTRE LA HbA1c Y LA GLUCEMIA EN AYUNAS EN LA CLASIFICACIÓN DE DIABETES Y PREDIABETES: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL DE EL TRÉBOL, SANTA FE

Claudio Daniel GONZÁLEZ¹, Natalia P. SÁNCHEZ², Santiago DE LOREDO³, María F. RECANATESI², Silvia GORBAN DE LAPERTOSA⁴, Daniel O. CROATTO⁵, Francisco RIVERA¹, Julieta BLANCO¹, Pierina LICCIARDI¹, Bárbara MAS¹, Matías M. OLMOS¹, Pedro A. SARACCA¹, María F. GONZÁLEZ BAGNES⁶, Luis DE LOREDO³

¹ DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ² MUNICIPALIDAD DE EL TRÉBOL, ³ SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA, ⁴ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES, ⁵ MAINS BLUES HEALTH CENTER, RAFAELA, ⁶ CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y ANÁLISIS DE DECISIÓN EN SALUD (CETADS), INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. CONTACTO: CLAUDIODANIELG@GMAIL.COM

Introducción: El diagnóstico de diabetes (DM) y prediabetes (pre-DM) se basa en glucemia plasmática en ayunas (GPA), la glucemia de la segunda hora tras una carga de glucosa (PTOG) y la hemoglobina glicosilada (HbA1c), biomarcadores que reflejan dimensiones diferentes del metabolismo glucídico. La detección precoz de pre-DM es clave para prevenir la progresión a DM2; sin embargo, existen discrepancias diagnósticas entre estos métodos.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre GPA y HbA1c para la detección de DM2 y pre-DM, y analizar su concordancia con el autorreporte de DM2. Como objetivo secundario, explorar la concordancia entre la DM autorreportada y la clasificación por GPA o HbA1c.

Materiales y métodos: Análisis secundario de los datos de un estudio observacional, analítico y transversal de base poblacional. Se incluyeron datos de una muestra de 860 adultos (20-79 años) representativa de los residentes en El Trébol (Santa Fe), a los que se efectuaron mediciones simultáneas de GPA y HbA1c. Se aplicaron puntos de corte ADA. La concordancia se estimó mediante coeficiente kappa (simple y ponderado) e interpretó según Landis y Koch.

Resultados: La HbA1c identificó pre-DM en el 28,5% vs. 8,4% por GPA. La concordancia entre métodos para pre-DM fue pobre (kappa 0,14; IC95% 0,08-0,20). Para DM2, la concordancia fue considerable mayor (kappa 0,70; IC95% 0,60-0,80). La concordancia con el autorreporte de DM2 fue también considerable más elevada: para GPA, kappa 0,61; para HbA1c: 0,70. En la clasificación en tres categorías (normoglucemia/pre-DM/DM), el kappa ponderado para la concordancia entre

HbA1c y GPA fue 0,56 (IC95% 0,50-0,62), indicando concordancia moderada. La principal explicación para la discordancia fue la categoría pre-DM.

Conclusiones: La concordancia entre la HbA1c y la GPA es adecuada para la clasificación de los pacientes como portadores de DM, pero limitada para pre-DM, donde la GPA subdiagnostica un número relevante de casos. El uso de un único biomarcador puede omitir individuos en riesgo; la combinación de ambos métodos, en línea con la ADA, parece optimizar el cribado de disglucemias.

O24

EFFECTO DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA Y ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES CON Y SIN DIABETES

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI¹, Camila MARTÍNEZ ARTEAGA¹, Victoria WILSON², Manuel DÍAZ MARTÍN¹, Javier LEIVA², Carina PARISI³, Santiago PRIOTTO⁴, Cintia CAMAPANELLA², Gastón REPOSSI¹

¹ INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC, ² CENTRO MÉDICO SAN RICARDO PAMPURI, ³ SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, ⁴ INICSA (CONICET-UNC). CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: El envejecimiento, una etapa natural del transcurso de la vida, es un proceso con parámetros multidimensionales de cambios fenotípicos biológicos dependientes de la edad, entrelazados con vivencias psicológicas y emocionales. En el contexto del envejecimiento y de las enfermedades neurodegenerativas, la actividad física ha demostrado ser un factor potencialmente protector de la función cognitiva, el rendimiento físico y la independencia funcional. También se asocia con cambios beneficiosos en el metabolismo y en la prevención de enfermedad cardiovascular y aterosclerótica, aspecto de relevancia en una población con altos índices de enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivos: Estudiar el impacto de una actividad física adaptada, (Taekwon-do adaptado) sobre la salud cognitiva, funcional, emocional y física de personas adultas mayores pertenecientes al programa "Aprendiendo a vivir", y compararlas con personas, con características etarias y sociológicas similares, que no realizan actividad física regularmente.

Materiales y métodos: Se realizó una batería de pruebas neurocognitivas validadas. Para la valoración cognitiva: los tests MMSE (MiniMental), MIS (*Memory Impairment Screen*) y MoCA (Evaluación cognitiva Montreal). Para la valoración funcional: SPPB (*Short Physical Performance Battery*), Escala de Lawton y Brody (LyB), y test de Romberg. Para valorar la esfera emocional se usó Yesavage (indicador de depresión) y el estado físico con SARC-F (Sarcopenia-Fuerza). También se realizaron pruebas de equilibrio, coordinación y memoria espacial. Se analizaron datos clínicos como presencia de obesidad, hipertensión y diabetes, que se usaron como covariables en los análisis estadísticos. Los datos se analizaron estadísticamente con ANOVA (variables continuas) o chi-cuadrado (discretas), $p \leq 0,05$. El estudio contó con aprobación ética y aval institucional. Se respetaron todas las normas internacionales en el tratamiento y la confidencialidad de los datos.

Resultados: En los resultados del test mini-Mental (27,6 vs. 25,5) y MOCA (22,9 vs. 21,3) tuvieron un mejor desempeño los adultos mayores que participan del grupo AF comparado con los del grupo Control. También se encontraron diferencias entre géneros en los resultados dentro de cada grupo.

Conclusiones: La realización de un programa multidimensional basado en participación, actividad física adaptada, estimulación cognitiva y adaptación a los cambios, educación para la salud, actividades sociales y acompañamiento realizados regularmente bajo un programa de la Universidad Nacional de Córdoba (Sec. de Extensión, Facultad de Ciencias Médicas), el Comité de Gerontología de la Sociedad Argentina de Diabetes y la Fundación Grupo de Amigos de los Diabéticos en la población de adultos mayores estudiada, mejora su desempeño neurocognitivo, funcional y parcialmente su estado clínico comparados con aquellos que no participan activamente.

O25

PROGRAMACIÓN DEL DESARROLLO DEL PÁNCREAS EN LA PROGENIE DE RATAS CON DIABETES. EFECTO DE DIETAS MATERNAS ENRIQUECIDAS EN ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN

Florencia SCHIBERT, Virginia TAYLOR, Irune PIRRONE, Romina HIGA, Evangelina CAPOBIANCO, Alicia JAWERBAUM
CEFYBO, UBA-CONICET. CONTACTO: FLORENCIASCHIBERT1992@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) materna programa patologías metabólicas en la progenie. Dietas suplementadas con aceite de oliva extra virgen (EVOO) son ricas en agonistas de los receptores activados por proliferadores peroxisomales (PPAR), vinculados a procesos metabólicos, de desarrollo y antiinflamatorios.

Objetivos: Evaluar si la suplementación dietaria con EVOO brindada durante la preconcepción y gestación F0 a ratas con DM pregestacional previene en el páncreas de su descendencia hembra adulta, virgen o que cursó una gestación, anomalías en niveles de marcadores de desarrollo, función y adaptación al embarazo del páncreas endocrino, y en los niveles de los PPAR y microRNAs que los regulan.

Materiales y métodos: Ratas hembra sanas y con DM moderada (por administración neonatal de estreptozotocina, 90 mg/kg sc), recibieron o no una dieta enriquecida en EVOO (6%) en preconcepción y gestación (apareo con machos sanos). Se evaluó el páncreas de la descendencia hembra (virgen o que cursó una gestación) a los 5 meses de edad (n=7 por grupo, provenientes de diferentes madres). Se utilizaron técnicas de qRT-PCR (dosaje de mRNA), stem loop qPCR (microARNs) y Western blot (proteínas). Los resultados se analizaron mediante ANOVA.

Resultados: Las hembras vírgenes y que cursaron una preñez, descendientes de ratas diabéticas, mostraron menor expresión pancreática de factores de transcripción clave en el desarrollo y función del páncreas endócrino: *Neurod1*, *Nkx6.1*, *Mafa* y *Pdx1* ($p<0.05$ vs. control). La dieta materna rica en EVOO previno los alterados niveles de receptor de prolactina (vinculados al desarrollo y adaptación a preñez del páncreas endócrino) y de PDX1 ($p<0.05$ vs. sin EVOO). El páncreas de las hembras descendientes de ratas diabéticas (vírgenes y que cursaron una preñez) mostró elevada expresión de citoquinas proinflamatorias *Il1b* y *Tnfa*, menor expresión de *Ppara* y *Pparg* y mayores niveles de miR-27 (regulador negativo de *Pparg*) y miR-21 (regulador negativo de *Ppara*) ($p<0.05$ vs. control). La dieta materna rica en EVOO previno la alterada expresión de *Tnfa* y *Ppara* y los alterados niveles de miR-21 ($p<0.05$ vs. sin EVOO).

Conclusiones: La DM materna altera en la descendencia parámetros vinculados al desarrollo, función y adaptación a la preñez del páncreas endócrino, tanto en hembras vírgenes como en aquellas que cursaron una gestación, anomalías en parte reprogramadas mediante dietas ricas en EVOO brindadas en la preconcepción y gestación F0.

O26

PLASTICIDAD METABÓLICA DEL TEJIDO ADIPOSO PARDO EN UN MODELO DE PREDIABETES INDUCIDO POR FRUCTOSA

Bárbara DUMRAUF, Bárbara MAIZTEGUI, Luis Emilio FLORES, Flavio FRANCINI, Carolina Lisi ROMÁN

CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA - FCM UNLP - CEAS CICPBA).

CONTACTO: BDUMRAUF@MED.UNLP.EDU.AR

Introducción: La progresión de prediabetes (PD) a diabetes tipo 2 (DM2) puede prevenirse hasta en un 60% de los casos mediante intervenciones en el estilo de vida. Un posible blanco terapéutico para evitar dicha progresión es el tejido adiposo pardo (TAP), especializado en la disipación de energía calórica, cuya masa disminuye con la edad.

Objetivos: Evaluar las alteraciones morfológicas y moleculares del TAP en un modelo murino de PD y determinar su posible reversión tras el retorno a una dieta estándar.

Materiales y métodos: Ratas *Sprague-Dawley* macho alimentadas por 21 o 70 días con dieta estándar (extrusado sólido) fueron divididas en cinco grupos experimentales: agua (grupo control, C21 o C70), solución al 10% de fructosa (F21 y F70), y un grupo reversión (FC), que luego de 21 días con dieta F retornó al consumo de agua por 49 días. Al finalizar los tratamientos, se obtuvieron muestras de sangre y se extrajo el TAP (se pesó y procesó para análisis histológicos y estudios de expresión génica y proteica por qPCR y WB). Se consideraron diferencias significativas cuando $p<0.05$.

Resultados: En ambos grupos F aumentó el nivel de TG circulantes (F21 vs. C21: $187,80\pm 18,64$ vs. $95,65\pm 8,54$; F70 vs. C70: $218,83\pm 8,15$ vs. $97,81$; $p<0.05$) y la insulinoresistencia (relación TG/cHDL) (F21 vs. C21: $4,31\pm 0,60$ vs. $2,23\pm 0,15$; F70 vs. C70: $5,12\pm 0,35$ vs. $2,06\pm 0,13$; $p<0.05$). Estos valores se revirtieron en FC (TG: $100,49\pm 6,84$; TG/cHDL: $2,15\pm 0,18$). A nivel macroscópico, el TAP fue mayor en los grupos F respecto de los C, efecto revertido en FC, mientras que el TAP de C70 fue menor que el de C21 ($p<0.05$). A nivel histológico, los adipocitos de los grupos F mostraron una significativa hipertrofia respecto de los de C y FC. A nivel de la expresión génica, en los grupos F se observaron cambios progresivos y significativos en genes asociados a la vía de señalización de insulina, adipogénesis, estrés oxidativo, biosíntesis mitocondrial y angiogénesis, varios de los cuales mostraron reversión parcial o total en FC.

Conclusiones: Sumado a los cambios propios del envejecimiento, que modifica el estado basal del TAP, el consumo de fructosa induce alteraciones morfológicas y moleculares adicionales. El retorno al consumo de una dieta estándar produce una recuperación total o parcial de estos parámetros alterados. Estos resultados destacan la plasticidad del TAP y el beneficio que las intervenciones nutricionales tempranas generan en la prevención de la progresión hacia DM2.

O27

DIETA DESBALANCEADA Y DISFUNCIÓN ADIPOSA: REVERSIÓN METABÓLICA MEDIANTE UNA CHAPERONA QUÍMICA

Carolina Lisi ROMÁN, Bárbara DUMRAUF, Sherley Catherine FARROMEQUE VÁSQUEZ, Luis Emilio FLORES, Bárbara MAIZTEGUI

CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA - FCM UNLP - CEAS CICPBA).

CONTACTO: CLROMAN@CENEXA.ORG

Introducción: Uno de los tejidos que muestra mayores alteraciones en el modelo murino de prediabetes inducida por un consumo elevado de fructosa es el tejido adiposo (TA), y tal como ocurre en islotes y otros tejidos, el estrés del retículo endoplasmático (ERE) podría ser uno de los mecanismos fisiopatológicos que expliquen estas alteraciones.

Objetivos: Evaluar si la modulación farmacológica del ERE mediante el uso de ácido 4-fenilbútrico (PBA) revierte la disfunción del TA inducida por una dieta rica en fructosa.

Materiales y métodos: Ratas macho *Sprague Dawley* adultas normales alimentadas con dieta estándar por 21 días se dividieron en dos grupos según la bebida consumida: agua (grupo control, C) o solución de fructosa al 10% p/v (F). A su vez, un subgrupo de ratas F recibió durante los últimos 5 días una dosis i.p. diaria de PBA 50 mg/kg (F+PBA). Al finalizar el tratamiento, se determinaron parámetros metabólicos, y se extrajeron y analizaron los TA visceral (TAV) y pardo (TAP)

y se determinaron los niveles proteicos (por Western Blot) de diversos marcadores como PI3K y enzimas antioxidantes catalasa y SOD-2.

Resultados: Si bien no se observaron cambios en la glucemia, el grupo F presentó un aumento significativo de los niveles de TG (259 ± 15 mg/dl vs. 109 ± 8) y del índice TG/c-HDL ($6,86 \pm 0,46$ vs. $2,07 \pm 0,15$) respecto de C. A nivel tisular, la fructosa incrementó la masa de TAP (65,6%) y la adiposidad visceral (17,4%), reflejada por un incremento de la relación TAV/TAP. El tratamiento con PBA redujo significativamente la masa de TAV y normalizó la de TAP, disminuyendo dicha relación respecto de F ($9,61 \pm 0,82$ vs. $11,98 \pm 0,73$). Asimismo, los niveles proteicos de PI3K disminuyeron en un 25,6%, al igual que los de catalasa y SOD-2 en un 64,4% y 52,8% respectivamente, indicando una menor sensibilidad a la insulina y una disminución de la capacidad antioxidante. El tratamiento con PBA revirtió total o parcialmente estas alteraciones.

Conclusiones: Los resultados demuestran que la fructosa induce dislipemia e IR asociadas a una alteración de la distribución y función del TA. La modulación farmacológica del ERE mediante PBA mejora los parámetros metabólicos y tisulares preservando la homeostasis del tejido adiposo. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que el ERE sería un mecanismo central y potencial blanco terapéutico para la prevención y el tratamiento de enfermedades metabólicas, como la DM2.

O28

LA DIABETES PATERNA INDUCE ALTERACIONES SEXO-DEPENDIENTES EN LA REGULACIÓN EPIGENÉTICA Y LA SALUD HEPÁTICA EN LA DESCENDENCIA ADULTA

Irene PIRRONE¹, Candela GONZÁLEZ², Romina HIGA¹, Alicia JAWERBAUM¹, Evangelina CAPOBIANCO¹

¹ CEFYBO, UBA-CONICET, ² ININFA, UBA-CONICET. CONTACTO: IRU.PIRRONE@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) paterna puede programar alteraciones en el metabolismo de la descendencia mediante marcas epigenéticas transmitidas en los espermatozoides y el fluido seminal. La expresión de los receptores activados por proliferadores peroxisomales (PPAR), reguladores del metabolismo lipídico, puede ser regulada por mecanismos epigenéticos. Sin embargo, los mecanismos involucrados en la regulación del metabolismo hepático de la descendencia de padres con DM no han sido dilucidados.

Objetivos: Estudiar la programación paterna de alteraciones metabólicas y de enzimas epigenéticas en el hígado de la descendencia hembra y macho adulta a partir de un modelo de DM paterna en ratas.

Materiales y métodos: Ratas Wistar macho sanas (glucemia 80-100 mg/dl) y diabéticas (obtenidas mediante programación intrauterina, glucemia 150-250 mg/dl) fueron apareadas con hembras sanas (n=8). La descendencia hembra y macho adulta (90 días de edad, grupos C y D) fue pesada y sometida a eutanasia para la obtención del hígado y plasma. En plasma se determinó glucemia, trigliceridemia y colesterolemia mediante kits colorimétricos (Weiner Lab). En el hígado se determinaron los niveles de lípidos (mediante TLC) y de las proteínas asociadas a la regulación metabólica (PPAR γ , FABP4) y epigenética (HDAC1, HDAC3, G9A) mediante Western blot. La acumulación de colágeno hepático (indicador de fibrosis) fue determinada mediante la tinción Tricrómica de Masson. Los resultados fueron analizados por t-Student.

Resultados: La glucemia fue mayor en la descendencia hembra y macho D ($p < 0.05$ vs. C), y solo los machos D presentaron niveles séricos elevados de colesterol y triglicéridos ($p < 0.05$ vs. C). En el hígado, las hembras D mostraron un incremento de todas las especies lipídicas analizadas ($p < 0.05$ vs. C), mientras que los machos D solo presentaron un aumento de los fosfolípidos ($p < 0.05$ vs. C). Los machos y hembras D exhibieron una mayor acumulación de colágeno hepático ($p < 0.05$ vs. C), y las hembras D presentaron una disminución de los niveles de PPAR γ y FABP4 ($p < 0.05$ vs. C). Los niveles de los reguladores epigenéticos HDAC1 y G9A fueron mayores en los hígados de los machos D ($p < 0.05$ vs. C), mientras que en las hembras D se observó un aumento de HDAC3 ($p < 0.05$ vs. C).

Conclusiones: La DM paterna programa fibrosis hepática en la descendencia de ambos sexos, dislipidemia hepática en hembras y sistémica en machos, posiblemente regulada por mecanismos epigenéticos diferentes según el sexo.

O29

CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN GÉNICA Y EPIGENÉTICA EN EL HÍGADO DE RATAS CON PREDIABETES INDUCIDA POR UNA DIETA RICA EN FRUCTOSA

Bernardita D' ALFONSO¹, María Victoria MENCUCI¹, Hernán Gonzalo VILLAGARCÍA¹, Luisa F. GONZÁLEZ ARBELAEZ², Carolina Lisi ROMÁN¹, Bárbara MAÍZTEGUI¹, Luis Emilio FLORES¹, Martín ABBA³, Ezequiel LACUNZA³, Flavio FRANCINI¹

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA - FCM UNLP - CEAS CICPBA), ² CIC (CENTRO DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES), ³ CINIBA (CENTRO DE INVESTIGACIONES INMUNOLÓGICAS BÁSICAS Y APLICADAS). CONTACTO: BDALFONSO@MED.UNLP.EDU.AR

Introducción: La administración de fructosa (DRF) durante 21 días induce en ratas alteraciones similares a las descritas en el síndrome metabólico humano, tales como tolerancia a la glucosa alterada (TGA) (prediabetes), insulinoresistencia (IR), dislipidemia y esteatosis hepática, con un fuerte componente epigenético.

Objetivos: Evaluar el efecto de la DRF en el hígado de ratas a nivel epigenético y su impacto posterior en la expresión de genes claves para su función.

Materiales y métodos: Se alimentaron ratas macho adultas durante 70 días con extrusado sólido y agua (grupo C); fructosa al 10% p/v (grupo F); F los primeros 21 días y luego reemplazo por agua (grupo R). Se determinaron glucemia, trigliceridemia (TG), colesterolemia y se calculó la relación TG/c-HDL como índice de IR (i-IR). La prueba de tolerancia a la glucosa (glucosa 1,5 gr/kg i.p) incluyó mediciones a los 0, 15, 30, 60 y 120 min. En hígado, se calculó la relación p/p respecto del peso corporal (%), y se estudió la expresión génica y proteica (RT-qPCR y Western Blot) de enzimas metabólicas, marcadores inflamatorios y de estrés oxidativo (EO). Además, se aisló ADN y se secuenció el genoma con bisulfito para analizar el estado de metilación.

Resultados: F mostró TGA, hipertrigliceridemia ($192,8 \pm 17,8$ mg/dl), IR (i-IR: $4,18 \pm 0,5$) y aumento de p/p hepático (24%) respecto de C ($p < 0,05$). Estos cambios revirtieron en R (TG: $88,4 \pm 6,5$ mg/dl e i-IR: $1,93 \pm 0,1$; p/p: 29%; $p < 0,05$). A nivel epigenético, se encontraron 530 sitios diferencialmente metilados (DM) asociados a 130 genes en los tres grupos (en común: Emb, Kdm4C, Uxs1 y Gas8). De los 196 sitios DM en F vs. C, solo 23 revirtieron completamente en R, 18 alojados en ADN mitocondrial (ND4, ND3 y COX-1). La expresión génica de marcadores de gluconeogénesis (PEPCK) y lipogénesis (FAS) aumentaron en F y revirtieron en R ($p < 0,05$). En F disminuyó el GSH y aumentaron los grupos carbonilos; ambos parámetros se normalizaron en R ($p < 0,05$). Marcadores proinflamatorios (iNOS y COX-2) aumentaron en F, revirtiéndose en R ($p < 0,05$). peNOS y AKT mostraron un patrón inverso ($p < 0,05$).

Conclusiones: El retorno a una dieta control revierte la TGA, mejora la IR, y normaliza la mayoría de los cambios endocrino-metabólicos y de expresión génica inducidas por la DRF. Sin embargo, las modificaciones epigenéticas solo revierten parcialmente, principalmente a nivel mitocondrial, resaltando su rol en la etiopatogenia de la prediabetes.

O30

PATRÓN *NON-DIPPER* DE FRECUENCIA CARDÍACA Y REMODELADO AURICULAR IZQUIERDO COMO EXPRESIÓN DE DAÑO DE ÓRGANO BLANCO CARDÍACO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Gustavo Ricardo CERRI, Walter Gastón ESPECHE, Julián MINETTO, Sofía PACHO CALVO, Ezequiel GIORDANI, Mariano COSTA, Jeremías ALTUNA RUIZ, Juan Francisco TODOROFF, Juan Ignacio PÉREZ DUHALDE, Pablo Javier CAMPILLO, Lautaro REITOVICH, Daniel OLANO, Daniela GÓMEZ, Ana DE IRAOLA, Carlos Enrique LEIVA SISNIEGUEZ, Martín Rogelio SALAZAR
UNIDAD DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA. CONTACTO: GUSTAVORCERRI92@GMAIL.COM

Introducción: El patrón *non-dipper* de frecuencia cardíaca (FC) refleja disfunción autonómica y se ha asociado con peor pronóstico cardiovascular. Sin embargo, su relación con el daño de órgano blanco (DOB) subclínico en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) ha sido escasamente estudiada. En particular, el remodelado auricular izquierdo ha sido propuesto como una manifestación precoz de DOB vinculada a alteraciones autonómicas, aunque esta asociación no ha sido evaluada en DM2.

Objetivos: Evaluar la presencia de DOB subclínico en pacientes con DM2 según el comportamiento nocturno de la FC en estadios menos avanzados de la enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio transversal en pacientes con DM2 sin enfermedad cardiovascular (ECV), enfermedad renal crónica (ERC) o tratamiento con betabloqueantes. Se realizó monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), ecocardiograma y relación albuminuria/creatininuria. Se definió patrón *non-dipper* como descenso nocturno de FC $< 10\%$ respecto del diurno. Se evaluaron marcadores de DOB: área auricular izquierda (AAI), AAI indexada a superficie corporal, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y albuminuria. Se construyeron modelos de regresión lineal multivariable ajustados por variables clínicas relevantes con análisis de colinealidad (VIF).

Resultados: Se incluyeron 201 pacientes con DM2 (64,7% mujeres; $54,8 \pm 9,4$ años; $6,97 \pm 7,03$ años evolución), el 44,8% presentó patrón *non-dipper* de FC. Se evidenció mayor AAI ($19,98 \pm 3,75$ vs. $18,61 \pm 3,36$ cm²; $p = 0,007$) y mayor AAI indexada ($10,50 \pm 2,39$ vs. $9,73 \pm 1,69$ cm²/m²; $p = 0,008$), sin diferencias en HVI ni albuminuria. En el análisis multivariable, el patrón *non-dipper* de FC se asoció de manera independiente con mayor AAI indexada ($B = 0,70$; IC95% 0,15-1,25; $p = 0,014$), tras ajustar por edad, sexo, tiempo de evolución, presión arterial sistólica nocturna y FC de 24 horas. Los hallazgos fueron consistentes en el análisis de sensibilidad excluyendo pacientes con tratamiento antihipertensivo ($B = 1,15$; IC95% 0,24-2,05; $p = 0,014$).

Conclusiones: En pacientes con DM2 sin ECV o ERC establecida, el patrón *non-dipper* de FC se asocia de manera independiente con mayor AAI, sugiriendo remodelado auricular subclínico aun en ausencia de alteraciones renales o ventriculares izquierdas manifiestas, aportando información adicional para la estratificación del riesgo cardiovascular en esta población.

O31

CUMPLIMIENTO DE METAS CARDIOMETABÓLICAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: UNA EVALUACIÓN DEL CONTROL MULTIFACTORIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL

María Victoria FERRARA, Jimena Rocío SALOMÓN, María del Rosario RODRÍGUEZ, Fiorella Sofía CHICOTE, Lucía SELVAGGIO, Vittorio FALCO, Ayelén RIDOLFO, Hugo Daniel SANABRIA
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES. CONTACTO: DRAFERRARAVICTORIA@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad heterogénea y progresiva asociada a un incremento significativo del riesgo de complicaciones, entre ellas, cardiovasculares. Diversos registros internacionales han demostrado que la presencia de variables como la hemoglobina glicosilada, la presión arterial, el colesterol LDL, el tabaquismo y la albuminuria fuera de objetivo se asocian con un aumento progresivo del riesgo de eventos cardiovasculares y mortalidad. Por el contrario, el control simultáneo de estas variables ha demostrado reducir significativamente dicho riesgo, llegando incluso a aproximarlos al de individuos sin DM. En este contexto, resulta de interés conocer el grado de cumplimiento de estas metas en cohortes contemporáneas de pacientes con DM2.

Objetivos: Caracterizar una cohorte contemporánea de pacientes con DM2 según el grado de cumplimiento de metas cardiometabólicas y describir las características clínicas de los distintos grupos de control multifactorial.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes con DM2 entre 30 y 79 años, sin eventos cardiovasculares previos, evaluados ambulatoriamente entre noviembre de 2023 y junio de 2026. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes clínicos, tratamiento farmacológico y parámetros bioquímicos. Se consideraron como metas cardiometabólicas: hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\leq 7\%$, presión arterial $\leq 130/80$ mmHg, colesterol LDL ≤ 70 mg/dL, ausencia de tabaquismo activo y ausencia de albuminuria (UACR < 30 mg/g). Para cada paciente se determinó el número total de metas alcanzadas (0-5). Asimismo, se calculó el riesgo cardiovascular mediante el *score* PREVENT. Los pacientes fueron estratificados según el número de metas cardiometabólicas alcanzadas para el análisis descriptivo y comparativo.

Resultados: Se analizaron los datos de 481 pacientes con DM2, con una edad media de $62,4 \pm 9,6$ años. El 58,6% de la población fue de sexo masculino, con una mediana de evolución de DM de 10 años. El riesgo cardiovascular estimado mediante *score* PREVENT a 10 años fue del 11,1% para enfermedad cardiovascular total y del 6,6% para enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Respecto del tratamiento hipoglucemiante, el 83,4% de los pacientes recibía metformina, el 35,6% inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y el 19,2% agonistas del receptor GLP-1. El 78,2% se encontraba bajo tratamiento con estatinas y el 13,3% recibía ezetimibe. La meta cardiometabólica con mayor grado de cumplimiento fue la ausencia de tabaquismo activo (92,5%), seguida de la ausencia de albuminuria (86%) y una HbA1c $\leq 7\%$ (66,9%). Por otra parte, el 53,2% de los pacientes alcanzó una presión arterial $\leq 130/80$ mmHg y solo el 35,4% presentó niveles de LDL ≤ 70 mg/dL. Al analizar el control multifactorial, únicamente el 10,3% de los pacientes alcanzó simultáneamente las cinco metas cardiometabólicas evaluadas. El 34,1% logró al menos cuatro metas, mientras que el 17,03% alcanzó dos o menos objetivos terapéuticos. Si bien un mayor grado de control multifactorial se asoció con un perfil de riesgo cardiovascular más favorable, no se observaron diferencias significativas en la prevalencia de placas carotídeas entre los grupos.

Conclusiones: En esta cohorte contemporánea de pacientes con DM2 sin eventos cardiovasculares previos, solo uno de cada 10 pacientes alcanzó simultáneamente las cinco metas cardiometabólicas evaluadas, condicionado principalmente por el bajo cumplimiento de la meta de colesterol LDL, a pesar de la elevada utilización de tratamiento hipolipemiante. Estos resultados refuerzan la necesidad de optimizar las estrategias de prevención cardiovascular mediante un abordaje integral de los factores de riesgo.

O32

HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE APARENTE Y VERDADERA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ANÁLISIS DE PREVALENCIA, COMPOSICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE LA ARGENTINA

Ezequiel Marcelo GIORDANI, Gustavo CERRI, Sofía PACHO CALVO, Mariano COSTA, Walter ESPECHE, Martín SALAZAR, Jeremías ALTUNA RUIZ, Julián MINETTO

UNIDAD DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA. CONTACTO: EKI.GIORDANI@GMAIL.COM

Introducción: La hipertensión arterial resistente (HTAr) es una de las formas de hipertensión de mayor complejidad clínica y riesgo cardiovascular. Su prevalencia muchas veces es sobreestimada debido a la pseudoresistencia. Los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) representan un subgrupo de especial vulnerabilidad.

Objetivos: Estimar la prevalencia de HTAr aparente y verdadera en pacientes con DM2.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en una Unidad de Enfermedades Cardiometabólicas entre 2022 y 2025 (N total=3.533; DM2=670). La HTAr aparente se definió como PA no controlada con al menos ≥ 3 antihipertensivos. La HTAr verdadera se definió por la persistencia de valores elevados una vez descartado guardapolvero blanco, combinación farmacológica adecuada y dosis óptimas.

Resultados: Se incluyeron 459 pacientes con DM2 en tratamiento antihipertensivo con presión arterial (PA) de consultorio válida y monitoreo ambulatorio de 24 h (MAPA) disponible. La HTAr aparente se identificó en 74 pacientes (16,1%) y la HTAr verdadera en 38 (8,4%). Del total de HTAr aparente, 35 pacientes (47,2%) correspondieron a pseudoresistencia: 10 (13,5%) por efecto guardapolvero y 31 (41,9%) por tratamiento inadecuado (combinación inapropiada o dosis inadecuada). Los pacientes con HTAr aparente presentaron mayor edad, mayor perímetro de cuello y de cintura, mayor prevalencia de ECV previa y ERC, y peor función renal (menor TFG MDRD) en comparación con el grupo sin HTAr aparente.

Conclusiones: La HTAr aparente en pacientes con DM2 afecta a uno de cada 6 pacientes tratados, pero más de la mitad corresponde a pseudoresistencia, principalmente por combinaciones farmacológicas inapropiadas, representando una oportunidad terapéutica concreta. La correcta clasificación mediante MAPA y análisis del esquema farmacológico es indispensable en este grupo de alto riesgo cardiometabólico.

¿ES LA DIABETES UN CONDICIONANTE DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA Y/O INSUFICIENCIA CARDÍACA? CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS EN UNA POBLACIÓN ATENDIDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE MENDOZA

Agustina FERRETTI, Joaquín GONZÁLEZ, Analía ÁLVAREZ, Pablo FERRADA, Javier ORTEGO, Antonio BERTARINI

HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA. CONTACTO: DRA.AGUSTINAFERRETTI@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) constituye uno de los principales determinantes de enfermedad cardiovascular (ECV), asociándose a mayor carga de factores de riesgo y peor evolución clínica.

Objetivos: Describir la evolución de personas con DM internadas por enfermedad coronaria y/o insuficiencia cardíaca en una unidad coronaria de un hospital de tercer nivel de Mendoza entre diciembre de 2025 y marzo de 2026, y compararla con personas sin DM.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional, en pacientes de ambos sexos, ≥ 18 años de edad, internados por ECV. Se analizaron variables demográficas, antecedentes, factores de riesgo cardiovascular, motivo de internación, parámetros bioquímicos, tratamiento intrahospitalario y evolución clínica.

Resultados: n: 104; 39 (37,5%) presentaban DM (97,4% con DM2). Edad media $56,4 \pm 8$ años y el 82,7% fueron varones. Los pacientes con DM presentaron mayor prevalencia de dislipemia (46,2% vs. 21,5%; $p=0,008$), hipertensión arterial (74,4% vs. 53,8%; $p=0,037$), obesidad (59,0% vs. 33,8%; $p=0,012$), enfermedad renal crónica (25,6% vs. 6,2%; $p=0,005$), retinopatía (17,9% vs. 0%; $p=0,001$), neuropatía (20,5% vs. 0%; $p=0,001$) y disfunción sexual (28,9% vs. 3,1%; $p=0,001$). El IAM-ST fue menos frecuente en el grupo DM (25,6% vs. 49,2%; $p=0,018$), mientras que la hiperglucemia de estrés fue más prevalente (17,9% vs. 4,7%; $p=0,027$). Durante la internación, los pacientes con DM requirieron con mayor frecuencia insulino-terapia endovenosa (51,3% vs. 10,7%; $p=0,001$) y presentaron menores concentraciones de colesterol total ($129,1 \pm 39,5$ vs. $157,1 \pm 46,1$ mg/dl; $p=0,003$) y colesterol LDL ($61,9 \pm 34,3$ vs. $85,9 \pm 40,0$ mg/dl; $p=0,006$). No se observaron diferencias significativas en el requerimiento de inotrópicos, asistencia respiratoria mecánica, duración de la internación ni en la condición al alta, aunque se registraron dos óbitos exclusivamente en el grupo DM.

Conclusiones: En esta cohorte, la DM se asoció a una mayor carga de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades, así como a una mayor complejidad metabólica durante la hospitalización, sin evidenciar diferencias significativas en los desenlaces intrahospitalarios evaluados. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias integrales de prevención y optimización del manejo cardiometabólico en pacientes con DM.

PREDIABETES E INSULINORRESISTENCIA POR ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/HDL-COLESTEROL COMO DETERMINANTES DE HIPERTENSIÓN NOCTURNA

Ezequiel GIORDANI, Gustavo CERRI, Sofía PACHO CALVO, Mariano COSTA, Walter ESPECHE, Martín SALAZAR, Jeremías ALTUNA RUIZ, Julián MINETTO, Alberto TAVELLA

UNIDAD DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA. CONTACTO: EKLGIORDANI@GMAIL.COM

Introducción: La hipertensión (HTA) nocturna -definida por monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) como presión arterial sistólica nocturna ≥ 120 mmHg y/o diastólica ≥ 70 mmHg- constituye un fenotipo hipertensivo de alto impacto pronóstico, más estrechamente vinculado al daño cardiovascular y renal que la presión medida en el consultorio. La prediabetes y la insulinorresistencia, evaluada mediante el cociente triglicéridos/colesterol-HDL (TG/HDL-C), comparten mecanismos fisiopatológicos que favorecen la elevación de la presión arterial nocturna. Sin embargo, el peso relativo de cada una de estas condiciones sobre la HTA nocturna no ha sido analizado conjuntamente en nuestra población.

Objetivos: Estimar la prevalencia de HTA nocturna en cuatro grupos definidos por la combinación de estado glucémico (normoglucemia vs. prediabetes, según criterios de ADA 2026) e insulinorresistencia (TG/HDL-C elevado vs. normal según sexo), e identificar cuál de los dos factores -o su combinación- explica mejor el exceso de riesgo nocturno.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado sobre la base de datos institucional de la UECM del Hospital San Martín de La Plata (período 2022-2025; N total=3.533 pacientes). Se seleccionaron 1.075 pacientes sin diabetes tipo 2 (DM2) establecida con MAPA válido. Cuatro grupos mutuamente excluyentes fueron definidos: G1, normoglucémico sin insulinorresistencia ($n=423$); G2, normoglucémico con insulinorresistencia por TG/HDL-C ($n=157$); G3, prediabético sin insulinorresistencia ($n=285$); y G4, prediabético con insulinorresistencia ($n=210$). La comparación de proporciones de HTA nocturna se realizó mediante prueba exacta de Fisher; se calcularon odds ratios crudos con G1 como referencia. La tendencia ordinal fue evaluada mediante correlación de Spearman.

Resultados: La prevalencia de HTA nocturna fue: G1, 40,2%; G2, 57,3%; G3, 47,7%; G4, 59,0% ($X^2=26,01$; $p<0,001$). Los grupos con insulinorresistencia -G2 y G4- presentaron riesgo significativamente mayor al G1 (OR=2,00; IC95%: 1,38-2,90 y OR=2,15; IC95%: 1,53-3,01, respectivamente; ambos $p<0,001$). En contraste, el grupo con prediabetes, pero sin insulinorresistencia (G3), no alcanzó diferencia estadísticamente significativa respecto del grupo de referencia (OR=1,36; IC95%: 1,00-1,84; $p=0,053$). La presión arterial sistólica nocturna fue significativamente más elevada en G2 y G4 (mediana 118 y 119 mmHg, respectivamente) que en G1 (112 mmHg; $p<0,001$ en ambas comparaciones).

Conclusiones: El índice TG/HDL-C elevado identifica el subgrupo de mayor riesgo de HTA nocturna, tanto en normoglucémicos como en prediabéticos, duplicando aproximadamente el odds respecto del grupo sin alteraciones metabólicas. La prediabetes sin insulinoresistencia acompañante no confiere un exceso de riesgo nocturno estadísticamente significativo. Estos hallazgos sugieren que la evaluación sistemática del índice TG/HDL-C en pacientes con o sin prediabetes podría orientar la indicación de MAPA en la práctica clínica habitual.

PRESENTACIONES PÓSTERES

P35

EL ÁCIDO 4-FENILBUTÍRICO MODULA miARNs CLAVES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN Y PÉRDIDA DE MASA DE CÉLULAS β EN UN MODELO DE PREDIABETES

Sherley FARROMEQUE¹, María Victoria Mencucci¹, Carolina Lisi ROMÁN¹, Luis Emilio FLORES¹, Bárbara MAIZTEGUI¹

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA).

CONTACTO: SFARROMEQUE@MED.UNLP.EDU.AR

Introducción: Una dieta rica en fructosa (DRF) induce en ratas alteraciones endocrino-metabólicas similares a la pre-diabetes (PD) humana, potencialmente mediadas por el estrés del retículo endoplasmático (ERE) y ciertos microARNs (miARNs). El uso de chaperonas químicas (ácido 4-fenilbutírico -PBA-) podría mejorar la homeostasis glucémica y la masa/función celular β mediante la modulación de los miARNs.

Objetivos: Evaluar el efecto del PBA sobre la desregulación de miARNs específicos y su impacto sobre las alteraciones metabólicas y la disfunción celular β en la PD inducida por DRF.

Materiales y métodos: Se alimentaron ratas normales durante 21 días con dieta estándar (C), fructosa al 10% en la bebida (F) o F + PBA (50 mg/kg, i.p. los últimos 5 días de tratamiento). Se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa y se determinaron los niveles séricos de glucosa, triglicéridos (TG), col-total, col-HDL e índice de insulinoresistencia (IR: TG/col-HDL). Se aislaron islotes pancreáticos para evaluar la secreción de insulina estimulada por glucosa (SIEG), expresión de miARNs (*stem-loop*-RT-qPCR) y de genes vinculados al ERE, inflamación, autofagia, señalización de insulina y apoptosis (RT-qPCR). Las interacciones miARN-ARNm y vías asociadas se analizaron mediante multiMiR y DIANA-miRPathsv4.0.

Resultados: La DRF indujo una tolerancia a la glucosa alterada (TGA) y un aumento de la SIEG y del índice IR ($p < 0,05$); disminuyó los niveles de col-HDL y aumentó los de TG y col-noHDL. Además, incrementó la expresión de genes asociados a ERE, autofagia, inflamación y apoptosis, y la expresión del miR-29a-3p (78,2%, asociado a menor expresión de IRS-1; $p < 0,05$) y redujo la expresión del miR-375-3p y miR-204-5p y de mediadores de la vía de insulina ($p < 0,05$). Las vías enriquecidas incluyeron PI3K-Akt, ERE, FOXO y AGE-RAGE. El uso de PBA revirtió la TGA (área bajo la curva: C: 19.403 ± 473 ; F: 25.155 ± 939 ; PBA: 21.517 ± 1.084 mg/dl/120 min) y la dislipemia ($p < 0,05$), restituyó la SIEG, revirtió todas las alteraciones en la expresión génica y redujo la expresión de miR-29a-3p, hecho que se asoció con una mayor expresión de genes antiapoptóticos y antioxidantes.

Conclusiones: La desregulación de miR-29a-3p, miR-375-3p y miR-204-5p inducida por DRF contribuiría a la disfunción y pérdida de la masa β en la PD. El PBA modularía su expresión y los intermediarios de las vías asociadas, sugiriendo su potencial terapéutico para prevenir o retrasar la transición de PD a diabetes tipo 2.

P36

PROGRAMACIÓN DE ALTERACIONES EN EL CORAZÓN DE LA PROGENIE DE RATA DIABÉTICA: EFECTO DE DIETAS GESTACIONALES RICAS EN ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN

Virginia TAYLOR, Florencia SCHIBERT, Romina HIGA, Alicia JAWERBAUM

CEFYO, UBA-CONICET. CONTACTO: VIRGINIASOLEADATAYLOR@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) materna programa patologías metabólicas y cardiovasculares en la progenie, en vinculación a la inducción de un entorno proinflamatorio. Los receptores activados por proliferadores peroxisomales (PPAR) regulan procesos metabólicos y antiinflamatorios, y son activados por el ácido oleico, componente mayoritario del aceite de oliva extra virgen (EVOO).

Objetivo: Evaluar si la suplementación dietaria con EVOO brindada en la preconcepción y preñez a ratas con DM pregestacional (F0) o a su descendencia que desarrolla DM gestacional (F1) previene alteraciones en marcadores proinflamatorios y expresión de los PPAR en el corazón de la hembra F1 en período de posparto.

Materiales y métodos: Se evaluaron ratas hembra F1: 1) descendientes de ratas sanas (controles) (grupo dC) y 2) descendientes de ratas hembra con DM moderada (inducida por administración neonatal de estreptozotocina, 90 mg/kg sc): a) alimentadas con dieta estándar (grupo dD), b) cuyas madres recibieron una dieta rica en EVOO (6%) en preconcepción (2 semanas previas al apareo con machos sanos) y preñez de la F0 (grupo dDO-F0) y c) que recibieron la dieta rica en EVOO en su preconcepción y preñez (grupo dDO-F1). Luego de la preñez y la lactancia, a los 5 meses de edad se evaluaron marcadores proinflamatorios y expresión de PPAR (mediante RT-qPCR) en el corazón materno ($n=6-8$ por grupo, provenientes de diferentes madres). Los resultados se analizaron por ANOVA.

Resultados: Ratas hembra, en posparto, descendientes de ratas diabéticas (dD), mostraron en el corazón elevada expresión génica de marcadores proinflamatorios: TNF α , iNOS y MMP9 ($p < 0.05$ dD vs. dC), alteraciones que se previenen

en los grupos que recibieron la dieta rica en EVOO en la F0 o la F1 ($p < 0.05$ dDO-F0 y dDO-F1 vs. dD). El corazón materno mostró elevada expresión génica de PPAR α en las hembras dD ($p < 0.05$ vs. dC), alteración que se previene con la dieta rica en EVOO en la F0 ($p < 0.05$ dDO-F0 vs. dD) y no en la F1. Además, se evidenció menor expresión génica de PPAR γ en el corazón de hembras dD ($p < 0.05$ dD vs. dC), alteración que se previno en los grupos que recibieron la dieta rica en EVOO en la F0 y la F1 ($p < 0.05$ dDO-F0 y dDO-F1 vs. dD).

Conclusiones: La DM materna programa alteraciones en el corazón de su descendencia hembra en posparto, que en parte se previenen ante el tratamiento materno rico en EVOO brindado en la preconcepción y la gestación de la F0 o la F1, sugiriendo beneficios gestacionales e intergeneracionales de esta intervención nutricional.

P37

SÍNDROME METABÓLICO Y ENVEJECIMIENTO: EFECTOS DE UN MEDIO AMBIENTE ENRIQUECIDO SOBRE LA ULTRAESTRUCTURA DEL NERVIÓ OPTICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI, Santiago PRIOTTO, Manuel DÍAZ MARTIN, Gabriela REARTES, Gastón REPOSSI
INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC; INICSA (CONICET-UNC). CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: En modelos de síndrome metabólico (SM) se encontraron modificaciones histológicas en el sistema nervioso central (SNC), provocadas por múltiples alteraciones fisiopatológicas. El estudio del nervio óptico (NO) constituye un modelo para entender el daño del SM a nivel del SNC. Un ambiente enriquecido (AE), que fomenta una mayor actividad física y estímulos neurocognitivos en modelos experimentales, ha demostrado ser beneficioso para distintas enfermedades neurodegenerativas.

Objetivos: Estudiar el efecto de la exposición a un AE sobre la ultraestructura del NO en un modelo experimental de SM y envejecimiento.

Materiales y métodos: 36 ratas Wistar machos (12 meses al iniciar el ensayo) fueron divididas en seis grupos. Para alterar su metabolismo se utilizó dieta con 30% grasas saturadas (HFD) y/o consumo moderado (0,42 g/kg peso/día) de alcohol (Alc). Los grupos control consumieron dieta Chow. El grupo con AE se alojó en una jaula de 250 dm³, con ruedas de correr y rampas, los otros en cajas estándar de bioterio (20 dm³). El ensayo duró 16 meses. Se estudiaron marcadores metabólicos y neurocognitivos. Al finalizar el ensayo, los NO fueron procesados para microscopía electrónica de transmisión. Los datos se analizaron mediante ANOVA, $p \leq 0,05$.

Resultados: Los grupos con dieta HFD y/o Alc desarrollaron SM. Los animales con AE al final del ensayo tuvieron glucemias (118 mg/dl) y pesos normales. En las pruebas neurocognitivas se observaron diferencias entre los distintos grupos. En el NO de ratas con SM se observaron signos de atrofia, alteraciones mitocondriales y engrosamiento de las vainas de mielina (entre 39-233%) comparadas con los control. En los NO de todos los animales con dieta HFD se hallaron más depósitos electrodensos intracitoplasmáticos y en los grupos que consumieron HFD+Alc la vaina de mielina presentó una mayor separación del axón (50-75% más) que en controles. En el grupo Alc, las mitocondrias se observaron de mayor tamaño (119 vs. 107 nm) que en el control.

Conclusiones: Los animales con ingesta de dieta HFD y envejecidos demostraron ser un modelo exitoso de SM. Los desbalances metabólicos se agravaron con el aporte de alcohol y sedentarismo. El SM se asociaría con daño del SNC caracterizado por alteraciones mitocondriales y de la mielina observadas en los NO. La exposición a un AE, en este modelo, logró mejorar parámetros metabólicos y neurocognitivos, pero no mostró efectos significativos sobre las alteraciones en los NO.

P38

EFECTOS DE UN AMBIENTE ENRIQUECIDO SOBRE DIABESIDAD Y NEURODEGENERACIÓN EN UN MODELO EXPERIMENTAL MURINO

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI, Manuel DÍAZ MARTIN, Santiago PRIOTTO, Gastón REPOSSI
INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC; INICSA (CONICET-UNC). CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: Diabetes a la coexistencia de diabetes (DM) y obesidad. Trabajos epidemiológicos y experimentales observaron que esta comorbilidad aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas.

Objetivos: Determinar el efecto de dietas ricas en grasas saturadas (HFD), consumo de alcohol y un ambiente enriquecido (AE) sobre marcadores clínicos, metabólicos, neurocognitivos e histopatológicos en un modelo de diabetes.

Materiales y métodos: Se usaron 60 ratas Wistar macho, divididas en cinco grupos con distintas características nutricionales y ambientales: 1) dieta chow (control); 2) dieta HFD; 3) consumo moderado de alcohol (Alc); 4) grasas saturadas+alcohol (HFD+Alc), estos animales se alojaron en cajas estándar de bioterio; 5) dieta HFD+Alc, alojado en un AE (HFD+Alc+AE): jaula de mayor tamaño, más posibilidad de actividad física y estímulos ambientales. El ensayo duró 16 meses. Se estudiaron las variables clínicas, bioquímicas, neurocognitivas e histopatológicas.

Resultados: Los grupos HFD, Alc y HFD+Alc mostraron un peso (535; 640 y 550g) y un índice de masa corporal (IMC) aumentados al final del ensayo, comparados con control (419,8 g) y HFD+Alc+AE (411,5 g). Los animales con HFD y/o alcohol mostraron valores elevados de HbA1c ($\geq 6,5\%$) y glucemias ≥ 125 mg/dl, mientras control (≥ 100 mg/dl) y HFD+Alc+AE (119,67 mg/dl) fueron normoglucémicos. Se observaron aumentos en el índice HOMA-IR en los grupos experimentales.

Todos los grupos con HFD fueron hipercolesterolemicos (≥ 200 mg/dl); HFD, Alc y HFD+Alc fueron hipertrigliceridémicos (≥ 150 mg/dl). En el grupo control las lipidemias fueron normales. Test neurocognitivos: en suspensión de la cola y laberinto de 8 ramas, los grupos experimentales tuvieron un menor desempeño que el control. El grupo HFD+Alc+AE obtuvo valores similares al control en las variables "head deeping" y "rearing" del *Hole board test*. Se observaron alteraciones histológicas en el hipocampo y en la mielina en los grupos experimentales. El grupo HFD+Alc+AE mostró valores similares a los controles en espesor del hipocampo y peso de los órganos.

Conclusiones: Una dieta HFD y un consumo moderado de alcohol asociado al sedentarismo y al envejecimiento producen diabetes y neurodegeneración, produciendo daño al SNC y deterioro cognitivo. Los animales en un medio AE, más estimulados y con posibilidad de realizar actividad física, aún con la misma dieta, mostraron menos alteraciones en los parámetros estudiados.

P39

EFFECTO DE LA SEMAGLUTIDA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI¹, Francisca ROBERTS, Gabriela REARTES, Manuel DÍAZ MARTIN, Santiago PRIOTTO, Gastón REPOSSI

INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC; INICSA (CONICET-UNC). CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es una combinación de alteraciones originadas por una suma de componentes genéticos y factores de riesgo, principalmente estilos de vida poco saludables, que favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 (DM2). El SM está asociado con un aumento en el riesgo de deterioro cognitivo y su evolución hacia un trastorno neurocognitivo mayor. El tratamiento con semaglutida, una incretina sintética, mejoró las alteraciones observadas en varias neuropatías periféricas y centrales, incluyendo modelos de enfermedad de Alzheimer, Parkinson e infarto cerebral.

Objetivos: Determinar el efecto de la administración de semaglutida sobre las alteraciones producidas en el sistema nervioso central por el SM en un modelo experimental murino.

Materiales y métodos: 40 ratas Wistar, de 12 meses al inicio del ensayo, fueron alimentadas con una dieta enriquecida al 30% con grasas saturadas para provocar SM. Esta dieta se mantuvo durante los 9 meses del ensayo. Al tercer mes, cuando los animales ya presentaban SM, se dividieron en dos grupos y uno de los grupos recibió tratamiento con semaglutida (8 ug/kg de peso/semana) por 6 meses, el otro fue control. Se realizaron resonancias magnéticas nucleares (RMN) de cerebro y test neurocognitivos a los animales. Al terminar el ensayo se sacrificaron y los cerebros se procesaron para realizar preparados inmunohistoquímicos para MOG (marcador de oligodendroglía) y claudin-11 (marcador de mielina). Los datos obtenidos fueron analizados mediante ANOVA, $p \leq 0,05$.

Resultados: En las pruebas neurocognitivas todos los animales disminuyeron su desempeño con la edad; los tratados con semaglutida mostraron mejores resultados que los controles. El grupo con semaglutida mostró mayores tamaños en los parámetros del SNC medidos en las RMN (excepto en el ancho del ventrículo lateral) que en el grupo control. El peso del cerebro (1,45 vs. 1,64) fue mayor en el grupo semaglutida. En los análisis inmunohistoquímicos se observó una mayor expresión de MOG en los hipocampos de los animales tratados con semaglutida (171,37 vs. 143,72) comparados con los controles. No se hallaron diferencias en niveles de Claudin-11.

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida mejoró el desempeño en las pruebas neurocognitivas de los animales experimentales. También se hallaron diferencias en los parámetros analizados en las imágenes de RMN y en los preparados inmunohistoquímicos con los animales del grupo control.

P40

EFFECTO DE LA SEMAGLUTIDA EN UN MODELO DE SÍNDROME METABÓLICO: ESTUDIO DE ESTRÉS OXIDATIVO EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ULTRAESTRUCTURA DEL NERVIÓ ÓPTICO

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI¹, Santiago PRIOTTO², Manuel DÍAZ MARTIN¹, Lola BARROS¹, Gastón REPOSSI¹

¹ INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC. ² INICSA, CONICET-UNC. CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: En estudios clínicos y experimentales de síndrome metabólico (SM), un conjunto de alteraciones metabólicas que favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 (DM2), se encontraron incrementos en marcadores de estrés oxidativo e inflamatorios y alteraciones estructurales en el sistema nervioso central (SNC). Estudiar la ultraestructura del nervio óptico (NO) constituye un buen modelo para entender el daño del SM a nivel del SNC. El tratamiento con semaglutida, un análogo sintético de GLP-1 utilizado para el tratamiento de la DM2 y la obesidad, ha demostrado resultados promisorios sobre distintas enfermedades neurodegenerativas.

Objetivos: Determinar el efecto de la semaglutida sobre los niveles del estrés oxidativo en el SNC y alteraciones ultraestructurales en el NO en un modelo experimental de SM.

Materiales y métodos: Dos grupos de ratas Wistar (10 M y 10 H cada uno), de 12 meses al inicio del ensayo, fueron alimentadas con una dieta enriquecida al 30% con grasas saturadas para provocar SM. Esta dieta se mantuvo durante los 6 meses del ensayo. Al tercer mes, cuando los animales ya presentaban SM, uno de los grupos recibió tratamiento con se-

maglutida (8 ug/kg de peso/semana). Al finalizar el ensayo, se sacrificaron los animales, se obtuvieron muestras de tejido del SNC y los NO. En las muestras de SNC se determinaron niveles de óxido nítrico, peróxidos y actividad GGT. Los NO fueron procesados para microscopia electrónica. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente mediante test t, $p \leq 0,05$.

Resultados: En el SNC de las ratas macho tratadas con semaglutida fueron menores los niveles de hidroperóxidos (0,45 vs. 0,57 ug/mg prot) y actividad específica de GGTP (0,008 vs. 0,024) comparadas con los controles, mientras que los de nitritos se hallaron aumentados (0,46 vs. 0,34 ug/mg prot). En los niveles de lipoperóxidos, para ambos sexos y en los otros marcadores en los grupos de ratas hembras, no se encontraron diferencias significativas. En el análisis ultraestructural del NO, en los animales tratados con semaglutida se observó una menor cantidad promedio de axones (27,67 vs. 33,83); estos eran de menor diámetro (137,33 vs. 157,33 nm), tenían una vaina de mielina de mayor grosor (51,67 vs. 43,67 nm) y presentaban burbujas en la mielina (blebs) de menor tamaño (50,88 vs. 55,17 nm) comparados con los controles. Las mitocondrias presentaron menores alteraciones en los NO de animales tratados con semaglutida.

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida disminuye los niveles de estrés oxidativo en el SNC producido por las alteraciones metabólicas del SM. También se observaron cambios morfológicos ultraestructurales en el NO, con una vaina de mielina y mitocondrias en mejores condiciones.

P41

EFFECTO DE LA SEMAGLUTIDA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO: ESTUDIOS NEUROCOGNITIVOS, NEUROIMÁGENES E INMUNOHISTOQUÍMICOS

Gustavo Tomás DÍAZ GEREVINI¹, Leandro VALDÉZ¹, Santiago PRIOTTO², Manuel DÍAZ MARTÍN¹, Gastón REPOSSI¹

¹ INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FCM, UNC. ² INICSA, CONICET-UNC. CONTACTO: GREPOSSI@FCM.UNC.EDU.AR

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es una combinación de alteraciones metabólicas originadas por una suma de componentes genéticos y factores de riesgo, principalmente estilos de vida poco saludables, que favorecen el desarrollo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 (DM2). Se han encontrado asociaciones positivas del SM con enfermedades neurodegenerativas. El tratamiento con semaglutida, un agonista de GLP-1R que se utiliza para el tratamiento de pacientes con DM2 y obesidad, disminuyó la gravedad de los síntomas motores asociados con la enfermedad de Parkinson, también se documentaron acciones neuroprotectoras después de una lesión axonal. La semaglutida mejoró las alteraciones observadas en varias neuropatías periféricas y centrales, incluyendo modelos de enfermedad de Alzheimer e infarto cerebral. Con otras incretinas sintéticas, se pudo observar en modelos experimentales un incremento significativo en la mielinización.

Objetivos: Determinar el efecto de la administración de semaglutida sobre las alteraciones producidas en el sistema nervioso central por el SM en un modelo experimental.

Materiales y métodos: Dos grupos de ratas Wistar (10 M y 10 H cada uno), de 12 meses al inicio del ensayo, fueron alimentadas con una dieta enriquecida al 30% con grasas saturadas para provocar SM. Esta dieta se mantuvo durante los 6 meses del ensayo. Cuando los animales ya presentaban SM, uno de los grupos recibió tratamiento con semaglutida (8 ug/kg de peso/semana). A los animales se les realizaron antes del final del ensayo imágenes del cerebro por resonancia magnética nuclear (RMN) y test neurocognitivos. Al terminar el experimento, se sacrificaron los animales, se extrajeron los cerebros y se procesaron para realizar preparados inmunohistoquímicos para MOG (marcador de oligodendroglía) y claudin-11 (marcador de mielina). Los datos obtenidos fueron analizados mediante ANOVA, $p \leq 0,05$.

Resultados: En las pruebas neurocognitivas todos los animales disminuyeron su desempeño con la edad. Los animales tratados con semaglutida mostraron mejores resultados que los controles. En el grupo tratado con semaglutida se observaron mayores tamaños en los parámetros del SNC medidos en las RMN (excepto en el ancho del ventrículo lateral) que en los animales del grupo control. El peso del cerebro (1,45 vs. 1,64) fue mayor peso en el grupo semaglutida que en el control. En los análisis inmunohistoquímicos se observó una mayor expresión de MOG en los hipocampos de los animales tratados con semaglutida (171,37 vs. 143,72) comparados con los controles. No se hallaron diferencias en los niveles de Claudin-11.

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida mejoró el desempeño en las pruebas neurocognitivas de los animales experimentales. También se hallaron diferencias en los parámetros analizados en las imágenes de RMN y en los preparados inmunohistoquímicos con los animales del grupo control.

P42

UN MISMO PACIENTE DIFERENTES DIAGNÓSTICOS: IMPACTO DE LOS NUEVOS PUNTOS DE CORTE SOBRE LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN Y LA RECLASIFICACIÓN DE LOS FENOTIPOS DE PRESIÓN ARTERIAL EN DIABETES TIPO 2

Gustavo Ricardo CERRI, Walter Gastón ESPECHE, Julián MINETTO, Sofía PACHO CALVO, Ezequiel GIORDANI, Mariano COSTA, Jeremías ALTUNA RUIZ, Juan Francisco TODOROFF, Juan Ignacio PÉREZ DUHALDE, Pablo Javier CAMPILLO, Lautaro REITOVICH, Daniel OLANO, Daniela GÓMEZ, Ana DE IRAOLA, Carlos Enrique LEIVA SISNIEGUEZ, Martín Rogelio SALAZAR UNIDAD DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA. CONTACTO: GUSTAVORCERRI92@GMAIL.COM

Introducción: La coexistencia entre hipertensión arterial (HTA) y diabetes tipo 2 (DM2) es frecuente y se asocia con mayor riesgo cardiovascular (RCV). Sin embargo, persisten controversias respecto de los puntos de corte de presión arterial (PA) recomendados por las distintas guías internacionales, tanto en el consultorio como en el monitoreo ambulatorio de

presión arterial (MAPA). Un mismo paciente con DM2 en la Argentina podría ser clasificado de manera diferente según el criterio aplicado, modificando no solo la prevalencia de HTA, sino también la distribución de los fenotipos de PA.

Objetivos: Evaluar el impacto de la utilización de diferentes puntos de corte sobre la prevalencia de HTA y la reclasificación de los fenotipos de PA en pacientes con DM2.

Materiales y métodos: Estudio transversal en pacientes con DM2 sin tratamiento antihipertensivo derivados para realizar MAPA. Se clasificaron los fenotipos de PA utilizando los criterios de las sociedades de hipertensión americana (ACC/AHA) y europea/internacional (ESH/ISH). Se evaluó prevalencia, direccionalidad (McNemar/StuartMaxwell), concordancia (kappa), flujos de reclasificación (mapa de calor/ flujograma sankey) e índice de reclasificación neta entre clasificaciones.

Resultados: Se incluyeron 187 pacientes (56,7% mujeres, $54,1 \pm 9,5$ años, evolución DM $6,21 \pm 6,47$ años). Al aplicar nuevos puntos de corte ACC/AHA, la prevalencia de HTA aumentó de 41,2% a 62,6%. La distribución de los fenotipos difirió significativamente. El acuerdo fue moderado. La reclasificación ocurrió hacia categorías de mayor riesgo (35,8%). Solo el 30,6% de los normotensos según ESH/ ISH permaneció en esa categoría.

FENOTIPOS ESH/ISH	Normotensión ACC/AHA	HT-GB ACC/AHA	HT-EN ACC/AHA	Hipertensión ACC/AHA
Normotensión	30,6%	34,7%	20,4%	14,3%
HT-GB	8,3%	91,7%	—	—
HT-EN	—	—	55,1%	44,9%
Hipertensión	—	—	—	100,0%
Total	8,0%	9,6%	19,8%	62,6%

Tabla: Matriz de transición de fenotipos de presión arterial expresada como mapa de calor.

Conclusiones: En pacientes con DM2, la implementación de puntos de corte de PA más bajos, dentro y fuera del consultorio, tiene un impacto profundo no solo en la prevalencia de HTA, sino también en la caracterización de los fenotipos de PA. En un contexto donde, tanto a nivel internacional como nacional, diferentes sociedades científicas recomiendan estrategias diagnósticas distintas para esta población, la elección del criterio utilizado puede modificar sustancialmente la distribución de los fenotipos de PA y, en consecuencia, la estratificación individual del riesgo cardiovascular.

P43

ESTUDIO DESCRIPTIVO EN RELACIÓN CON EL ADECUADO CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES

Marcela Patricia CIKES¹, Claudio Daniel GONZÁLEZ², Manuela ALBITRE¹, Malen del Rosario TORRES¹, Ana Belén PETRI¹

¹ CONSULTORIO PRIVADO, SAN NICOLÁS DE LOS ARROYOS, BUENOS AIRES. ² DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC, BUENOS AIRES. CONTACTO: MARCELACIKES@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) y los factores de riesgo cardiovascular constituyen una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal crónica, amputaciones no traumáticas y ceguera adquirida en adultos. La educación diabetológica y la entrevista motivacional son herramientas relevantes para mejorar la adherencia terapéutica y promover cambios conductuales sostenidos. Surge así la necesidad de implementar estrategias de seguimiento integral orientadas a optimizar el control metabólico en personas con DM.

Objetivos: Evaluar la diferencia entre los valores basales y tras 20 meses de una intervención con consultas motivacionales y de control, en IMC, HbA1C, perfil lipídico y tensión arterial, así como los factores asociados con las mencionadas diferencias, en pacientes de un consultorio privado de San Nicolás, entre abril de 2024 y enero de 2026.

Materiales y métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo, realizado en un consultorio privado de San Nicolás, Buenos Aires, entre abril de 2024 y enero de 2026. Muestra: 72 pacientes con DM1 o DM2, mayores de 18 años, que participaron voluntariamente y completaron el seguimiento. Intervención: consulta motivacional y educación diabetológica individualizada cada 4 meses. Variables: edad, sexo, IMC, HbA1c, tensión arterial, LDL, alimentación, actividad física y perfil psicoemocional. Análisis mediante estadística descriptiva (T-Student -Chi² regresión lineal múltiple).

Resultados: Se evaluaron 72 pacientes (23 mujeres, 49 hombres), edad media 62.9 años (rango 26-83), durante 20 meses de consultas cuatrimestrales. Se registró una reducción significativa del IMC ($0,33 \text{ kg/m}^2$, $p < 0,02$) y de la TAD ($2,70 \text{ mmHg}$, $p < 0,02$), sin cambios significativos en la HbA1C. La reducción del IMC se asoció al sexo femenino ($p < 0,02$), ajustada por PIL, y la reducción de la TAD se asoció a la presencia de un acompañante en la consulta.

Conclusiones: La incorporación de consultas motivacionales y educación diabetológica individualizada cuatrimestral podría asociarse a mejoras significativas en el IMC y la TAD en pacientes con DM. Aunque de magnitud clínica limitada, su consistencia estadística respalda el valor de la entrevista motivacional como herramienta complementaria en el abordaje integral del paciente con DM.

IMPACTO DE LOS NUEVOS PUNTOS DE CORTE DE PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA SOBRE LA PREVALENCIA Y RECLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN NOCTURNA AISLADA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Gustavo Ricardo CERRI, Walter Gastón ESPECHE, Julián MINETTO, Sofía PACHO CALVO, Ezequiel GIORDANI, Mariano COSTA, Jeremías ALTUNA RUIZ, Juan Francisco TODOROFF, Juan Ignacio PÉREZ DUHALDE, Pablo Javier CAMPILLO, Lautaro REITOVICH, Daniel OLANO, Daniela GÓMEZ, Ana DE IRAOLA, Carlos Enrique LEIVA SISNIEGUEZ, Martín Rogelio SALAZAR
UNIDAD DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, HIGA SAN MARTÍN, LA PLATA. CONTACTO: GUSTAVORCERRI92@GMAIL.COM

Introducción: La hipertensión nocturna aislada (HNA) es una entidad prevalente y de importante connotación pronóstica en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). La guía americana (ACC/AHA) propone umbrales nocturnos más bajos para el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) que los recomendados por la guía europea e internacional (ESH/ISH). Sin embargo, se desconoce el impacto de estos sobre la prevalencia y la caracterización de la HNA en DM2.

Objetivos: Evaluar el impacto de los nuevos puntos de corte ACC/AHA sobre la prevalencia y la reclasificación de la HNA en pacientes con DM2.

Materiales y métodos: Estudio transversal en adultos con DM2 sometidos a MAPA entre 2022 y 2025. La HNA se definió como presión arterial nocturna elevada con período diurno normal según criterios ESH/ISH ($\geq 120/70$ mmHg) o ACC/AHA ($\geq 115/65$ mmHg). Se analizó prevalencia, concordancia (kappa) y flujos de reclasificación (mapa de calor/flujograma sankey) entre categorías de MAPA.

Resultados: Se incluyeron 634 pacientes (58% mujeres, 56.3 ± 10.1 años, evolución DM 8.51 ± 7.98 años). Si bien la prevalencia de hipertensión nocturna aumentó (62,5% a 83,3%), la prevalencia de HNA no varió: 21,6% (IC 18,4-24,8) vs. 22,1% (IC 18,9-25,3) al aplicar los puntos de corte ACC/AHA. El acuerdo entre las categorías fue moderado. Se observó una importante reclasificación individual: casi la mitad de los HNA según ESH/ISH fueron reclasificados como hipertensos sostenidos con ACC/AHA, mientras que una gran proporción de los HNA definidos por ACC/AHA provenía de sujetos previamente normotensos. Los pacientes identificados exclusivamente por ACC/AHA presentaron mayor edad y proporción de mujeres con menor PA de consultorio y creatinina.

Categorías MAPA ESH/ISH	Normotensos	HDA	HNA	Hipertensión sostenida
Normotensos	100,0%	73,7%	54,3%	4,9%
HDA	—	26,3%	9,5%	—
HNA	—	—	45,7%	18,8%
Hipertensión sostenida	—	—	—	66,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla: Reclasificación individual de las categorías de MAPA, expresada como mapa de calor.

Conclusiones: La aplicación de los puntos de corte ACC/AHA no modifica la prevalencia de HNA en pacientes con DM2. Sin embargo, los pacientes identificados exclusivamente por cada criterio presentan características clínicas diferentes, lo que sugiere que ambos enfoques no seleccionan exactamente a la misma población.

COMPORTAMIENTO DEL RITMO CARDÍACO ANTE EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Juan Manuel PAIRETTI, María Victoria LISA, Esteban MARTÍNEZ KERZA, Camila PÉREZ, Luciana PEIRANO, Antonio SALEME
SANATORIO SANTA FE, SANTA FE. CONTACTO: JUANMANUELPAIRETTI29@GMAIL.COM

Introducción: La hipoglucemia en la diabetes tipo 1 (DM1) se asocia con activación simpático-adrenal y alteraciones electrolíticas que podrían favorecer la aparición de arritmias cardíacas. Sin embargo, la evidencia disponible es heterogénea y con diferencias metodológicas por lo que existe escasa información obtenida en condiciones de la vida real utilizando tecnologías actuales de monitoreo continuo de glucosa (MCG).

Objetivos: Evaluar la presencia de alteraciones del ritmo cardíaco durante episodios de hipoglucemia en adultos con DM1 mediante MCG y holter cardíaco simultáneos.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo en adultos con DM1, sin enfermedad cardiovascular ni neuropatía autonómica. Los participantes realizaron monitoreo simultáneo con MCG y Holter de 3 canales durante 96 horas en condiciones habituales de la vida. La hipoglucemia se definió como glucosa intersticial <70 mg/dl. Se describieron las características clínicas y los hallazgos electrocardiográficos mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, con una mediana de edad de 33 años; 62,5% fueron hombres. Todos presentaron hipoglucemia nivel 1 y 62,5% hipoglucemia nivel 2. Se detectaron arritmias en 6 pacientes (75%) durante la hipoglucemia y en 7 (87,5%) durante la normoglucemia. Las alteraciones más frecuentes fueron extrasístoles supraventriculares,

extrasístoles ventriculares y taquicardia sinusal. No se observaron prolongaciones del intervalo QTc durante hipoglucemia. En un paciente se registró un bloqueo auriculoventricular de segundo grado tipo Mobitz II coincidente con un episodio hipoglucémico.

Conclusiones: En esta serie de pacientes con DM1, las alteraciones del ritmo cardíaco fueron frecuentes, tanto durante la hipoglucemia como durante la normoglucemia. No se evidenció prolongación del QTc durante los episodios hipoglucémicos, aunque se identificó un trastorno de conducción potencialmente relevante. Estos hallazgos sugieren una importante heterogeneidad electrofisiológica y respaldan la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral para definir la relación entre la hipoglucemia y el riesgo arritmico.

Variable	Resultado
Arritmias durante hipoglucemia	6 (75%)
Arritmias durante normoglucemia	7 (87,5%)
Alteración de QTc durante hipoglucemia	0 (0%)
Bloqueo AV 2° Mobitz II durante hipoglucemia	1 (14%)

Tabla: Hallazgos electrocardiográficos registrados.

P46

MÁS ALLÁ DEL IMC: FENOTIPADO CARDIOMETABÓLICO MULTIDIMENSIONAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA MEDIANTE COMPOSICIÓN CORPORAL, INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA Y MARCADORES NEUROENDOCRINOS DE ESTRÉS

Alejandro DAIN¹, Luciana MEZZANO¹, María Sol MARCHESINI¹, Carolina DiMURO², Valeria RODRÍGUEZ³, Verónica OJEDA HEREDIA⁴, Cintia DÍAZ LUJÁN¹, Gabriela REARTES⁵

¹ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, CÁTEDRA DE BIOLOGÍA CELULAR, HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA, INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, INCISA, CÓRDOBA, ² UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ESCUELA DE NUTRICIÓN, CÓRDOBA, ³ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, CÁTEDRA DE QUÍMICA BIOLÓGICA, UNC, ⁴ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, CÁTEDRA DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS, UNC, CÓRDOBA, ⁵ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ESCUELA DE NUTRICIÓN, UNC. CONTACTO: ALEJANDRODAINLERNER@HOTMAIL.COM

Introducción: La prevalencia argentina de obesidad y diabetes tipo 2 (DM2) alcanza el 33,7% y el 12,7% respectivamente (ENFR 2019). El IMC tiene baja sensibilidad para detectar la adiposidad en jóvenes con masa muscular conservada. El porcentaje de grasa corporal (PGC) por CUN-BAE, el FINDRISC, la PCR y el cortisol salival matutino permiten una estratificación cardiometabólica más sensible y sexo-específica.

Objetivos: Cuantificar la concordancia entre IMC, PGC y FINDRISC en estudiantes de 2° año de Medicina, evaluar las alteraciones bioquímicas y neuroendocrinas subclínicas en el subgrupo de mayor riesgo y caracterizar el dimorfismo sexual del riesgo cardiometabólico.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, en dos etapas. Etapa 1 (N=153): antropometría, bioimpedancia tetrapolar, FINDRISC, PSQI e IPAQ. Etapa 2 (n=33; riesgo intermedio/alto en ≥1 clasificador): perfil lipídico, hepatograma, uricemia, PCR turbidimétrica (LD=5 mg/L; imputación *left-censored* a 2,5 mg/L) y cortisol salival (7-9 h) por ELISA. Análisis por sexo en etapa 1. Estadística: Kappa de Cohen, Spearman, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$). Aprobación por comité de ética institucional.

Resultados: IMC $24,1\pm3,6$; PGC $27,7\pm6,4\%$; FINDRISC $4,4\pm3,0$. Concordancia: κ IMC-PGC=0,33; κ IMC-FINDRISC=0,025; κ PGC-FINDRISC=0,127. Obesidad normopeso 18,2%. Por sexo (mujeres vs. varones): sobrepeso/obesidad IMC 29,0% vs. 57,4%; PGC alto 20,0% vs. 34,0%; IPAQ alto 31,0% vs. 60,0%; IPAQ insuficiente 27,6% vs. 6,7%; sueño deficiente 7,3% vs. 17,8%. Subgrupo bioquímico (n=33): GPT>40 U/L 33,3%; PCR>5 mg/L 12,1%; hipercolesterolemia 21,2%; cortisol Q3-Q4 ($\geq 0,53$ µg/dL) 45,5%. Correlaciones: PGC-PCR $p=+0,445$ ($p=0,009$); PGC-eritrocitos $p=-0,516$ ($p=0,002$); GOT-LDL $p=+0,535$ ($p=0,001$). PGC superó al IMC para predecir inflamación.

Conclusiones: La baja concordancia entre clasificadores ($\kappa < 0,35$) confirma que el IMC subestima el riesgo cardiometabólico. La obesidad normopeso (18,2%), hipertransaminasemia (33,3%) e inflamación subclínica (12,1%) configuran un perfil de riesgo modificable. El análisis estratificado evidencia un dimorfismo marcado: los varones duplican la adiposidad por IMC y PGC pese a mayor actividad vigorosa, mientras las mujeres concentran la actividad insuficiente. El cortisol elevado (45,5% Q3-Q4) y la correlación PGC-PCR ($p=+0,445$) respaldan el estrés crónico y la adiposidad central como impulsores tempranos. Se propone un cribado cardiometabólico tridimensional y diferenciado por sexo al ingreso a Medicina.

P47

IMPACTO DE UN PROGRAMA AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARIO SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES TIPO 2

Rita María COLOMBO, Julián EIZAYAGA, Vania FLORES REYES, Sandra MONCAYO, Alejandra NEPOTE, Osvaldo FRETES, Marcela MARTÍNEZ, María Cristina FAINGOLD

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN. CONTACTO: RITACOLOMBO98@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica de alta prevalencia. Un control metabólico inadecuado se asocia a un mayor riesgo de daño macro y microvascular, con incremento de la morbilidad. Los adultos mayores con DM2 presentan además mayor riesgo de fragilidad lo que exige un abordaje individualizado, multidisciplinario temprano e intensificado.

Objetivos: Evaluar resultados bioquímicos, antropométricos y presentación de complicaciones crónicas a 1 y 2 años de seguimiento utilizando un programa desarrollado en un circuito de atención ambulatorio multidisciplinario.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 455 pacientes con DM2 ≥ 60 años de 2021 a 2025. Se evaluaron los cambios antropométricos, metabólicos y la incidencia de complicaciones vasculares al año y a los 2 años de seguimiento. Se describieron variables cuantitativas como media y desvío estándar; las cualitativas por porcentajes. Las comparaciones basal-seguimiento se realizaron mediante prueba t de Student para muestras apareadas y prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 455 pacientes (73,3±6,3 años; 61,5% mujeres). Al ingreso, el 27,7% presentaba complicaciones macrovasculares, IAM (n=69), ACV (n=35) y enfermedad vascular periférica (n=33), mientras que el 32,5% presentaba complicaciones microvasculares, predominando la neuropatía periférica (n=54) y autonómica (n=39). Al año se observaron reducciones significativas del peso (80,4 vs. 79,4 kg; p:0,0003), glucemia (137,8 vs. 129,0 mg/dl; p:0,005), HbA1c (7,21 vs. 6,96%; p:0,003), colesterol total (CT) (166,7 vs. 157,7 mg/dl; p:0,004) y triglicéridos (TG), con una disminución limítrofe del LDL, sin cambios en IMC ni HDL. A los 2 años persistió la mejoría en peso (p:0,001), CT (p:0,005), LDL (91,8 vs 79,3 mg/dl; p:0,010) y TG (p:0,014); la glucemia fue significativa solo por análisis de Wilcoxon (p:0,037).

Conclusiones: En esta cohorte de adultos mayores con DM2, el seguimiento ambulatorio multidisciplinario se asoció con una mejoría sostenida del control metabólico y una baja incidencia de nuevos eventos vasculares. Estos resultados respaldan el valor de un modelo de atención interdisciplinario para reducir el riesgo de complicaciones crónicas.

P48

UTILIDAD DEL COCIENTE GRASA VISCERAL/MASA MUSCULOESQUELÉTICA (GV/MME) EN LA DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN DIABETES TIPO 2

María Carolina RIVAS, Dong WOO

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES. CONTACTO: MARIA.RIVAS@HOSPITALITALIANO.ORG.AR

Introducción: En la diabetes tipo 2 (DM2), la coexistencia de adiposidad visceral y reducción relativa de la masa muscular favorece la resistencia a la insulina y aumenta el riesgo cardiovascular. El cociente grasa visceral/masa muscular esquelética (GV/MME) integra ambos compartimentos y podría mejorar la estratificación cardiometabólica.

Objetivos: Comparar el cociente GV/MME entre personas con DM2 y controles sin DM, y evaluar su asociación y capacidad discriminativa para detectar el riesgo cardiometabólico.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo en adultos de 18-70 años atendidos en un hospital universitario argentino entre 2022 y 2025. Se incluyeron 57 pacientes con DM2 y 57 controles. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia multifrecuencia (InBody 770). El riesgo cardiometabólico se definió por la presencia de ≥3 criterios de síndrome metabólico según IDF. Se realizaron comparaciones entre grupos, correlaciones, regresión lineal simple y curvas ROC; se consideró significativo p<0,05.

Resultados: Se analizaron 114 participantes; mediana de edad 53,5 años (RIC 38-65) y 52,6% mujeres. El cociente GV/MME fue mayor en DM2 que en controles (6,46±2,40 vs. 4,80±1,89; diferencia 1,66; IC95% 0,86-2,47; p<0,001). En DM2, se correlacionó con el número de criterios cardiometabólicos (r=0,335; p=0,011) y con índice cintura/talla (r=0,608; p<0,001), índice cintura/cadera (r=0,456; p<0,001) y perímetro de cintura (r=0,363; p=0,005). También se asoció con colesterol total (r=0,335; p=0,011), LDL-C (r=0,273; p=0,040) y triglicéridos (r=0,275; p=0,038), pero no con glucemia, HbA1c, HDL-C ni hipertensión. La capacidad discriminativa fue moderada en la muestra total (AUC=0,662; IC95% 0,561-0,755) y mayor en mujeres (AUC=0,814; corte ≥7,18; sensibilidad 66,7%; especificidad 84,8%) que en hombres (AUC=0,755; corte ≥3,32; sensibilidad 85,0%; especificidad 57,1%).

Conclusiones: El cociente GV/MME fue mayor en la DM2 y se asoció con mayor carga de riesgo cardiometabólico, adiposidad abdominal y alteraciones lipídicas. Su desempeño al aplicar puntos de corte específicos por sexo, particularmente en mujeres, sugiere que podría constituir una herramienta complementaria y novedosa para la evaluación clínica. Se requieren estudios prospectivos que validen estos puntos de corte.

P49

PREVALENCIA DE INDICACIÓN DE ESTATINAS DE ACUERDO CON SCORE DE RIESGO CARDIOVASCULAR "PREVENT ASCVD" EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA PRIMERA CONSULTA DE DIABETOLOGÍA EN LA REGIÓN DEL COMAHUE

Caso clínico

Arturo LÓPEZ RIVERA¹, Diego CARULLA², Daniela RECALDE³, Cristina LUACES², Judith BENDAHAN², Mariana PASTORUTTI², María Soledad PLA ZORRILLA², Gabriela MACELLO², Carolina MUSSIN², Marcia SARTOR CAMINA², Martina LLAENZA², Ana Paula DEVALLE², Jimena GAUNA², Ayelén MARTÍN², Marina DONOSO², Diego Adolfo ROMANOS², Matías ARIAS², Ramiro HEFFES², Enrique IMSTEYF²

¹ SANATORIO SAN CARLOS, ² PRIVADO, ³ HOSPITAL SAN MARTÍN DE LOS ANDES. CONTACTO: DRARTUROLR@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) se asocia riesgo cardiovascular (RCV) aumentado. El score PREVENT ASCVD (AHA, 2024) permite estratificar dicho riesgo con mayor precisión, indicándose su uso en las últimas guías de manejo de la dislipidemia (2026) facilitando la toma de decisiones en cuanto a la indicación e intensidad de estatinas en las personas con o sin DM2 y RCV aumentado. Existe subindicación de estatinas para la prevención de las complicaciones CV entre los pacientes con DM2. Esto toma mayor relevancia a partir de la existencia de factores de riesgo no modificables como la lipoproteína a (Lp(a)). Es importante para mejorar el alcance del beneficio del uso de estatinas en la disminución del RCV entre los pacientes con DM2 conocer la prevalencia de indicación de estas entre los pacientes que tienen indicación para recibirlas.

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes con DM2 que tienen indicación de tomar estatinas según el score PREVENT ASCVD que las reciben y si en intensidad adecuada. Describir la recepción e intensidad de estatinas en los pacientes con Lp(a) ≥ 50 mg/dL y Lp(a) ≥ 100 mg/dL de la muestra analizada y comparar estadísticamente si la recepción difiere según el nivel de Lp(a).

Materiales y métodos: Estudio observacional de corte transversal. Análisis univariado con U de Mann Whitney para variables continuas y χ^2 para variables categóricas. Fisher exacto comparación de grupos.

Resultados: 114 pacientes. Edad media $59,2 \pm 11,4$ años; 64,9% masculino; mediana de evolución de DM2 de 8 años. El 81,6% tuvo indicación de estatinas (IC95%: 73,5-87,6%), alta intensidad en el 65,6%. La brecha terapéutica fue del 49,5% (46/93; IC95% Wilson: 39,5-59,4%). Lp(a) en 30 pacientes (26,3%): 53,3% con Lp(a) ≥ 50 mg/dL y 26,7% ≥ 100 mg/dL. ASCVD previo ($p=0,030$) y mayor TFGe ($p=0,042$) se asociaron con menor brecha terapéutica. Entre subgrupos por nivel de Lp(a) (≥ 50 vs. < 50 y ≥ 100 vs. < 100) no mostró diferencias estadísticamente significativas en la recepción de estatinas.

Indicador	n	Nº de referencia	Porcentaje (IC 95%)
Indicación de estatinas según PREVENT ASCVD			
Con indicación (sí)	93	114	81,6 % (73,5–87,6)
Sin indicación (no)	21	114	18,4 %
Intensidad recomendada (pacientes con indicación, n=93)			
Alta intensidad	61	93	65,6 %
Intensidad moderada	30	93	32,3 %
Recepción actual de estatinas			
Recibe estatina actualmente	51	114	44,7 %
No recibe estatina	63	114	55,3 %
Brecha terapéutica: indica, pero no recibe estatina	46	93	49,5 % (39,5–59,4)

Tabla 1: Indicación y recepción de estatinas.

Variable	Con brecha (n = 46)	Sin brecha (n = 47)	p valor	Test
Variables continuas, mediana [RIC]				
Edad (años)	61,0 [54–68]	62,0 [54–70]	0,482	U
IMC (kg/m ²)	30,3 [27–33]	31,1 [28–34]	0,355	U
LDL-C (mg/dL)	125 [102–144]	124 [72–155]	0,307	U
Score PREVENT (%)	14,8 [11–19]	14,9 [10–21]	0,888	U
TFGe (mL/min/1,73 m ²)	91,3 [79–99]	86,0 [71–92]	0,042*	U
PAS (mmHg)	133,5 [120–142]	130,0 [120–144]	0,899	U
Evolución de DM2 (años)	7,5 [4–11]	12,0 [4–15]	0,153	U
Variables categóricas, n (%)				
Sexo masculino	34/46 (74 %)	30/47 (64 %)	0,409	χ^2
HTA diagnosticada	23/46 (50 %)	26/47 (55 %)	0,760	χ^2
ASCVD previo	1/46 (2 %)	8/47 (17 %)	0,030*	Fisher
Tabaquismo activo	11/46 (24 %)	5/47 (11 %)	0,155	χ^2

Tabla 2: Variables asociadas con la brecha terapéutica.

Conclusiones: En nuestra región sigue habiendo subindicación de estatinas en pacientes con DM2, además de intensidad subóptima para algunos de los pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular. Se mide poco Lp(a) y el valor no modifica conducta terapéutica. El reducido tamaño muestral del subgrupo con Lp(a) disponible (n=30) limita significativamente la potencia estadística para detectar diferencias reales. ASCVD previo y TFG alertan para el tratamiento óptimo con estatinas.

¿ASOCIACIÓN ENTRE EL RIESGO DE SARCOPENIA Y LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2?

Carina Mirta MARTÍN

SANTA FE. CONTACTO: CARINAMARTIN@YAHOO.COM.AR

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) constituye un importante problema de salud pública, especialmente en adultos mayores, debido a su impacto en la calidad de vida y la funcionalidad. En esta población, la sarcopenia, caracterizada por la pérdida progresiva de masa y función muscular, representa una condición frecuente asociada a discapacidad y mayor riesgo de eventos adversos.

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles séricos de vitamina D y el riesgo de sarcopenia en pacientes mayores de 65 años con DM2.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico con recolección de datos. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes con DM2 de ambos sexos, mayores de 65 años, atendidos en un consultorio de medicina familiar de la zona noroeste de Rosario (Santa Fe, Argentina) entre febrero de 2025 y febrero de 2026. El riesgo de sarcopenia se evaluó mediante los cuestionarios SARC-F y SARC-CalF. La sarcopenia probable se determinó mediante el test de levantarse de la silla, la velocidad de la marcha y mediciones antropométricas. Los niveles séricos de vitamina D, proteínas totales y hemoglobina glicada se obtuvieron de las historias clínicas. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado.

Resultados: El 54% de la muestra correspondió al sexo femenino, con una edad media de 72 años. La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 28,5 kg/m², compatible con sobrepeso. La prevalencia de riesgo de sarcopenia varió según el método utilizado: 23,9% con SARC-F, 28,3% con SARC-CalF y 70,5% al ajustar la circunferencia de pantorrilla por IMC. La sarcopenia probable determinada por el test de la silla fue del 16,3%, mientras que el 34,0% presentó alteraciones funcionales. La concentración media de vitamina D fue de 25,9 ng/ml y el 34,0% de los participantes presentó deficiencia. Sin embargo, los análisis de regresión logística ajustados por edad y sexo no evidenciaron asociación estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y el riesgo de sarcopenia, ni con la funcionalidad. La concordancia entre los métodos de tamizaje fue prácticamente nula (Kappa= -0,015; p=0,568).

Conclusiones: La prevalencia de riesgo de sarcopenia mostró una amplia variabilidad según la herramienta empleada, siendo mayor cuando se ajustó la circunferencia de pantorrilla por IMC. No se encontró asociación significativa entre los niveles séricos de vitamina D y el riesgo de sarcopenia. Estos resultados destacan la necesidad de utilizar estrategias de evaluación adaptadas a adultos mayores con DM2 e impulsar estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para esclarecer el papel de la vitamina D en la fisiopatología de la sarcopenia.

COMPLICACIONES METABÓLICAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. ESTUDIO PILOTO

Valentina SABATE¹, María Jimena SOUTELO¹, María Clara FRITZ¹, Bianca Eugenia GARCÍA¹, Guido DI FONZO², Laura ORFUS³, Gabriel FARAJ¹

¹ SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL CHURRUCA VISCA, ² UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN, HOSPITAL CHURRUCA VISCA, ³ ÁREA DE PERIODONCIA DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA, HOSPITAL CHURRUCA VISCA. CONTACTO: VALENSABATE@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) y la enfermedad periodontal (EP) presentan una relación bidireccional que puede aumentar el riesgo de complicaciones crónicas.

Objetivos: Estimar la relación entre DM y EP avanzada e identificar predictores asociados.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional y transversal. Se evaluaron pacientes que concurrieron a odontología, se recabaron antecedentes y comorbilidades. Se tomaron medidas antropométricas, presión arterial. Se solicitó hemograma, glucemia, HbA1c, lípidos, función renal y hepática. Se calculó el filtrado glomerular estimado (TFGe) por CKD-EPI y FIB-4 para evaluar el riesgo de fibrosis hepática. La EP fue clasificada según grado (progresión: A-C). Las variables continuas se describieron como media ± desvío estándar y las categóricas como absolutas y porcentajes. Las comparaciones bivariadas entre grupos se realizaron por prueba de Wilcoxon para variables continuas y prueba exacta de Fisher para las categóricas. Para identificar predictores independientes de EP avanzada, se usó modelo de regresión logística binaria. Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró significativo una p<0,05.

Resultados: De 197 pacientes, el 24% tenía DM. Al clasificarlos por grados de EP, se observó que los pacientes grado C tuvieron mayor edad (p<0.001), mayor antecedente de DM, hipertensión (p<0.001), dislipidemia (p=0.007) e infarto agudo de miocardio (p=0.041) y mayor índice de masa corporal (IMC) (p=0.008). Asimismo, en este grupo se halló mayor nivel de: glucemia (p=0.029), HbA1c (p=0.001); FIB-4 (p=0.007) y menor HDL (p=0.021). Al comparar los pacientes con DM con buen vs. mal control glucémico, hallamos que este último presentó: mayor edad (p=0.009), más frecuencia en hombres (p=0.01), mayor IMC (p<0.001). Mayor concentración de: glóbulos blancos, PCRus (p<0.001 y 0.05 respectivamente), glucemia (p<0.001), HbA1c (p<0.001), triglicéridos (TG) (p=0.017), índice TG/HDL (p=0.001) y grado de EP (p=0.006) con menor HDL (p<0.001). En el análisis multivariado de EP los dos predictores independientes fueron: DM OR: 5.46 (IC95% 2.66-11.9) p<0.001 y FIB-4 OR: 2.53 (IC95% 1.42, 4.90) p=0.003.

Conclusiones: Como han observado otros autores, la resistencia a la insulina, la hiperglucemia y el estado proinflamatorio juegan un rol bidireccional entre la EP, la DM y la enfermedad hepática.

P52

TRASTORNO DEL MOVIMIENTO SECUNDARIO A ESTRIATOPATÍA DIABÉTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Caso clínico

Karen Guillermina MASSON, Esteban DOTTAVIO, Facundo BURGÉS, Ana Soledad OTTONELLO
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA. CONTACTO: KARENGMASSON7@GMAIL.COM

Introducción: La estriatopatía diabética, también llamada hemicorea-hemibalismo hiperglucémico no cetósico, es un síndrome clínico-radiológico caracterizado por hiperglucemia, movimientos coreicos o balísticos e hiperseñal en T1 en los ganglios basales. Se asocia principalmente a diabetes tipo 2 (DM2) de larga evolución con mal control glucémico, y suele presentar una evolución favorable tras la corrección de la hiperglucemia.

Objetivos: Describir un caso de estriatopatía diabética con el propósito de revisar sus manifestaciones clínicas y hallazgos imagenológicos, destacando la importancia de incluirla dentro de las complicaciones neurológicas de la DM.

Caso: Paciente femenina de 86 años, con antecedentes de HTA, ERC, DLP, hipotiroidismo, anemia crónica, deterioro cognitivo y DM2 de más de 20 años de evolución, insulino-requiriente, con regular adherencia al tratamiento. Consultó al Servicio de Neurología por movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho de 20 días de evolución. Al examen físico se evidenciaron movimientos coreoatetósicos en hemicuerpo derecho, irregulares, no rítmicos y de amplitud variable, asociados a espasmo hemifacial ipsilateral y distonía focal de mano izquierda. Los movimientos predominaban en los dedos de la mano y del pie derechos, y cedían parcialmente ante la orden verbal. En el laboratorio se evidenció anemia moderada, glucemia de 315 mg/dl, con registros previos de hasta 580 mg/dl, sin cetosis. La RMN de encéfalo mostró hiperseñal espontánea en T1 en ambos cuerpos estriados, hallazgo compatible con estriatopatía diabética en el contexto clínico-metabólico. Con la optimización del tratamiento insulínico, presentó leve disminución de los movimientos involuntarios.

Comentarios: El caso resulta relevante por tratarse de una entidad poco frecuente y probablemente subdiagnosticada. Su presentación puede confundirse con ACV, lesiones estructurales, trastornos autoinmunes, infecciosos, farmacológicos o tóxico-metabólicos. Se postula que la hiperglucemia hiperosmolar y la hipoperfusión estriatal inducen metabolismo anaeróbico y depleción de GABA, generando desinhibición talámica y movimientos hiperkinéticos.

Conclusiones: La DM no controlada puede manifestarse con trastornos del movimiento. El diagnóstico temprano de la estriatopatía diabética permite corregir la hiperglucemia, mejorar la evolución clínica y evitar estudios o intervenciones innecesarias.

P53

FACTORES CLÍNICOS Y ASISTENCIALES ASOCIADOS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA REFERIBLE EN UNA RED ARGENTINA DE TAMIZAJE ASISTIDO POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL

José Ignacio ORLANDO¹, Lucas Gabriel TELESKO¹, Franco ARELLANO¹, Analía ORBE², Martina IPARRAGUIRRE², Alejandro DÍAZ³, Mercedes Alejandra LEGUÍA⁴, Ignacio LARRABIDE¹

¹ GRUPO YATIRIS, INSTITUTO PLADEMA, UNICEN/CONICET, ² CENTRO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, HOSPITAL ZONAL DRA. JULIETA LANTERI, ³ INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNICEN, ⁴ SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA, HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER.

CONTACTO: JIORLANDO@PLADEMA.FXA.UNICEN.EDU.AR

Introducción: La identificación de factores puntuales vinculados con la prevalencia de la retinopatía diabética (RD) permite establecer políticas sanitarias concretas para reducirlas. Aunque hay vasta literatura sobre los factores de riesgo, comprender aquellos asociados a la realidad local es relevante para individualizar aún más las acciones territoriales.

Objetivos: Identificar factores clínicos y asistenciales asociados con la RD referible en personas con diabetes (DM) evaluadas en una red argentina de tamizaje.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo con datos asistenciales de julio de 2025 a junio de 2026 recolectados al instrumentar una red de teleoftalmología asistida por inteligencia artificial. Se incluyeron en el análisis todos los estudios con informe profesional asociado. La RD referible se definió como grado ICDR ≥ 2 . Se estimaron prevalencias con IC95% de Wilson y se ajustó una regresión logística preespecificada por edad, sexo, duración de la DM, cobertura sanitaria y cohorte de implementación para identificar la influencia de estos factores.

Resultados: Se incluyeron 364 pacientes gradados; 109 (29,9%) presentaron cualquier RD, 86 (23,6%) RD referible y 31 (8,5%) RD avanzada. La señal clínica dominante fue la duración de la DM: la RD referible aumentó de 5,2% en 0-4 años desde el diagnóstico a 18,5% en 5-9, 30,8% en 10-14 y 34,2% en ≥ 15 años. Además, los pacientes referibles tuvieron ma-

por duración que los no referibles (mediana 11,5 años; RIC 7,2-18,8 vs. 6,0; RIC 2,0-11,5). El modelo incluyó 363 pacientes y 86 eventos. Las variables con mayor aporte independiente fueron duración de la DM (OR ajustado por cada 5 años: 1,51; IC95% 1,27-1,80), sexo masculino (OR 2,49; IC95% 1,45-4,27), ausencia de obra social/prepaga (OR 2,00; IC95% 1,03-3,85) y cohorte, con mayor odds ajustado en una cohorte respecto de la referencia (OR 1,97; IC95% 1,03-3,77). La edad no mostró asociación independiente relevante.

Conclusiones: La duración de la DM emerge como criterio simple para priorizar convocatoria para tamizaje, turnos de control y lectura profesional, pero la cobertura sanitaria, el sexo y el contexto de captación agregan información sobre el acceso y la oportunidad. Estos resultados permiten diseñar circuitos de tamizaje y derivación que mantengan el control periódico universal, pero intensifiquen la búsqueda activa y el seguimiento en subgrupos con mayor probabilidad de RD referible.

P54

PATRONES DE PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: ESTUDIO LONGITUDINAL (2023-2024)

Jorge ELGART¹, Corina TROVATTO², Flavio FRANCINI¹, Federico CEDOLA²

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA), ² HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN MARTÍN DE LA PLATA. CONTACTO: JELGART@GMAIL.COM

Introducción: La evidencia sobre patrones de prescripción del tratamiento de la diabetes tipo 2 (DM2) en hospitales públicos argentinos es escasa, lo que limita la caracterización de la práctica clínica y la planificación de estrategias de mejora asistencial.

Objetivos: Describir los patrones de prescripción del tratamiento de pacientes con DM2 atendidos en un hospital público de Buenos Aires entre 2023 y 2024.

Materiales y métodos: Estudio observacional y longitudinal basado en registros de pacientes adultos atendidos en el Servicio de Endocrinología durante 2023 y 2024. Se incluyeron pacientes con DM2 y continuidad de atención. Los tratamientos se clasificaron en monoterapia no insulínica, terapia combinada no insulínica, insulina basal, insulina basal asociada a tratamiento no insulínico e insulina basal-bolo. Se describieron las características clínicas (peso, índice de masa corporal [IMC] y HbA1c), la evolución del tratamiento y el control glucémico. Los resultados se expresaron como media±desvío estándar o proporciones. Se utilizaron pruebas de Wilcoxon, McNemar o de homogeneidad marginal, según correspondiera, considerando significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: De 538 pacientes con continuidad de atención en 2023-2024, 432 (80,3%) tenían DM2; el 60,6% eran mujeres. El IMC disminuyó de $32,7 \pm 6,8$ a $31,9 \pm 7,0$ kg/m² ($p < 0,001$). Entre quienes tenían HbA1c registrada, el 30,9% y el 39,7% presentaron HbA1c $\leq 7\%$ en 2023 y 2024, respectivamente ($p = 0,137$). Predominó la insulino terapia (70,6% y 71,8%; $p = 0,302$), principalmente con insulina basal asociada a tratamiento no insulínico (35,6% y 35,2%), seguida del esquema basal-bolo (25,6% y 27,4%). Los tratamientos no insulínicos (solo o combinados) representaron el 29,1% y el 27,9% en 2023 y 2024. El uso de análogos rápidos aumentó (53,2% vs. 60,2%; $p = 0,002$) y no cambió el de análogos basales (5,6% vs. 6,1%; $p = 0,414$). El 89,8% mantuvo el mismo esquema terapéutico, el 6,5% lo intensificó y el 3,8% lo desintensificó. Entre quienes tenían HbA1c registrada, el buen control glucémico fue más frecuente con tratamientos no insulínicos (59% y 66%) que con insulino terapia (23% y 30%).

Conclusiones: Predominó la insulino terapia y hubo escasos cambios en los esquemas terapéuticos durante el seguimiento. Entre los pacientes con HbA1c registrada, el buen control glucémico fue menos frecuente con insulino terapia que con tratamientos no insulínicos. Estos hallazgos constituyen una línea de base para futuras estrategias de optimización terapéutica.

P55

CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO: PERFIL CLÍNICO-BIOQUÍMICO Y PREDICTORES DEL TIEMPO DE RESOLUCIÓN

Santiago Sebastián SALES, Yanina PLANAS, Karla GONZÁLEZ, Alexandra ALCÓCER, Francisca BERARDI, Carolina ROMERO, Gabriela RUIBAL, Ximena TAPPER, Marcela ARANGUREN, Martha SUÁREZ

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ÁLVAREZ (GCBA). CONTACTO: SANTIAGOSSALES@GMAIL.COM

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) en el adulto afecta a una población heterogénea en cuanto al tipo de diabetes (DM) y al control metabólico. El tiempo de resolución de la crisis es variable, y sus determinantes en la población que consulta en el hospital público están menos caracterizados.

Objetivos: Describir y comparar el perfil clínico-bioquímico y los factores desencadenantes de la CAD entre DM1 y DM2 en una cohorte de adultos internados por CAD en hospital público, e identificar predictores del tiempo de resolución.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de 105 adultos internados por CAD (criterios ADA); DM1=34, DM2=71 según fenotipo clínico. El tiempo de resolución se dicotomizó en >12 h (resolución lenta), umbral consistente con la literatura. Variables continuas expresadas como mediana. Análisis: Mann-Whitney, Fisher y curvas ROC con índice de Youden. Se evaluaron predictores mediante regresión logística ajustada por edad. Se considera significativo $p < 0,05$.

Resultados. La cohorte (47 años, 58% varones) presentó pH de ingreso 7,18 y CAD severa en 40%. DM1 y DM2 difirieron en los marcadores crónicos (edad 33 vs. 55 años, IMC máx 25 vs. 33 kg/m², acantosis 19 vs. 64%, CAD previa 65 vs. 7%; todos $p < 0,001$; HbA1c 10,9 vs. 12,8%, $p = 0,04$), pero no en la fase aguda: severidad (CAD severa 45 vs. 38%; $p = 0,75$), tiempo de resolución (24 vs. 24 h; $p = 0,50$) ni mortalidad (4,8% global). El precipitante fue distinto según el tipo de DM: abandono del tratamiento en DM1 (47 vs. 20%; $p = 0,006$) y debut en DM2 (12 vs. 30%; $p = 0,05$), con la infección como gatillo compartido (44 vs. 46%; $p = 0,84$). La mayoría de los episodios presentó resolución lenta (74%). El pH de ingreso predijo la resolución lenta (AUC 0,70; corte de Youden 7,19). En el modelo multivariado, ajustado por edad, tanto el pH (OR 2,43 por cada 0,1 unidad de descenso; IC95% 1,13-5,24; $p = 0,023$) como la HbA1c basal (OR 1,59 por cada 1%; IC95% 1,11-2,30; $p = 0,013$) se asociaron de forma independiente a la resolución lenta. El efecto de los predictores no difirió entre DM1 y DM2.

Conclusiones: En esta cohorte, el tipo de DM determinó el desencadenante de la CAD, pero no su comportamiento agudo: la crisis se presentó, evolucionó y respondió a los mismos predictores en ambos fenotipos. La incorporación de la HbA1c basal, un marcador de control crónico, a los predictores clásicos de resolución sugiere valor pronóstico más allá de la fase aguda.

P56

BARRERAS PERCIBIDAS POR MÉDICOS/AS PARA IMPLEMENTAR EL CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN PERSONAS CON DIABETES

Alejandra OVIEDO¹, Ana SCHINDLER², María Paula PICARELLI³, Débora HERNÁNDEZ⁴, Sonia HERMIDA⁵, Gabriela TRABUCCO⁶

¹ CAPÍTULO AMBA, ² CEMAR Nº 1, ³ HOSPITAL SANTOJANNI, ⁴ CESAC Nº 18, ⁵ CIAD MORÓN, ⁶ HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE. CONTACTO: ALEJANDRAISABEL.OVIEDO@GMAIL.COM

Introducción: Las guías clínicas recomiendan educar sobre el conteo de hidratos de carbono (CHC) para mejorar el control de la diabetes (DM); sin embargo, su aplicación enfrenta múltiples barreras en nuestro país.

Objetivos: Analizar las barreras percibidas por médicos/as para el uso de CHC como estrategia en atención de personas con DM en consultorios de la Argentina, según el ámbito de práctica y el perfil profesional.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal con muestra no probabilística aprobado por el Comité de ética. Durante junio de 2024 se realizó una encuesta virtual de elaboración propia, autoadministrada a médicos de más de 25 años de edad, de distintas especialidades, responsables del seguimiento diabetológico en nuestro país. Se utilizaron pruebas de Mann-Whitney/ Wilcoxon, Kruskal-Wallis, rho de Spearman y post hoc de Dunn, análisis de correspondencias múltiples y *clustering* sobre coordenadas factoriales.

Resultados: Se analizaron 244 respuestas válidas identificando una mediana de tres barreras por profesional (IQR 2-4). La cantidad total de barreras no mostró diferencias estadísticamente significativas según el ámbito de práctica, especialidad, región, sexo o edad de los profesionales. Las barreras más frecuentemente percibidas fueron la falta de: tiempo (64,8%), insumos (51,6%), acceso a nutrición (51,2%), educación poblacional (46,3%), remuneración (31,7%), capacitación (30,6%) y por último la dificultad intrínseca de la estrategia (9,8%). La percepción del déficit educativo poblacional tuvo una diferencia significativa ($p = 0,011$) según el ámbito de práctica (52% público y obras sociales vs. 35% privado). La percepción de falta de capacitación en CHC tuvo una diferencia significativa entre medicina familiar y clínica médica vs. el resto de las especialidades ($p < 0,001$). El acceso a nutrición mostró una señal marginal ($p = 0,0624$). La diferencia en años de experiencia de los profesionales resultó significativa en cuanto a la cantidad de barreras identificadas ($p = 0,0044$), reportando los extremos (menor a 6 o mayor a 15 años) una media de 2,8 y en los intermedios (de 6 a 15 años) una media de 3,7 en total. En el mapa factorial, las barreras se agruparon según la trayectoria profesional: los perfiles jóvenes concentraron problemas educativos, los intermedios enfrentaron limitaciones de tiempo, insumos y acceso a nutrición, y los más experimentados, dificultades de remuneración y tecnología.

Conclusiones: La mayoría de los profesionales identifica más de una barrera para el uso de CHC siendo las más frecuentes de tipo organizativo, por lo que las estrategias de mejora no deberían limitarse a la capacitación individual. La asociación de los años de experiencia con la cantidad total de barreras sugiere la necesidad de considerar trayectorias profesionales al diseñar intervenciones.

P57

HIPERGLUCEMIA COMO MOTIVO DE CONSULTA DE UNA ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR: DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1

Caso clínico

Ramiro Ezequiel HEFFES¹, Ezio TRACANNA²

¹ ESQUEL DIAGNÓSTICO, ² HOSPITAL ZONAL DE ESQUEL. CONTACTO: RAMIROHEFFES@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) y los estados de insulinoresistencia son motivos de consulta frecuentes. Sin embargo, la hiperglucemia puede ser la manifestación endocrinológica de una patología sistémica subyacente, como la dis-

trofia miotónica tipo 1 (DMT1) o enfermedad de Steinert. Cuando los síntomas neuromusculares son sutiles, el diagnóstico inicial se complejiza, quedando solapado por la clínica metabólica.

Objetivos: Describir el caso de una paciente cuya puerta de entrada al sistema de salud fue una hiperglucemia, permitiendo el diagnóstico de DMT1 a partir de la evaluación diabetológica integral, y destacar la asociación fisiopatológica entre ambas entidades.

Caso: Paciente femenina de 44 años, con antecedentes familiares de primer grado fallecidos por etiología no clara, derivada a Diabetología por hiperglucemia en ayunas (135 mg/dL) en control de rutina. Al interrogatorio dirigido refirió debilidad generalizada, fatiga y rigidez en manos de meses de evolución. Al examen físico presentó un IMC de 24 kg/m² y fenómenos miotónicos llamativos: miotonía de acción (dificultad para la relajación manual tras el cierre forzado, con leve *warm-up*) y miotonía de percusión en eminencia tenar. El examen neurológico evidenció facies miopática, ptosis palpebral leve, atrofia de temporales, maseteros y esternocleidomastoideos, e hipotrofia tenar. Se constató paresia distal con debilidad en la dorsiflexión de ambos pies (3/5) y reflejos osteotendinosos disminuidos. Los exámenes complementarios reportaron glucemia de 138 mg/dL, HbA1c 6.8%, LDL 172 mg/dL y triglicéridos 316 mg/dL. El electrocardiograma mostró bloqueo AV de primer grado (PR 210 ms) y la electromiografía reveló descargas miotónicas típicas. El estudio genético confirmó el diagnóstico de DMT1 al detectar una expansión de 117 repeticiones del triplete CTG en el gen DMPK. Se inició tratamiento con Metformina 850 mg/día por su efecto sobre la insulinoresistencia, mexiletina para la miotonía, órtesis antiequino y seguimiento multidisciplinario.

Comentarios: La DMT1 es una espliceopatía donde el *splicing* anómalo del receptor de insulina (predominio de la isoforma fetal) reduce su afinidad, provocando insulinoresistencia grave y diabetes independiente del IMC. Este caso destaca el valor del diagnóstico diferencial en el consultorio de diabetología ante fenotipos atípicos. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha clínica ante pacientes con hiperglucemia que asocien debilidad muscular o signos miotónicos. El reconocimiento temprano de estas manifestaciones metabólicas permite el diagnóstico oportuno de afecciones multisistémicas subyacentes y su adecuado abordaje interdisciplinario.

P58

MANEJO CLÍNICO DE LA DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO A ACRILATOS EN INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA: REPORTE DE UN CASO

Caso clínico

Facundo BURGÉS, Esteban DOTTAVIO, Soledad OTTONELLO, Karen MASSON
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD. CONTACTO: FACU866@GMAIL.COM

Introducción: La dermatitis alérgica de contacto (DAC) asociada a infusión continua de insulina (ISCI) es una complicación emergente y subestimada en diabetes tipo 1 (DM1). Los acrilatos presentes en adhesivos y carcasas plásticas (como el acrilato de isobornilo [IBOA]) son los principales sensibilizantes.

Objetivos: Describir el manejo clínico de una paciente con DM1 que desarrolló DAC al adhesivo de bomba parche, y documentar la eficacia del hidrocoloide extrafino como barrera protectora para continuar el tratamiento tecnológico.

Caso: Paciente femenina, 33 años, DM1 (16 años de evolución), deportista de alto rendimiento (*running*, ciclismo, HIIT), con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto y atopía (sensibilización por FreeStyle Libre). En tratamiento con insulina degludec 22 UI y aspártica con ratio variable según actividad física. Monitoreo continuo con sensor Sibionics®. Parámetros basales: HbA1c 8,1%, CV 50,9%, 15% TBR, hipoglucemias inadvertidas. Se indicó sistema automatizado integrado (Medtrum®) con inicio en abril de 2026. A las horas presentó eritema, prurito e induración en el área del adhesivo, compatible con DAC. Ante la falla del tratamiento médico inicial (difenhidramina tópicamente 2 veces/día y montelukast 1 vez/día) y del spray barrera, se indicó hidrocoloide extrafino (DuoDerm Extrathin®) previo a la colocación como barrera física. La intervención mostró una respuesta clínica favorable, permitiendo continuar la bomba con un monitoreo glucémico estrecho.

Comentarios: La DAC asociada a ISCI es una reacción de hipersensibilidad tipo IV frente a haptenos como el IBOA, designado "Alérgeno de año 2020" por la Sociedad Americana de Dermatitis de Contacto. El diagnóstico diferencial con alergia a la insulina es crítico: la DAC se limita al adhesivo respetando el sitio de la cánula. Los factores de riesgo incluyen atopía, sudoración prolongada por ejercicio y sensibilización previa por sensores. El hidrocoloide actúa como barrera física macroscópica que interrumpe la difusión del IBOA hacia la epidermis, a diferencia de los sprays barrera de película delgada.

Conclusiones: En pacientes con DM1 y DAC a adhesivos, el hidrocoloide extrafino representa una opción terapéutica válida y accesible para preservar la terapia de infusión. Es clave el abordaje interdisciplinario (diabetología/alergología), la vigilancia cutánea activa en consulta y la incorporación de esta estrategia en consensos nacionales.

P59

VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN LADA: UN MARCADOR DINÁMICO DEL DETERIORO DE LA CÉLULA β

Santiago LIMA¹, Luis FLORES², Alejandro DAIN³

¹ CEDIAB, IMP, ² CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA), ³ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES. CONTACTO: SANTIAGOLIMA24@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) autoinmune latente del adulto (LADA) es una entidad que frecuentemente se la confunde con otros tipos de DM, por lo que es subdiagnosticada y no es tratada adecuadamente. La variabilidad glucémica (VG), medida como coeficiente de variación (CV) mediante monitoreo continuo de glucosa (MCG), refleja el grado de deterioro de la célula β y podría constituir una herramienta diferencial en el seguimiento de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la evolución temporal de la VG, su relación con la reserva insulínica y el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes LADA y con DM1.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico en 57 adultos con DM autoinmune (30 con DM1, 27 con LADA) atendidos en un centro especializado de La Plata. Se utilizó monitoreo flash de glucosa (FreeStyle Libre®, Abbott) durante 14 días con $\geq 70\%$ de uso. Se analizaron CV glucémico, tiempo en rango (TIR) y por debajo del mismo (TBR), glucemia promedio, GMI (indicador de control glucémico) y péptido C en distintas etapas de la patología. Se realizó regresión lineal tomando el CV como variable dependiente.

Resultados: El CV glucémico fue significativamente menor en LADA que en DM1 en etapas tempranas (28,8 vs. 39,0%; $p < 0,05$), pero aumentó progresivamente con los años de evolución a razón de 1,2 unidades por año ($p < 0,05$), llegando a superar al de DM1 en etapas avanzadas. Este aumento se correlacionó inversamente con el péptido C ($r = -0,54$; $p < 0,05$) y directamente con la glucemia promedio lo que redundó en un mayor TIR, menor TBR y GMI al inicio de la patología respecto de lo que ocurre en etapas más avanzadas. En DM1, el CV se mantuvo estable independientemente del tiempo de evolución. La relación entre años de evolución y tipo de DM fue estadísticamente significativa ($p = 0,01$).

Conclusiones: La VG en LADA sigue un patrón evolutivo propio y diferenciable del de DM1: comienza siendo baja y aumenta progresivamente en paralelo al deterioro de la reserva β . El CV glucémico medido por MCG constituye un marcador dinámico del deterioro de la célula β en LADA y una herramienta potencialmente útil para individualizar y optimizar el momento de la insulinización.

P60

FRECUENCIA DE MARCADORES DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES NORMOPESO CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES TIPO 2 Y MAL CONTROL METABÓLICO

Andrea RAMONDA¹, Santiago FARES TAIE², Leonardo GÓMEZ ROSSO³

¹ HOSPITAL BERNARDO HOUSSEY, CONSULTORIO PRIVADO DE DIABETOLOGÍA, ² LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS FARES TAIE, ³ LABORATORIO DE LÍPIDOS Y ATROSCLEROSIS, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UBA, CONICET. CONTACTO: RAMONDAANDREA@YAHOO.COM.AR

Introducción: La diabetes (DM) comprende un grupo heterogéneo de trastornos metabólicos caracterizados por hiperglucemia, con diferentes mecanismos fisiopatológicos y fenotipos clínicos. La clasificación basada principalmente en criterios clínicos puede dificultar el diagnóstico etiológico y conducir a estrategias terapéuticas inadecuadas. En particular, existe un subgrupo de pacientes con diagnóstico de DM2 que presenta normopeso, escasa respuesta al tratamiento habitual y características compatibles con DM autoinmune del adulto (LADA) u otras formas de DM inmunomediada.

Objetivos: Determinar la presencia y frecuencia de marcadores bioquímicos de autoinmunidad en pacientes con diagnóstico previo de DM2, normopeso y con mal control glucémico a pesar del tratamiento recomendado.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional en 80 pacientes adultos de ambos sexos con diagnóstico previo de DM2, índice de masa corporal (IMC) dentro del rango de normopeso y pobre control metabólico pese al tratamiento estándar para DM2. Se registraron peso y talla para el cálculo del IMC, y se determinaron los autoanticuerpos antidesarboxilasa del ácido glutámico (anti-GAD) y anticélulas de los islotes pancreáticos (ICA).

Resultados: De los 80 pacientes evaluados, 18 (22,5%) presentaron positividad para anti-GAD y/o ICA, evidenciando un perfil inmunológico compatible con DM autoinmune.

Conclusiones: Casi uno de cada cuatro pacientes con diagnóstico previo de DM2, normopeso y mal control metabólico presentó marcadores de autoinmunidad, lo que sugiere un posible error en la clasificación inicial de la enfermedad. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la determinación de autoanticuerpos en pacientes con características clínicas atípicas o respuesta insuficiente al tratamiento convencional. Una clasificación etiológica más precisa permitiría optimizar el abordaje terapéutico, favorecer un tratamiento individualizado y mejorar la utilización de los recursos del sistema de salud.

P61

DIABETES E HIPOKALEMIA SINTOMÁTICA COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO

Caso clínico

Rosana Teresita SKLATE¹, Lorena CAÑELLAS PALOPOLI¹, Julieta SANTAGADA¹, Aldana LÓPEZ BISTAFFA¹, Francisco DURÉ²

¹ SECCIÓN ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, CABA, ² DIVISIÓN CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. ENRIQUE TORNÚ, CABA. CONTACTO: RSKLATE@YAHOO.COM.AR

Introducción: El hipercortisolismo endógeno (HiperCE) es una endocrinopatía infrecuente, ACTH dependiente de etiología hipofisaria en el 85%. Su secreción ectópica asociada a tumores neuroendocrinos (TNE) determina una condición más infrecuente (<15%) y de mayor severidad clínica y bioquímica.

Objetivos: Presentar un HiperCE como etiología de diabetes (DM) secundaria con severa morbimortalidad, subdiagnosticada en etapas iniciales y potencialmente reversible.

Caso: Paciente masculino de 62 años internado en agosto de 2025 por hipokalemia clínica, potasio (K+) 2.4 mEq/l, HTA refractaria (valsartán, amlodipina, espironolactona y carvedilol) y DM de reciente diagnóstico glucemia (glu) 142 mg/dl, HbA1c 7.7% (metformina y dapagliflozina). Se derivó a nuestro servicio con diagnóstico presuntivo de hiperaldosteronismo primario, TC con adenoma suprarrenal derecho (28x16 mm). Examen físico: IMC 26, sin acantosis ni estigmas cushingoides, edemas en MMII, hematomas. Laboratorio: eutiroides, hipogonadismo normogonadotrófico, catecolaminas, aldosterona y renina normales. Prueba Nugent positiva, cortisol post dexametasona 22 ug/dl; cortisol libre urinario 10 veces el valor normal; ACTH elevada (127-136 pg/ml); Test Forsham con inhibición < al 50% (cortisol 36 ug/dl); RMN hipofisaria normal: sugiriendo etiología ectópica. Presentó deterioro temporoespacial y agresividad, artritis séptica de rodilla, hemocultivos positivos a *Staphylococcus aureus* y compromiso pulmonar infeccioso, hiperglucemia tratada con 3 dosis de NPH y correcciones. TC con imagen suprarrenal derecha 30x22 mm (42 UH) y fractura vertebral L1 (zoledronato ev). Se inicia ketoconazol (cortisol 43 ug/dl, glu 247 mg/dl, K+ 2.8 mEq/l) y por hepatopatía se rotó a metopirona 1000 mg, evolucionando a 7 ds lúcido, normotenso (antihipertensivos), normoglucemia (81 mg/dl) con menor dosis de insulina, K+ 4.4 mEq/l e hipocortisolemia (8 ug/dl). Pendiente PET TC galio 68-DOTA para localización de Cushing ectópico postratamiento infeccioso.

Comentario y conclusiones: El HiperCE es una etiología subdiagnosticada, con severo compromiso catabólico endocrino-cardio-metabólico y neurocognitivo. Al presentarse sin estigmas típicos, su retraso diagnóstico eleva la morbimortalidad de una causa potencialmente curable con inicio de fármacos y cirugía al identificar el tumor que secreta ACTH. La sospecha diagnóstica y el tratamiento con metopirona permitió el control endocrino-metabólico y la mejoría de su deterioro cognitivo y su tensión arterial.

P62

LA BÚSQUEDA DETRÁS DE UN FENOTIPO ATÍPICO: HALLAZGO DE UNA RARA VARIANTE MODY 10

Caso clínico

Carolina María BARBOSA, María Geroma BELLADA, Victoria CAGLIERO, Javier CHIARPENELLO, Ana Laura BAELLA, Brenda FANELLI, Ayelén Natalí BLESIO

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO. CONTACTO: CAROMBARBOSA@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) monogénica, caracterizada por mutaciones heterocigotas heredadas por un patrón autosómico dominante, representa el 2-5%. MODY 10 es causada por mutaciones del gen de insulina (INS), conduciendo a defecto de la preproinsulina, estrés del retículo endoplasmático y apoptosis β celular.

Objetivos: Presentar un caso DM MODY 10 por su baja prevalencia.

Caso: Paciente femenina, 37 años, con DM pregestacional, cursaba 12 semanas de gestación. Antecedentes personales: DM. Antecedentes familiares: ambos padres y abuela paterna con DM insulino-requiere. Examen físico: 60 kg IMC 23.4. Sin acantosis nigricans. En el embarazo, inició insulino-terapia con variabilidad glucémica. Por labilidad, fenotipo y sospecha clínica, se solicitaron anticuerpo (Ac) antiglutamo descarboxilasa (GADA), Ac antiinsulina (IAA), Ac anti-antígeno 2 asociado a insulino-ma (IA2A), Ac anti transportador de zinc 8 (ZnT8A) que resultaron negativos, descartando DM1. Estudios genéticos para MODY 2 y 3 negativos. Un panel genético ampliado identificó la mutación c.17G>T en el gen INS, confirmando MODY 10.

Comentario: DM MODY 10 suele presentarse en etapa neonatal, aunque también puede manifestarse posteriormente. Características de MODY 10: ausencia de anticuerpos y antecedentes de DM en varias generaciones, con 50% de probabilidad de herencia. Se describe el desafío diagnóstico de una paciente cuya sospecha clínica inicial orientaba a las variantes más prevalentes de MODY. Ante la persistencia del fenotipo (con Ac y *screening* genético dirigido a MODY 2 (GCK) y MODY 3 (HNF1A) negativos), se expande el estudio molecular mediante un panel genético ampliado. Esto permitió identificar una mutación en el gen INS, responsable del subtipo MODY 10. Entidad diagnóstica de baja frecuencia que representa menos del 1% de todos los casos de DM MODY.

Parámetro	Pregestacional	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	Postgestacional
Hemoglobina (g/dL)	14,0	12,2	12,0	12,5	13,0
Glucemia (mg/dL)	174	79	96	91	174
HbA1c (%)	8,2	5,9	5,9	5,6	8,0
Fructosamina (μmol/L)	281	247	238	236	—
Péptido C (ng/mL)	—	—	—	—	1,55

Tabla

Conclusiones: Ante fenotipos atípicos de DM e historia familiar fuerte, la secuenciación molecular ampliada es crucial para evitar diagnósticos erróneos. Confirmar una variante infrecuente como MODY 10 implica consejería genética familiar para optimizar el tratamiento.

P63

¿DIABETES TIPO 2 O DIABETES AUTOINMUNE LATENTE DEL ADULTO? REATEGORIZACIÓN DIAGNÓSTICA TRAS 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Caso clínico

Georgina CROISSANT, Antonella CORREA BAROVERO, Karina FUENTES, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA. CONTACTO: GLCROISSANT@HOTMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) constituye un grupo heterogéneo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia crónica secundaria a defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos mecanismos. Tradicionalmente se clasifica en DM1, producida por la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas con déficit absoluto de insulina, y DM2, caracterizada por resistencia a la insulina asociada a un deterioro progresivo de la función de la célula β . Además, existen otras formas específicas, como DM gestacional, las formas monogénicas, las secundarias a enfermedades pancreáticas, a endocrinopatías o a fármacos. En los últimos años, el mayor conocimiento de la fisiopatología demuestra que esa clasificación no siempre refleja la complejidad biológica de la enfermedad como tampoco la presentación clínica evolutiva de la misma. En algunos pacientes adultos inicialmente clasificados como DM2 pueden identificarse marcadores de autoinmunidad compatibles con DM autoinmune latente del adulto (LADA), entidad que condiciona modificaciones en el pronóstico, el seguimiento y la estrategia terapéutica de esos pacientes.

Objetivos: Describir la evolución clínica e inmunológica de una paciente inicialmente diagnosticada con DM2 que fue posteriormente reclasificada como LADA tras documentarse positividad persistente de autoanticuerpos y descenso progresivo del péptido C; destacar la utilidad del estudio de autoanticuerpos y de la cuantificación del péptido C en pacientes adultos con DM de evolución clínica no esperada o control metabólico persistentemente inadecuado.

Caso: Paciente de sexo femenino de 57 años, IMC de 20,3 kg/m², con antecedentes familiares de enfermedad celíaca en dos hermanos (uno de ellos además con hipotiroidismo) y abuela materna con DM2. Como antecedentes personales presentaba hipotiroidismo autoinmune y DM gestacional en 2006, con nacimiento de recién nacido a término de 3.300 g, sin complicaciones materno-fetales. Realizó tratamiento no farmacológico durante el embarazo y la prueba de tolerancia oral a la glucosa de reclasificación posparto fue normal (glucemia en ayunas: 81 mg/dl; glucemia a las 2 horas: 81 mg/dl). En 2015 inició seguimiento por Clínica Médica por prediabetes, documentándose glucemia en ayunas de 115 mg/dl y HbA1c de 6,2%. En 2017 reunió criterios diagnósticos de DM (glucemia en ayunas de 141 mg/dl y HbA1c de 7%), por lo que inició tratamiento con metformina 850 mg/día. En 2019 fue derivada al Servicio de Diabetes por persistencia de inadecuado control metabólico (HbA1c de 8,9%), optimizando el tratamiento con la asociación metformina/empagliflozina. En 2020 comenzó seguimiento por Endocrinología por hipotiroidismo autoinmune y hallazgo de un nódulo tiroideo. En 2021 se realizó tiroidectomía total, con anatomía patológica compatible con carcinoma papilar de tiroides. Posteriormente, recibió tratamiento con yodo radiactivo, con adecuada respuesta clínica y bioquímica, evidenciada por tiroglobulina y anticuerpos antitiroglobulina negativos durante el seguimiento. A pesar de una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y a las medidas higiénico-dietéticas, persistió con control glucémico fuera de objetivos, con valores promedio de HbA1c cercanos al 8%. Ante esta evolución, en 2024 se amplió el estudio etiológico, objetivándose un péptido C de 1 ng/ml (valor de referencia: 1,1-4,4 ng/ml), anticuerpos anti-GAD positivos (24 UI/ml; valor de referencia <17 UI/ml) y anticuerpos anti-ICA negativos (21; valor de referencia <28). Un año más tarde se repitió el perfil inmunológico y funcional, observándose persistencia de la positividad para anti-GAD (24 UI/ml), anti-ICA negativos (21) y descenso adicional del péptido C a 0,8 ng/ml, hallazgos compatibles con deterioro progresivo de la reserva funcional de las células β pancreáticas. Con estos hallazgos, la paciente fue reclasificada como LADA. Actualmente continúa en seguimiento por el Servicio de Diabetes, en tratamiento con metformina/empagliflozina, sin complicaciones microvasculares ni macrovasculares relacionadas con la DM, manteniendo estrecho monitoreo clínico ante la probable necesidad de insulino terapia en la evolución.

Comentarios: Este caso pone de manifiesto la importancia de reconsiderar la clasificación diagnóstica en pacientes con DM inicialmente catalogada como tipo 2 que presentan un deterioro progresivo del control metabólico a pesar de una adecuada adherencia al tratamiento y a las medidas higiénico-dietéticas. La persistencia de anticuerpos anti-GAD positivos asociada al descenso progresivo del péptido C orientó al diagnóstico de LADA, entidad cuyo reconocimiento tiene implicancias pronósticas y terapéuticas relevantes. La identificación precoz de este fenotipo permite anticipar la progresiva pérdida de función de la célula β , optimizar el seguimiento, individualizar la indicación de monitoreo continuo o automonitoreo glucémico e identificar oportunamente el momento de inicio de insulino terapia. Si bien un caso aislado no permite establecer recomendaciones universales de tamizaje, resalta el valor de considerar la determinación de autoanticuerpos y del péptido C en adultos con DM de evolución atípica, deterioro metabólico inexplicado o escasa respuesta al tratamiento habitual, favoreciendo una reclasificación diagnóstica que permita optimizar el abordaje clínico.

EVOLUCIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS Y METABÓLICAS EN ADULTOS CON DIABETES AUTOINMUNE TRATADOS CON TERAPIAS ADYUVANTES: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA VIDA REAL

María Laura POMARES¹, Rodrigo CARNERO², Lucas SOSA³, Alejandro DAIN LERNER⁴, Elizabeth HERRERA⁵, Arturo LÓPEZ RIVERA⁶, María Lidia RUÍZ⁷, Jorgelina FERNÁNDEZ⁸, Graciela RUBIN⁹, Belén MOLINA¹⁰, Ignacio PICO¹¹, Carolina GÓMEZ MARTÍN¹², Javier REMON¹³, Pablo Javier AVILA¹⁴, Lorena LEQUI¹⁵, Lorena GONZÁLEZ LÓPEZ¹⁶, Claudio Daniel GONZÁLEZ¹⁷

¹ CEGYM, CORRIENTES, ² CÓRDOBA, ³ BAHÍA BLANCA, ⁴ CENTRO MÉDICO DAIN, CÓRDOBA, ⁵ TUCUMÁN, ⁶ BARILOCHE, ⁷ CABA, ⁸ CABA, ⁹ CÓRDOBA, ¹⁰ CÓRDOBA, ¹¹ ENTRE RÍOS, ¹² MAR DEL PLATA, ¹³ MENDOZA, ¹⁴ MAINS BLEUES, RAFAELA, SANTA FE, ¹⁵ NEUQUÉN, ¹⁶ UBA. CONTACTO: POMARES1@HOTMAIL.COM

Introducción: El uso de agonistas del receptor GLP-1, agonistas duales GLP-1/GIP e inhibidores de SGLT2 como tratamiento adyuvante a la insulino terapia en personas con diabetes (DM) autoinmune, ha aumentado en la práctica clínica, aunque su utilización continúa siendo *off-label*. La evidencia de la vida real sobre su impacto en variables clínicas, metabólicas y métricas de monitoreo continuo de glucosa (MCG) aún es limitada.

Objetivos: Describir la evolución de las variables clínicas y metabólicas entre el período basal (T0) y los 6 meses de seguimiento (T6) en adultos con DM autoinmune tratados con terapias adyuvantes, así como evaluar los cambios en las métricas de MCG, los requerimientos de insulina y la seguridad del tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, longitudinal, con análisis pre-pos, basado en la revisión anonimizada de historias clínicas de adultos con DM1 o LADA usuarios de MCG tratados durante al menos 6 meses con arGLP-1, ar duales GLP-1/GIP y/o iSGLT2. Las variables continuas se expresaron como media±DE o mediana (RIC), según su distribución. Las comparaciones entre T0 y T6 se realizaron mediante prueba t de Student para muestras pareadas o prueba de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 36 adultos con DM autoinmune; edad media 43 años, 52,8% sexo femenino, evolución media de la DM de 24,4 años. La indicación predominante para el inicio de terapias adyuvantes fue el control glucémico (50%), seguida por el sobrepeso/obesidad (25%). El 75% de los pacientes recibió tratamiento con arGLP-1 y el 33% con iSGLT2; dentro de los arGLP-1, semaglutida fue el fármaco predominante (67%), seguida de tirzepatida (19%), liraglutida (11%) y dulaglutida (4%). Entre los iSGLT2, dapagliflozina representó el 67% de las prescripciones y empagliflozina el 33%. Un 8% de los pacientes recibió terapia combinada. Variables clínico-metabólicas (T0 vs. T6): se observó una reducción significativa del peso corporal (90,9 vs. 83,5 kg; $p < 0,001$), del IMC (31,9 vs. 29,3 kg/m²; $p < 0,001$), de la HbA1c (7,76% vs. 7,00%; $p < 0,001$) y de la dosis diaria total de insulina (53,6 vs. 44,6 UI/día; $p < 0,001$). Variables del MCG: reducción de la glucosa media (166 vs. 146 mg/dL; $p < 0,001$), del GMI (7,51% vs. 6,88%; $p = 0,002$) y de la variabilidad glucémica (36,1% vs. 34,0%; $p = 0,016$). El TIR aumentó significativamente (59,9% vs. 71,6%; $p < 0,001$), sin incremento significativo del número de hipoglucemias (4,44 vs. 4,00 episodios; $p = 0,488$). Los eventos adversos fueron predominantemente gastrointestinales, sin observarse cetoacidosis diabética ni otros aspectos relevantes de seguridad.

Conclusiones: En esta cohorte de la vida real, las terapias adyuvantes asociadas a la insulina se asociaron con mejoras significativas de las variables clínico-metabólicas y de las métricas de MCG, sin incremento de hipoglucemias, y con un perfil de seguridad aceptable. Estos hallazgos sugieren un potencial beneficio de dichas terapias, planteando la necesidad de realizar futuros estudios prospectivos que permitan determinar su impacto clínico y seguridad a largo plazo.

CRISIS TIROTÓXICA: ESCENARIO DEL DEBUT DE DIABETES TIPO 1 AUTOINMUNE JUNTO CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW

Caso clínico

Georgina CROISSANT, Antonella CORREA BAROVERO, Karina FUENTES, Luis DE LOREDO, Santiago DE LOREDO
HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: GLCROISSANT@HOTMAIL.COM

Introducción: La asociación entre la enfermedad de Graves y la diabetes tipo 1 (DM1) forma parte del espectro de los síndromes poliglandulares autoinmunes y refleja una susceptibilidad inmunogenética compartida. Aunque la enfermedad tiroidea autoinmune constituye la endocrinopatía asociada más frecuente en pacientes con DM1, el debut simultáneo de ambas entidades durante una crisis tirotóxica es infrecuente y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La tirotoxicosis incrementa la producción hepática de glucosa, favorece la resistencia a la insulina y acelera su depuración, pudiendo precipitar descompensaciones metabólicas y desenmascarar una deficiencia absoluta de insulina previamente subclínica.

Objetivos: Describir un caso de debut de DM1 autoinmune durante una crisis tirotóxica secundaria a enfermedad de Graves y destacar la importancia de considerar enfermedades autoinmunes concomitantes frente a descompensaciones endocrino-metabólicas.

Caso: Paciente de sexo femenino de 64 años, con antecedente de glucemia alterada en ayunas (125 mg/dl) y perfil bioquímico compatible con hipertiroidismo, sin tratamiento específico. Consultó en reiteradas oportunidades por dolor abdominal y vómitos, con persistencia de los síntomas durante aproximadamente 6 meses. Ante la progresión del cuadro, ingresó a la Guardia donde se constató tirotoxicosis grave con TSH <0,01 µU/ml (VN 0,25-4), T4 libre 5,10 ng/dl (VN 0,8-1,8), T3 3,7 ng/ml (VN 0,8-2) y anticuerpos contra el receptor de TSH (TRAb) de 18,9 U/L (VN <1,75), compatibles con enfermedad de Graves. Por sospecha de crisis tirotóxica, se decidió su internación y se inició tratamiento específico. Durante la evaluación metabólica, se detectó hiperglucemia de 210 mg/dl, asociada a cetosis sin acidosis. Debido a la ausencia de antecedentes conocidos de DM y al contexto autoinmune, se solicitó estudio inmunológico pancreático, evidenciándose anticuerpos anti-GAD de 280 U/ml (VN <17) y anti-ICA de 270 (VN <28), confirmando el diagnóstico de DM1 autoinmune de reciente inicio. Se inició insulino terapia junto con el tratamiento de la crisis tirotóxica, con evolución clínica favorable y seguimiento conjunto por endocrinología.

Comentarios: Este caso ilustra la estrecha relación fisiopatológica entre la enfermedad tiroidea autoinmune y la DM1. Ambas comparten mecanismos inmunológicos y predisposición genética, pudiendo presentarse de forma simultánea como manifestación de un síndrome poliglandular autoinmune. La tirotoxicosis genera un estado hipercatabólico caracterizado por aumento de la gluconeogénesis, glucogenólisis y resistencia a la insulina, además de incrementar el aclaramiento de insulina, condiciones que pueden precipitar el debut clínico de una DM1 previamente silente. A su vez, la hiperglucemia y el estrés metabólico derivados de la insulino penia favorecen la descompensación de la enfermedad tiroidea, estableciendo una interacción bidireccional que incrementa el riesgo de complicaciones. Frente a pacientes con tirotoxicosis grave e hiperglucemia, especialmente en presencia de cetosis, resulta fundamental considerar el debut de DM autoinmune. El reconocimiento precoz de ambas entidades y su tratamiento simultáneo permiten reducir la morbi-mortalidad y optimizar el abordaje interdisciplinario.

P66

DIABETES INMUNOMEDIADA ASOCIADA A POLIENDOCRINOPATÍA AUTOINMUNE INDUCIDA POR INHIBIDORES DE CHECKPOINT: REPORTE DE UN CASO

Caso clínico

Mauricio BORSA SANJUAN, Mariana RELLA, Maricel RECALDE, Juliana GÓMEZ, Lucrecia MUTTI, Marina CURRIÁ
HOSPITAL BRITÁNICO. CONTACTO: MBO.SA.2411@GMAIL.COM

Introducción: Los inhibidores de *checkpoint* inmunológico (ICI) pueden inducir eventos adversos endocrinos poco frecuentes, pero potencialmente graves. Se presenta un caso de diabetes (DM) insulino pénica asociada a poliendocrinopatía autoinmune secundaria a inmunoterapia, por su valor pedagógico y diagnóstico.

Objetivos: Describir la presentación clínica, el abordaje diagnóstico y la evolución de una DM inmunomediada asociada al tratamiento con inhibidores de PD-1 y CTLA-4.

Caso: Paciente femenina de 31 años con carcinoma de células claras renal izquierdo (enero 2025), nefrectomizada en marzo de 2025. Por progresión pulmonar, inició nivolumab más ipilimumab cada 21 días el 13/10/2025. Antecedentes: obesidad (IMC 31) y depresión (escitalopram, clonazepam). Quince días tras la infusión presentó cetoadicidosis diabética (CAD) con vómitos y dolor abdominal, tratada con hidratación e insulina. Al reingreso: estable, taquipneica, SatO₂ 95%, T° 38°C; pH 7,36, HCO₃⁻ 18,6 mmol/L, glucemia 245 mg/dL, sin cetonemia. Laboratorio: leucocitos 19.400/µL, HbA1c 6,2%, lipasa 174 U/L, péptido C <0,03 ng/mL, anti-GAD y antiislotes negativos; T4L 33,5 pmol/L, TSH 0,01 mU/L, anti-TPO 386 UI/mL, antitiroglobulina 89 UI/mL. TC de tórax: infiltrados en vidrio esmerilado, reinterpretados como neumonitis inmunomediada. Recibió insulino terapia intravenosa, luego esquema basal con insulina NPH, corticoides sistémicos y propranolol. Evolucionó a hipotiroidismo, iniciando levotiroxina, y se rotó a insulina degludec con correcciones de aspártica. Continúa en seguimiento por Endocrinología y Oncología con DM insulino rrequiriente e hipotiroidismo, secundarios a inmunoterapia.

Comentarios: La DM inducida por ICI es infrecuente (0,2-1,4%), más frecuente con anti-PD-1 y esquemas combinados. La célula β expresa PD-L1; su bloqueo precipita una destrucción rápida mediada por linfocitos T, con péptido C indetectable al diagnóstico. A diferencia de la DM1 clásica, los anticuerpos suelen ser negativos y los corticoides no revierten el cuadro. Su asociación con tiroiditis autoinmune refleja una poliendocrinopatía inmunomediada. El reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento oportuno y reducir complicaciones.

Conclusiones: La DM inmunomediada por ICI representa una complicación infrecuente, pero potencialmente grave, caracterizada por inicio abrupto, insulino penia profunda y frecuente presentación como CAD. Este caso destaca la capacidad de la inmunoterapia combinada para desencadenar pérdida de autotolerancia con compromiso simultáneo de múltiples órganos endocrinos. Resalta la importancia del monitoreo clínico y metabólico estrecho, ya que el reconocimiento precoz y el abordaje multidisciplinario permiten disminuir la morbi-mortalidad y optimizar la continuidad del tratamiento oncológico.

ESTADO HIPERGLUCÉMICO MIXTO SECUNDARIO A L-ASPARAGINASA EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: REPORTE DE CASO

Caso clínico

Josefina SERRA, Matías Nicolás FRANCIULLI, Malena SILBERKASTEN, María Victoria BRITTO, Claudia Fabiola ROJAS MONTAÑO, Erika Ayelén SAN MARTÍN, Carla Viviana MANNUCCI, María Eugenia ANDRÉS
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: JOO_SERRA@HOTMAIL.COM

Introducción: El estado hiperglucémico mixto (EHM) es una complicación poco frecuente en pediatría definido por la coexistencia de cetoacidosis diabética (CAD) y estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH). Aunque la hiperglucemia asociada a Lasparaginasa y corticoides es reconocida en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA), la presentación como EHM es excepcional. Presentamos un caso de un paciente con LLA pre-B en recaída que desarrolló EHM luego de recibir *Erwinia* asparaginasa.

Objetivos: Presentar un caso de EHM secundaria a Lasparaginasa y discutir los desafíos diagnósticos y terapéuticos.

Caso: Paciente masculino de 11 años con diagnóstico de LLA pre-B en recaída tardía y obesidad, sin antecedentes familiares de diabetes (DM). Consultó por vómitos y astenia de 24 h de evolución. Al examen físico presentaba hipotensión, alteración del sensorio y signos de deshidratación grave. Había recibido dexametasona y *Erwinia* asparaginasa 72 h previas a la consulta. El laboratorio evidenció hiperglucemia (1267 mg/dL), acidosis metabólica (pH 7,19; bicarbonato 16 mEq/L), cetonemia (4.5 mmol/l), hipernatremia corregida (155 mEq/L), osmolaridad efectiva (334 mOsm/kg) e insuficiencia renal aguda (IRA) (urea 213 mg/dL; creatinina 2,49 mg/dL) compatibles con EHM. Inició reposición hídrica endovenosa intensiva e insulino terapia una vez estabilizada la hemodinamia. Los anticuerpos antiinsulina y anti-GAD resultaron negativos. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones neurológicas. La insulino terapia pudo suspenderse a los 5 meses por normalización progresiva de la glucemia.

Comentarios: Si bien la hiperglucemia inducida por Lasparaginasa ocurre en el 4%-15% de los pacientes con LLA, la CAD es infrecuente y el EHH y el EHM son excepcionales, lo que supone un desafío diagnóstico. La IRA y las alteraciones neurológicas son las complicaciones más frecuentes del EHM, ambas presentes en este caso. La obesidad y la edad mayor de 10 años son factores de riesgo para su desarrollo. La negatividad de los autoanticuerpos y la posterior suspensión de la insulino terapia apoyan el carácter secundario y transitorio de la alteración metabólica.

Conclusiones: El reconocimiento precoz del EHM permitió instaurar reposición hídrica intensiva e insulino terapia tras la estabilización hemodinámica, medidas fundamentales para una evolución favorable.

ERITROMELALGIA SECUNDARIA A DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Caso clínico

Matías Nicolás FRANCIULLI, Malena SILBERKASTEN, Claudia Fabiola ROJAS MONTAÑO, Erika Ayelén SAN MARTÍN, María Victoria BRITTO, Josefina SERRA, Laura ARZAMENDIA, María Eugenia ANDRÉS, Carla Viviana MANNUCCI
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: MATI.FRANCIULLI@GMAIL.COM

Introducción: La eritromelalgia (EM) es un síndrome infrecuente caracterizado por dolor urente, eritema e hipertermia acral. Puede ser primaria o secundaria a enfermedades subyacentes. Su asociación con diabetes tipo 1 (DM1) es rara. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se basa en paliar los síntomas y la enfermedad de base.

Objetivos: Presentar un caso de EM secundaria a DM1 y sus desafíos diagnósticos y terapéuticos.

Caso: Adolescente masculino de 16 años con DM1 de 5 años de evolución, complicada con polineuropatía y nefropatía diabética en tratamiento con gabapentina, tramadol, ácido tióctico, venlafaxina y enalapril. Presentaba irregular adherencia, elevada variabilidad glucémica y descenso de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 9.2% a 6.2% en 3 meses. Consultó por dolor urente plantar bilateral intenso, con eritema, edema e hipertermia acral, refractario al tratamiento ambulatorio. Se realizaron laboratorio, eco Doppler color y radiografías de miembros inferiores, sin hallazgos patológicos. Se diagnosticó EM secundaria a DM1 tras excluir diagnósticos diferenciales y causas secundarias. Inició tratamiento multidisciplinario con intervenciones kinésicas, psicoemocionales y farmacológicas. Por edema periférico secundario a gabapentina y falta de respuesta a venlafaxina y tramadol, se ajustó el tratamiento, con control sintomático mediante duloxetina, pregabalina, ácido tióctico y oxigenoterapia hiperbárica. Tras 8 semanas, con adecuada insulino terapia, plan alimentario y educación, presentó mejoría clínica y metabólica con resolución de las lesiones en piel y del dolor.

Comentarios: La EM es una complicación infrecuente de la DM1 en pediatría y su diagnóstico es un desafío por su baja prevalencia y superposición con otras causas de dolor acral. En este paciente, la neuropatía diabética preexistente y el rápido

descenso de la HbA1c pudieron contribuir a su desarrollo. Se ha reportado depresión, ansiedad y trastornos de conducta en el 28% de los pacientes por lo que el abordaje debe incluir intervenciones psicoeducativas. El tratamiento requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario con estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Conclusiones: La EM debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor acral en pacientes pediátricos con DM1 para evitar demoras diagnósticas. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinario, optimización del control metabólico, además de apoyo clínico, psicológico y social.

P69

EXPERIENCIA EN EL USO DEL MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIABETES TIPO 1

Malena SILBERKASTEN, Nuria GRIMBERG, Carla MANUCCI, María GANDOLFO, Laura BRAGUINSKY, María Eugenia ANDRÉS, Erika SAN MARTÍN, Victoria BRITTO, Josefina SERRA, Fabiola MONTAÑO, Matias FRANCIULLI

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: MALENASILBER@GMAIL.COM

Introducción: El monitoreo continuo de glucosa (MCG) ha revolucionado el tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1), permitiendo un control glucémico más preciso en pacientes tratados con insulina. A diferencia de la medición capilar con glucómetro, el MCG proporciona datos en tiempo real y métricas avanzadas, como tiempo en rango (TIR) y variabilidad glucémica. Numerosos estudios han demostrado que su uso mejora el control metabólico, reduciendo los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y la prevalencia de complicaciones agudas.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento en el control metabólico con un sistema de MCG en tiempo real/escaneado en forma intermitente en pacientes con DM1.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo que incluyó a pacientes de 6 a 18 años de edad con diagnóstico de DM1 (de más de un año de evolución), atendidos en el Servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital Elizalde, quienes iniciaron tratamiento con un sistema de MCG durante un período de 3 meses. Variables de resultado: HbA1c, indicador de gestión de glucosa (GMI), TIR, tiempo bajo rango (TBR1), tiempo muy bajo en rango (TBR2), tiempo alto rango (TAR1), tiempo muy alto en rango (TAR2) y coeficiente de variabilidad (CV)

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (52% mujeres, n=12) con una edad media de 11.6 años (rango: 6.69-18.04) y un tiempo medio de evolución de la DM de 4.7 años (rango: 1.21-12.21). Respecto de las métricas del control glucémico, el GMI medio disminuyó en forma significativa entre el inicio y el seguimiento a los 3 meses de 8.15% a 7.75% (p=0.032). El TBR <54 mg/dL (TBR 2) presentó una reducción significativa, con un descenso de la media inicial de 0.83% a 0.458% al finalizar el estudio (p=0.049).

Conclusiones: Se demuestra que el MCG, en comparación con el automonitoreo de glucosa en sangre (SMBG), reduce tanto el GMI como la frecuencia de eventos hipoglucémicos graves en pacientes con DM1.

P70

CUMPLIMIENTO DE METAS DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Malena SILBERKASTEN, Nuria GRIMBERG, Carla MANUCCI, María Eugenia ANDRÉS, Alejandra FRANCHELLO, Verónica JIMÉNEZ

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: MALENASILBER@GMAIL.COM

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en pacientes con diabetes (DM). Realizar un control adecuado de la glucemia y otros factores de riesgo cardiovascular permite reducir las complicaciones crónicas. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Sociedad Internacional de Diabetes en Niños y Adolescentes (ISPAD) han propuesto objetivos de control metabólico para esta población. Es relevante evaluar en qué medida se alcanzan estos objetivos en nuestro entorno.

Objetivos: Describir la proporción de pacientes con DM1 que alcanzan los objetivos de hemoglobina glicosilada (HbA1c); estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y explorar los factores asociados con el cumplimiento de las metas.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal basado en la revisión de historias clínicas. Criterios de inclusión: pacientes pediátricos con DM1 con más de un año de evolución de la enfermedad, atendidos en el Hospital Elizalde de Buenos Aires, que contaran con datos de laboratorio actualizados en el período de estudio (2024). Variables de resultado: HbA1c, colesterol LDL, presión arterial, z-score de IMC. Variables de control: sexo, edad, duración de la DM1, cetoadicidosis diabética (CAD) al diagnóstico, complicaciones crónicas, cobertura de salud, tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 281 pacientes; 53% de sexo femenino (n=149). La mediana de edad fue de 13,3 años (10,3-16,3) y la mediana de duración de la DM1 fue de 4,42 años (2,6-7,8). El 65% (n=183) presentó CAD en el debut. La mediana de HbA1c fue de 8,8% (7,7-10,2). El 87,5% de los pacientes (n=246) no cumplió con el objetivo de HbA1c y solo el 8,9% (n=25) alcanzó todas las metas clínicas propuestas por la ADA/ISPAD. El buen control glucémico (HbA1c <7%) se asoció con el uso de monitoreo continuo de glucosa (p=0,0001), el tratamiento con bomba de insulina (p=0,00001) y una menor

duración de la DM1 ($p=0,04$). El mal control se asoció con la presencia de CAD al diagnóstico ($p=0,015$). Los niños de 6 a 11 años presentaron el mejor control glucémico, con una mediana de HbA1c de 8,5% (7,7-9,4).

Conclusiones: Alcanzar las metas de control metabólico propuestas por ADA/ISPAD en niños y adolescentes con DM1 en nuestro medio es un desafío. El acceso a la tecnología puede contribuir a mejorar el control. Se debe reforzar la importancia del abordaje integral de los factores de riesgo cardiovascular.

P71

VARIACIÓN DEL IMC EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BARDET-BIEDL Y DE ALSTRÖM TRATADOS CON SETMELANOTIDA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Caso clínico

Malena SILBERKASTEN, Erika SAN MARTÍN, Victoria BRITTO, Josefina SERRA, Fabiola MONTAÑO, María Eugenia ANDRÉS, Jimena Verónica CUELLO

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: MALENASILBER@GMAIL.COM

Introducción: La alteración de la señalización ciliar en la vía del receptor de melanocortina-4 (MC4R) puede contribuir a la obesidad en pacientes con síndrome de Bardet-Biedl (SBB) y síndrome de Alström, trastornos genéticos raros asociados con hiperfagia y obesidad grave de inicio temprano. Recientemente, se aprobó la setmelanotida, un agonista del receptor de melanocortina 4 (MC4R), para el control de peso a largo plazo en síndromes que afectan a esta vía a partir de los 2 años de edad, demostrando mejoras en el hambre y la conducta alimentaria, lo que resulta en una pérdida de peso.

Objetivos: Describir la variación del IMC en pacientes con SBB y síndrome de Alström tratados con setmelanotida.

Materiales y Métodos: Se incluyeron ≥ 2 años con diagnóstico clínico de SBB (criterios de Beales) o síndrome de Alström (criterios de Marshall) y al menos una variante genética relacionada. Cinco pacientes recibieron setmelanotida durante 12 semanas. En <12 años, la dosis inicial fue de 0,5 mg con titulación hasta 2,5 mg/día; en aquellos ≥ 12 años, de 1 mg hasta 3 mg/día.

Resultados: Se observó una disminución del z-score de IMC en los cinco pacientes. La reducción más marcada correspondió al paciente 1, cuyo Z-score descendió de 3,09 a 1,90 ($\Delta=-1,19$). Los pacientes 2 y 3 también presentaron descensos clínicamente relevantes, pasando de 4,19 a 3,83 ($\Delta=-0,36$) y de 4,19 a 2,96 ($\Delta=-1,23$), respectivamente. El paciente 4 mostró una reducción moderada, de 6,1 a 4,92 ($\Delta=-1,18$). Por último, el paciente 5 abandonó el tratamiento luego de 10 meses, período en el cual permaneció relativamente estable, con un descenso final de 3,56 a 3,47 ($\Delta=-0,09$). En conjunto, todos los pacientes mostraron una tendencia favorable, con reducción sostenida del Z-score de IMC.

Conclusiones: Los síndromes de Alström y SBB se caracterizan por hiperfagia, la cual conduce al desarrollo de obesidad grave. Este estudio representa el primer ensayo clínico en la Argentina para evaluar un agonista del MC4R para estas afecciones. Dada la baja prevalencia de estas enfermedades, se utilizó un diseño de ensayo no tradicional. Todos demostraron tolerabilidad clínica, manteniendo el tratamiento más allá de las 12 semanas. Los eventos adversos más prevalentes fueron la hiperpigmentación cutánea (100%) y el eritema en el sitio de inyección (20%). Se observó reducción del Z-score de IMC, lo que respalda la utilidad clínica de la setmelanotida en estas poblaciones.

P72

CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DE LA HIPERFAGIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BARDET-BIEDL Y DE ALSTRÖM TRATADOS CON SETMELANOTIDA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Caso clínico

Malena SILBERKASTEN, Erika SAN MARTÍN, Victoria BRITTO, Josefina SERRA, Fabiola MONTAÑO, María Eugenia ANDRÉS, Matías FRANCIULLI, Nuria GRIMBERG

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: MALENASILBER@GMAIL.COM

Introducción: La hiperfagia se define como un severo aumento del apetito asociado a alteraciones de la conducta alimentaria y es una característica distintiva de las obesidades monogénicas. El impulso hiperfágico por la comida, la conducta y la gravedad se pueden evaluar con el cuestionario de Dykens y otras escalas que cuantifican los síntomas y el impacto de la hiperfagia. La setmelanotida es un agonista del receptor de la melanocortina 4 (MC4R) que ha sido aprobado para el control de peso a largo plazo en pacientes >2 años con síndromes de obesidad por disfunción de la vía de la melanocortina.

Objetivos: Describir los cambios en la conducta, los síntomas y la gravedad de la hiperfagia en pacientes tratados con setmelanotida en el Hospital de Niños Elizalde.

Materiales y métodos: Se aplicaron el cuestionario de hiperfagia de Dykens y dos cuestionarios sobre los síntomas y el impacto de la hiperfagia en cinco pacientes (4 con síndrome de Bardet-Biedl y 1 con síndrome de Alström) tratados con setmelanotida en la Unidad de Nutrición del Hospital Elizalde. La encuesta fue completada por los padres de los niños de entre 6 y 12 años, y por los propios pacientes cuando eran mayores de 12 años.

Resultados: En 5 pacientes pediátricos con obesidad monogénica tratados con setmelanotida se observó una mejoría global de los parámetros relacionados con hiperfagia. Los puntajes de Dykens disminuyeron principalmente durante los primeros meses de tratamiento y se mantuvieron estables en los controles posteriores. El impacto de la hiperfagia mostró una reducción rápida y sostenida, alcanzando valores cercanos a cero en la mayoría de los pacientes. En lo que respecta a los síntomas de hiperfagia, disminuyeron de forma consistente a lo largo del seguimiento. Estos hallazgos sugieren un efecto beneficioso de la setmelanotida sobre la conducta alimentaria y la carga clínica de la hiperfagia en esta población.

Conclusiones: Los cuestionarios de hiperfagia son herramientas útiles para el seguimiento de la respuesta al tratamiento. El cuestionario de hiperfagia de Dykens es la herramienta más utilizada para evaluar la hiperfagia y medir los cambios en los síntomas hiperfágicos a lo largo del tiempo. La setmelanotida redujo la hiperfagia en pacientes pediátricos con síndrome de Bardet-Biedl y síndrome de Alström.

P73

CETOACIDOSIS DIABÉTICA SECUNDARIA A PROTOCOLO DE TRATAMIENTO CON ASPARAGINASA EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Caso clínico

Jimena Verónica CUELLO, Matías Nicolás FRANCIULLI, Malena SILBERKASTEN, María Eugenia ANDRÉS
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: JIMENAVCUELLO@HOTMAIL.COM

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) hiperglucemia, pH <7.3 y/o bicarbonato <18 mEq/l) puede ser primaria o secundaria. La asparaginasa y los corticoides, utilizados en el protocolo ALLIC-BFM, tratamiento de primera línea para leucemias linfoblásticas agudas (LLA) son secundarias. Se describe un 2.5-23% de hiperglucemia por: la insulina posee tres residuos de asparagina que son hidrolizados por la asparaginasa generando su destrucción, destrucción de células B afectando secreción de insulina, corticoides producen aumento de gluconeogénesis y disminución del uso periférico de glucosa. Se presenta el caso de paciente con LLA con dicho protocolo y desarrollo de CAD.

Objetivos: Advertir consecuencias metabólicas por asparaginasa, y su diagnóstico oportuno para prevenir CAD y complicaciones.

Caso: Paciente de 11 años con diagnóstico de LLA precursor B de un año de evolución, tratamiento protocolo ALLIC-BFM, sin antecedentes familiares. Presentó episodio de hiperglucemia secundaria a quimioterapia bloque RA 2, sin insulino terapia. Previo a la administración de nuevo ciclo, presentó disglucemia (104 mg/dL) y elevación del colesterol total (CT) (336 mg/dL). Posteriormente, recibió en internación Protocolo II, fase 1, semana 3, que incluía vincristina, doxorubicina y *Erwinia* asparaginasa. A 9 días del pasaje, presentó poliuria y polidipsia con laboratorio: cetonemia 4.7 mmol/L, glucemia 342 mg/dL, pH 7.25, bicarbonato 13.6 mmol/L, natremia corregida 135 mEq/L, osmolaridad efectiva 289 mOsm/kg; se diagnosticó CAD leve. Inició fluidoterapia e insulino terapia subcutánea según protocolo institucional. Tras mejoría de CAD, presentó neutropenia febril y shock séptico refractario a volumen por lo que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos. Presentó reaparición de hiperglucemia a pesar de la insulina endovenosa, con disfunción multiorgánica. El paciente falleció a los 6 días.

Comentarios: La hiperglucemia por asparaginasa suele ser autolimitada y la CAD es un efecto adverso poco frecuente (0.8%). Su detección y tratamiento temprano es imprescindible dado que predispone a infecciones, aumentando el porcentaje de mortalidad. Contribuyen a su desarrollo: edad mayor 10 años, sexo femenino, antecedentes familiares de diabetes, tratamiento de inducción y administración con corticoides. Se recomienda medición de glucemia y glucosuria pre, intra y pos pasaje de asparaginasa y HbA1c, para tomar conducta terapéutica de manera oportuna y disminuir complicaciones asociadas. El tratamiento incluye alimentación libre de azúcares simples con hidratos de carbono adecuado a cada paciente, y en caso de CAD, fluidoterapia e insulinización.

Conclusiones: La CAD es una complicación poco frecuente del tratamiento con asparaginasa, aunque potencialmente grave. La monitorización de la glucemia permite un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

P74

HIPERTRIGLICERIDEMIA Y PANCREATITIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ASPARAGINASA EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Caso clínico

Jimena Verónica CUELLO, Matías Nicolás FRANCIULLI, María Eugenia ANDRÉS
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE. CONTACTO: JIMENAVCUELLO@HOTMAIL.COM

Introducción: La hipertrigliceridemia y la pancreatitis se pueden observar secundariamente por asparaginasa, incluida dentro del protocolo ALLIC-BFM para el tratamiento de las leucemias linfoblásticas agudas (LLA). Genera hipertrigliceridemia por afectación de la actividad de la lipoproteinlipasa (33-67%) y toxicidad pancreática (0-25%) generando hiperglucemia

transitoria y pancreatitis aguda (PA) (2-16%), complicación poco frecuente, siendo leves mayormente y severas (2%). Se presenta el caso de un paciente con LLA-B con dicho protocolo, con hipertrigliceridemia y pancreatitis.

Objetivos: Advertir sobre las consecuencias metabólicas por asparaginasa, y su medición analítica para prevención y tratamiento.

Caso: Paciente de 11 años con diagnóstico de LLA-B, de un año de evolución, en tratamiento según protocolo ALLIC-BFM, sin antecedentes familiares. En el control del laboratorio previo a la quimioterapia, presentó disglucemia (104 mg/dL) y elevación del colesterol total (CT)(336 mg/dL). Posteriormente recibió protocolo II, fase 1, semana 3, que incluyó vincristina, doxorubicina y *Erwinia* asparaginasa con CT 970 mg/dL y triglicéridos 14.348 mg/dL, ecografía abdominal con páncreas dentro de límites. Inició tratamiento con restricción grasa, de azúcares simples y fenofibrato 200 mg/día. Controles sucesivos: CT 1.059 mg/dL, triglicéridos 9.962 mg/dL, asintomático, con amilasa y lipasa normales (14 U/L y 36 U/L). Posteriormente presentó elevación progresiva de las enzimas pancreáticas, lipasa 120 U/L y amilasa 113 U/L con hipertrigliceridemia (1332 mg/dl). Evolucionó con neutropenia febril, shock séptico refractario a volumen. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos, presentó disfunción multiorgánica y falleció a los 6 días.

Comentarios: La hipertrigliceridemia y la hipercolesterolemia secundaria a la asparaginasa son elevaciones transitorias. Valores mayores a 1.000 mg/dl predisponen a pancreatitis por triglicéridos. La PA posee mayor incidencia en mayores de 10 años, siendo leve y transitoria (80-90%) hasta necrotizante y hemorrágica en una minoría, esta última grave, pudiendo derivar en falla multiorgánica y muerte. Ante la sospecha de PA, solicitar pruebas biológicas y tomografía para diagnóstico precoz, precisar gravedad y detectar complicaciones. Se recomienda medir CT, triglicéridos, amilasemia y glucemia pre y pos asparaginasa. Tener en cuenta la ausencia de elevación de enzimas pancreáticas por efecto inhibidor de síntesis proteica por asparaginasa. Tratamiento: alimentación hipograsa, medicación con fibratos, en casos más graves, plasmaféresis.

Conclusiones: La hipertrigliceridemia por asparaginasa es transitoria, aunque potencialmente grave por pancreatitis y sus complicaciones. La monitorización de los triglicéridos y las enzimas pancreáticas permite un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

P75

PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE RETINOPATÍA DIABÉTICA Y EDEMA MACULAR EN UN PROGRAMA DE TAMIZAJE POBLACIONAL: RESULTADOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA CEGUERA DEL PARTIDO DE GENERAL ALVARADO

Pablo DEROMEDIS

COMIR. CONTACTO: PDEROMEDIS@YAHOO.COM

Introducción: La retinopatía diabética (RD) es la principal causa de ceguera prevenible en adultos en edad laboral. La Argentina carece de un sistema nacional de tamizaje sistemático; la detección sigue dependiendo de la consulta espontánea. El Partido de General Alvarado, con aproximadamente 40.000 habitantes, implementó un programa de tamizaje basado en retinografía color y tomografía de coherencia óptica (OCT), tomando como referencia el modelo del *National Health Service* (NHS) del Reino Unido y adaptándolo a las capacidades y recursos del sistema de salud local.

Objetivos: Determinar la prevalencia y distribución por severidad de RD y edema macular diabético (EMD) en la población diabética identificada del Partido de General Alvarado, y describir las características operativas del programa.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal de base poblacional. Se incluyeron 1.791 pacientes del Programa de Prevención de la Ceguera de General Alvarado con al menos un estudio de retinografía color y/u OCT entre 2020 y 2025. La clasificación de RD siguió el sistema ETDRS adaptado al modelo NHS (R0-R3-RDP). El edema macular se codificó como M0 o M1.

Resultados: De 1.791 pacientes registrados, 1.733 (96,8%) presentaron estudios válidos. La prevalencia de cualquier RD fue 21,5% (n=373). La RD que amenaza la visión (R3+RDP) representó el 5,4% (n=94). El EMD estuvo presente en el 4,3% (n=74) y en el 16,6% de los pacientes con RD. El 69,1% se encontraba en seguimiento activo.

Conclusiones: Este programa, el primero de tamizaje poblacional sistemático en un municipio del interior bonaerense bajo el modelo NHS, demuestra que la RD afecta a más de uno de cada cinco diabéticos de la región. Estos datos fundamentan la necesidad de políticas de salud visual comunitaria y la expansión del modelo.

P76

ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA Y EL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO TRANSVERSAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jacira Xavier DE CARVALHO¹, Mozânia Reis DE MATOS², Suely Kazue Nagahashi MARIE², Maria Lucia CORREA GIANNELLA³, Marcia S. QUEIROZ¹

¹ PROGRAMA DE POSGRADO EN MEDICINA, UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO (UNINOVE), SÃO PAULO, BRASIL, ² DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO (FMUSP), SÃO PAULO, BRASIL, ³ LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGÍA CELULAR Y MOLECULAR (LIM-25), FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, BRASIL. CONTACTO: XAVIERJACIRA@GMAIL.COM

Introducción: La enfermedad renal diabética (ERD) y el deterioro cognitivo comparten mecanismos fisiopatológicos relacionados con la disfunción endotelial, la inflamación crónica y el daño microvascular. Sin embargo, la influencia de la progresión de la ERD sobre dominios cognitivos específicos aún no está completamente establecida.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los estadios de la ERD y el rendimiento cognitivo en personas con diabetes tipo 2 (DM2).

Materiales y métodos: Estudio transversal realizado con 958 adultos con DM2 atendidos en atención primaria. La función renal fue clasificada según la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe). El rendimiento cognitivo se evaluó mediante el Mini Examen del Estado Mental (MEEM). Se realizaron comparaciones entre los estadios de la ERD, correlaciones de Spearman y regresión logística multivariada para identificar los factores asociados con la preservación cognitiva.

Resultados: De 958 participantes, 533 (55,6%) tuvieron MEEM bajo para escolaridad. Se observó disminución progresiva del rendimiento cognitivo con avance ERD desde estadio G3b. Orientación, lenguaje y habilidad constructiva difirieron entre estadios $p < 0,01$, $E^2 = 0,02$. TFGe correlacionó débil con dominios $p = 0,09-0,13$. Multivariado: edad OR=0,78 IC95% 0,74-0,84 y ACV OR=0,91 IC95% 0,86-0,97 se asociaron con menor preservación cognitiva. IMC OR=1,26 IC95% 1,18-1,34, actividad física OR=1,18 IC95% 1,11-1,26 y etnia negra/parda OR=1,31 IC95% 1,23-1,39 se asociaron con mejor desempeño.

Conclusiones: La progresión de la ERD se asoció con un deterioro progresivo del rendimiento cognitivo en personas con DM2, particularmente en los dominios de orientación, lenguaje y habilidad constructiva. Estos hallazgos respaldan la incorporación del tamizaje cognitivo en pacientes con ERD, especialmente en estadios avanzados, para favorecer la detección precoz y orientar estrategias preventivas y terapéuticas.

P77

FACTORES ASOCIADOS A AMPUTACIÓN MAYOR EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS POR PIE DIABÉTICO: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Gabriel ESQUIVEL

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN. CONTACTO: GABONESTE11ES@GMAIL.COM

Introducción: El pie diabético es una de las principales complicaciones de la diabetes (DM) y constituye una causa frecuente de amputación de tipo no traumática.

Objetivos: Identificar los factores asociados a la amputación mayor y evaluar la evolución intrahospitalaria de pacientes con este diagnóstico.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado en la Unidad Asistencial Dr. César Milstein con 59 pacientes hospitalizados por pie diabético. Se analizaron variables cualitativas como sociodemográficas, metabólicas, comorbilidades, características de la lesión, tratamiento hipoglucemiante y desenlaces clínicos mediante metodología de análisis bivariado y regresión logística multivariable. La edad promedio fue de $72,1 \pm 6,6$ años, siendo el 76,3% hombres con una mediana de evolución de DM de 15,5 años. El promedio de la HbA1c fue de 8,5% y de glucemia al ingreso de 220 mg/dl. El 58,6% presentó antecedentes vasculares, el 95,1% enfermedad arterial periférica evidenciada por eco Doppler de miembros inferiores, el 46,9% insuficiencia renal crónica y el 65,8% neuropatía diabética. Por otra parte, el 80,6% presentó osteomielitis con Wagner 4 como mediana.

Resultados: Los antecedentes vasculares se asociaron con amputación mayor (OR=9,12; IC95%: 2,51-27,22; $p < 0,001$), al igual que la enfermedad arterial periférica evidenciado por eco Doppler de miembros inferiores (OR=4,40; IC95%: 1,23-13,57; $p = 0,021$). El grado de Wagner 4-5 mostró una tendencia importante (OR=10,50; $p = 0,063$). La edad fue el único factor continuo asociado significativamente (75 vs. 69 años; $p < 0,001$). En cuanto al análisis multivariable, la edad aumentó el riesgo de amputación en un 17% por cada año (OR=1,17; IC95%: 1,04-1,31; $p = 0,011$) y los antecedentes vasculares incrementaron 6,28 veces la probabilidad de amputación (OR=6,28; IC95%: 1,67-23,64; $p = 0,007$). No hubo diferencias significativas entre las terapéuticas con insulina e hipoglucemiantes orales en amputación, sepsis, estancia hospitalaria ni mortalidad. La mortalidad en sí fue del 9,8% y se asoció con sepsis grave ($p = 0,037$). Los pacientes ≥ 75 años presentaron una frecuencia de amputación del 85% frente al 32% en menores de esa edad (OR=12,28; IC95%: 2,80-40,09; $p < 0,001$).

Conclusiones: La edad avanzada y los antecedentes vasculares fueron los principales factores independientes asociados a amputación mayor. La mortalidad se relacionó con sepsis grave e internaciones prolongadas. El tratamiento hipoglucemiante previo no influyó en los desenlaces clínicos. Debido al tamaño muestral y al carácter exploratorio del estudio, los resultados deben interpretarse con cautela y confirmarse en investigaciones de mayor tamaño.

P78

FACTORES ASOCIADOS A AMPUTACIÓN MAYOR EN PACIENTES DIABÉTICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL NOA

Adriana Rocío CARABAJAL, María Griselda BELLONI, Macarena COHEN IMACH, Andrea de los Ángeles DELGADO, Norma Beatriz DÍAZ, Patricia Haydée GONZÁLEZ FRAILE, Silvana Cristina LOBO, María Eugenia LÓPEZ GUERRA, Esteban Manuel PACHECO, Liz Belén RUIZ, Andrea Nahir SUÁREZ, María Eugenia VALDEZ, Sofía Belén VELIZ

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN. CONTACTO: ROCIO.CARABAJAL1@GMAIL.COM

Introducción: El pie diabético constituye una de las complicaciones crónicas más graves de la diabetes (DM) y representa una de las principales causas de amputación no traumática de miembros inferiores a nivel mundial. La amputación mayor de miembro inferior se asocia a una elevada mortalidad, así como a un marcado deterioro funcional, pérdida de autonomía y disminución de la calidad de vida. Identificar los factores asociados a amputación mayor de miembro inferior en pacientes con pie diabético es fundamental para optimizar las estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno.

Objetivos: Identificar los factores asociados a amputación mayor de miembro inferior en pacientes con pie diabético internados en un centro de referencia del NOA de noviembre de 2025 a abril de 2026.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo. Se incluyeron 103 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pie diabético sometidos a amputación en un hospital de San Miguel de Tucumán de noviembre de 2025 a abril de 2026. Los datos se obtuvieron de encuestas dirigidas e historias clínicas digitales.

Resultados: De los pacientes estudiados, el 24% (25) presentó amputación mayor (supracondílea o infrapatelares), mientras que el 76% (78) amputación menor (transmetatarsiana o amputación digital). Se encontró que la probabilidad de presentar amputación mayor es de aproximadamente 4.5 veces más en los pacientes con triglicéridos alterados con respecto a los pacientes con triglicéridos normales. Por otro lado, la probabilidad de presentar amputación mayor es de aproximadamente 2.7 veces más en los pacientes que presentan tratamiento con insulina con respecto a los que no lo presentan.

Conclusiones: En la población estudiada, la amputación menor fue la más frecuente en pacientes con pie diabético. Si bien la mayoría de los factores clínicos y demográficos evaluados fueron altamente prevalentes, el análisis multivariado identificó a los triglicéridos elevados como el principal factor asociado a amputación mayor, incrementando aproximadamente 4,5 veces el riesgo. Asimismo, el tratamiento con insulina, debido al mal control metabólico, mostró una tendencia a asociarse con un mayor riesgo de amputación mayor.

P79

SIMULACIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS DIABETOLÓGICAS: CONOCIMIENTOS PREVIOS Y SATISFACCIÓN EN ACTIVIDADES DE LA SAD 2026

Lucía POGGIO¹, Marcela GALINDO², Patricia DUETTE³, Sofía FABREGUES⁴, Fernando DI FERMO¹, Ana DOTTA⁵, Vanesa PANTANO⁶, Marisa WALTER¹, Viviana COGO⁷

¹ HOSPITAL JUAN A. FERNÁNDEZ, ² HOSPITAL DE INFECCIONES FRANCISCO JAVIER MUÑIZ, ³ HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁴ CENTRO DE SALUD NIVEL 1 BALVANERA (CESAC Nº 11), ⁵ SANATORIO JULIO MÉNDEZ, ⁶ HOSPITAL BRITÁNICO, ⁷ HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN FELIPE. CONTACTO: DRALUCIAFPOGGIO@GMAIL.COM

Introducción: La simulación clínica permite entrenar la toma de decisiones y el trabajo seguro ante situaciones de alta complejidad, como las urgencias diabetológicas y cardiometabólicas. La Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), a través de su Comité de Simulación Clínica y del Centro de Simulación (CeSAD), desarrolla actividades formativas basadas en escenarios clínicos.

Objetivos: Caracterizar a los participantes, explorar sus conocimientos previos frente a urgencias diabetológicas y cardiometabólicas, y evaluar la satisfacción, la percepción de realismo y la adecuación de la actividad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal, basado en encuestas anónimas, autoadministradas y estructuradas, aplicadas antes y después de actividades de simulación clínica en SAD durante 2026. El pretest (n=73) relevó datos demográficos, experiencia previa en simulación, autopercepción de preparación y respuestas de opción múltiple ante cuatro escenarios. El posttest (n=69) evaluó impresión general, dificultad, material bibliográfico, realismo, intervención docente y tiempo asignado. Las variables categóricas se expresaron como n (%).

Resultados: Todos los participantes fueron médicos/as; el 69,9% informó su primera experiencia en simulación. La percepción de preparación suficiente fue inferior al 42% en los cuatro escenarios evaluados. El mayor porcentaje de respuestas correctas se observó en debut diabético con sospecha de cetoacidosis (93,2%). Las menores proporciones correspondieron a hipoglucemia severa con deterioro del sensorio (17,8%) y cetoacidosis euglucémica asociada a inhibidores de SGLT2 (52,1%). Tras la actividad, el 98,5% calificó la impresión general como excelente o muy buena, el 95,7% consideró la dificultad desafiante pero adecuada, el 98,6% percibió la práctica con simuladores como cercana a la realidad, el 94,2% valoró como oportuna y adecuada la intervención docente, mientras que el 92,7% consideró suficiente el tiempo destinado.

Conclusiones: Las actividades de simulación clínica tuvieron elevada aceptación, realismo percibido y adecuación docente. La evaluación inicial identificó brechas en el abordaje de la hipoglucemia severa y la cetoacidosis euglucémica, que orientan contenidos prioritarios para futuras instancias de entrenamiento y contribuyen al fortalecimiento de las competencias clínicas y la seguridad del paciente.

P80

BRECHAS EN EL CONOCIMIENTO Y EL MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES INSULINIZADOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL CONURBANO BONAERENSE

María Alejandra MEJÍA, Florencia del Sol LÓPEZ FREZZOTTI, María Laura PAYERO, María Lucía SPINELLI
HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO. CONTACTO: ALEJAJANDRAMEJIA2403@GMAIL.COM

Introducción: La hipoglucemia constituye una de las complicaciones más frecuentes del tratamiento con insulina y representa una barrera para alcanzar un adecuado control glucémico. El reconocimiento de los síntomas y la implementación de medidas correctivas apropiadas son pilares fundamentales de la educación diabetológica.

Objetivos: Evaluar los conocimientos, la percepción de síntomas y las conductas frente a los episodios de hipoglucemia en pacientes con diabetes (DM) tratados con insulina y atendidos en un hospital público del conurbano bonaerense.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico realizado durante el primer trimestre de 2026 en pacientes adultos con DM1 o DM2 insulinoirrequiriente (DM2i) atendidos en el Hospital Municipal San Cayetano. Se aplicó una encuesta estructurada autoadministrada que evaluó conocimiento del valor de corte de hipoglucemia, reconocimiento de síntomas, antecedentes de hipoglucemia severa, manejo de crisis severas y conductas de corrección y seguimiento. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado o Fisher según correspondiera, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes; 69,7% fueron mujeres, 76,5% presentaba DM2i y 58,0% tenía más de 10 años de evolución. El 58,8% identificó correctamente 70 mg/dL como valor de corte para hipoglucemia. El 75,6% reconoció síntomas, observándose mayor reconocimiento en DM1 respecto de DM2i (100% vs. 77,9%; $p = 0,037$). El 77,3% refirió saber cómo actuar ante una hipoglucemia, aunque el 24,4% presentó antecedente de hipoglucemia severa y el 40,3% desconocía el manejo de una crisis severa. El rescate con jugo o gaseosa azucarada fue la conducta más frecuente (73,9%). El 86,6% realizó un nuevo control glucémico, pero solo el 31,1% lo efectuó a los 15 minutos. Únicamente el 26,9% realizó una conducta posterior luego de superar los 70 mg/dL y solo el 11,4% cumplió todos los criterios de manejo adecuado completo.

Conclusiones: Se identificaron relevantes brechas en el conocimiento y el manejo de la hipoglucemia, particularmente en el reconocimiento del valor de corte, el manejo de crisis severas y la secuencia completa de corrección. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer programas estructurados de educación diabetológica orientados a mejorar la seguridad y el autocuidado de los pacientes tratados con insulina.

P81

PROGRAMA PILOTO DE DETECCIÓN DE DIABETES TIPO 1 PRESINTOMÁTICA MEDIANTE PESQUISA DE AUTOANTICUERPOS EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO REDAR1

Juan Manuel LAZZATTI¹, Silvia GARRONE², Jimena SOUTELO³, Marina CURRIA⁴, Javier Mauricio FARIAS²

¹ SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO, ² SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES, HOSPITAL UNIVERSITARIO SANATORIO GÜEMES, ³ SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL CHURRUCA VISCA, ⁴ SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL BRITÁNICO. CONTACTO: JAVIERMFARIAS@GMAIL.COM

Introducción: La identificación de individuos en etapas presintomáticas de la diabetes tipo 1 (DM1) mediante la determinación de autoanticuerpos permite reconocer sujetos con alto riesgo de progresión clínica, reducir la presentación de cetoacidosis e implementar programas de seguimiento. En la Argentina existen escasos datos sobre la prevalencia de autoinmunidad en familiares de primer grado de personas con DM1. El protocolo ReDaR1-SAEM fue desarrollado como un estudio multicéntrico para generar evidencia nacional sobre esta estrategia de pesquisa.

Objetivos: Determinar la prevalencia de autoanticuerpos contra la célula β pancreática y estimar la frecuencia de DM1 presintomática en familiares de primer grado de pacientes con DM1.

Materiales y métodos: Estudio piloto, observacional, prospectivo y multicéntrico. Se incluyeron familiares de primer grado de personas con DM1, entre 8 y 48 años, sin diagnóstico previo de DM1. Se determinaron autoanticuerpos de insulina (IAA), autoanticuerpos de ácido glutámico descarboxilasa (anti-GAD65), autoanticuerpos de antígeno-2 de islotes (anti IA-2A) y autoanticuerpos transportadores de zinc 8 (anti-ZnT8A). Se consideró positividad a la presencia de al menos un autoanticuerpo y se identificaron los participantes con múltiples autoanticuerpos, criterio utilizado para definir DM1 presintomática con glucemia dentro de valores normales (estadios 1-2), de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

Resultados: Se incluyeron 70 familiares asintomáticos de primer grado de personas con DM1, se analizaron 67, con una edad media de $20,8 \pm 9,6$ años (rango: 7-48 años). El 58,2% fueron mujeres. La mayoría de los participantes (94,0%) se reclutó en el Sanatorio Güemes, mientras que el 4,5% correspondió al Hospital Británico y el 1,5% al Hospital Churrucá Visca. En relación con el caso índice, 34,3% fueron hermanos, 29,9% hijos, 19,4% madres, y el 16,4 % correspondió a: hermanos por madre (10,4%), padres (4,5%) y hermano por padre (1,5%). La distribución de positividad fue: ZnT8: 21 (31,4 %) GAD: 6 (8,96%) IA-2: 5 (7,46%) y no se detectaron IAA: 0 % Se identificaron 15 participantes con un anticuerpo positivo y 6 participantes con DM presintomática, es decir, con dos o más anticuerpos positivos. Aproximadamente uno de cada tres participantes presentó al menos un autoanticuerpo, mientras que casi uno de cada 10 presentó múltiples autoanticuerpos, identificando individuos con elevado riesgo de progresión a DM1 clínica.

Conclusiones: El programa piloto ReDaR1 demostró la factibilidad de implementar un programa nacional de pesquisa de DM1 presintomática en familiares de primer grado. Estos resultados respaldan la expansión del programa multicéntrico y el seguimiento longitudinal de esta cohorte.

TAMIZAJE DE DIABETES TIPO 1 PRESINTOMÁTICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA ARGENTINA

Juan Manuel PAIRETTI¹, María Victoria LISA¹, Esteban MARTÍNEZ KERZ¹, Camila PÉREZ¹, Luciana PEIRANO¹, Antonio SALEME¹, Mariela PUMA SALINAS¹, Ana Laura GARCÍA²

¹ SANATORIO SANTA FE, SANTA FE, ² HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA, SANTA FE. CONTACTO: JUANMANUELPAIRETTI29@GMAIL.COM

Introducción: Los familiares de primer grado de personas con diabetes tipo 1 (DM1) presentan un mayor riesgo de desarrollar DM autoinmune. La identificación precoz de autoanticuerpos contra los islotes pancreáticos permite estratificar el riesgo y prevenir la cetoacidosis diabética al momento del diagnóstico. En la Argentina no existen datos poblacionales sobre la prevalencia de autoanticuerpos relacionados con DM1 en familiares.

Objetivos: Determinar la prevalencia y el perfil de autoanticuerpos contra los islotes pancreáticos en familiares de primer grado de personas con DM1.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de un único centro que incluyó familiares de primer grado de personas con DM1 residentes en Santa Fe. Se determinaron autoanticuerpos séricos contra GAD65, IA-2, insulina y ZnT8 mediante técnicas de laboratorio estandarizadas. La positividad de los autoanticuerpos se definió según los puntos de corte establecidos. Se registraron variables demográficas, grado de parentesco y antecedentes personales de enfermedades autoinmunes.

Resultados: Se incluyeron 29 participantes; el 72% tenía menos de 18 años. La edad media fue de $15,1 \pm 12,3$ años y el 56,7% correspondió al sexo masculino. Dos individuos (6,9%) presentaron positividad para al menos un autoanticuerpo contra los islotes pancreáticos. Un niño presentó positividad aislada para GAD65. Un participante pediátrico presentó múltiples autoanticuerpos (GAD65, IA-2 y ZnT8) y ambos padres tenían diagnóstico de DM1. GAD65 fue el autoanticuerpo detectado con mayor frecuencia.

Conclusiones: En este primer informe de la vida real realizado en la Argentina, la prevalencia de autoanticuerpos relacionados con DM1 en familiares de primer grado fue comparable a la descrita en cohortes internacionales de alto riesgo. La identificación de individuos con múltiples autoanticuerpos respalda el valor del tamizaje dirigido en familiares para favorecer la vigilancia temprana y prevenir la descompensación metabólica grave en contextos donde no existen programas de tamizaje poblacional.

INTERNACIÓN HOSPITALARIA: ¿ES UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES?

María Victoria CULOTTA, Lara CARELLA, Guisela UGARTE, Mariana IARUSSI, Sandra MONCAYO, Julián EIZAYAGA, Marcela MARTÍNEZ, María Cristina FAINGOLD

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN. CONTACTO: CULOTTA.VICTORIA@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) requiere un control glucémico estricto para prevenir complicaciones. La internación es una oportunidad para identificar y corregir la disglucemia, y un seguimiento ambulatorio programado posalta reduce complicaciones y reinternaciones.

Objetivos: Evaluar los cambios en el control glucémico entre el ingreso hospitalario y el seguimiento posalta en pacientes con DM.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con DM internados con seguimiento ambulatorio posalta (HbA1c a 3-6 meses), entre enero de 2024 y marzo de 2026. Se compararon HbA1c pre y posalta (prueba de Wilcoxon para muestras apareadas) y la proporción de pacientes insulinizados al ingreso y al alta (McNemar). Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. El 47.8% presentaba complicaciones macroangiopáticas y el 36.8% microangiopáticas. El motivo de ingreso más frecuente fue la cirugía programada (61.8%). La insulinización aumentó del 45.6% al ingreso al 60.3% al alta ($p = 0.006$). La HbA1c basal fue $7.95\% \pm 2.03$ y posalta $7.25\% \pm 1.20$ ($n = 64$ pares), con reducción media de 0.70 puntos (IC95% 0.21-1.20; $p = 0.015$). El beneficio se concentró en los pacientes con $HbA1c \geq 8\%$, ($n = 28$: -1.93 punto; $p < 0.001$); los pacientes con $HbA1c < 8\%$ ($n = 36$) no mostraron cambio significativo ($+0.25$; $p = 0.063$).

Conclusiones: En una muestra de adultos mayores con DM se confirmó una alta prevalencia de comorbilidades y complicaciones vasculares. El ajuste terapéutico intrahospitalario se asoció a una reducción significativa de la HbA1c posalta, siendo este beneficio más importante en aquellos pacientes que al ingreso presentaban una $HbA1c \geq 8\%$. Concluimos que la internación constituye una ventana de oportunidad para la educación diabetológica y la optimización terapéutica.

TRANSICIÓN TERAPÉUTICA CARDIOMETABÓLICA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE HOSPITALARIA ARGENTINA

María de los Milagros MOLLO

CLÍNICA PUEYRREDÓN. CONTACTO: MILAGROSMOLLO@GMAIL.COM

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i) y los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1 RA) han demostrado beneficios cardiovasculares y renales en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). Sin embargo, existe escasa información regional sobre patrones de transición terapéutica cardiometabólica durante la hospitalización en escenarios asistenciales contemporáneos.

Objetivos: Caracterizar los patrones de transición terapéutica cardiometabólica durante la hospitalización y describir la utilización intrahospitalaria de terapias contemporáneas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico basado en registros clínicos hospitalarios de adultos con DM2 internados entre septiembre de 2024 y agosto de 2025. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Clínica Pueyrredón. Debido a la utilización de registros anonimizados retrospectivos, se eximió la obtención del consentimiento informado individual. Se evaluaron patrones de continuidad terapéutica, discontinuación e inicio intrahospitalario *de novo* de SGLT2i, GLP-1 RA, insulina, metformina y sulfonilureas entre ingreso y alta hospitalaria. Los cambios apareados fueron analizados mediante prueba de McNemar. Los resultados se expresaron como frecuencias absolutas, porcentajes y diferencias absolutas de cambio terapéutico.

Resultados: Se incluyeron 324 pacientes; la edad media fue $64,9 \pm 14,1$ años y el 36,7% fueron mujeres. La hemoglobina glicosilada (HbA1c) estuvo disponible en el 79,0% de la cohorte, con una mediana de 7,4% (rango intercuartílico [RIC] 6,4-9,2). Al ingreso hospitalario, 20,1% recibía SGLT2i y 1,2% GLP-1 RA. Al alta, la utilización de SGLT2i aumentó a 22,8% ($p=0,021$), mientras que los GLP-1 RA permanecieron sin cambios. Entre los usuarios basales de SGLT2i, el 96,9% continuó el tratamiento al alta. En contraste, solo 11 pacientes iniciaron SGLT2i *de novo* durante la hospitalización, correspondiente a una tasa de inicio intrahospitalario de 4,2% entre pacientes sin tratamiento basal. Las sulfonilureas disminuyeron de 9,6% a 5,6% ($p=0,008$), mientras que la insulino terapia aumentó de 32,1% a 39,8% ($p=0,012$).

Conclusiones: En esta cohorte hospitalaria de pacientes con DM2, la transición terapéutica hacia estrategias cardiometabólicas contemporáneas fue limitada y estuvo caracterizada predominantemente por la continuidad terapéutica previa más que por la incorporación farmacológica *de novo*. La utilización intrahospitalaria de GLP-1 RA fue prácticamente inexistente. Estos hallazgos sugieren una potencial brecha entre la evidencia cardiorrenal contemporánea y los patrones terapéuticos observados en el ámbito hospitalario.

GRADO DE CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2: COMPARACIÓN ENTRE HOSPITAL PÚBLICO Y HOSPITAL PRIVADO

Guillermo ODRIOZOLA¹, Manuel BARBERO², Ignacio LARRABIDE³, Franco MEIJOME¹, Paz VATALARO¹, Ivana SCHMIDT¹

¹ SANATORIO TANDIL, TANDIL, BUENOS AIRES, ² HOSPITAL EL CRUCE, FLORENCIO VARELA, BUENOS AIRES, ³ CONICET, UNICEN, TANDIL, BUENOS AIRES. CONTACTO: ODRIOZOLAGUILLERMO@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) constituye una causa relevante de morbilidad y mortalidad en la Argentina, con una prevalencia estimada en adultos del 12,7%. El control glucémico adecuado resulta esencial para reducir complicaciones micro y macrovasculares; sin embargo, puede estar condicionado por desigualdades en el acceso al sistema de salud y a tratamientos eficaces.

Objetivos: Evaluar la asociación independiente entre el sector de atención (público o privado) y el control glucémico en pacientes con DM2, e identificar predictores clínicos y terapéuticos de buen control.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en 213 pacientes con DM2 asistidos en Tandil: 161 pertenecientes al sector privado y 52 al sector público. La variable dependiente fue el buen control glucémico, definido como HbA1c <7%. Se aplicaron análisis univariados y regresión logística binaria multivariada. Para reducir el riesgo de sobreajuste, se incorporó una variable compuesta de carga terapéutica.

Resultados: Se incluyeron 213 pacientes (público n=52; privado n=161). El grupo privado presentó mayor edad (65 vs. 58,5 años; $p<0,001$), menor IMC (31 vs. 33 kg/m²; $p=0,031$), mayor proporción de HbA1c <7% (60,9% vs. 46,2%; $p=0,088$) y más pacientes con LDL <70 mg/dL (41,6% vs. 23,1%; $p=0,025$). La obesidad fue más frecuente en el sector público (82,7% vs. 62,1%; $p=0,010$). El sector de atención fue el principal predictor del uso de iSGLT2 (OR 0,23; IC95% 0,10-0,52; $p<0,001$) y GLP-1 (OR 0,16; IC95% 0,04-0,67; $p=0,013$), independientemente de HbA1c, edad, IMC y años de evolución. En el modelo final, el sector público (OR 0,45; IC95% 0,22-0,93; $p=0,032$) y la nefropatía (OR 0,49; IC95% 0,26-0,96; $p=0,037$) se asociaron de manera independiente con menor probabilidad de buen control glucémico. El efecto del sector difirió según el uso de insulina: no fue significativo en pacientes insulinizados (n=71; OR 1,47; $p=0,530$), mientras que en no insulinizados (n=142) el sector público redujo un 76% la probabilidad de buen control (OR 0,24; IC95% 0,09-0,65; $p=0,005$).

Conclusiones: El sector de atención predice en forma independiente el control glucémico en pacientes con DM2. La menor disponibilidad de terapias modernas, como iSGLT2, GLP-1 y monitoreo continuo de glucosa, evidencia una inequidad sanitaria con impacto clínico. Se requieren políticas que garanticen el acceso equitativo a tratamientos antidiabéticos eficaces.

P86

CONOCIMIENTO Y CONSUMO DE LEGUMBRES A NIVEL POBLACIONAL: CENTRO DE APS DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, TUCUMÁN

Carolina del Valle AMAYA, Fernanda RODRÍGUEZ

MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, TUCUMÁN. CONTACTO: CARODELVAMAYA@GMAIL.COM

Introducción: Por calidad nutricional, bajo costo e impacto ambiental, las legumbres son esenciales en la alimentación. Su consumo reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes y obesidad. Favorecen el control glucémico, mejoran el perfil lipídico, incrementan la saciedad y promueven una microbiota saludable. Las guías recomiendan consumirlas 2 a 4 veces/semana. En la Argentina, el consumo es bajo.

Objetivos: Evaluar el conocimiento sobre las propiedades de legumbres; detectar las barreras que impiden su consumo; estimar la frecuencia de consumo y su relación con otras variables.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, de alcance exploratorio-descriptivo, en personas con 18 años o más, realizado en 2 grupos. Grupo A: pacientes concurrentes al centro de APS. Grupo B: público que completó la encuesta online. Muestra consecutiva por conveniencia. Datos gestionados en Excel. Se calcularon las frecuencias y proporciones testeadas con χ^2 . Se usó nivel de consumo como variable dependiente. Se buscó asociación mediante OR (IC 95%). En el análisis multivariado se usó regresión logística ordinal. Significancia empleada: $p < 0,05$. Se utilizó STATA 17.0 BE@.

Resultados: Se estudiaron 464 personas. Mediana de edad: 50 y 36 años en grupo A y B respectivamente. El 73% del grupo A y el 81% del B fueron mujeres. El 96% de las mujeres en el grupo A y el 89% en el grupo B cocinaban. Un 21% consumía legumbres dos o más veces por semana. Reconocieron como fuente de proteína vegetal: 49,6% y 79% en el grupo A y B respectivamente ($p < 0,05$). El 72% del grupo A y 80% del B dijeron que las legumbres mejoran el control de glucemia. El 63% del grupo A y 88% del B mencionaron que reducen el colesterol sanguíneo ($p < 0,05$). El 54% del grupo A y 84% del B señalaron que no aumentan el riesgo cardiovascular ($p < 0,05$). No saber preparar (OR:4,2), no gustar las legumbres (OR:2,7) o la falta de tiempo para cocinarlas (OR:1,8) fueron dificultades asociadas con bajo o moderado consumo ($p < 0,05$), habiendo controlado otras variables. El 52% del grupo A y 38,3% del B mencionaron que las legumbres tienen menor impacto ambiental que otras fuentes de proteína animal ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se observa un conocimiento adecuado sobre las legumbres y sus propiedades. No saber prepararlas, que no gusten las legumbres en la familia y la falta de tiempo para cocinarlas fueron las dificultades asociadas con un consumo bajo o moderado.

P87

ESTUDIO DE VARIABLES HEMODINÁMICAS Y ENVEJECIMIENTO VASCULAR ACELERADO EN PACIENTES CON BAJO Y MODERADO-ALTO RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES

María Cecilia CASTRO¹, Flavio FRANCINI², Jorge ELGART², Alejandro DÍAZ¹

¹ INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNICEN; ² CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA). CONTACTO: MCCASTRO05@YAHOO.COM.AR

Introducción: El envejecimiento vascular acelerado (EVA) hace referencia a alteraciones prematuras en la estructura y función arteriales que aumentan la rigidez arterial (RA), simulando el envejecimiento vascular. El incremento de la velocidad de onda de pulso (VOP) define la RA y mejora la predicción de riesgo más allá de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. En la Argentina aún no se ha estudiado la prevalencia de EVA en pacientes con riesgo de desarrollar diabetes (DM).

Objetivos: 1) Evaluar el riesgo de desarrollar DM en pacientes sin diagnóstico previo de DM2 a través del cuestionario FindRisk; 2) evaluar parámetros hemodinámicos periféricos y centrales mediante un método no invasivo; 3) determinar la prevalencia de EVA en dichos pacientes; 4) identificar las variables asociadas al EVA; 5) identificar el grado de alejamiento jerárquico de las variables hemodinámicas (z-score).

Materiales y métodos: En un estudio poblacional prospectivo en el que participaron personas mayores de 30 años sin diagnóstico previo de DM2, se realizó el cuestionario FINDRISC y se evaluaron de manera no invasiva variables hemodinámicas, VOP y morfología de onda de pulso. Se definió EVA con z-score de VOP $> 1,96$.

Resultados: Se evaluaron 305 adultos, 22,3% masculino, $46,58 \pm 0,66$ años, 33,1% sedentario, 81,9% con sobrepeso/obesidad, 30,7% fumador, 21% medicado para hipertensión arterial y 62% con antecedentes familiares de DM. El 50,5% de los voluntarios presentó bajo riesgo (RB) de desarrollar DM (FINDRISC < 12). Se encontraron diferencias significativas entre los grupos al evaluar las variables hemodinámicas. Los pacientes con riesgo moderado-alto (RMA) presentaron mayores valores de VOP que aquellos con BR ($7,26 \pm 1,69$ vs. $6,46 \pm 1,37$ m/s; $p < 0,001$). La VOP tuvo correlación positiva con la edad ($R^2: 0,866$). La prevalencia de EVA fue de 5,68%, siendo levemente mayor en el grupo con RMA (6,7% vs. 4,5%). Las

variables hemodinámicas que más se alejaron del grupo RB fueron en orden jerárquico: PASAo-Osc, P2, VOP, PAS braquial, PA media, P1, cPP, Pb, coeficiente de reflexión, PAD braquial, tensión de aumento, GC, pPP, Pf, VS.

Conclusiones: El 49,9% de los encuestados tiene un RMA de desarrollar DM2 en los próximos años. Tempranamente se evidenciaron diferencias significativas en las variables hemodinámicas evaluadas entre los grupos estudiados y se identificó el grado de alejamiento jerárquico de las mismas. Sería relevante el seguimiento de las variables hemodinámicas en la población en riesgo.

P88

PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES MICROVASCULARES MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 DE LA ARGENTINA

Jorge ELGART, Gonzalo DOMÍNGUEZ, Enzo RUCCI

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA), LA PLATA, ARGENTINA, ² III-LIDI, FACULTAD DE INFORMÁTICA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (UNLP), LA PLATA, ARGENTINA. CONTACTO: JELGART@GMAIL.COM

Introducción: La predicción temprana de complicaciones microvasculares continúa siendo un desafío en el manejo de la diabetes tipo 2 (DM2). El desarrollo de modelos basados en aprendizaje automático utilizando datos clínicos podría mejorar la estratificación del riesgo y apoyar la toma de decisiones.

Objetivos: Desarrollar y validar un modelo predictivo para estimar el riesgo de complicaciones microvasculares a 3-5 años en personas con DM2 utilizando información clínica longitudinal de la Argentina.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo basado en datos longitudinales de personas con DM2 del registro QUALIDIAB de Argentina. Se incluyeron pacientes sin complicaciones microvasculares al inicio y con seguimiento de 3 a 5 años. Se utilizaron variables clínicas y bioquímicas basales (edad, sexo, antigüedad de la DM2, IMC, HbA1c, creatinina, colesterol total, índice TG/HDL, tabaquismo e hipertensión). Los datos faltantes se imputaron mediante un algoritmo iterativo basado en Random Forest. Se compararon cinco modelos de aprendizaje automático (RF, RL, SVC, NB, ANN) y tres estrategias de balanceo de clases (sin balanceo, submuestreo y SMOTE). El desempeño se evaluó mediante área bajo la curva (AUC), sensibilidad, especificidad, exactitud balanceada y F1-score.

Resultados: La cohorte final incluyó 843 personas con DM2 sin complicaciones microvasculares al inicio, de las cuales 112 (13,3%) desarrollaron al menos una complicación microvascular durante un seguimiento de 3 a 5 años. El modelo con mejor desempeño fue Random Forest, entrenado sobre datos balanceados mediante SMOTE, con un AUC de 0,928 (IC95%: 0,904-0,947), sensibilidad de 86,7%, especificidad de 81,4%, exactitud balanceada de 84% y F1-score de 84,4%. Estos resultados evidencian una excelente capacidad para discriminar pacientes que desarrollarán complicaciones microvasculares, identificando cerca de 9 de cada 10 futuros casos y clasificando adecuadamente a más de 8 de cada 10 pacientes libres de eventos. Las variables con mayor importancia predictiva fueron: creatinina, antigüedad de la DM2, edad, colesterol total, IMC, HbA1c y el índice TG/HDL, lo que indica que la estratificación del riesgo puede realizarse utilizando información clínica y bioquímica de rutina.

Conclusiones: Fue posible desarrollar un modelo predictivo con elevada capacidad para estimar el riesgo de complicaciones microvasculares utilizando variables clínicas de rutina. Su aplicación podría identificar tempranamente pacientes de alto riesgo, orientando intervenciones preventivas.

P89

UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE ANTICUERPOS IA-2 Y ZNT8 EN EL DIAGNÓSTICO DE DIABETES AUTOINMUNE

Eugenia LODO, María Agustina JAVULIA, Luis Fabio PALACIOS PORTA, Eduardo Juan MORATTO

HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS. CONTACTO: EUGENIALODO@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) es una enfermedad caracterizada por la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas que se diagnostica de forma precoz con la medición de anticuerpos dirigidos contra antígenos específicos de la célula β pancreática. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad y es la forma de DM más frecuente en los niños. El tipo y la cantidad de anticuerpos detectados se asocia con la edad de presentación, la evolución y el pronóstico de la enfermedad. En nuestro hospital se cuenta con la determinación del anticuerpo antiglutámico decarboxilasa (GADA) desde 2000, y desde abril de 2024 se incorporaron anticuerpos antitirosina fosfatasa (IA2A) y antitransportador de Zn 8 (ZnT8).

Objetivos: Describir el patrón de positividad de estos en pacientes pediátricos y adultos; determinar el aporte de los anticuerpos IA2A y ZnT8A en la detección de la DM1.

Materiales y métodos: Se recolectaron los datos de los pacientes a los que se les había realizado los tres anticuerpos desde abril de 2024 hasta abril de 2026. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a su edad: pediátricos los de 0 a 18 años y adultos, los mayores de 18 años. Los anticuerpos se midieron por quimioluminiscencia Snibe en un Maglumi 800.

Resultados: Se analizaron los resultados de 242 pacientes a los que se les midieron los tres anticuerpos: 144 eran pediátricos y 98 adultos. El perfil de anticuerpos positivos y el número de anticuerpos positivos se muestra en las Tablas 1 y 2.

Anticuerpo	Pediátricos n (%)	Adultos n (%)	Total n (%)
GADA	33 (66,4%)	11 (47,8%)	44 (60,3%)
ZnT8A	37 (74,0%)	14 (60,9%)	51 (69,9%)
IA2A	22 (44,0%)	4 (17,4%)	26 (35,6%)

Tabla 1: Tipo de anticuerpo positivo.

Cantidad de anticuerpos positivos	Pediátricos n (%)	Adultos n (%)	Total n (%)
1 anticuerpo	17 (34,0%)	18 (78,3%)	35 (47,9%)
2 anticuerpos	24 (48,0%)	4 (17,4%)	28 (38,4%)
3 anticuerpos	9 (18,0%)	1 (4,3%)	10 (13,7%)

Tabla 2: Cantidad de anticuerpos positivos.

Conclusiones: El ZnT8A fue el anticuerpo más prevalente, detectándose en el 74% en los pacientes pediátricos y en el 60,9% de los adultos. Con respecto a la cantidad de anticuerpos, en el 66% de los pacientes pediátricos se encontraron dos o más anticuerpos positivos, mientras que en los adultos en el 78,3% de los pacientes solo se detectó un anticuerpo positivo. La medición de IA2A y ZnT8A permitió aumentar la capacidad de detectar DM1 en un 34% para los pacientes pediátricos y un 52,2% en los adultos.

P90

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA NUTRICIONAL TRANSDISCIPLINARIA EN LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL: RESULTADOS DEL PROGRAMA EDUGEST

Jorge ELGART¹, Federico CEDOLA², Catalina Luna GUELFO², María Soledad CORREA², Marina COPPOLA², Ivana Leticia ESTEBAN², Susana SALZBERG³, Silvia GORBAN DE LAPERTOSA³

¹ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA), ² HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS SAN MARTÍN DE LA PLATA, ³ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE (UNNE).

CONTACTO: JELGART@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes gestacional (DMG) y la obesidad pregestacional aumentan la morbilidad materno-fetal. El Programa EDUGEST promueve un modelo de intervención educativo nutricional transdisciplinario; es fundamental determinar si la magnitud del cambio en la ingesta influye en la necesidad de esquemas farmacológicos complejos.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el cambio en la calidad de la alimentación posintervención EDUGEST y los requerimientos de insulino terapia en DMG; caracterizar el perfil metabólico y evaluar la reclasificación posparto.

Materiales y métodos: Estudio longitudinal e intervencionista en 156 embarazadas con DMG (criterios ALAD/SAD). La intervención incluyó talleres grupales y consultas individuales sobre automonitoreo y alimentación, evaluando ingesta pre y posintervención (30 días) mediante recordatorios de 24 h. Se definió "mejora nutricional relevante" (MNR) como ≥ 3 criterios: disminución azúcares refinados 20%, aumento fibra 10%, aumento frutas/verduras una porción/día, disminución hidratos de carbono 10% o disminución sodio 10%. Análisis estadístico: K-S, t de Student, chi-cuadrado/Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Edad promedio 30,1 años, edad gestacional 26,5 semanas, prevalencia de obesidad 41,7%. El 58,3% logró MNR. No hubo diferencias significativas en las tasas globales de insulinozación. Sin embargo, en el subgrupo insulinozado, todas las pacientes con MNR se controlaron con insulina basal, mientras que el 10% de las que no mejoraron requirió esquemas intensificados ($p = 0,043$). Se observaron reducciones significativas en carbohidratos, azúcares refinados y sodio, y aumento de fibras, frutas y verduras. No hubo diferencias en complicaciones materno-fetales. En el grupo que logró MNR ninguna presentó DM2 posparto, comparado con el 5% en el grupo que logró MNR. La adherencia al seguimiento fue del 59,6%.

Conclusiones: La intervención EDUGEST es eficaz para reconfigurar el patrón alimentario en DMG. Aunque la decisión inicial de insulinozación es multifactorial, la mejora nutricional actúa como modulador crítico: permite estabilizar perfiles glucémicos empleando insulina basal y evita esquemas complejos, con una tendencia favorable a la normoglucemia posparto.

P91

CONSULTORIO DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS CON DIABETES/HIPERTENSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: UNA INNOVACIÓN ORGANIZACIONAL PARA FORTALECER LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Jhenny ESCOBAR ARRAZOLA, Elena CARVALLO GONZÁLEZ

CESAC 42. CONTACTO: ARRAZOLAJHENNY@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) y la hipertensión arterial (HTA) constituyen enfermedades crónicas de alta prevalencia en la Atención Primaria de la Salud (APS) que requieren seguimiento longitudinal, educación terapéutica y coordinación interdisciplinaria. Sin embargo, el seguimiento continúa realizándose frecuentemente mediante consultas oportunistas, sin dispositivos específicos que garanticen la continuidad del cuidado. A partir del análisis de la práctica asistencial, se desarrolló y formalizó un Consultorio de Enfermería sustentado en el Modelo CEC (Continuidad Estructurada del Cuidado).

Objetivo: Formalizar un Consultorio de Enfermería para personas con DM e HTA en APS, sustentado en el modelo CEC, para fortalecer la continuidad del cuidado.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio metodológico basado en el análisis sistemático de la práctica asistencial y una revisión narrativa de la literatura sobre la continuidad del cuidado, la gestión de enfermería y la atención de enfermedades crónicas en APS. El proceso incluyó la identificación de necesidades asistenciales, la estructuración del modelo CEC y la definición de procesos e indicadores.

Resultados: Se formalizó un Consultorio de Enfermería para personas con DM e HTA, sustentado en el Modelo CEC como estructura organizacional para el seguimiento longitudinal en APS. El modelo quedó integrado por cinco componentes organizacionales: accesibilidad, valoración integral, planificación individualizada del cuidado, continuidad del cuidado y evaluación, y mejora continua. Se definieron el circuito asistencial, el rol de la Enfermera Gestora del Cuidado y los indicadores para el monitoreo y la evaluación continua.

Conclusiones: La formalización del Consultorio de Enfermería, sustentado en el modelo CEC, constituye una innovación organizacional con potencial para fortalecer la continuidad del cuidado en APS. El modelo CEC proporciona una estructura organizacional replicable y adaptable a otros centros de APS, ofreciendo una base metodológica para futuras investigaciones sobre su implementación.

P92

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DIABETES TIPO 2 EN ALUMNOS DE ÚLTIMO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE MEDIANTE CUESTIONARIO DE FINDRISC

María Celeste MUNTANER¹, Silvia AVILA¹, Carola PÉREZ¹, Julieta PAZ², María Lourdes CASANOVA³, Natalia FERNÁNDEZ¹

¹ FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE, ² LABORATORIO DE SIMULACIÓN, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE, ³ UNIDAD PATAGÓNICA DE MEDICINA MATERNO-FETAL Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO, NEUQUÉN. CONTACTO: CELMUNTANER@HOTMAIL.COM

Introducción: La obesidad y la diabetes (DM) son actualmente el blanco de las estrategias de salud a nivel mundial dada su asociación y su prevalencia crecientes. El cuestionario de FINDRISC es un instrumento validado para detectar grupos de riesgo e intentar implementar estrategias de prevención.

Objetivos: Evaluar el riesgo de DM en alumnos del último año de la carrera de Medicina.

Materiales y métodos: Estudio transversal realizado en alumnos del último año de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue (PFO) desde febrero de 2025 a junio de 2026, al finalizar su actividad de simulación correspondiente a las rotaciones de Medicina General y Ginecología y Obstetricia. Se realizó el cuestionario de FINDRISC autoadministrado. Se clasificaron según puntaje del FINDRISC como riesgo bajo (0-6), ligeramente elevado (7-11), moderado (12-14), alto (15-20) y muy alto (21-26).

Resultados: Durante el período finalizaron la actividad 135 alumnos de los cuales 126 aceptaron completar el cuestionario de FINDRISC. Se excluyeron 14 por errores de llenado. Todos tenían menos de 40 años de edad y la edad promedio fue de 28.7 años. De los 112 participantes, 88 (78,5%) tuvieron riesgo bajo, 21 (18,8%) riesgo ligeramente elevado, 2 (1,7%) riesgo moderado y 1 (0,9%) alto riesgo. Del total de los participantes, 14 tuvieron IMC mayor a 30 (12,5%) y 25 (22,3%) sobrepeso. Si bien el 94% refirió realizar actividad física, el 57% presentó cintura de riesgo. De los participantes, fueron 82 mujeres (73%) y 30 varones (27%). De las 82 mujeres, 10 (12,2%) tuvieron obesidad y 21 (25,6%) sobrepeso, teniendo 20 de ellas cintura de riesgo (24%). De los 30 varones, 4 (13%) tuvieron sobrepeso y 4 (13%) obesidad, teniendo 10 de ellos cintura de riesgo (33%). Si bien 79 de los participantes (70,5%) refirieron antecedentes familiares, solo 21 (26,5%) solicitaron conocer el resultado, el cual podía pedirse adjuntando un e-mail al formulario.

Conclusiones: Del total de los 112 encuestados, el 20,5% presentó un *score* de FINDRISC por encima del bajo riesgo. El 49% presentó sobrepeso u obesidad, con mayor prevalencia en mujeres. El 57% presentó cintura de riesgo con mayor prevalencia en varones. Si bien se explicó la utilidad del cuestionario al momento del estudio, a pesar de que el 70,5% presentaba antecedentes familiares, solo el 26,5% mostró interés en conocer su resultado. A raíz de los datos obtenidos, se realizaron propuestas a través de Bienestar Estudiantil de la Facultad, que está en vías de implementarse.

LA SEÑALIZACIÓN FISIOLÓGICA DE IL-1 β INDUCE UNA RESPUESTA ADAPTATIVA AL ESTRÉS INFLAMATORIO ASOCIADO A LA DIABETES QUE PRESERVA LA BIOSÍNTESIS Y EL PROCESAMIENTO DE PROINSULINA EN CÉLULAS β

Carolina SÉTULA¹, Ingrid PENSADO-EVANS¹, Charanya MURALIDHARAN², María Florencia MASCARDI³, Raghavendra G. MIRMIRA², Luz ANDREONE¹, Marcelo Javier PERONE¹

¹ LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL) Y FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR, ² DEPARTMENT OF MEDICINE AND THE KOVLER DIABETES CENTER, THE UNIVERSITY OF CHICAGO, CHICAGO, ILLINOIS, USA, ³ INSTITUTO DE MEDICINA TRASLACIONAL E INGENIERÍA BIOMÉDICA (IMTIB-CONICET-INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL ITALIANO), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. CONTACTO: CAROLINASETULA@GMAIL.COM

Introducción: La disfunción y/o pérdida de la masa celular β son características comunes observadas durante el desarrollo de diabetes tipo 1 (DM1) y DM2. Las citoquinas proinflamatorias (CYT) participan en su patogénesis; inducen estrés de retículo endoplásmico (ER), daño en el ADN y apoptosis, comprometiendo el procesamiento de la proinsulina y la producción de insulina madura. La hormesis describe la capacidad de bajas dosis de agentes potencialmente nocivos para inducir respuestas adaptativas beneficiosas.

Objetivos: Dilucidar si la respuesta adaptativa inducida por IL-1 β ^{low} preserva la biosíntesis y el procesamiento de proinsulina en células β .

Materiales y métodos: Insulinomas INS-1E e INS1 832/13, e islotes pancreáticos humanos. Hormesis: IL-1 β 10 pg/ml/72 h (IL-1 β ^{low}). Injuria: CYT (IL-1 β 100 pg/ml + IFN γ 5 ng/ml) o hCYT (IL-1 β 250 pg/ml + IFN γ 50 ng/ml). Expresión génica: RNA-seq y RT-qPCR; expresión proteica: microscopia de fluorescencia, citometría y WB; síntesis proteica: incorporación de puromicina; conformación de proinsulina: WB reductor/no reductor. ANOVA /Bonferroni o t de Student; p<0.05 se consideró significativo.

Resultados: En INS-1E IL-1 β ^{low} moduló selectivamente la respuesta transcripcional inducida por CYT, atenuando programas inflamatorios/proapoptóticos y preservando genes asociados a identidad β y maduración de proinsulina. Redujo la activación del eje eIF2 α /ATF4 inducida por CYT, disminuyendo la fosforilación de eIF2 α (p<0.001), la acumulación de ATF4 (p<0.05), CHOP y caspasa-3 clivada (p<0.001). IL-1 β ^{low} preservó la capacidad traduccional, atenuó la reducción de Ins1 e Ins2 y preservó parcialmente los niveles de proinsulina e insulina frente a CYT (p<0.05). IL-1 β ^{low} mantuvo una mayor relación proinsulina monomérica/total, redujo la acumulación aberrante de complejos de proinsulina de alto peso molecular y preservó la síntesis de insulina madura bajo CYT (p<0.05). En islotes humanos, IL-1 β ^{low} redujo el enriquecimiento de vías inflamatorias y la expresión de PD-L1, FAS y BAX/BCL2 inducidas por hCYT (p<0.05).

Conclusiones: IL-1 β ^{low} induce una respuesta hormética adaptativa que reconfigura la respuesta de la célula β frente al estrés inflamatorio, atenúa programas proapoptóticos, y preserva la biosíntesis y la maduración de proinsulina a insulina. Estos hallazgos redefinen el rol de la señalización fisiológica de IL-1 β , estrategias dirigidas a potenciar estos programas adaptativos podrían preservar la función de la célula β en la DM.

USO DE TECNOLOGÍA EN DIABETES TIPO 1: LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS A DISPOSITIVOS

Lorena LEQUI¹, Santiago LIMA²

¹ MAINS BLEUES HEALTH CENTER, RAFAELA, ² CEDIAB E IMP, LA PLATA. CONTACTO: LORENALEQUI5@GMAIL.COM

Introducción: Se realizó una encuesta a 345 personas con diabetes tipo 1 (DM1) usuarias de tecnologías para el manejo de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la frecuencia, las características y el impacto de las lesiones cutáneas asociadas al uso de sensores de monitoreo continuo de glucosa (MCG) y sistemas de infusión continua de insulina.

Resultados: La mayoría de los participantes convivía con DM desde hacía más de 15 años (37,7%), seguida por quienes tenían entre 1 y 5 años (28,7%) y entre 5 y 15 años (27,5%). El sensor más utilizado fue FreeStyle Libre (50,4%), seguido por Medtronic Guardian (24,1%), con menor participación de otros dispositivos como Dexcom, Sibionics, Medtrum y Accu-Chek SmartGuide. La mayor parte de las respuestas provino de la región Centro del país (61,6%), seguida por AMBA (14,5%). Entre quienes manifestaron haber presentado reacciones cutáneas (243 respuestas), casi la mitad (48,6%) indicó que estas aparecieron de manera variable, sin un patrón temporal definido. Un 23,5% refirió que comenzaron desde el inicio del uso del dispositivo, mientras que un 20,6% las desarrolló luego de semanas o meses de utilización y un 7,4% tras años de uso sin inconvenientes previos. Las manifestaciones más frecuentes fueron enrojecimiento (80,2%) y picazón o alergia (66,1%), seguidas por sangrado (31%), hematomas (28,5%), erosiones (14%), infecciones (8,3%) y ampollas (7,4%). Estas reacciones se asociaron principalmente al sensor de glucosa con parche adhesivo (80,7%), aunque también se observaron en cánulas de bombas (21,4%), bombas parche completas (15,6%) y adhesivos complementarios (15,2%). Respecto del manejo de estas complicaciones, la estrategia más frecuente fue cambiar con mayor frecuencia el sitio de inserción (37,6%), seguida por no realizar ninguna intervención y esperar su resolución espontánea (32,2%), utilizar barreras cutáneas o cremas protectoras (30,2%), aplicar corticoides tópicos (13,2%) y consultar al dermatólogo (5%). Aun así, un 14% manifestó que las medi-

das adoptadas no lograron resolver el problema. A pesar de la elevada frecuencia de reacciones cutáneas, estas raramente motivaron la suspensión definitiva del dispositivo. La mayoría continuó utilizándolo sin cambios (61,7%) y solo una pequeña proporción debió interrumpirlo de manera temporal o definitiva. De manera consistente con este hallazgo, el 92,5% de los encuestados consideró que los beneficios de la tecnología superan ampliamente las complicaciones cutáneas.

Conclusiones: En conjunto, estos resultados muestran que las lesiones cutáneas constituyen un evento frecuente entre los usuarios de tecnologías para DM1, particularmente relacionadas con los adhesivos de los sensores. Sin embargo, la alta aceptación de estos dispositivos refleja que, cuando las complicaciones son reconocidas y manejadas adecuadamente, su impacto no suele superar los importantes beneficios que estas tecnologías aportan al control glucémico y a la calidad de vida de las personas con DM.

P95

OLIGO-ARABINOXILANOS FERULADOS DERIVADOS DE BAGAZO CERVECERO MEJORAN LA DISLIPEMIA, LA ESTEATOSIS HEPÁTICA, EL METABOLISMO LIPÍDICO Y EL ESTRÉS OXIDATIVO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO

María Eugenia OLIVA¹, Camila FILIPPA¹, Gabriel HEINEN², Raúl CIAN², María Eugenia D'ALESSANDRO¹

¹ LABORATORIO DE ESTUDIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN, FBCB-UNL, CONICET, SANTA FE, ² INSTITUTO DE TECNOLOGÍA DE ALIMENTOS, FIQ-UNL, CONICET, SANTA FE. CONTACTO: OLIVAEUGENIA@HOTMAIL.COM

Introducción: El síndrome metabólico (SM) constituye un importante problema de salud pública debido a su asociación con diabetes tipo 2 (DM2) y enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica. En este contexto, el bagazo cervecero, principal subproducto de la industria cervecera, representa una fuente potencial de compuestos bioactivos de interés nutricional, entre ellos, los oligo-arabinosilanos ferulados (OAXF). Sin embargo, la evidencia acerca de sus efectos sobre las alteraciones metabólicas asociadas al SM es aún limitada.

Objetivos: Evaluar el efecto de los OAXF sobre las alteraciones metabólicas y hepáticas inducidas por una dieta rica en sacarosa (DRS), analizando su impacto sobre la dislipidemia, daño hepático, acumulación lipídica hepática, lipogénesis, β -oxidación y estrés oxidativo.

Materiales y métodos: Ratas macho Wistar fueron alimentadas con dieta de referencia (DR), DRS o DRS suplementada con OAXF (300 mg/kg peso corporal/día) durante 15 semanas. Se determinaron parámetros séricos, contenido lipídico hepático, actividades de enzimas lipogénicas y oxidativas, expresión de factores de transcripción del metabolismo lipídico y marcadores de estrés oxidativo. Los resultados se expresaron como media $\pm$ SEM. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante ANOVA de un factor seguido de test de Newman-Keuls, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados: Los animales DRS presentaron mayor peso corporal final e ingesta energética respecto de DR. Asimismo, desarrollaron hiperglucemia, dislipidemia y aumento de GOT, GPT y FA. OAXF mejoró la glucemia, la hipertrigliceridemia y el daño hepático, sin efecto sobre la hipercolesterolemia, el peso corporal y la ingesta. En el hígado, la DRS indujo aumento de triglicéridos y colesterol, junto con incremento de ACC, FAS, G6PDH y enzima málica, mayor expresión de SREBP-1 y disminución de PPAR α y CPT-1. La suplementación con OAXF redujo la acumulación lipídica hepática y la lipogénesis, evidenciada por la disminución de ACC, FAS, enzima málica y SREBP-1, sin cambios en G6PDH, e incrementó CPT-1 sin modificar PPAR α . Además, la DRS aumentó el estrés oxidativo hepático, con incremento de ROS y disminución de CAT, GPx y GR. OAXF atenuó el estrés oxidativo, reduciendo ROS y restaurando las actividades antioxidantes.

Conclusiones: Los OAXF derivados del bagazo cervecero atenúan las alteraciones metabólicas y hepáticas inducidas por DRS, asociándose a menor lipogénesis hepática y mejora del estado redox.

P96

EFFECTO PROTECTOR DE DOS COMPUESTOS NATURALES CON ACTIVIDAD ANTIOXIDANTE EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE PREDIABETES INDUCIDA POR FRUCTOSA

Débora Anabel MOLINO, Hernán Gonzalo VILLAGARCÍA, Carolina Lisi ROMÁN, Flavio FRANCINI

CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA).

CONTACTO: DMOLINO@MED.UNLP.EDU.AR

Introducción: El elevado consumo de fructosa (dieta rica en fructosa, DRF) favorece el desarrollo de alteraciones metabólicas tempranas asociadas a la prediabetes. Siendo la insulinoresistencia (IR) y la metainflamación procesos desencadenados por una DRF, compuestos naturales con propiedades antioxidantes y antiinflamatorias podrían considerarse como potenciales estrategias para prevenir o atenuar estos efectos.

Objetivos: Evaluar el efecto protector del ácido rosmarínico (AR) y del ácido siríngico (AS) sobre las alteraciones metabólicas inducidas por DRF.

Materiales y métodos: Ratas Sprague-Dawley macho adultas recibieron dieta comercial estándar durante 21 días y se dividieron aleatoriamente en cuatro grupos: Control (C; agua corriente), Fructosa (F; fructosa al 10% en el agua de bebida), Fructosa + AR (F+AR) y Fructosa + AS (F+AS). Los grupos tratados recibieron AR o AS (30 mg/kg, i.p.) durante los últimos

6 días de tratamiento. Al finalizar el mismo se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa ip, y se determinó la ingesta calórica, parámetros séricos, y los pesos relativos del hígado, tejido adiposo visceral (TAV) y pardo (TAP).

Resultados: La ingesta calórica fue significativamente mayor en los grupos F vs. C (F: $30,5 \pm 1,6$; F+AR: $30,7 \pm 1,2$ y F+AS: $30,4 \pm 0,9$ vs. $23,3 \pm 0,1$ kcal/100 g de rata/día). No se observaron diferencias en las glucemias entre los grupos. Sin embargo, las AUC fueron mayores en animales F vs. C. Si bien se observó una disminución en el AUC en los animales F+AR (12220 ± 2496 vs. $17463 \pm 631,2$), dichas diferencias no fueron significativas. Tanto el AR como el AS mejoraron el perfil lipídico al disminuir los triglicéridos ($155,5 \pm 12,7$ y $203,2 \pm 5,6$ vs. $294,7 \pm 21,8$ mg/dl), el colesterol total ($60,5 \pm 0,7$ y $61,7 \pm 0,9$ vs. $71 \pm 1,6$ mg/dl), el HDLc ($35,7 \pm 0,7$ y $34 \pm 1,4$ vs. $41,5 \pm 2,5$ mg/dl) y el peso relativo hepático ($4,5 \pm 0,0$ y $4,6 \pm 0,1$ vs. $4,9 \pm 0,1$ %) respecto del grupo F. Además, el AR mostró un efecto protector mayor al disminuir el índice de IR (TG/HDL) ($4,4 \pm 0,4$ vs. $7,3 \pm 0,7$) y la relación TAV/TAP ($9,9 \pm 0,8$ vs. $13,6 \pm 0,7$) respecto del grupo F.

Conclusiones: El ácido rosmarínico y el ácido siríngico atenuaron parcialmente las alteraciones metabólicas inducidas por una DRF, siendo el ácido rosmarínico el que mostró un efecto protector más consistente. Estos resultados respaldan el potencial de ambos compuestos naturales como estrategias para prevenir o retrasar las alteraciones metabólicas tempranas asociadas a la prediabetes.

P97

HACIA UNA PLATAFORMA NACIONAL DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LA DIABETES TIPO 1: DESARROLLO DE UNA PROTEÍNA QUIMÉRICA MULTIANALITO RECOMBINANTE

Aldana TRABUCCHI, Frank Fabrizio RODRÍGUEZ FRANCO, Milena LEUZZI, Juan Martín de GAINZA FERRUCCI, Silvina Noemí VALDEZ

CÁTEDRA DE INMUNOLOGÍA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UBA, IDEHU, CONICET-UBA. CONTACTO: ALDANATRABUCCHI@GMAIL.COM

Introducción: La presencia de autoanticuerpos contra proinsulina (PI), GAD65, IA-2 y ZnT8 permite identificar individuos en riesgo de desarrollar diabetes tipo 1 (DM1) años antes del debut clínico. Debido a que el método de referencia presenta limitaciones relacionadas con costos, complejidad operativa y uso de material radiactivo, es necesario desarrollar herramientas inmunoanalíticas accesibles y sensibles que favorezcan el tamizaje precoz y la implementación de estrategias preventivas.

Objetivos: Generar una molécula quimérica recombinante que reúna los autoantígenos de DM1 como primer paso para el desarrollo de inmunoensayos de *screening* para la detección simultánea de autoanticuerpos.

Materiales y métodos: Se diseñó una tetraquimera con las regiones inmunodominantes de PI, GAD65, IA-2 y ZnT8. La secuencia codificante se sintetizó con optimización de codones para expresión en células de insecto y se clonó en un vector donante. Se transformaron bacterias *E. coli* DH5 α para su amplificación y conservación. La presencia del constructo se evaluó mediante aislamiento plasmídico y electroforesis en gel de agarosa. El plásmido recombinante se utilizó para transformar bacterias *E. coli* DH10Bac y crear el ADN bacmídico. La presencia del inserto se confirmó mediante PCR específica y electroforesis en gel de agarosa. El ADN bacmídico recombinante aislado se empleó para transfectar células de insecto y generar partículas virales recombinantes necesarias para la expresión de la quimera.

Resultados: El análisis electroforético del ADN plasmídico mostró una banda de ~6000pb, acorde al tamaño esperado para el constructo IA-2/ZnT8/GAD65/PI. La transformación de bacterias DH10Bac permitió obtener colonias blancas en medio selectivo, indicativas de la incorporación del inserto al ADN bacmídico. Esto se confirmó mediante PCR, observándose amplicones de ~800pb y ~5000pb compatibles con los *primers* utilizados. Finalmente, se generaron partículas virales mediante infección de células Sf9 para la posterior expresión de la quimera.

Conclusiones: Se logró obtener una construcción baculoviral recombinante conteniendo los epítopos inmunodominantes de los principales autoantígenos de DM1, la cual permitirá la síntesis de una proteína tetraquimérica útil para el tamizaje precoz de autoinmunidad. La obtención exitosa de los constructos bacmídicos constituye un avance fundamental hacia el desarrollo de inmunoensayos multianalito de bajo costo con aplicación en programas de detección temprana y prevención de la DM1.

P98

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL INMUNOLÓGICO EN PACIENTES CON DIABETES AUTOINMUNE: DIFERENCIAS ENTRE DIABETES TIPO 1 Y LADA

Antonella PACINI¹, Julia I. SIDOR², Rocío STAMPONE², Mara OJEDA³, Gustavo DIP⁴, María Ana FINA⁵, Melina CASADO⁶, Natacha MALDONADO⁷, Javier CHIARPENELLO⁷, Silvina R. VILLAR¹

¹ INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER-CONICET), FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO (FCM-UNR), ² INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y EXPERIMENTAL DE ROSARIO (IDICER-CONICET), ³ INSTITUTO DE FISIOLÓGIA EXPERIMENTAL (IFISE-CONICET), ROSARIO, ⁴ LABORATORIOS TURNER, ⁵ INSTITUTO DE DIABETES ROSARIO, ⁶ CONSULTORIO MÉDICO PRIVADO CAMI, ⁷ HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO, ROSARIO. CONTACTO: ANTO.PACINI@LIVE.COM.AR

Introducción: La diabetes autoinmune (DMA) comprende la diabetes tipo 1 (DM1) y la diabetes autoinmune latente del adulto (LADA), entidades caracterizadas por la destrucción inmunomediada de las células β pancreáticas. Aunque ambas comparten mecanismos autoinmunes, los procesos inmunológicos involucrados en la persistencia de la enfermedad en pacientes con larga evolución permanecen insuficientemente caracterizados.

Objetivos: Con el objetivo de caracterizar el perfil inmunológico de pacientes con DM1 y LADA de larga evolución, analizamos subpoblaciones de linfocitos T (LT) helper, foliculares y de memoria, así como la expresión de genes asociados a inflamación y regulación inmunológica en células mononucleares de sangre periférica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 71 individuos: controles sanos (n=27), DM1 (n=28) y LADA (n=16). Por citometría de flujo se evaluaron las poblaciones de linfocitos T (LT) helper (Th)-2, Th17, Th17.1, Th9, LT reguladores (Treg), LT foliculares helpers (CXCR5), LT foliculares citotóxicos (Tfc), LT foliculares regulatorios (Tfr), LT foliculares no regulatorios (No Tfr), LT foliculares helpers (Tfh)-1, Tfh17, Tfh17.1, Tfh2 y LT de memoria central (TCM), efectora (TEM), *naïve* y células terminalmente diferenciadas reexpresoras de CD45RA (TEMRA). Además, se determinó la expresión relativa de interleucina (IL)-2, IL-4, IL-6 e IL-1 β mediante RT-qPCR en células mononucleares de sangre periférica. También se analizaron las asociaciones entre las poblaciones inmunológicas y el control metabólico (HbA1c). El nivel de significancia se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: Co vs. DM1; #Co vs. LADA; @LADA vs. DM1. Se detectó aumento de CXCR5*#, Tfc*#, Th17*#, Th2*#@, Th9*, TCM# y una disminución de LT *naïve*#, mientras que no se observaron diferencias en el resto de las poblaciones. Con respecto a las relaciones, se encontró aumento en Th17/Treg#, No Tfr/Tfr# y Tfh17/Tfr#, evidenciando un desbalance entre poblaciones efectoras y reguladoras. El análisis de expresión génica mostró un aumento de IL-1 β # e IL-6#, compatible con un perfil inflamatorio más intenso en LADA, y un incremento de IL-4*. Finalmente, las correlaciones entre HbA1c y las poblaciones inmunológicas difirieron entre ambas formas de DMA: en DM1 se asociaron principalmente con células Th17.1 ($r=0,52$; $p=0,004$) y CXCR5 ($r=0,39$; $p=0,040$), mientras que en LADA lo hicieron con Th9 ($r=0,56$; $p=0,020$) y Tfh17 ($r=0,60$; $p=0,013$).

Conclusiones: En conjunto, la DMA de larga evolución mantiene alteraciones persistentes de la respuesta inmune adaptativa. Aunque DM1 y LADA comparten la expansión de poblaciones efectoras, LADA presenta un perfil inmunológico diferencial caracterizado por mayor inflamación sistémica, desregulación del compartimento folicular y reorganización del compartimento de memoria CD4, hallazgos que podrían contribuir a explicar la persistencia de la autoinmunidad y la evolución clínica más lenta característica de esta entidad.

P99

EFFECTOS DE LAS DIETAS ALTAS EN GRASA Y SAL SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO E IMPACTO CARDIORRENAL-HEPATOMETABÓLICO

Hyun Jin LEE¹, Candela DOMÍNGUEZ¹, Nicolás KOUYOUMDZIAN¹, Silvana María CANTÚ¹, María Julieta RUDI¹, Marisa MORIONDO², Ana María PUYÓ¹, Adriana DONOSO¹, Natalia RUKAVINA MIKUSIC², Marcelo CHOI²

¹ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA, INSTITUTO DE FISIOPATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA CLÍNICA, ² CONICET-UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL. CONTACTO: HYUN.JIN.LEE707@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2), la enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica, la enfermedad renal crónica y las enfermedades cardiovasculares comparten vías fisiopatológicas interrelacionadas que conducen a daño de orgánico múltiple. La vinculación del tejido adiposo al inicio y en la progresión de estas enfermedades por interacciones interorgánicas desreguladas se ha convertido en un importante desafío para la investigación.

Objetivos: Estudiar los efectos de modelos dietarios sobre la distribución del tejido adiposo, en particular la acumulación de grasa visceral, mediante el índice de adiposidad y su vínculo con las alteraciones cardiorrenal-hepatometabólicas en la rata durante 6 semanas.

Materiales y métodos: Se utilizaron cuatro grupos dietarios (n=6 por grupo). Control (C): dieta balanceada (0,4% de NaCl) y agua corriente para beber. Dieta alta en grasa (DG): 60% de calorías provenientes de grasa bovina y agua para beber. Dieta alta en sal (DS): sobrecarga de cloruro de sodio (NaCl) en la comida (8% P/P) y agua corriente para beber. DG+DS: ambas dietas. Se determinaron: presión arterial sistólica (PAS), glucemia, triglicéridos (TG), índice de adiposidad del tejido adiposo mesentérico, citoquina proinflamatoria interleucina-6 (IL-6) en grasa mesentérica y corteza renal por Western blot. Análisis histológico: tejido adiposo mesentérico, yeyunoíleon, hígado, páncreas, riñón, seno renal, arteria aorta abdominal, tejido adiposo subcutáneo mediante la técnica histológica convencional con hematoxilina eosina.

Resultados: Los tres modelos dietarios (DG, DS y DG+DS) produjeron aumentos significativos de la PAS con respecto al grupo C ($p < 0,05$). DG y DG+DS incrementaron significativamente la glucemia y TG, y el índice de adiposidad aumentó con la DG en relación al C ($p < 0,05$). Por otra parte, la expresión de la IL-6 aumentó en los tres grupos en comparación al C ($p < 0,05$). En el análisis histológico de los compartimentos adiposos, existe una interrelación del tejido adiposo visceral blanco mesentérico con el yeyunoíleon donde se observó que el tamaño del adipocito medido como área de la vacuola lipídica fue mayor con la DG respecto al C. Por su parte, se observaron alteraciones del parénquima hepático dadas por la presencia de gotas macro y micro lipídicas con la DG y alteraciones intersticiales con la DS. Ambas alteraciones se encontraron con DG+DS. A nivel del parénquima del páncreas, se observó un incremento del depósito del tejido adiposo visceral blanco en los grupos DG y DG+DS en comparación con el C. A nivel del parénquima renal, se encontró presencia de gotas lipídicas en células tubulares en la corteza renal en DG y alteraciones intersticiales en DS. Ambas alteraciones en DG+DS. Además, en el seno renal se observó mayor deposición de tejido adiposo blanco que marrón en los grupos DG y DG+DS en relación

con el grupo C. DG y DG+DS aumentaron el espesor de la túnica media de la aorta abdominal vs. C ($p<0.05$). En los grupos DG y DG+DS se encontró mayor cantidad de tejido adiposo blanco que de pardo en comparación con los grupos C y DS.

Conclusiones: La distribución y la morfología del tejido adiposo en diferentes depósitos corporales varía según el tipo de sobrecarga dietaria aportando evidencia científica en la génesis de la adiposopatía.

P100

ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA ASOCIADAS A LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Inés Antonia OLIMA¹, Florencia ZABALETA², Verónica Ethel ZAIDMAN², Melina Belén PELANDA², Rodolfo Emilio RECALDE², Andrea Gabriela KROCHIK³, Juan Manuel LAZZATI²

¹ HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, ² LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J. P. GARRAHAN, ³ SERVICIO DE NUTRICIÓN, HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J. P. GARRAHAN. CONTACTO: FLORR_ZABALETA@HOTMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) es un problema de salud pública en aumento, y la cetoacidosis diabética (CAD) representa una de sus complicaciones agudas más graves, especialmente como forma de debut en la población pediátrica. En este contexto, se ha documentado con frecuencia el síndrome de T3 baja, caracterizado por disminución de T3 y T4 con TSH dentro del intervalo de referencia, como respuesta adaptativa al estrés metabólico agudo.

Objetivos: Evaluar y comparar la función tiroidea entre pacientes pediátricos con DM1 que presentan CAD y pacientes con DM1 sin cetoacidosis.

Materiales y métodos: Se analizaron 24 pacientes de un hospital de tercer nivel de atención. Fueron categorizados en dos grupos: grupo CAD, (6F/6M), edad: mediana (rango) 10,4 (6,3-15,8) años, correspondientes a debut diabético con CAD con criterios de inclusión: glucemia en ayunas $>200,0$ mg/dl, pH $<7,30$, HCO_3^- 18 mmol/l; y grupo CON, 12 pacientes (7F/5M) edad: 11,25 (9,0-14,7) años, correspondiente a DM1 en tratamiento sin CAD. Se analizó TSH, T4L, T3 (CMIA) en Alinity i (Abbott), T4 (quimioluminiscencia) en Immulite 2000 XPI (Siemens) y T3r por ELISA (DRG). Se utilizó el test de Mann-Whitney para comparación entre grupos.

Resultados: Los datos se expresaron como mediana (rango). Grupo CAD: glucemia en ayunas 448,0 (305,0-907,0) mg/dl, pH 7,21 (6,987,25), HCO_3^- 10,9 (3,5-17,9) mmol/l. Al comparar grupo CAD vs. CON se encontraron diferencias significativas en T3 0,60 vs. 1,35 ng/ml ($p<0,0001$), T3r 0,07 vs. 0,11 ng/ml ($p<0,05$) y T4 6,20 vs. 7,61 ($p<0,05$), no fueron significativas para TSH, T4L y T3r/T3.

	Grupo CAD	Grupo CON
TSH ($\mu\text{IU/ml}$)	2,22 (0,96-3,90)	1,62 (0,87-4,94)
T4L (ng/dl)	1,04 (0,79-2,19)	1,04 (0,77-2,19)
T4 ($\mu\text{g/dl}$)	6,20 (2,69-8,07)	7,61 (5,18-12,60)
T3 (ng/ml)	0,60 (0,32-0,96)	1,35 (0,91-1,83)
T3r (ng/ml)	0,07 (0,008-0,15)	0,11 (0,06-0,29)
T3r/T3	0,11 (0,08-0,44)	0,09 (0,03-0,27)

Tabla: Función tiroidea en grupo CAD y grupo CON.

Conclusiones: La CAD en pacientes pediátricos se asoció con un perfil tiroideo alterado con descenso de T3 y T4, compatible con síndrome de T3 baja. TSH y T4L se mantuvieron dentro del intervalo de referencia. Sin embargo, la T3r presentó un comportamiento inverso al esperado, por lo que su utilidad como marcador en este contexto es limitada. Las alteraciones tiroideas observadas parecen ser transitorias y secundarias al estado crítico, por lo que deben interpretarse con cautela durante la fase aguda.

P101

DIABETES COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME POR DELECIÓN DE ADNmt: A PROPÓSITO DE UN CASO

Caso clínico

Jacqueline TACHETTI, Luis Fabio PALACIOS PORTA, Felicitas GIUNCHETTI

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES. CONTACTO: JTACHETTI@GMAIL.COM

Introducción: Los síndromes por delección del ADNmt comprenden un espectro de fenotipos clínicos superpuestos, entre ellos, el síndrome de Kearns-Sayre (SKS). El síndrome de Kearns-Sayre es una enfermedad multisistémica progresiva de inicio antes de los 20 años, caracterizada por retinopatía pigmentaria, oftalmoplejía externa progresiva y trastornos de la

conducción cardíaca. Puede asociarse con endocrinopatías, entre ellas, la diabetes (DM). Se presenta el caso de un paciente de 7 años con diagnóstico de SKS cuya primera manifestación clínica fue DM.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente de 7 años de edad con DM como manifestación inicial de un síndrome por delección del ADNmt.

Caso: Paciente masculino de 7 años que consultó por el hallazgo de hiperglucemia sin cetoacidosis, en dos oportunidades. Los estudios iniciales mostraron HbA1c de 7%, péptido C de 0,8 ng/mL y anticuerpos anti-GAD e ICA negativos. Se inició tratamiento con insulina glargina (0,2 U/kg/día), sin requerimientos de bolos de insulina ultrarrápida. Presentó tendencia a hipoglucemias con dosis mínimas de bolo (0,5 U de insulina aspártica). Las evaluaciones oftalmológica y cardiológica iniciales fueron informadas sin alteraciones o hallazgos patológicos. Durante la evolución presentó una convulsión secundaria a hipoglucemia severa, a pesar del uso del monitoreo continuo de glucosa (MCG) intersticial. A los 22 meses del debut de la DM, inició tratamiento con sistema integrado de infusión continua de insulina y MCG disminuyendo la frecuencia y la severidad de las hipoglucemias. Como antecedentes personales, se encontraba en seguimiento multidisciplinario desde los 2 años de edad por sospecha de enfermedad metabólica. Había presentado episodios recurrentes de deshidratación con hipoglucemias e hiponatremias graves secundarias a cuadros diarreicos, acidosis láctica y retraso del crecimiento (peso: -2, 65 DS; talla: -2,8 DS). La secuenciación completa del exoma realizada inicialmente fue no concluyente. A los 8 años comenzó con dificultad para la visión nocturna y fotofobia, y a los 9 años desarrolló hipoacusia neurosensorial. Se repitió la secuenciación del exoma, el cual confirmó el diagnóstico de síndrome de Kearns-Sayre.

Comentarios: El síndrome de Kearns-Sayre es una enfermedad mitocondrial poco frecuente, con una prevalencia estimada de 1 por cada 125.000, caracterizada por compromiso progresivo y multisistémico. La DM mitocondrial es una manifestación infrecuente como forma de presentación inicial de los síndromes por delección del ADNmt. Su fisiopatología se relaciona con insuficiencia secundaria a un defecto en la secreción de insulina secundaria a la disminución de la producción de ATP, asociada a distintos grados de insulinoresistencia.

Conclusiones: La presentación inicial del síndrome de Kearns-Sayre con DM representa una forma de presentación poco frecuente. Se remarca la importancia del dosaje inicial de anticuerpos y péptido C lo que permitió continuar con la sospecha diagnóstica de DM mitocondrial y abordar su seguimiento multidisciplinario.

P102

DEBUT FRUSTRADO EN DIABETES TIPO 1: IDENTIFICACIÓN EN ESTADIO 2 MEDIANTE SCREENING FAMILIAR Y TRANSICIÓN PROGRAMADA A TERAPIA CON BOMBA DE INSULINA

Caso clínico

María Antonella CORREA BAROVERO, Karina FUENTES, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO
SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: ANTOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune progresiva cuyo diagnóstico continúa realizándose frecuentemente en estadio clínico, en ocasiones asociado a cetoacidosis diabética (CAD). La identificación de individuos en etapas preclínicas mediante *screening* de familiares de primer grado permite identificar individuos con alto riesgo de progresión a DM clínica y planificar intervenciones destinadas a evitar formas graves de presentación.

Objetivos: Describir la evolución de una niña con DM1 identificada en estadio 2 mediante *screening* familiar, seguida con monitoreo continuo de glucosa (MCG) y tratada precozmente con insulino terapia y tecnología avanzada.

Caso: Niña de 7 años, procedente de la provincia de San Luis, derivada para evaluación endocrinológica por alteraciones glucémicas detectadas durante controles de rutina. Como antecedente personal, presentaba hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 mcg diarios. Entre sus antecedentes familiares, la madre presentaba diagnóstico de DM1, usuaria de sistema avanzado híbrido de asa cerrada MiniMed 780G. Durante los controles de rutina, presentó glucemias alteradas en ayunas (119 mg/dL en octubre de 2024 y 122 mg/dL en febrero de 2025). Debido al antecedente familiar, se realizó estudio inmunológico evidenciando positividad para anticuerpos antiinsulina (8,85 U/mL), anti-GAD (1030 U/mL), IA-2 (>4000 U/mL) y ZnT8 (1386 U/mL). El péptido C fue de 467 pmol/L (VN 298-2350). La paciente permanecía asintomática, sin poliuria, polidipsia, pérdida de peso ni episodios de cetosis. En julio de 2025, presentó HbA1c de 5,99% con descenso del péptido C a 234 pmol/L, evidenciándose progresión del deterioro de la función β pancreática. Se incorporó MCG, observándose disglucemias y excursiones glucémicas posprandiales compatibles con progresión de la enfermedad. En octubre de 2025, la glucemia en ayunas fue de 131 mg/dL y el péptido C de 1 ng/mL (VN 0,81-3,81), por lo que se decidió iniciar insulino terapia basal con insulina degludec 2 U/día, junto con educación diabetológica y seguimiento estrecho. Considerando la progresión de la enfermedad y la necesidad de administrar dosis muy bajas de insulina con alta precisión, se solicitó terapia mediante bomba de infusión continua de insulina. Tras su aprobación, se inició el tratamiento, facilitando ajustes finos durante la transición hacia la DM clínica y permitiendo mantener un excelente control glucémico.

Comentarios: La paciente fue identificada inicialmente en estadio 2 de DM1 por la presencia de múltiples autoanticuerpos asociados a disglucemia. El antecedente de DM1 en un familiar de primer grado permitió realizar *screening* dirigido y reconocer la enfermedad antes de la aparición de los síntomas clínicos. La evolución mostró deterioro progresivo de la función β pancreática, objetivado por el descenso seriado del péptido C y las alteraciones detectadas mediante MCG. La

identificación temprana permitió implementar educación diabetológica, vigilancia metabólica e insulino terapia antes de la presentación clínica habitual. Este abordaje evitó un debut agudo con CAD, modificando el curso habitual de presentación de la enfermedad y permitiendo una transición programada hacia el tratamiento intensificado con tecnología avanzada.

Conclusiones: La detección precoz mediante *screening* familiar permitió identificar a esta paciente en estadio 2 de la DM1, documentar la progresión de la enfermedad e instaurar el tratamiento antes de la aparición de los síntomas. Este caso ilustra cómo la estadificación de la DM1, combinada con MCG, educación diabetológica y acceso temprano a la tecnología, puede transformar un potencial debut agudo con cetoacidosis en una transición metabólica controlada y planificada.

P103

CONSUMO DE FIBRA DIETARIA Y VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y ENFERMEDAD CELÍACA

María Claudia PÉREZ, Leandra GUZUL, Martina LARROUDE, Luciana GUZMÁN, Ignacio MÉNDEZ

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA. CONTACTO: MCLAUPEREZ28@GMAIL.COM

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) afecta aproximadamente al 4-10% de las personas con diabetes tipo 1 (DM1). El tratamiento se basa en una dieta libre de gluten, que suele asociarse a un menor consumo de fibra debido a la utilización frecuente de productos industrializados refinados. La ingesta insuficiente de fibra podría influir negativamente sobre el control glucémico y la variabilidad glucémica, un factor relacionado con el riesgo de hipoglucemias y complicaciones crónicas.

Objetivos: Describir el consumo de fibra dietaria y la variabilidad glucémica en pacientes con DM1 y EC.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal realizado en pacientes con DM1 y EC atendidos en un hospital público. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de ambas patologías y utilización de monitoreo continuo de glucosa (MCG) Freestyle Libre 2 durante 14 días. La ingesta de fibra se evaluó mediante registros alimentarios de 3 días. Se calculó el consumo diario total de fibra (g/día y g/1000 kcal) y se comparó con la recomendación de la ADA 2026 de 14 g/1000 kcal. También se evaluó el aporte de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas en gramos y porcentaje del valor calórico total (VCT). Las métricas analizadas respecto del control glucémico fueron: glucosa promedio, coeficiente de variación (CV), tiempo en rango (TIR 70-180 mg/dl), tiempo por debajo del rango (TBR <70 mg/dl) y tiempo por encima del rango (TAR >180 mg/dl). Se realizó análisis descriptivo, las variables continuas se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión y la frecuencia para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes, con una edad media (años) de 10.1 ± 4.0 . El peso promedio (kg) fue 40.1 ± 22.4 y la talla (mt) 1.4 ± 0.2 . El IMC/E (z-score) promedio fue de 0.8 ± 1.3 . Respecto del consumo de energía (Kcal), la media fue de $1,674.6 \pm 232.7$, hidratos de carbono (g) 197.1 ± 45.4 (45.2 ± 7.5 % del VCT), proteínas (g) 81.8 ± 18.8 (18.8 ± 3.1 % del VCT), grasas (g) 72.5 ± 13.7 (37.7 ± 6.0 % del VCT). La media del consumo de fibra fue de 12.2 ± 2.6 g/día y la cobertura del requerimiento de fibra (%) 52.8 ± 12.9 , observándose que un elevado porcentaje no alcanzó las recomendaciones. Ninguno de los 9 pacientes se acercó al requerimiento de fibra recomendado por la ADA 2026. Solo 2 de 9 mantuvieron buen tiempo en rango y solo 3 de 9 una variación aceptable.

Métrica	N = 9*
Glucosa promedio (mg/dL)	$178,9 \pm 39,0$
TIR (%)	$53,9 \pm 19,9$
TBR (%)	$3,8 \pm 3,4$
TAR (%)	$24,7 \pm 11,4$
Coeficiente de variación (%)	$40,5 \pm 8,2$
* HbA1c (%)	$7,6 \pm 1,0$

*Media $\pm$ DS

Conclusiones: En pacientes con DM1 y EC, se observó un bajo consumo de fibra y un control glucémico inadecuado. Estos hallazgos resaltan la importancia de promover estrategias nutricionales que incrementen la ingesta de alimentos naturalmente libres de gluten y ricos en fibra como parte del abordaje integral de esta población.

P104

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE OBESIDAD MONOGENICA O SINDRÓMICA EN UN HOSPITAL NACIONAL EN ARGENTINA

Carina Elizabet MOUGEL, Fabio PALACIOS PORTA, Macarena FARIAS SÁENZ, Verónica MODICA, Lorena RUDI, Gabriela QUEVEDO

HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS. CONTACTO: CARINAMOUGEL@HOTMAIL.COM

Introducción: La obesidad en la infancia es un problema de salud pública a nivel mundial. En la mayoría de los casos se trata de obesidad de origen poligénico o multifactorial. Sin embargo, en los últimos años, con el advenimiento de nuevas tecnologías y estudios genéticos, se pueden diagnosticar otras causas de obesidad severa de inicio temprano en la infancia. La obesidad monogénica es aquella causada por la afectación de un único gen, mientras que en la sindrómica pueden verse afectados varios genes y otras alteraciones que confluyen en un síndrome específico. Su identificación precoz puede permitir individualizar terapias nutricionales y avanzar hacia terapias de precisión.

Objetivos: Describir las características clínicas, antropométricas, genéticas y de tratamiento de una cohorte de niños y adolescentes con diagnóstico presuntivo de obesidad monogénica o sindrómica.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional realizado en el equipo interdisciplinario de Obesidad grave, Servicio de Nutrición y Diabetes Infantil, Dpto. de Pediatría del Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Se incluyeron pacientes pediátricos de 0 a 18 años con diagnóstico presuntivo de obesidad monogénica o sindrómica, evaluados desde Septiembre de 2023 hasta junio de 2026. Se incluyeron a todos los niños que concurrieron al consultorio interdisciplinario de Obesidad grave que cumplieran los siguientes criterios: obesidad severa de inicio temprano, IMC $> +2$ o Pc > 95 e hiperfagia. Todos los pacientes fueron evaluados por un especialista en Nutrición y Diabetes Infantil y un psicólogo. A cada paciente se le realizó un test genético de muestra de saliva, previo consentimiento informado. Las muestras fueron procesadas por un laboratorio externo y los resultados recibidos por e-mail. Se recopilaron variables antropométricas, clínicas, genéticas y de tratamiento. Las variables categóricas se presentaron con medidas de frecuencia absolutas y porcentajes, las cuantitativas con mediana y rango.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, M: 57.1% , F: 42.9%. Edad mediana: 110.5 meses (rango 8-264). Antropometría: Mediana Z-IMC: 4.8 (rango 3-9.5), Mediana Z-talla: 1.27 (rango -2.8 to 2.8). Resultado test genético: patogénico: 1 (2.9%), *likely pathogenic* 3 (8.8%), indeterminado: 23 (67.6%), negativo: 6 (17.6%), pendiente: 1 (0.019%). Las mutaciones más frecuentemente encontradas: VPS13B (3), SDCCAG8 (4), ALMS1 (4), PCSK1 (4). Las alteraciones clínicas asociadas con mayor frecuencia fueron: neurológicas 34 (100%), seguidas de las hepáticas y metabólicas. Tipo de intervenciones: todos los pacientes recibieron educación nutricional, pautas para adecuar actividad física y juego en movimiento según edad y posibilidades físicas. Hasta el momento se encuentran bajo tratamiento farmacológico: liraglutida 2, enalapril 4, metformina 2, insulina 1, levotiroxina 2, psicofármacos 4.

Conclusiones: La caracterización clínica y genética de pacientes pediátricos con sospecha de obesidad monogénica y sindrómica es un desafío para pediatras y especialistas. Su identificación precoz y sospecha clínica junto con la posibilidad de la realización de un test genético son herramientas fundamentales para lograr una adecuada comprensión de su espectro, pudiendo orientar las estrategias específicas y personalizadas para apuntar, en un futuro, hacia una terapia de precisión. Contar con una terapéutica farmacológica abre un espectro de posibilidades de mejoría respecto de la calidad de vida y la disminución de las comorbilidades de estos niños. Representan una mayor complejidad a la hora de plantear una terapéutica farmacológica el grupo de pacientes con resultado catalogado como indeterminado o incierto, donde actualmente por las técnicas utilizadas, no se puede concluir en un diagnóstico preciso pero, si se reúnen criterios clínicos patológicos y genéticos, se podría considerar en casos específicos su uso. Se plantea la necesidad de capacitar al personal de salud tratante para su identificación temprana, como así también para estimular el desarrollo de equipos de seguimiento interdisciplinarios.

P105

NIVEL EDUCATIVO DE LOS PADRES Y CONTROL METABÓLICO EN NIÑOS CON DIABETES TIPO 1: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN AMÉRICA LATINA

Valeria HIRSCHLER

COMITÉ DE EPIDEMIOLOGÍA, SAD. CONTACTO: VHIRSCHLER@INTRAMED.NET

Introducción: El nivel educativo de los padres puede influir en el manejo de la diabetes tipo 1 (DM1) durante la infancia y la adolescencia. Sin embargo, existe limitada evidencia sobre su asociación con el control metabólico más allá del primer año tras el diagnóstico.

Objetivos: Determinar la asociación entre el nivel educativo de los padres y el control metabólico en niños con DM1 más allá del primer año tras el diagnóstico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, transversal, entre octubre de 2024 y abril de 2025, en 10 centros de diabetes pediátrica de Argentina y Chile. Se incluyeron niños de 8 a 17 años con una duración de DM1 >1 año. Se registraron la edad, el sexo, el tiempo de evolución de la DM, los síntomas de distrés relacionados con la DM (PAID; rango 0-80; distrés ≥ 40), el nivel educativo de los padres (ninguno, uno, o ambos padres con estudios secundarios completos o más), el IMC, la dosis de insulina y el promedio de los dos últimos valores de HbA1c.

Resultados: Se incluyeron 208 participantes (107 varones; 51,4%), con una edad media de $13,2 \pm 2,9$ años y una mediana de duración de la DM1 de 4,5 años (RIC: 2,9-7,1). La mediana de HbA1c fue de 8,0% (RIC: 7,3-9,1). La HbA1c se correlacionó de manera inversa con el nivel educativo de los padres ($r = -0,28$; $p < 0,01$) y con el puntaje Z de talla ($r = -0,31$; $p < 0,01$), y de manera directa con la dosis de insulina ($r = 0,36$; $p < 0,01$), la duración de la DM ($r = 0,29$; $p < 0,01$) y el puntaje PAID ($r = 0,32$; $p < 0,01$). El análisis de regresión logística múltiple mostró que un mayor nivel educativo de los padres se asoció con una menor probabilidad de presentar una HbA1c $\geq$ al tercer cuartil, tras ajustar por factores confusores (OR=0,47; IC 95%: 0,31-0,72). Asimismo, el análisis de regresión lineal múltiple demostró que un mayor nivel educativo de los padres se asoció con niveles más bajos de HbA1c ($\beta = -0,41$; $p = 0,001$).

Conclusiones: Un mayor nivel educativo de los padres se asoció de forma independiente con niveles más bajos de HbA1c en niños latinoamericanos con DM1. El desarrollo de estrategias de apoyo dirigidas a las familias con menor nivel educativo podría contribuir a reducir las desigualdades en el control glucémico.

P106

PERFIL CLÍNICO, NUTRICIONAL, METABÓLICO Y UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA CON DIABETES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO AMBULATORIO DE LA CABA

Diana Carolina CARLOS OLIVA, Natalia MORENO, Cristian FLORES, Nadia GALARZA, Juan MINATTA, Candela ETCHEGARAY
HOSPITAL MILITAR CENTRAL «CIR. MY. DR. COSME ARGERICH». CONTACTO: DIANACARLOSOLIVA@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes (DM) en la edad pediátrica requiere un seguimiento integral que contemple aspectos clínicos, nutricionales, metabólicos y el acceso a tecnologías para el tratamiento. La caracterización de las cohortes locales permite conocer el perfil de los pacientes, evaluar la calidad de atención e identificar oportunidades de mejora en el manejo de esta población.

Objetivos: Describir las características clínicas, nutricionales, metabólicas y el uso de tecnologías en pacientes pediátricos con DM en seguimiento ambulatorio.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes pediátricos con DM en seguimiento en un centro ambulatorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se relevaron variables demográficas, clínicas (edad, tipo de DM, tiempo de evolución y antecedente de cetoacidosis diabética al debut), antropométricas (IMC y puntaje Z de IMC), metabólicas (HbA1c y métricas derivadas del monitoreo continuo de glucosa) y relacionadas con el tratamiento (uso de monitorización continua de glucosa y sistemas automatizados de administración de insulina), correspondientes al último control ambulatorio registrado en la historia clínica dentro de los 3 meses previos al análisis. Las métricas derivadas del monitoreo continuo de glucosa (MCG) como GMI, TIR, TAR y TBR, se analizaron únicamente en los pacientes usuarios de monitorización continua de glucosa. El nivel de tecnología se clasificó en: nivel 0 (múltiples dosis de insulina y glucómetro), nivel 1 (múltiples dosis de insulina con monitorización continua de glucosa) y nivel 2 (sistema automatizado de administración de insulina). Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte y un análisis descriptivo según el nivel de tecnología utilizada.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes con DM en seguimiento ambulatorio. La mediana de edad fue de 13,4 años (RIC 9,4-15,6) y el 60% correspondió al sexo femenino. El 90% presentó DM1, el 5% DM2 y el 5% otros tipos de DM. El 72,5% había presentado cetoacidosis diabética al debut. En cuanto a la procedencia, el 70% residía en la provincia de Buenos Aires, el 25% en CABA y el 5% en otras provincias. La mediana del tiempo de evolución fue de 3,4 años (RIC 2,1-4,9). El 45% presentó exceso de peso (22,5% sobrepeso y 22,5% obesidad). La HbA1c media fue de $7,8 \pm 1,2\%$. El 75% utilizaba MCG y el 27,5% sistemas automatizados de administración de insulina. En el análisis descriptivo se observaron diferencias en los valores de HbA1c y tiempo en rango según el nivel de tecnología utilizada. Asimismo, se observó una menor frecuencia de exceso de peso en los grupos con mayor nivel de tecnología.

Conclusiones: La caracterización de esta cohorte permitió describir el perfil clínico, nutricional, metabólico y el uso de tecnologías en pacientes pediátricos con DM en seguimiento ambulatorio. Se observó una importante heterogeneidad en el control metabólico y en la utilización de tecnologías, así como diferencias descriptivas según el nivel de tecnología empleada. La elevada proporción de pacientes provenientes de la Provincia de Buenos Aires, pese a tratarse de un centro ubicado en CABA, pone de manifiesto el alcance regional de la atención brindada y plantea interrogantes sobre las dificultades de acceso a la atención especializada en DM pediátrica. Estos resultados aportan información sobre la práctica clínica habitual y constituyen una base para futuros estudios analíticos que evalúen la asociación entre el uso de tecnologías y los resultados clínicos y metabólicos; además, refuerzan la importancia de favorecer el acceso oportuno a las tecnologías para el tratamiento de la DM en la población pediátrica.

P107

DIABETES TIPO 2 Y SALUD ÓSEA FEMENINA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL JOSÉ MARÍA PENNA

María Soledad BELINGERI, Cintia Vanesa CHAMBON, Geraldine Cecilia AUDINO, Jorgelina PETRONI, Florencia Mariel MASMUD, Fabiola Jimena ALBORNOZ CÁRDENAS, Magalí RODRÍGUEZ, Luz Leslie BAZOALTO RAMÍREZ, Enrique Carlos CAZADO

SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES, HOSPITAL JOSÉ MARÍA PENNA. CONTACTO: SOLBELINGERI@GMAIL.COM

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad crónica caracterizada por alteración de la densidad mineral ósea (DMO) y de la microarquitectura ósea cuya expresión clínica es la fractura por fragilidad. La densitometría (DXA) permite el diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico oportuno. En pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) se describe un riesgo incrementado de fractura aun con DMO normal. Las potenciales causas son las alteraciones vasculares y el depósito de productos de glicosilación avanzada (AGES) que afectan la calidad del hueso.

Objetivos: Describir las características densitométricas y metabólicas de un grupo de mujeres con DM2.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional. Análisis de DXA realizadas entre enero de 2024 y mayo de 2026. Recolección de datos demográficos y bioquímicos. Se incluyeron mujeres ≥ 40 años con DM2. Se excluyeron pa-

cientes con DM1, con otros factores de riesgo óseo asociado o datos incompletos. Se utilizó el equipo *Osteosys Primus* con medición de columna lumbar, cuello femoral y cadera total. El deterioro óseo se clasificó acorde a los criterios de T-score de la OMS. Se consideró control glucémico adecuado: en pacientes entre 40 y 69 años: HbA1c $\leq$ 6.5% y en $\geq$ 70 años: HbA1c $<$ 7.0%.

Resultados: Se incluyeron 26 mujeres (edad promedio: 64.5 años). 65.4% (n=17) eran menores de 70 años. El 23.0% (n=6) utilizaba insulino terapia y el 67.0% (n=20) hipoglucemiantes orales. El porcentaje de osteoporosis fue del 26.9% (n=7) y de osteopenia del 53.8% (n=14). El 69.2% (n=18) tenía una HbA1c indicadora de control glucémico inadecuado, 14 de ellas (77.7%) tuvieron osteopenia/osteoporosis. El 30.8% (n=8) tuvo HbA1c en objetivo y de ellas 7 tuvieron alteración de la masa ósea (87.5%). Dos pacientes presentaron fracturas por fragilidad, ambas tenían HbA1c en objetivo y una tenía DMO normal.

Conclusiones: La DM2 es un factor de riesgo para deterioro óseo y fracturas. La literatura describe que la DMO muchas veces es normal y no refleja la condición de fragilidad ósea en esta población. En nuestra serie, encontramos un 80.7% de baja masa ósea, aún en pacientes con adecuado control glucémico. Esto coincide con la literatura en la cual la relación entre HbA1c y la masa ósea no es lineal. En este caso el tamaño de la muestra no nos permitió realizar un análisis estadístico. Destacamos la importancia de considerar la DXA como parte del abordaje de la salud en pacientes con DM2.

P108

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y TASA DE RECLASIFICACIÓN METABÓLICA EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL: UNA COHORTE RETROSPECTIVA EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (2023-2026)

María Fernanda RAMAJO, Sofía GUZMÁN RODRÍGUEZ, Alejandra LALLI, Manuel TOÑANES, Leandro LEONI, Laura GIANOLI
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS, SECRETARÍA DE SALUD, MUNICIPIO DE GENERAL PUEYRREDÓN.
CONTACTO: FERNANDA.RAMAJ@GMAIL.COM

Introducción: Ante el aumento global de la diabetes gestacional (DMG), la red de atención primaria de la salud local carece de datos suficientes sobre el porcentaje de pacientes que asisten al control posparto para la reclasificación de su estado metabólico.

Objetivos: Determinar el porcentaje de mujeres con DMG que realizan la reclasificación metabólica dentro de los 12 meses posteriores al parto, identificar la persistencia de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y evaluar los factores clínicos asociados. Como objetivos secundarios, describir las características materno-fetales, el diagnóstico, el tratamiento, la vía de parto y el peso del recién nacido.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal. La población de estudio incluyó pacientes embarazadas con DMG (según criterios ALAD), con atención inicial en centros de atención primaria municipales, y su posterior derivación al segundo nivel (Servicio de Obstetricia de Alto Riesgo y la Unidad de Diabetes) entre junio de 2023 y diciembre de 2025. Se excluyeron aquellas con DM pregestacional.

Resultados: Se analizó una cohorte de 42 pacientes con diagnóstico de DMG con una mediana de edad de 26.5 años. El estado nutricional al inicio con prevalencia de malnutrición por exceso (92.8%) y 66.6% algún grado de obesidad. El 45.2% de las pacientes tenía antecedentes familiares de primer grado. De las pacientes multíparas, el 32% tuvo DMG en embarazos previos. El diagnóstico de DMG se estableció mediante PTOG alterada en el 45.2%, glucemia alterada en ayunas en el 40.5% y un caso con ambas determinaciones patológicas. El 38.1% de las pacientes requirió insulino terapia. Se registró un caso de aborto espontáneo (2.4%). En los nacimientos (mediana: 38 semanas; 87% a término), la vía de finalización fue cesárea en el 90% y el peso neonatal promedio fue de 3,345.5 g ($\pm$ 506.8). La tasa de adherencia a la reclasificación posparto fue de 52.4% (n=22). De las pacientes con registros completos (n=19), el 52.6% recuperó la normoglucemia, el 36.8% persistió con alteraciones metabólicas y el 10.5% presentó DM2 *de novo*.

Conclusiones: En este trabajo pudimos observar que una tasa de adherencia a la reclasificación sigue siendo baja, similar a la descrita en la literatura. Es fundamental implementar estrategias que mejoren la adherencia al cribado y promuevan el control periódico posparto en pacientes con antecedentes de DMG.

P109

¿SON ADECUADAS LAS RECOMENDACIONES DEL IOM PARA MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL Y OBESIDAD? EVIDENCIA DE HETEROGENEIDAD SEGÚN GANANCIA DE PESO Y GRADO DE OBESIDAD

Franco Nicolás LÓPEZ LÓPEZ, Rocío VILLAR TAIBO, Fabiana MASJOAN, María Gemma RODRÍGUEZ CARNERO, Eva GÓMEZ VÁZQUEZ, Paula ANDÚJAR PLATA, Ana CANTÓN BLANCO, Miguel Ángel MARTÍNEZ OLMOS
CENTRO MÉDICO ENDO, SANTA FE; SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN, COMPLEJO HOSPITALARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.
CONTACTO: FRANCO19.FL@GMAIL.COM

Introducción: Desde 2009, el *Institute of Medicine* (IOM) propone recomendaciones de ganancia de peso gestacional (GPG) basadas en el IMC pregestacional, considerando su asociación con resultados adversos del embarazo. Sin embargo, estas recomendaciones fueron desarrolladas para la población general y no contemplan condiciones específicas como la diabetes gestacional (DMG) ni diferencias según grado de obesidad.

Objetivos: Evaluar si las recomendaciones de GPG del IOM reflejan adecuadamente el riesgo materno-fetal en mujeres con DMG, considerando la adecuación de la GPG y la heterogeneidad según el grado de obesidad pregestacional.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de gestantes con DMG de un hospital público (2022-2025). Se excluyeron mujeres con DM pregestacional u otros tipos de DM, embarazos múltiples y aquellas sin datos del parto. Se incluyeron 541 gestantes y se analizaron complicaciones maternas y fetales/neonatales según el IMC pregestacional y las categorías de GPG del IOM.

Resultados: 541 gestantes con DMG. El 38,7% presentó obesidad pregestacional (grado I: 59,5%; grado II: 27,1%; grado III: 13,3%). La frecuencia de macrosomía fue superior en mujeres con obesidad, tanto con GPG adecuada (17,3%; $p=0,034$) como excesiva (20,3%; $p=0,002$). En mujeres con obesidad pregestacional, cada kilogramo de ganancia por encima del límite superior recomendado por IOM (9 kg) se asoció con mayores odds de macrosomía (OR 1,09; IC95% 1,01-1,18; $p=0,022$). Asimismo, la GPG adecuada y excesiva se asociaron independientemente con mayores odds de macrosomía respecto de la ganancia insuficiente (OR ajustado 9,58; IC95% 2,32-65,08 y OR ajustado 11,88; IC95% 3,09-78,40, respectivamente). En el análisis ROC, el umbral estimado de GPG asociado con macrosomía descendió desde 11,5 kg en sobrepeso a 6,8 kg en obesidad y 6,4 kg en obesidad grado II-III. Además, cada incremento en el grado de obesidad se asoció con mayores odds de preeclampsia y cesárea.

Conclusiones: En mujeres con DMG, las recomendaciones de GPG del IOM podrían no reflejar completamente el riesgo materno-fetal, especialmente en presencia de obesidad pregestacional. La persistencia de macrosomía dentro de rangos considerados adecuados y las diferencias observadas según el grado de obesidad apoyan la necesidad de objetivos ponderales más individualizados.

P110

ADHERENCIA A LA RECLASIFICACIÓN POSPARTO EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TUCUMÁN EN 2025

Adriana Rocío CARABAJAL¹, María Griselda BELLONI¹, Macarena COHEN IMACH¹, Andrea de los Ángeles DELGADO¹, Norma Beatriz DÍAZ¹, Patricia Haydée GONZÁLEZ FRAILE¹, Silvana Cristina LOBO¹, María Eugenia LÓPEZ GUERRA¹, Liz Belén RUIZ², Andrea Nahir SUÁREZ¹, María Eugenia VALDEZ¹, Sofía Belén VELIZ¹, Américo AGUIRRE ALMONACID², Romina ROMERO², Montserrat SÁNCHEZ²

¹ HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN, ² HOSPITAL EVA PERÓN. CONTACTO: ROCIO.CARABAJAL1@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes gestacional (DMG) es la alteración de la tolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo. El antecedente de DMG supone un riesgo más de 7 veces mayor de desarrollar DM2 posparto en comparación con las mujeres sin DMG, por lo que debe enfatizarse la necesidad de realizar una PTOG (prueba de reclasificación) en la sexta semana posparto. La misma puede identificar aquellas pacientes con persistencia de alteraciones glucídicas o DM2, lo que permite implementar estrategias de seguimiento y tratamiento en el corto y mediano plazo.

Objetivos: Determinar el porcentaje de mujeres con DMG que realizó la reclasificación; analizar los factores asociados a la falta de adherencia; estimar la proporción de pacientes que persiste con alteraciones glucídicas; determinar factores presentes durante el embarazo asociados a la misma.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que incluyó a 141 pacientes diagnosticadas con DMG que cursaron su embarazo en el Hospital Eva Perón, de enero a diciembre de 2025. Los datos fueron obtenidos por el Servicio de Teleobstetricia y del análisis de historias clínicas digitales.

Resultados: De las pacientes estudiadas, solo el 38% realizó la reclasificación posparto, de las cuales el 9% persistió con metabolismo de la glucosa alterado y solo el 2% con DM2. Pese a que el 70% de las pacientes se encontraba con sobrepeso u obesidad previo al embarazo y que el 62% mostró ganancia de peso inadecuada, no se encontró asociación estadística significativa entre estos factores y la persistencia de alteraciones glucídicas posparto. Por el contrario, sí se halló asociación significativa con la insulino terapia, que fue requerida por el 51%.

Conclusiones: En la población estudiada, la adherencia a la reclasificación posparto fue baja, lo cual se corresponde con los datos encontrados en la literatura. Esta baja cobertura limita la identificación temprana de persistencia de alteraciones glucídicas, poniendo en riesgo la implementación oportuna de intervenciones. La existencia de estrategias asistenciales orientadas a mejorar la adherencia parece no garantizar mejoría en los resultados, lo que sugiere que persisten determinantes individuales o sociales que deben abordarse de manera integral.

P111

ASOCIACIÓN ENTRE TRIGLICÉRIDOS MATERNOS Y RESULTADOS NEONATALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE COHORTE DE 2025

Noemí Adriana PASSARIN, Romina RUSSO, María Cecilia PREITI, Débora Romina HERNÁNDEZ, Susana APOLONI, Mariana PÁEZ, Fernando GARCÍA, Silvia JUÁREZ, Lorena SELBA, Fabiana DÁVILA, Adrián PRIOLO, Cecilia COCUCCHI

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. CONTACTO: NOEPASSAR@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes gestacional (DMG) se asocia con un incremento de triglicéridos (TG) maternos hacia el segundo y tercer trimestre, afectando potencialmente los resultados neonatales. La evidencia actual es limitada y heterogénea en los puntos de corte.

Objetivos: Evaluar la asociación entre TG maternos y peso neonatal en pacientes con DMG atendidas en 2025. Como objetivos secundarios, describir las características de la cohorte y evaluar la relación entre TG y otros resultados adversos neonatales (internación, hipoglucemia, síndrome de estrés respiratorio [SDR] e hiperbilirrubinemia).

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva en pacientes mayores de 18 años con DMG atendidas en el Hospital Universitario Austral durante 2025. Se evaluaron el peso del recién nacido (RN) y los resultados neonatales según los TG. Las variables cuantitativas se resumieron con media y desvío estándar (DE) o mediana e intervalos intercuartiles; las categóricas, con frecuencias y porcentajes. Las comparaciones emplearon test de T o Fisher. Mediante regresión logística se evaluó la asociación de TG con RN grande para edad gestacional (GEG), ajustando por variables confusoras. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 172 binomios madre-RN. La población presentó una edad media de 34,5 años (DE 5,0), IMC pregestacional de 27,3 (DE 6,0) y un 27,9% requirió insulino terapia. La glucemia de ayuno media fue 86,8 mg/dl y a las 2 h de la PTOG fue 155,8 mg/dl. El parto ocurrió a las 38,4 semanas (DE 1,2), con 68% de cesáreas. El peso medio del RN fue 3.250 g (DE 569,2), con un 5,8% de macrosomía y un 16,9% (29 casos) de GEG. Los TG medios fueron 187,5 mg/dl (DE 75,9) en el segundo trimestre y 228,7 mg/dl (DE 83,0) en el tercero. Las pacientes con TG ≥ 200 mg/dl tuvieron mayor frecuencia de RN GEG que aquellas con TG < 200 mg/dl [OR 2,59; $p = 0,040$]. Este punto de corte mantuvo una asociación independiente con RN GEG [OR ajustado 3,24 (IC95% 1,08-9,69); $p = 0,036$] tras ajustar por IMC, PTOG, insulina y ganancia peso. No hubo asociación significativa con hipoglucemia neonatal (3,2%), SDR (2,2%), hiperbilirrubinemia (10,8%) ni ingreso a UTI neonatal (9,7%).

Conclusiones: El punto de corte de TG ≥ 200 mg/dl se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia de RN GEG tras ajustar por variables confusoras metabólicas y antropométricas. Este parámetro constituye un factor de riesgo clínico útil para optimizar el manejo de la DMG.

P112

EMBARAZO Y DIABETES TIPO 1 EN ESTADIO 2: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UNA ETAPA PRECLÍNICA

Caso clínico

María Antonella CORREA BAROVERO, Karina FUENTES, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO
SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: ANTOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 1 (DM1) en estadio 2 se caracteriza por la presencia de múltiples autoanticuerpos asociados a disglucemia, sin hiperglucemia clínica manifiesta. La identificación temprana de estos individuos permite identificar sujetos con elevado riesgo de progresión metabólica. Sin embargo, no existe evidencia específica respecto al manejo terapéutico durante el embarazo en esta etapa preclínica.

Objetivos: Describir la evolución metabólica longitudinal y el rol del monitoreo continuo de glucosa (MCG) en la toma de decisiones terapéuticas en una paciente con DM1 estadio 2 durante embarazo temprano.

Caso: Mujer de 35 años, con IMC 24 kg/m², sin otros antecedentes metabólicos no diabético, con fuerte carga familiar de DM insulino dependiente (tres tías y una prima). Como antecedentes gineco-obstétricos, presentaba una primera gesta a sus 30 años de edad, complicada con DMG. Se realizó PTOG a la semana 25 con glucemia basal de 92 mg/dl y glucemia a las 2 h de 107 mg/dl. Nació por cesárea recién nacido normopeso de 40 semanas de gestación. No realizó POTG de recategorización posparto. Presentó un segundo embarazo en 2025 con pérdida en la semana 6, sin causa detectada. En enero de 2026, realizó consulta con el Servicio de Diabetología por deseo de nuevo embarazo. Adjuntó a la consulta, resultados de laboratorio realizados el mes anterior con glucemia en ayunas de 72 mg/dl y glucemia a las 2 h de 166 mg/dl, y HbA1c 5,5. Debido al antecedente obstétrico y la significativa carga familiar, se decidió realizar pesquisa inmunológica precoz, evidenciándose anti-GAD > 250 , anti-ZnT8 > 500 e ICA positivos, con anticuerpos antiinsulina negativos. En marzo se indicó automonitoreo glucémico domiciliario, observándose registros por debajo de 100 mg/dl. Posteriormente se realizó PTOG con valores de 98-188 mg/dl y HbA1c de 5,5% compatibles con DM1 estadio 2. Con el objetivo de caracterizar el perfil glucémico en contexto de autoinmunidad pancreática múltiple y disglucemia, se indicó MCG mediante FreeStyle Libre 2. Durante las primeras semanas de seguimiento, presentó glucemias en rango, con excursiones postprandiales ocasionales y ausencia de hiperglucemia sostenida. Dos semanas después consultó informando embarazo de 8 semanas. Considerando la edad gestacional y los objetivos glucémicos específicos del embarazo, el análisis del monitoreo capilar e intersticial permitió identificar excursiones glucémicas previamente no evidentes desde las primeras semanas del embarazo. Ante la presencia de autoinmunidad múltiple y considerando el progresivo aumento de los requerimientos metabólicos propios de la gestación, se decidió iniciar insulino terapia intensificada con esquema basal-bolo, asociada a educación diabetológica y conteo de hidratos de carbono. Al momento del reporte, la paciente cursaba embarazo de 18 semanas sin complicaciones, manteniendo adecuado control glucémico según objetivos glucémicos gestacionales con TIR 97%, TAR 0%, TBR 3% y CV 15,7%.

Comentarios: La identificación de DM1 estadio 2 permite reconocer individuos con elevado riesgo de progresión a DM clínica. En esta paciente, los antecedentes de DMG y la fuerte carga familiar motivaron una pesquisa inmunológica dirigida que permitió detectar autoinmunidad pancreática antes del debut clínico. En este caso, la PTOG alterada durante la gestación previa podría representar retrospectivamente una manifestación temprana de progresión metabólica autoinmune. El embarazo constituye un escenario particularmente desafiante debido al aumento progresivo de insulinoresistencia y a la ausencia de recomendaciones específicas sobre el inicio de insulinoterapia en pacientes con DM1 estadio 2. Asimismo, este caso resalta el potencial valor del MCG como herramienta de caracterización metabólica precoz en pacientes con autoinmunidad pancreática múltiple y alto riesgo de progresión. La decisión de iniciar insulinoterapia basal-bolo precoz fue individualizada y se fundamentó en la coexistencia de embarazo temprano, disglucemia documentada y elevada carga autoinmune, ante la falta de evidencia específica que oriente el manejo de la DM1 estadio 2 durante la gestación. Esta estrategia tuvo como objetivo optimizar el control glucémico ante el potencial incremento de los requerimientos insulínicos gestacionales.

Conclusiones: La pesquisa inmunológica dirigida permitió identificar DM1 estadio 2 previo al debut clínico en una paciente con alto riesgo de progresión. El embarazo representó un escenario metabólico desafiante, donde el MCG permitió detectar alteraciones glucémicas tempranas y orientar una estrategia terapéutica individualizada. Este caso destaca la importancia de la identificación precoz de pacientes con autoinmunidad pancreática y plantea la necesidad de establecer recomendaciones específicas para el abordaje de la DM1 estadio 2 durante la gestación.

P113

OBESIDAD MATERNA COMO PREDICTOR DE INSULINIZACIÓN Y DESENLACES OBSTÉTRICOS EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL

Gabriela ROVIRA, Ayelen Martina BUSTO, Martín SCALTRITTI, Mariano Abel BARRIONUEVO, Christinne Marie COLLET MEDINA, Laura ABOJER

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE SAN ISIDRO. CONTACTO: AYELEN.BUSTO@OUTLOOK.COM

Introducción: La obesidad materna y la diabetes gestacional (DMG) se asocian con complicaciones obstétricas. Su impacto sobre el requerimiento de insulinoterapia y desenlaces perinatales requiere mayor caracterización.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) materno, el requerimiento de insulinoterapia, los desenlaces obstétricos y perinatales en mujeres con DMG.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero de 2024 y diciembre de 2025 en mujeres con diagnóstico de DMG atendidas en un hospital materno-infantil, período en el cual se registraron 1876 nacimientos. La obesidad materna se definió como IMC pregestacional ≥ 30 kg/m² según criterios de la OMS. Se evaluaron las siguientes variables: requerimiento de insulinización (cuando no se lograron los objetivos glucémicos capilares recomendados según ALAD/SAD), cesárea y macrosomía neonatal (peso a término >4000 g). Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico y las categóricas como n (%). Se realizaron análisis univariados con chi-cuadrado y regresión logística multivariada ajustada por edad, antecedente de DMG previa y edad gestacional al diagnóstico. El IMC se modeló como variable ordinal por categoría.

Resultados: En el período analizado se registraron 1876 nacimientos, de los cuales 145 correspondieron a mujeres con diagnóstico de DMG (7,7%). La edad mediana fue 30,0 años y el IMC mediano 30,1 kg/m². El 77,2% presentó sobrepeso u obesidad y el 50,7% obesidad. La insulinización fue requerida en el 19,9%, la tasa de cesárea fue 65,7% y la macrosomía neonatal 8,1%. En el análisis univariado se observó incremento progresivo de insulinización según categoría de IMC ($p=0,032$) y de cesárea ($p=0,007$), sin asociación significativa con macrosomía neonatal. En el modelo multivariado, el IMC se asoció independientemente con mayor riesgo de insulinización ($p=0,017$) y cesárea ($p=0,003$). No se observó asociación con macrosomía neonatal.

Conclusiones: En esta cohorte de mujeres con DMG, el exceso de peso pregestacional fue altamente prevalente y el aumento del IMC se asoció en forma independiente y progresiva con mayor requerimiento de insulinoterapia y finalización por cesárea. La macrosomía neonatal no mostró asociación significativa, hallazgo que debe interpretarse con cautela por la baja frecuencia de eventos. Estos resultados respaldan la estratificación temprana del riesgo metabólico y obstétrico en mujeres con DMG y exceso de peso.

P114

OBESIDAD MODERADA-SEVERA COMO MARCADOR DE GRAVEDAD METABÓLICA EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL

Christinne Marie COLLET MEDINA, Gabriela ROVIRA, Martín SCALTRITTI, Mariano Abel BARRIONUEVO, Ayelen Martina BUSTO, Laura ABOJER

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE SAN ISIDRO. CONTACTO: CHRISTINNE.COLLET@GMAIL.COM

Introducción: Las mujeres con obesidad moderada-severa y diabetes gestacional (DMG) constituyen un subgrupo de mayor riesgo clínico y obstétrico. El IMC ≥ 35 kg/m² permitiría reconocer a las pacientes de mayor gravedad.

Objetivos: Determinar la asociación entre la obesidad moderada-severa y los parámetros metabólicos y obstétricos de riesgo en mujeres con DMG.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero de 2024 y diciembre de 2025 en mujeres con DMG atendidas en un hospital materno-infantil, período en el cual se registraron 1876 nacimientos. El análisis se restringió a las pacientes con sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$; $n=92$), clasificadas según criterios de la OMS en sobrepeso u obesidad leve ($\text{IMC} 25\text{-}34,9$) y obesidad moderada-severa ($\text{IMC} \geq 35$). Se compararon variables maternas (edad, antecedente de DMG previa, multiparidad, edad gestacional al diagnóstico y método diagnóstico), metabólicas (glucemia, requerimiento de insulinización) y obstétricas (cesárea, macrosomía neonatal $>4000 \text{ g}$), mediante la prueba de Mann-Whitney y el test de chi-cuadrado o exacto de Fisher. Se ajustaron modelos de regresión logística por edad y antecedente de DMG previa.

Resultados: De las 92 mujeres con DMG y sobrepeso u obesidad, 64 presentaron sobrepeso-obesidad leve y 28 obesidad moderada-severa. El grupo moderado-severo mostró mayor frecuencia de cesárea (88,9% vs. 63,3%; $p=0,029$) y una tendencia a mayor insulinización (40,7% vs. 18,6%; $p=0,056$), sin diferencias en la glucemia diagnóstica, la P75 ni la macrosomía. En el modelo multivariado, la obesidad moderada-severa se asoció de forma independiente con la insulinización ($p=0,032$) y la cesárea ($p=0,025$). El diagnóstico de DMG fue más temprano en el grupo moderado-severo (mediana 25 vs. 30 semanas; $p=0,008$).

Conclusiones: En mujeres con DMG la obesidad moderada-severa ($\text{IMC} \geq 35$) se asoció de forma independiente con una mayor necesidad de insulino terapia y una mayor probabilidad de cesárea respecto del sobrepeso u obesidad leve ($\text{IMC} 25\text{-}34,9$), con un diagnóstico más temprano, sin diferencias en los valores glucémicos diagnósticos ni en la multiparidad. Estos hallazgos respaldan a la obesidad moderada-severa como un marcador clínico materno de mayor riesgo metabólico y obstétrico. Su reconocimiento temprano permitiría intensificar las intervenciones terapéuticas y el seguimiento durante el embarazo. Dado el tamaño muestral, los hallazgos son exploratorios y generadores de hipótesis.

P115

DESEMPEÑO DE LA HbA1c COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 Y PREDIABETES EN UNA COHORTE DEL GRAN LA PLATA

María Natalia FORTE¹, Lucas D. COSTA², Luis Emilio FLORES³, Jorge Federico ELGART³

¹ CEDIAB-MEPRIN, LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ² DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNL, ³ CENEXA (CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA, CONICET LA PLATA-FCM UNLP-CEAS CICPBA). CONTACTO: NATALIA.FORTE@HOTMAIL.COM

Introducción: El diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2) y prediabetes (PD) se basa en la determinación de glucemia en ayunas (GA) o poscarga, aunque la hemoglobina glicosilada (HbA1c) ha sido incorporada por la ADA y otras organizaciones como método alternativo. Sin embargo, su implementación no es universal debido a la variabilidad metodológica y a condiciones clínicas que pueden afectar su precisión.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y descriptivo en 375 personas adultas clasificadas por criterios glucémicos como normoglucémicas C ($n=168$), PD ($n=182$) y DM2 ($n=25$) atendidas en un consultorio privado de La Plata entre 11/2021 y 12/2023, complementado con datos secundarios del PPDBA (La Plata, Berisso y Ensenada). Se registraron variables antropométricas (IMC, circunferencia de cintura [CC]), presión arterial, glucemia, triglicéridos (TG) y colesterol total y HDL. La HbA1c se determinó por HPLC y se evaluó su desempeño con curvas ROC, sensibilidad (S), especificidad (E) e índice de Youden. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando test paramétricos (t de Student) o no paramétricos (U de Mann-Whitney), según la distribución de las variables (evaluada con el test Kolmogórov-Smirnov). Para las comparaciones entre proporciones se utilizó chi-cuadrado. Diferencias significativas si $p < 0,05$.

Resultados: La edad promedio fue de 57 ± 9 años; 59,5% mujeres; IMC: $31,9 \pm 5,9$; CC de $103 \pm 15 \text{ cm}$ y relación TG/colHDL: $3,2 \pm 2,0$. Se observaron diferencias significativas en IMC y triglicéridos entre grupos C, PD y DM2 ($p=0,001$). La HbA1c discriminó adecuadamente entre personas con o sin DM2 (área bajo la curva -ABC-: 0,91; punto de corte [PC]: 6,05%; S: 0,76; E: 0,96). Para diferenciar PD de DM2, el ABC fue 0,82 (PC: 6,35%; S: 0,64; E: 0,95). El menor poder de discriminación se vio entre C y PD (ABC: 0,74; PC: 5,55%; S: 0,74; E: 0,67). Debido a la elevada presencia de falsos positivos y negativos, la prueba presentó baja S y valor predictivo positivo para PD y DM2, aunque su E y valor predictivo negativo fueron aceptables para DM2.

Conclusiones: En esta población, la HbA1c determinada por HPLC mostró buena capacidad para identificar DM2, pero su capacidad diagnóstica fue menos robusta para PD. Estos resultados sugieren que la GA y la PTOG deben mantenerse como métodos diagnósticos de referencia, mientras que la HbA1c debería utilizarse como complemento, ajustando sus puntos de corte a la población local.

P116

AUTOEFICACIA EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2: COMPARACIÓN ENTRE USUARIOS DE arGLP-1 INYECTABLES, ANTIDIABÉTICOS ORALES E INSULINA

Carolina Paola FIGUEREDO

COORDINADORA, COMITÉ DE GRADUADOS, SAD. CONTACTO: CAROPFIGUEREDO@GMAIL.COM

Introducción: La autoeficacia es un predictor reconocido del autocuidado y el control glucémico en diabetes tipo 2 (DM2). Los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) producen beneficios clínicos significativos, pero se desconoce si su uso se asocia a mayor autoeficacia percibida respecto de otros esquemas antidiabéticos.

Objetivos: Comparar la autoeficacia en el manejo de la DM2 -medida con la escala *Stanford Empowerment of Diabetes* (SED)- entre pacientes usuarios de arGLP-1 inyectables, antidiabéticos orales e insulina, e identificar predictores independientes de autoeficacia mediante análisis multivariable.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se incluyeron 416 pacientes con DM2 atendidos en centros diabetológicos de la Argentina. Grupo expuesto: arGLP-1 (n=167), grupo control 1: antidiabéticos orales (n=154), grupo control 2: insulina sola o asociada a otros antidiabéticos orales (n=95). Se administró cuestionario de autoeficacia SED (escala 1-10) y se registraron promedios de HbA1c, adherencia (test Morisky-Green-Levine), variables sociodemográficas y clínicas. Análisis estadístico: Kruskal-Wallis con comparaciones *post hoc* Mann-Whitney, correlación de Pearson y regresión lineal múltiple (n=416, R² ajustado=0,18).

Resultados: La correlación AE-HbA1c fue negativa y significativa (r=-0,23; p<0,001). En el modelo multivariable, los predictores independientes significativos de mayor autoeficacia fueron: adherencia terapéutica (β =+1,07; p<0,001) y edad (β =+0,016/año; p=0,010); la polifarmacia (>2 fármacos) se asoció inversamente (β =-0,35; p=0,008). El tipo de tratamiento no resultó predictor independiente significativo al ajustar por covariables (arGLP-1 vs. orales: p=0,243).

Variable	GLP-1 (n=167)	Orales (n=154)	Insulina (n=95)
AE media (DE)	7,31 (1,24)	7,11 (1,30)	6,94 (1,26)
HbA1c media %	6,81 (0,94)	7,07 (0,88)	8,11 (1,29)
Adherentes (%)	89,2%	76,0%	57,9%

DE: desvío estándar. p (KW autoeficacia)=0,030; p (ANOVA HbA1c)<0,001.

Conclusiones: Los pacientes con DM2 usuarios de arGLP-1 presentan mayor autoeficacia en el análisis bivariado; sin embargo, este efecto no se mantiene al ajustar por covariables. El principal predictor independiente de autoeficacia es la adherencia terapéutica, seguido por la polifarmacia (factor negativo) y la edad. Estos hallazgos destacan la importancia de evaluar y reforzar la adherencia independientemente del esquema farmacológico e identificar pacientes polimedcados como población objetivo de intervenciones psicoeducativas.

P117

CETOACIDOSIS ASOCIADA A INHIBIDORES DE SGLT2: MÁS ALLÁ DEL FENOTIPO EUGLUCÉMICO. SERIE MULTICÉNTRICA DE 13 EPISODIOS EN DOS CENTROS DE REFERENCIA DE CÓRDOBA

María Antonella CORREA BAROVERO, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO, Karina FUENTES

SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: ANTOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) aportan beneficios cardiovasculares y renales demostrados, pero se asocian a un riesgo aumentado de cetoacidosis diabética (CAD). Si bien la literatura enfatiza la presentación euglucémica, existe escasa información proveniente de la práctica clínica habitual sobre las características de estos episodios.

Objetivos: Describir las características clínicas, los factores precipitantes y la evolución de los episodios de CAD asociados al uso de iSGLT2 registrados en dos centros de referencia de Córdoba.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de CAD durante el tratamiento con iSGLT2 atendidos en el Hospital Privado Universitario de Córdoba y el Hospital Raúl Ángel Ferreyra. Se relevaron variables demográficas, tipo y duración de diabetes (DM), tratamiento concomitante, uso de insulina, HbA1c, fenotipo de CAD, tiempo de exposición a los iSGLT2, factores precipitantes, gravedad, requerimiento de internación en unidad de cuidados intensivos (UCI) y evolución posterior.

Resultados: Se identificaron 13 episodios de CAD asociados a iSGLT2. La edad de los pacientes osciló entre 38 y 82 años; 8 presentaban DM2, 4 DM1 y 1 DM autoinmune latente del adulto. Diez pacientes (76,9%) utilizaban insulina y la HbA1c media fue de 9,8%. Ocho pacientes recibían dapagliflozina y cinco empagliflozina. El 84,6% había utilizado iSGLT2 durante más de 4 años antes del episodio. La CAD hiperglucémica fue la forma de presentación predominante (69,2%), mientras que la CAD euglucémica representó el 30,8% de los casos. Cinco episodios fueron severos y seis pacientes requirieron internación en UCI. Los factores precipitantes más frecuentes fueron omisión o suspensión de insulina (23,1%), infecciones (23,1%) y restricción significativa de la ingesta o vómitos (23,1%). Tras la resolución del cuadro, los iSGLT2 se suspendieron en nueve pacientes. Como hallazgo exploratorio, todos los episodios de CAD euglucémica ocurrieron en pacientes con HbA1c $\leq$ 7,2%.

Conclusiones: En esta serie multicéntrica, la CAD asociada a iSGLT2 se presentó predominantemente como CAD hiperglucémica, en contraste con el énfasis tradicional de la literatura en las formas euglucémicas. Los episodios ocurrieron principalmente en pacientes insulinizados, con control metabólico insuficiente y tras una exposición prolongada al tratamiento. El hallazgo de que todas las CAD euglucémicas se observaron en pacientes con HbA1c en objetivo plantea la posibilidad de que el control glucémico previo module la presentación clínica de este evento adverso.

DIABETES KETOSIS-PRONE: UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA DETRÁS DE LA CETOACIDOSIS RECURRENTE

Caso clínico

Ana Soledad OTTONELLO, Esteban DOTTAVIO, Facundo BURGÉS, Karen Guillermina MASSON

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA. CONTACTO: SOLEDADOTTONELLO@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes ketosis-prone (KPD) es una entidad heterogénea poco reconocida en la práctica clínica, caracterizada por episodios de cetoacidosis diabética (CAD) en pacientes que no presentan el fenotipo clásico de diabetes tipo 1 (DM1). Su identificación resulta fundamental debido a sus implicancias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas.

Objetivos: Describir un caso de KPD con remisión prolongada sin requerimiento de insulina y recurrencia posterior de CAD, destacando la importancia de su sospecha diagnóstica.

Caso: Paciente femenina de 37 años, con antecedente de DMG y sobrepeso, sin antecedentes familiares de DM. En 2020 presentó debut con CAD en contexto de infección por COVID-19, requiriendo internación e insulino-terapia. Posteriormente, evolucionó favorablemente, logrando suspensión de insulina y continuidad de tratamiento con metformina 1000 mg/sitagliptina 50 mg, manteniendo adecuado control metabólico entre 2020 y 2024 (HbA1c 6,4%). En 2024 rein-gresó por cuadro de vías aéreas superiores asociado a hiperglucemia sintomática, visión borrosa y glucemias cercanas a 500 mg/dL. Laboratorio: glucemia 544 mg/dL, pH 7,26, bicarbonato 20 mEq/L, exceso de bases -6,6 mEq/L, cetonemia +++ y cetonuria +++++, compatible con nuevo episodio de CAD. HbA1c 9,4%. Durante esta internación se constató persistencia de reserva pancreática con péptido C detectable de 471 pmol/L y posteriormente 325 pmol/L (VR 298-2350), con anticuerpos para DM autoinmune negativos.

Comentarios: La KPD representa un desafío diagnóstico por compartir características de DM1 y DM2. La forma A-β+ se caracteriza por ausencia de autoinmunidad y preservación parcial de función β pancreática, permitiendo períodos prolongados de remisión sin requerimiento de insulina. Las infecciones constituyen desencadenantes frecuentes de descompensación metabólica. Este caso destaca la importancia de considerar KPD en pacientes con CAD recurrente, anticuerpos negativos y reserva pancreática conservada, evitando clasificaciones erróneas y permitiendo un abordaje terapéutico individualizado.

Conclusiones: La KPD continúa siendo una entidad subdiagnosticada. Su identificación temprana es fundamental para orientar adecuadamente el tratamiento y el seguimiento de estos pacientes.

EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA VIDA REAL DE UN SISTEMA AID TIPO PARCHE: ANÁLISIS COMPARATIVO A 3 MESES DE USO

Rodrigo CARNERO¹, Sabina CARBAJAL², Franca BALDI², Ariela PORTNOY³, Flavia OLIVA³

¹ INSTITUTO MÉDICO RÍO CUARTO, ² MEC, ³ INTERMEC. CONTACTO: RODRIGOCARNERO@GMAIL.COM

Introducción: Los sistemas de infusión automatizada de insulina (AID) han demostrado mejorar el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1). La evidencia en vida real en poblaciones amplias y heterogéneas en edad y sexo sigue siendo de vital importancia.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad en la vida real de un sistema AID parche (MEDTRUM nano touch care) y comparar los resultados entre grupos etarios y por sexo.

Materiales y métodos: Estudio observacional longitudinal de 400 pacientes (252 mujeres, 147 hombres; edad media 26,7±16,2 años) en tratamiento con AID parche MEDTRUM, con seguimiento: basal, 15 días, 1 mes y 3 meses. Se evaluaron tiempo en rango (TIR) 70-180 mg/dL, tiempo en rango (TTIR) 70-140 mg/dL (TIR), tiempo por encima (TAR) de 180 y 250 mg/dL, tiempo por debajo (TBR) de 70 y 54 mg/dL y otros parámetros. Se estratificó por 6 grupos etarios: <7(1,5%), 8-13 (26,2%), 14-18 (17,5%), 19-25 (9,7%), 26-35 (13,5%), >35 (31,5%) años, y por sexo. Comparaciones pareadas mediante test de Friedman y Wilcoxon (corrección de Holm-Bonferroni); entre grupos etarios: Kruskal-Wallis; entre sexos: Mann-Whitney U.

Resultados: El TIR aumentó de 60,3±16,7% (basal) a 71,8±9,4% a los 15 días, manteniéndose estable al mes (72,2±9,2%) y a los 3 meses (72,0±8,4%; p<0,001 vs. basal). El TTIR aumentó de 39,5±14,7% en el primer mes a 47,4±9,0% a los 3 meses en forma consistente. El TAR 180 mg/dL disminuyó de 24,4% a 18,5%, al igual que TBR 70 mg/dL de 2,4% a 1,5% (p<0,001) y TBR <54 mg/dL de 0,8% basal a 0,4% a 3 meses. La mejoría fue consistente en los 6 grupos etarios, sin diferencias significativas entre ellos en TIR, TTIR, TBR y TAR (Kruskal-Wallis, p>0,05). Se identificaron diferencias por sexo circunscriptas a subgrupos etarios específicos: mayor TBR y CV en varones de 8 a 13 años, mejor TIR en varones de 14 a 18 años; y mejor TIR en mujeres de 19 a 25 años y en mayores de 35 años.

Métrica	Basal	15 días	1 mes
TIR 70–180 mg/dL (%)	60,3±16,7	71,8±9,4	72,2
TAR >180 mg/dL (%)	24,4±9,6	19,2±5,7	18,8
TAR >250 mg/dL (%)	12,7±12,0	7,4±5,4	7,3
TBR <70 mg/dL (%)	2,4±2,3	1,4±1,2	1,4
TBR <54 mg/dL (%)	0,8±5,5	0,3±0,5	0,3
CV (%)	38,6±9,3	36,3±5,3	36,4
DDT (U/día)	40,1± 7,5	37,4±16,3	37,9
GMI (%)	n/d	7,0 ±0,4	7,0
TIR 70–140 mg/dL (%)	39,5± 4,7	46,7±9,5	47,3
GMS (mg/dL)	169,0 30,1	154,2±15,1	153
Uso de sensor (%)	n/d	56,2±11,4	56,1

Conclusiones: El uso de este sistema AID parche se asoció a una mejoría rápida, sostenida y segura del control glucémico en condiciones de la vida real, evidente ya a los 15 días y consistente en todos los grupos etarios, sin diferencias relevantes por sexo en el resultado glucémico final. La mejoría del TIR se logró con reducción concomitante del TAR y del TBR, sin señales de aumento del riesgo de hipoglucemia severa, sugiriendo un beneficio neto en seguridad y eficacia.

P120

CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA ASOCIADA A INHIBIDORES DE SGLT2 EN PACIENTES CON DIABETES: EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Caso clínico

Lucía SELVAGGIO, Fiorella S. CHICOTE, Vittorio FALCO, Ayelén RIDOLFO, María del Rosario RODRÍGUEZ, María Victoria FERRARA, Jimena R. SALOMÓN, Hugo SANABRIA

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES. CONTACTO: DRALUCIASSELVAGGIO@GMAIL.COM

Introducción: La cetoacidosis diabética euglucémica (CADEu) constituye una variante caracterizada por cetosis y acidosis metabólica con glucemias normales o discretamente elevadas. Su reconocimiento ha aumentado en los últimos años debido a la expansión del uso de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), particularmente en pacientes con insulinopenia o diabetes (DM) autoinmune. La ausencia de hiperglucemia marcada puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones graves.

Objetivos: Presentar caso de CADEu asociada a iSGLT2 en paciente con DM autoinmune del adulto inicialmente interpretada como DM2, enfatizando la importancia de una adecuada clasificación etiológica y reconocimiento precoz.

Caso: Paciente masculino de 46 años con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia y diagnóstico reciente de DM. Inició tratamiento con metformina, tenelegliptina y dapagliflozina. Presentó glucemias de 150-200mg/dl asociados a náuseas/vómitos inicialmente interpretados como gastritis aguda. Concurrió por consultorios externos para una segunda opinión. Refirió astenia marcada y descenso ponderal de 20 kg en 3 meses. Al examen físico presentaba taquicardia, taquipnea y glucemia capilar de 160 mg/dL. Ante hiperglucemia persistente en paciente adulto joven, sin componente de síndrome metabólico, se reinterpreto probable DM autoinmune del adulto. Ante sospecha de probable CADEu, se determinaron cetonas capilares de 6 mmol/L. Se derivó a Guardia donde presentó glucemia 195mg/dL, creatinina 1,6mg/dL, pH 7,07, bicarbonato 4,3 mmol/L, pCO2 17 mmHg, confirmando CADEu asociada a iSGLT2. Se indicó hidratación endovenosa, insulino terapia y dextrosa con evolución favorable. Se confirmó autoinmunidad positiva (AntiGad + 65U/mL) y péptido C no detectable (1,5 ng/mL). Egresó con esquema intensificado y suspensión de antidiabéticos orales.

Comentarios: La cetonemia fue clave para establecer el diagnóstico. Se estima una incidencia en pacientes con DM1 tratados con iSGLT2 cercana al 4%, riesgo superior al observado en quienes no reciben esta terapia. Un aspecto relevante fue la progresión hacia la insulinopenia profunda, evidenciada por el descenso del péptido C hasta 0,04 ng/mL durante el seguimiento. La pérdida acelerada de función β pancreática pudo haber contribuido al desarrollo de CADEu. Los síntomas inespecíficos en pacientes tratados con iSGLT2 debe motivar la búsqueda precoz de cetosis independientemente de los valores de glucemia.

Conclusiones: La CADEu constituye una complicación potencialmente grave asociada al uso de iSGLT2, especialmente en pacientes con DM autoinmune e insulinopenia significativa. Una adecuada clasificación etiológica y el reconocimiento precoz son fundamentales para prevenir complicaciones potencialmente graves.

MÉTRICAS DEL MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA VERSUS HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN DIABETES TIPO 2. COMPARACIÓN DEL CONTROL DE LA GLUCOSA

Gisela GENTINETTA, Antonio SALEME, María Victoria LISA, Juan Manuel PAIRETTI, Camila PÉREZ, Esteban MARTÍNEZ KERZ, Luciana PEIRANO

SANATORIO SANTA FE, SANTA FE. CONTACTO: MV.LISA94@GMAIL.COM

Introducción: La hemoglobina glucosilada (HbA1c) es uno de los principales parámetros utilizados para evaluar el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). Sin embargo, las métricas obtenidas mediante monitoreo continuo de glucosa (MCG) permiten caracterizar con mayor detalle la exposición a la hiperglucemia y el tiempo en diferentes rangos de glucosa.

Objetivos: Investigar la correlación entre los niveles de HbA1c y el GMI, tras 14 días de MCG, así como TIR en pacientes con DM2 que no logran la meta de HbA1c pese al tratamiento con tres agentes no insulínicos. Asociación entre métricas. Contrastar HbA1c con el porcentaje de tiempo en rango (TIR), tiempo en rango ajustado (TIRT) y el indicador de gestión de glucosa (GMI). Describir los perfiles glucémicos, TIR, tiempo por debajo del rango (TBR), por encima del rango (TAR) y el coeficiente de variación (CV). Identificando la contribución relativa de estas métricas en la evaluación del control glucémico en pacientes con DM2.

Resultados: En el estudio piloto sobre 10 pacientes con DM2 que evaluó métricas de monitoreo glucémico, se evidenció un control metabólico subóptimo. La media de HbA1c fue de 9,04%, con glucemia media de 171,1 mg/dL. El análisis mostró un TIR del 60,2% e hiperglucemias predominantes (66,4% sobre 140 mg/dL). La prueba de muestras emparejadas reveló una diferencia estadísticamente significativa entre HbA1c y GMI (diferencia media 1,64%, $p < 0,001$), con GMI sistemáticamente menor que la HbA1c. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la HbA1c y las métricas de monitoreo continuo de glucosa ($p > 0,05$). Se destaca una correlación casi perfecta entre GMI y glucemia media ($r = 0,999$; $p < 0,001$), sugiriendo potencial utilidad del GMI como marcador de control glucémico.

Conclusiones: Se muestra indicios que la HbA1c no debería ser el único parámetro para definir el control metabólico de los pacientes con DM2, que las métricas de MCG nos aportan una visión más integral del seguimiento.

CUANDO LA HbA1c NO ALCANZA: DISCORDANCIA GLUCÉMICA EN PACIENTE CON VIH BAJO TAR

Caso clínico

Ana Soledad OTTONELLO, Esteban DOTTAVIO, Facundo BURGÉS, Karen Guillermina MASSON

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, MAR DEL PLATA. CONTACTO: SOLEDADOTTONELLO@GMAIL.COM

Introducción: En personas con infección por VIH en tratamiento antirretroviral (TAR), la HbA1c puede subestimar el control glucémico, generando discrepancias con la glucemia real y dificultando el seguimiento de la diabetes (DM).

Objetivos: Describir un caso de discordancia entre la HbA1c y el monitoreo continuo de glucosa (MCG) en un paciente con VIH y su impacto en el manejo clínico.

Caso: Paciente masculino de 61 años, con VIH en TAR (CIE10 B24) y DM2 desde septiembre de 2023. Antecedentes: dos infartos agudos de miocardio con stent (2014), enfermedad vascular periférica, EPOC (uso reciente de corticoides), obesidad grado III y esteatosis hepática. Tratamiento: insulina NPH 10 UI cada 12 h, insulina aspártica en correcciones, gliclazida MR 60 mg cada 12 h y empagliflozina 25 mg/día. Se evidenció discordancia entre la HbA1c y el perfil glucémico: HbA1c 5,4% vs. MCG con glucosa promedio 169 mg/dL, GMI 7,4% y variabilidad 24,9%, indicando subestimación del control glucémico.

Comentarios: En pacientes con VIH en TAR, la HbA1c puede ser falsamente baja por alteraciones en la vida media eritrocitaria y macrocitosis inducida por fármacos. Esto puede llevar a errores en la evaluación metabólica y a infratratamiento. Las guías recomiendan priorizar métodos basados en glucosa en estos casos. El MCG permite una evaluación más precisa, especialmente en pacientes con alta complejidad clínica.

Conclusiones: La discordancia entre la HbA1c y la glucemia real en pacientes con VIH bajo TAR representa un desafío diagnóstico y terapéutico. El MCG surge como una herramienta fundamental para una valoración metabólica más precisa y un manejo individualizado en esta población.

OBESIDAD, DIABETES Y SALUD MENTAL: ESTUDIO EXPLORATORIO DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA EN LA ARGENTINA

Laura PELAYO¹, Florencia ARANGUREN², Pablo ENZENHOFER³, Luz ANDREONE⁴

¹PRÁCTICA PRIVADA EN DIABETOLOGÍA Y NUTRICIÓN, COORDINADORA DEL COMITÉ DE GENÉTICA, INMUNOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE LA DIABETES, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, CABA, ²PRÁCTICA PRIVADA EN DIABETOLOGÍA Y NUTRICIÓN, COORDINADORA DEL COMITÉ DE NEFROPATÍA, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, CABA, ³PRÁCTICA PRIVADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, CABA, ⁴LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL) Y FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR. CONTACTO: LUZANDREONE@GMAIL.COM

Introducción: La psiconeuroendocrinología ha demostrado la interacción bidireccional entre el estado nutricional, la regulación metabólica y la salud mental. El abordaje actual de la diabetes (DM) requiere integrar aspectos metabólicos y psicológicos. Sin embargo, la asociación entre obesidad, DM y síntomas afectivos está poco caracterizada en población argentina.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la obesidad, la DM y los síntomas de ansiedad y depresión en una cohorte de adultos residentes en la Argentina.

Materiales y métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta anónima *online* difundida durante 3 meses. Se incluyeron residentes en la Argentina mayores de 18 años que otorgaron consentimiento informado. Se relevaron variables sociodemográficas, antropométricas, diagnóstico de DM y tratamiento farmacológico. Se utilizaron las escalas psicométricas validadas GAD-7 y PHQ-9. Los datos se expresaron como media $\pm$ DE o mediana (RIC), según distribución. Se realizaron análisis bivariados y modelos de regresión multivariada ajustados por edad, sexo y diagnóstico de DM.

Resultados: Se analizaron 451 respuestas de adultos de 18 a 87 años (48,4 $\pm$ 13,8 años), con predominio femenino (77,2%) y mediana IMC de 26,6 (23,0-30,1). El 38,2% presentó normopeso, 34,6% sobrepeso y 25,7% obesidad. El 27,2% reportó diagnóstico de DM. Se observó una alta correlación entre GAD-7 y PHQ-9 ($r=0,72$; $p<0,001$); el IMC mostró correlaciones positivas con ambos puntajes (GAD-7: $r=0,11$; $p<0,05$; PHQ-9: $r=0,19$; $p<0,0001$). En los modelos multivariados, el IMC permaneció como predictor independiente de mayores puntajes de PHQ-9 y GAD-7, mientras que el diagnóstico autorreportado de DM no mostró asociación con la severidad de los síntomas afectivos. El grupo con obesidad grado II presentó mayor severidad de síntomas depresivos que el normopeso ($p<0,05$), mientras que de obesidad grado III presentó mayor severidad tanto de síntomas depresivos como de ansiedad respecto al normopeso ($p<0,01$ y $p<0,05$, respectivamente).

Conclusiones: En este estudio exploratorio, el IMC se asoció con mayor severidad de síntomas de ansiedad y depresión, mientras que el diagnóstico de DM no mostró asociación tras el ajuste por factores de confusión. Estos hallazgos destacan la necesidad de profundizar el estudio de esta interacción en la población argentina y refuerzan la importancia de incorporar la evaluación de la salud mental en el abordaje integral de las personas con obesidad y alteraciones metabólicas.

CAMBIO DE PARÁMETROS METABÓLICOS CON EL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1, SOBREPESO U OBESIDAD

Luciana Rivero URDINEZ, Romina BENKOVIC, Silvina Da LUZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, HOSPITAL R. FERREYRA. CONTACTO: DRARIVEROURDINEZ@GMAIL.COM

Introducción: A pesar del avance en nuevas insulinas y tecnologías para el control de diabetes tipo 1 (DM1), solo el 20% de los pacientes logra el objetivo de control metabólico. Las hipoglucemias (frecuentes en este tipo de paciente) aumentan el riesgo potencial de ganancia de peso, al igual que la insulino terapia no equilibrada. En el aumento de la epidemia de sobrepeso y obesidad no quedan excluidos los pacientes con DM1. En un estudio epidemiológico realizado en El Trébol (población de la Argentina), la prevalencia aislada de obesidad en la población general fue del 35,62%, mientras que la de sobrepeso y obesidad llega al 71,5%. Los arGLP-1 han demostrado ser seguros y efectivos en el manejo de la DM2 en la población pediátrica y adulta. Incluso, han mostrado excelentes resultados en el manejo del sobrepeso y la obesidad de pacientes con o sin DM2. Están recomendados como terapia farmacológica en paciente con DM2 y evento cardiovascular/renal o incluso para prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas sin DM. A pesar de su perfil en reducción de riesgo cardiovascular y el manejo de la obesidad, no figuran en las guías farmacológicas de terapia en DM1 como adyuvante al uso de insulina. Este tipo de pacientes quedó excluido de los grandes estudios de reducción del riesgo cardiovascular primario y secundario. En cuanto al manejo glucémico aislado, no han tenido resultados uniformes en la disminución de la HbA1c. En la mayoría de los estudios (excepto albiglutide) han generado un descenso del peso corporal entre 5-7%. Su perfil es seguro en pacientes DM1 sin grandes reacciones adversas. En el último año se publicó un estudio de seguimiento longitudinal 174.678 pacientes que muestran disminución de eventos cardiovasculares en pacientes con DM1 usuarios de arGLP-1. En la actualidad se cuenta con la autorización para su uso en pacientes con sobrepeso/obesidad y comorbilidades relacionadas a la misma. Como se ha mencionado antes, nuestros pacientes con DM1 no se encuentran exentos de esta patología. Con motivo de determinar el efecto de estos fármacos en nuestra población pacientes con sobrepeso/obesidad y DM1, se decidió realizar este estudio retrospectivo.

Objetivos: Cambio en la HbA1c a los 3 meses de usar agonista del receptor de GLP. Secundarios: cambio en el peso corporal a los 3 meses del uso de GLP; cambio en la dosis diaria de insulina a los tres meses del uso de GLP; cambio en el TIR (tiempo en rango definido por 70-180 mg) a los 3 meses del uso de GLP; cambio del tiempo en la hipoglucemia a los 3 meses del inicio de GLP.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal realizado a través de la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que realizaron seguimiento en el Hospital Privado Universitario de Córdoba u Hospital Raúl Ferreyra, con DM1 de por lo menos un año de evolución. Los criterios de inclusión fueron: edad 18 años o mayores, IMC igual o mayor a 27 kg/m², mínimo un año de evolución de la DM. DM1 definida a través de ICD 10 y/o dosaje de anticuerpos anti GAD y/o IA2A y/o Zinc t8 y/o anticuerpos antiinsulina y/o péptido C menor a 0,5 nmol/ lts. Los criterios de exclusión fueron: menos de 18 años, otros tipos de DM1, IMC menor a 27 kg/m². Se incluyó, al momento del inicio de tratamiento con arGLP1, tipo de tratamiento de DM1, dosis diaria de insulina, peso, índice de masa corporal (IMC), presencia de retinopatía o nefropatía diabética, datos de analítica de laboratorio (hba1c, colesterol total, triglicéridos, got, gpt), tiempo en rango del monitoreo de glucemia intersticial (definido 70-180 mg), tiempo en hipoglucemia (definido por valores de glucemia intersticial menores a 70 mg), tipo de agonista de receptor GLP1. A los 3 meses del inicio del tratamiento farmacológico se determinó dosis máxima de agonista de receptor GLP1, dosis diaria de insulina, tiempo en rango del monitoreo de glucemia intersticial (70-180 mg), tiempo en hipoglucemia (definida por valores de glucemia intersticial menores de 70 mg), analítica de laboratorio (colesterol total, triglicéridos, GOT, GPT, HbA1c), presencia de hipoglucemia severa relacionada al uso de agonistas del receptor GLP, presentación de cetoacidosis relacionada al uso de agonistas del receptor GLP 1. Con los datos recopilados de las historias clínicas se creó una base de datos de tipo Excel, que posteriormente se utilizó para los procesamiento estadísticos. Para las variables cuantitativas, se calcularon medidas de centralización y dispersión (media, mediana, intervalo intercuartil o desvío estándar), y para las variables categóricas se calcularon las distribuciones absolutas y porcentuales. En la comparación de medias, se aplicó test T de Student para muestras apareadas o muestras independientes (previa aplicación de test de normalidad de Shapiro Wilks). En todos los casos se utilizó un nivel de significancia menor a 0,05. Para los procesamiento estadísticos se utilizó el soft estadístico InfoStat (v.2020).

Resultados: La muestra estudiada estuvo conformada por un total de n=23 pacientes con DM1 de por lo menos un año de evolución. La mayoría era de sexo femenino, con el 65% del total. La edad media fue de 45,7 años (DE=14), todas las edades comprendidas en el rango de 20 a 68 años como máximo. Además, el 57% de los pacientes tenía menos de 50 años. La evolución de la enfermedad promedio fue de 24,7 años (DE=11,7), todos los pacientes en el rango de 2 a 49 años. Los casos más frecuentes se presentaron entre 21 a 30 años y de 31 a 40 años, con 30% y 26% respectivamente. Entre los antecedentes patológicos personales, se observó que el 22% de los pacientes presentaba una retinopatía, el 13% una nefropatía y el 13% ambas. El 57% de los pacientes estaba tratado con insulina en múltiples dosis. El resto de los pacientes con infusora. Al realizar la evaluación de las variables comparando los valores basales con los 3 meses, se observó que el peso corporal tuvo un descenso estadísticamente significativo, pasando de una media de 90,7 kg a 85,2 kg. También se observó una diferencia significativa en la dosis diaria de insulina, tiempo de rango, HbA1c, TAG y colesterol. El resto de las variables no mostraron una variación significativa estadísticamente. No se registraron episodios de hipoglucemia severa ni de cetoacidosis relacionados con el tratamiento durante el periodo de seguimiento. Al comparar las categorías del IMC, se observó un aumento en la proporción de sobrepeso a los 3 meses, pasando de 22% a 30%. Además, la obesidad de grado II, se redujo de 35% a 17%. Al comparar las variables con respecto del tipo de tratamiento (infusora vs. insulina), solo se pudo comprobar una diferencia estadísticamente significativa en el TIR basal. En cuanto a la dosis diaria de insulina (basal), solo se pudo comprobar un descenso estadísticamente significativo en el peso corporal.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con DM1 y sobrepeso/obesidad, el uso de agonistas del receptor de GLP-1 durante 3 meses se asoció con una mejoría significativa del control metabólico, evidenciada por la reducción de la HbA1c, el aumento del tiempo en rango (TIR), la disminución de la dosis diaria de insulina y una reducción significativa del peso corporal. Además, se encontraron mejoras en el perfil lipídico, sin incremento del tiempo en hipoglucemia. Estos resultados sugieren que los agonistas del receptor de GLP-1 podrían constituir una estrategia terapéutica adyuvante beneficiosa en pacientes seleccionados con DM1 y sobrepeso u obesidad. No obstante, se requieren estudios prospectivos con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

P125

HIPOGLUCEMIA HIPERINSULINÉMICA POSPRANDIAL EN PACIENTES OBESOS NO DIABÉTICOS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN

Caso clínico

Javier MATKOVICH

SANATORIO SAN MARTÍN, VENADO TUERTO. CONTACTO: JAVIMAT73@GMAIL.COM

Introducción: La cirugía bariátrica (CB), especialmente el *bypass* gástrico en Y-de-Roux (BGYR), es un tratamiento eficaz para la obesidad severa. Sin embargo, la hipoglucemia hiperinsulinémica posprandial (HHP) emerge como una complicación tardía, aunque poco frecuente presenta un riesgo de neuroglucopenia y elevada morbilidad.

Objetivos: Determinar factores de riesgo potenciales para el desarrollo de hipoglucemia tardía en pacientes sin diabetes (DM) previa sometidos a Cirugía, y evaluar si la educación terapéutica previa puede prevenir su aparición.

Caso: Se presenta una serie de cuatro casos clínicos de pacientes con episodios de hipoglucemia severa pos-CB. Complementariamente, se realizó una revisión de la literatura en bases de datos (Cochrane, PubMed, Scielo, entre otras) para evaluar complicaciones a largo plazo y estrategias preventivas.

Comentarios: Los cuatro casos (tres mujeres, un hombre) no tenían diagnóstico previo de DM; fueron intervenidos mediante BGYR y presentaron manifestaciones severas de neuroglucopenia (pérdida de conciencia, convulsiones, siniestro vial) transcurrido más de un año desde la cirugía. Los episodios se desencadenaron ante el consumo de azúcares simples y remitieron tras el ajuste hacia un patrón alimentario rico en proteínas y fibras. La revisión bibliográfica evidenció limitaciones metodológicas en la literatura actual, no logrando establecer una asociación significativa entre la educación terapéutica preoperatoria y la disminución de la HHP.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a BGYR constituyen un grupo de riesgo para HHP a mediano y largo plazo. Ante la escasez de evidencia sólida sobre la prevención mediante educación previa, resulta fundamental mantener una alta sospecha clínica, utilizar herramientas como el monitoreo continuo de glucosa (MCG) e impulsar la creación de un registro nacional de complicaciones posoperatorias para optimizar el seguimiento metabólico.

P126

ADHERENCIA Y CONTROL GLUCÉMICO SEGÚN BARRERAS PERCIBIDAS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Lucrecia PIU, Milagros GONZÁLEZ PAGLIERE, María Victoria TRAIBER, Karina KORMOS, Valeria URDIRÓ, Ommi ACOSTA SERO
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. CONTACTO: LIC.LUCRECIAPIU@GMAIL.COM

Introducción: La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad de alta prevalencia cuya adherencia terapéutica resulta esencial para prevenir complicaciones. Diversas barreras pueden afectar negativamente el cumplimiento del tratamiento.

Objetivos: Analizar la adherencia terapéutica y el control glucémico según las barreras percibidas para el tratamiento en personas con DM2 en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron 103 participantes con DM2. La adherencia terapéutica se evaluó mediante el cuestionario DSMQ adaptado. El control glucémico se determinó a través de la hemoglobina glicosilada (HbA1c). Las barreras se obtuvieron a través de un cuestionario de elaboración propia.

Resultados: El 53,3% de la muestra presentó adherencia terapéutica. Quienes percibieron contar con tiempo suficiente en la consulta con el equipo de salud, presentaron tres veces más *chance* de ser adherente (OR ajustado 3,314; IC95 % 1,231-8,921; $p=0,0177$). El control glucémico resultó más adecuado en quienes utilizaban únicamente fármacos orales vs. insulina sola o combinada (7,63% vs. 9,29%; $p=0,003$) y en aquellos con secundario completo o más frente a menor nivel educativo (8% vs. 9%; $p=0,025$). La principal barrera percibida fue la relacionada con la categoría de hábitos y emociones (39,8%).

Conclusiones: Los hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias centradas en la persona y fortalecer la educación diabetológica para mejorar la adherencia y el control metabólico.

P127

ENSAYO CLÍNICO PARA EL ESTUDIO DEL IMPACTO DEL ESTRÉS Y EL EJERCICIO EN LOS NIVELES DE GLUCOSA Y SEÑALES FISIOLÓGICAS ADICIONALES

Tatiana PEREIRA, Fabricio GARELLI, Emilia FUSHIMI, Fernando Leonel DA ROSA JURAO, Luis GROSEMBACHER, Javier GIUNTA, Ana Laura MANZANO
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES; UNLPY CONICET. CONTACTO: TATIANA.PEREIRA@HOSPITALITALIANO.ORG.AR

Introducción: Si bien el impacto del ejercicio aeróbico y de resistencia sobre la glucemia ha sido ampliamente estudiado, el estrés psicológico agudo no ha sido analizado en la misma medida. Además, las variaciones en la frecuencia cardíaca (FC) parecen no ser suficientes para predecir los distintos efectos sobre la glucemia.

Objetivos: Evaluar, mediante el uso de dispositivos portátiles con señales fisiológicas adicionales, el impacto del estrés y del ejercicio sobre la glucemia, con el fin de obtener información útil para diferenciar estos eventos.

Materiales y métodos: Se realizó un ensayo observacional en cinco adultos con diabetes tipo 1 (DM1). Durante 30 días, los participantes registraron la actividad física planificada y espontánea, así como los eventos estresantes. Los datos se recolectaron mediante sensores continuos de glucosa Dexcom ONE, bombas de infusión continua de insulina y bandas Em-pática E4 (frecuencia cardíaca, acelerómetro, actividad electrodérmica (EDA), entre otras). Se realizaron 10 sesiones de ejercicio aeróbico y 10 de ejercicio de resistencia en nuestro hospital, además de 20 sesiones virtuales estructuradas de estrés.

Resultados: El análisis preliminar mostró la tendencia esperada en la glucemia durante el ejercicio. Las sesiones de estrés mostraron un efecto sobre la glucemia similar al efecto del ejercicio de resistencia. Asimismo, se observó que el estrés, el ejercicio de resistencia y el ejercicio aeróbico afectan de manera distintiva otras señales fisiológicas, como la EDA y la FC, lo que respalda la utilidad de incorporar señales adicionales de dispositivos portátiles para diferenciar estas perturbaciones y mejorar el desempeño de los sistemas de infusión de insulina.

Conclusiones: El ensayo observacional confirma la tendencia esperada en la glucemia provocada por el ejercicio aeróbico/de resistencia y el estrés, así como la relevancia de las señales auxiliares. Esto demuestra el correcto diseño del ensayo y de las sesiones estructuradas, permitiendo que los datos recolectados sean utilizados para el desarrollo de nuevas estrategias de detección, clasificación y/o predicción.

P128

IMPACTO DE LA COLOCACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO SPATZ EN EL PESO Y PARÁMETROS METABÓLICOS

Esteban MARTÍNEZ KERZ, Antonio SALEME, María Victoria LISA, Juan Manuel PAIRETTI, Camila PÉREZ, Gisela GENTINETTA, Luciana PEIRANO, Federico MEULI

SANATORIO SANTA FE, SANTA FE. CONTACTO: MV.LISA94@GMAIL.COM

Introducción: La obesidad constituye una enfermedad crónica asociada a un mayor riesgo de diabetes tipo 2 (DM2), enfermedad cardiovascular y otras complicaciones metabólicas. El balón intragástrico ajustable representa una alternativa terapéutica mínimamente invasiva para pacientes con sobrepeso u obesidad, aunque la evidencia sobre su impacto sostenido en el peso corporal y en los parámetros metabólicos continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la eficacia del balón intragástrico ajustable sobre la pérdida de peso y analizar los cambios en los parámetros metabólicos y la aparición de eventos adversos durante un seguimiento de 12 meses.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron 28 pacientes adultos con índice de masa corporal ≥ 27 kg/m² sometidos a la colocación de un balón intragástrico ajustable. Se analizaron peso corporal, porcentaje de pérdida de peso, glucemia en ayunas, hemoglobina glucosilada (HbA1c), colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y eventos adversos al inicio, a los 6 meses y al año. Se empleó análisis descriptivo y pruebas para muestras relacionadas, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El peso promedio disminuyó de 93,5 kg al inicio a 84,9 kg a los 6 meses y 79,3 kg al año ($p < 0,001$). La pérdida porcentual mediana fue del 9% a los 6 meses y del 14% a los 12 meses. Se observaron reducciones significativas en la HbA1c ($-0,45\%$; $p < 0,001$), glucemia en ayunas, colesterol total, LDL y triglicéridos, junto con un incremento significativo del HDL ($p = 0,009$). Los eventos adversos fueron principalmente gastrointestinales, predominando náuseas, vómitos y distensión abdominal, sin registrarse complicaciones graves.

Conclusiones: El balón intragástrico ajustable demostró ser una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, logrando una pérdida de peso clínicamente significativa y mejoras en el control metabólico durante un año de seguimiento, con un perfil de seguridad aceptable.

P129

IMPACTO DE LA SEMAGLUTIDA SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EVALUADA MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Fabrizio CORREA BAROVERO, Dafne Soledad CABRERA, Mariana MARCONETTO, Santiago DE LOREDO

SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL PRIVADO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. CONTACTO: FABRIZIOCORREA77@GMAIL.COM

Introducción: La semaglutida constituye una alternativa farmacológica eficaz para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Además de la pérdida de peso, resulta de interés evaluar los cambios en la composición corporal y el posible impacto de intervenciones sobre el estilo de vida.

Objetivos: Evaluar los cambios en la composición corporal a los 6 meses en pacientes tratados con semaglutida y analizar la influencia de la actividad física y del seguimiento nutricional.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. Se incluyeron 49 pacientes adultos con sobrepeso u obesidad atendidos entre junio de 2024 y junio de 2026 que iniciaron tratamiento con semaglutida. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia (Omron HBF-514C) al inicio y a los 6 meses. Se registraron peso, porcentaje de masa grasa, masa muscular y grasa visceral, además de edad, sexo, dosis del fármaco, actividad física y seguimiento nutricional. Se utilizaron pruebas para muestras apareadas y Kruskal-Wallis ($p < 0,05$).

Resultados: La edad promedio fue de $45,6 \pm 12,7$ años y el 67,3% fueron mujeres. Al inicio, el 69,4% recibía 0,25 mg de semaglutida; a los 6 meses, el 38,8% alcanzó dosis ≥ 1 mg. El porcentaje de pacientes con obesidad, según el IMC, se redujo del 53,1% al 42,9%, se observaron reducciones significativas del peso ($89,4 \pm 16,6$ vs. $82,6 \pm 15,3$ kg; variación $-7,4\%$; $p < 0,0001$), del porcentaje de masa grasa ($41,8 \pm 8,0$ vs. $37,9 \pm 7,7$; $p < 0,0001$) y de la grasa visceral ($11,6 \pm 5,1$ vs. $10,0 \pm 4,5$; $p < 0,0001$), junto con un incremento del porcentaje de masa muscular ($26,5 \pm 5,7$ vs. $27,0 \pm 4,2$; $p < 0,0001$). La mayor variación porcentual correspondió a la grasa visceral ($-13,3\%$), mientras que la masa muscular aumentó un 3,7%. El grupo con actividad física y seguimiento nutricional presentó la mayor reducción de peso ($-9,3\%$), aunque sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0,172$).

Conclusiones: En esta muestra, el tratamiento con semaglutida mejoró significativamente la composición corporal a los 6 meses, evidenciado por la reducción del peso, la masa grasa y la grasa visceral, junto con un incremento del porcentaje de la masa muscular. Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas según la actividad física y el seguimiento nutricional, se observaron tendencias favorables que deberán confirmarse en estudios de mayor tamaño muestral.

MÁS ALLÁ DEL IMC: FENOTIPO Y EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL CON AGONISTAS GLP-1 Y DUALES, POR SEXO

Alejandro DAIN, Silvia VILLALBA, María Soledad AZULAY CORDERO, Mónica MERITANO, Cristian GUZMÁN

CENTRO MÉDICO DAIN. CONTACTO: ALEJANDRODAINLERNER@GMAIL.COM

Introducción: Los agonistas del receptor de GLP-1 y los agonistas duales GIP/GLP-1 modificaron el manejo de la obesidad, pero los datos de la vida real sobre composición corporal y el valor del IMC frente al %grasa para definir obesidad, siguen siendo escasos por sexo.

Objetivos: Describir el fenotipo basal (edad, peso, IMC, %grasa, masa libre de grasa, %músculo) por sexo en una cohorte tratada con GLP-1 o duales, comparando el diagnóstico de obesidad por IMC vs. %grasa; explorar, en el subgrupo con seguimiento, la evolución de grasa y músculo a corto (~3 meses) y mediano-largo plazo (>6 meses).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y observacional. Se incluyeron 70 pacientes (46 mujeres, 24 varones) tratados con semaglutida (0.25-2,4 mg) o tirzepatida (2,5-10 mg), evaluados por bioimpedancia (Beurer BF1000). Todos iniciaron dieta con proteína ajustada (1,2-1,5 g/kg) y ejercicio de fuerza/resistencia para preservar músculo; en obesidad sarcopénica, se indicó dosis inicial menor y titulación más lenta. Obesidad definida por IMC (≥ 30) y %grasa (umbral sexo-específico: $\geq 25\%$ varones, $\geq 35\%$ mujeres). En subgrupo con seguimiento ($n=6$ a ~3 meses; $n=28$ a >6 meses, mediana 8, rango 6-46 meses) se calcularon cambios (Δ) de peso, grasa y músculo (media $\pm$ DE), test t pareado, $p<0,05$ significativo.

Resultados: Por IMC, el 67,9% de mujeres y el 82,4% de varones tenían obesidad; por %grasa, 75,0% y 94,1%, con subestimación del IMC en 7,1% de mujeres y 11,8% de varones. La sarcopenia relativa fue más frecuente en mujeres (14,3% vs. 5,9%). A corto plazo ($n=6$), la pérdida de peso fue significativa ($p=0,011$). A mediano-largo plazo ($n=28$), pérdida de peso y grasa, y aumento de músculo, fueron todos estadísticamente significativos.

Conclusiones: El IMC subestimó la obesidad respecto al %grasa, más en varones, y la sarcopenia relativa basal predominó en mujeres. Bajo un programa de conservación muscular (dosis inicial ajustada, dieta proteica, ejercicio de fuerza), incluso los pacientes con menor masa muscular basal lograron buena respuesta. Con seguimiento de mediano-largo plazo hubo reducción significativa de grasa y aumento significativo de músculo, con mantenimiento del descenso en quienes tuvieron seguimiento más prolongado, sin evidencia de recuperación de peso. El tratamiento de las personas con obesidad debe ser personalizado, integral, especializado y multidisciplinario.

ANEXO: SUBSIDIOS 2024

Subsidios 2024 a proyectos de Investigación Clínica

S1

IMPACTO DE LA INGESTA SOBRE LA SECRECIÓN POSPRANDIAL DE GLUCAGÓN EN DIABETES TIPO 1

Natalia PRESNER, María Isabel ROSÓN, María Andrea SVERDLICK, Lucía GALLO VAULET, Marcelo RODRÍGUEZ FERMEPIN, Beatriz PERAZZI, Victoria ORTIZ, María Eugenia GÓMEZ, Nahuel FERNÁNDEZ MACHULSKY, Darío JACOBSEN, Andrea MILLÁN

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN, CABA. CONTACTO: NATALIAPRESNER@YAHOO.COM.AR

Objetivos: Analizar la secreción posprandial de glucagón ante la ingesta de grasas y proteínas en pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) y comparar las curvas de respuesta luego de tres cargas diferentes de macronutrientes, así como también comparar dicha curva con la de personas sanas (CNT). Se habían planteado las siguientes hipótesis: a) en DM1, el área bajo la curva de glucagón (AUC) es mayor a medida que aumenta la cantidad de proteínas y grasas consumidas; b) en DM1, el AUC de glucagón es mayor que en CNT ante un estímulo de ingesta con altas cantidades de macronutrientes.

Materiales y métodos: Estudio transversal, prospectivo, de intervención, de casos y controles en el que se incluyeron siete personas con DM1 de más de 15 años de diagnóstico, en insulinoterapia intensificada (con conteo de hidratos de carbono), de ambos sexos, mayores de 18 años, con una hemoglobina glicosilada (HbA1c) <8%, sin antecedentes de cetoacidosis diabética. El grupo control (CNT) estuvo formado por personas mayores de 18 años, de ambos sexos, sin enfermedades metabólicas, con una HbA1c <5,6%. El grupo DB concurrió en tres oportunidades a consumir tres desayunos diferentes. Cada paciente se aplicó la insulina correspondiente según su ratio insulina/hidratos de carbono (HC) 15 minutos antes de la ingesta del desayuno. El grupo CNT concurrió una sola vez a consumir el desayuno 3 (D3). El desayuno 1 (D1) contenía 40 g HC, 9,5 g de proteínas y 3 g de grasa, el desayuno 2 (D2) contenía 40,3 g HC, 17,3 g de proteínas y 6,6 g de grasa, y el desayuno 3 (D3) contenía 42,8 g HC, 21,1 g de proteínas y 26,6 g de grasa. Además de medir el peso, la talla y la circunferencia de cintura en todos los participantes, se obtuvieron los siguientes datos de la historia clínica: años de diagnóstico de DM, UI diaria basal y en bolos, IU/kg y ratio I/HC. En el laboratorio se procesaron las muestras de sangre para obtener HbA1c, glucosa (0, 60, 120 y 180 minutos), glucagón (0, 60 y 120 minutos) y péptido C (0, 60 y 120 minutos) luego de cada desayuno.

Resultados:

- En DM1 se observó:
 - Diferencias estadísticamente no significativas en el AUC glucosa entre D1, D2 y D3 ($p=0,8669$).
 - Diferencias estadísticamente no significativas en el AUC péptido C entre D1, D2 y D3 ($p=0,6065$).
 - Diferencia estadísticamente significativa en AUC glucagón entre D1, D2 y D3 ($p=0,0057$), siendo la menor AUC la observada en D3. En el análisis *post hoc* no se observaron diferencias significativas en AUC glucagón de D1 vs. AUC glucagón de D2 ($p=0,5887$), pero sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en AUC glucagón de D1 vs. AUC glucagón de D3 ($p=0,0125$) y en AUC glucagón de D2 vs. AUC glucagón de D3 ($p=0,0401$).
 - Correlaciones significativas entre AUC glucagón D3 con peso ($R= -0.82/p=0,04$) e IMC ($R= -0.82/p=0,04$); y entre AUC glucosa D3 con edad ($R= 0.96/p=0,000$) y circunferencia de cintura ($R= 0.82/p=0.02$).
- En DM1 y CNT se observó:
 - Diferencia estadísticamente significativa entre CNT y DB en AUC glucosa D3 ($p=0,0023$); diferencia estadísticamente significativa entre CNT y DB en AUC péptido C D3 ($p=0,0017$) y no se observó diferencia estadísticamente significativa entre CNT y DB en AUC glucagón D3 ($p=0,7308$).
 - Correlaciones significativas entre AUC glucagón D3 con circunferencia de cintura ($R= -0.64/p=0,02$), IMC ($R= -0.68/p=0,01$) y peso ($R= -0.72/p=0,007$); entre AUC glucosa D3 con AUC de péptido C del D3 ($R= -0.6/p=0,02$) y entre AUC de péptido C del D3 con AUC glucosa del D3 ($R= -0.6/p=0,02$) y con HbA1c ($R= -0.81/p=0,000$).

Subsidios 2024 a proyectos de Investigación Básica

S2

RESPUESTA INTEGRADA AL ESTRÉS (ISR) EN LAS CÉLULAS β PANCREÁTICAS: IDENTIFICACIÓN DE EIF2A-QUINASAS ESPECÍFICAS EN RESPUESTA A LA GLUCOLIPOTOXICIDAD Y/O INFLAMACIÓN

Marcelo PERONE

LABORATORIO DE INMUNO-ENDOCRINOLOGÍA, DIABETES Y METABOLISMO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIV. AUSTRAL), PILAR, ARGENTINA. FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL, PILAR, ARGENTINA. CONTACTO: PERONEMJ@GMAIL.COM

Las células eucariotas poseen mecanismos conservados para adaptarse a desafíos ambientales y patológicos. Entre ellos, la respuesta integrada al estrés (ISR) coordina la adaptación frente a la privación de nutrientes u oxígeno, el estrés del retículo endoplásmico (ER), mitocondrial u oxidativo, y las infecciones virales. En las células β pancreáticas, la ISR actúa junto con la autofagia, la respuesta antioxidante y la degradación proteasomal para preservar la homeostasis celular¹.

La ISR puede ser activada por cuatro quinasas sensibles a distintos estresores -PERK, GCN2, PKR y HRI- que convergen en la fosforilación de la subunidad α del factor eucariota de iniciación de la traducción 2 (eIF2 α) en Ser51. Este evento atenúa transitoriamente la traducción global, favorece la expresión de proteínas implicadas en la adaptación celular y redirige recursos/energía hacia la preservación de la sobrevivencia celular. Entre ellas, se destaca el factor de transcripción ATF4, cuya traducción está regulada por marcos abiertos de lectura localizados río arriba (uORF) en su mRNA. No obstante, cuando el estrés persiste, la señalización sostenida del eje eIF2 α -ATF4 incrementa la expresión de CHOP y puede promover apoptosis². Aunque el estrés celular ocurre en la diabetes, la regulación de ATF4 y su contribución a la respuesta de las células β aún no se conocen por completo.

Para evaluar la activación de la ISR y su relación con el estrés del ER, tratamos células INS1E (insulinoma) con citoquinas proinflamatorias (CYT: IL-1 β +IFN- γ). Este tratamiento incrementó los niveles de ATF4, CHOP y caspasa-3 clivada ($p<0,05$; $p<0,01$ y $p<0,001$ vs. control, respectivamente).

Recientemente, demostramos que el precondicionamiento con IL-1 β reduce significativamente la sensibilidad de las células β al estrés³. La presencia de TUDCA durante el precondicionamiento abolió su efecto protector, lo que sugiere que un grado leve de estrés del ER es necesario para inducir la adaptación celular. En concordancia, el precondicionamiento con IL-1 β potenció la fosforilación de eIF2 α inducida por CYT ($p<0,05$ vs. CYT). La activación de la ISR se evaluó mediante UMAI, un plásmido reportero de luciferasa regulado translacionalmente por los uORF de ATF4⁴. Su empleo, combinado con el silenciamiento de PERK, mostró que CYT activa el eje PERK-eIF2 α -ATF4.

En conjunto, los resultados respaldan la participación de esta vía en la respuesta de las células β al estrés inflamatorio. Experimentos en curso determinarán la contribución de otras quinasas de eIF2 α frente a CYT y glucolipototoxicidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kulkarni A, Muralidharan C, May SC, Tersey SA, Mirmira RG. Inside the β cell: molecular stress response pathways in diabetes pathogenesis. *Endocrinology*. 2023;164(1):bqac184. doi:10.1210/endo/bqac184.
2. McCullough KD, Martindale JL, Klotz LO, Aw TY, Holbrook NJ. Gadd153 sensitizes cells to endoplasmic reticulum stress by down-regulating Bcl2 and perturbing the cellular redox state. *Mol Cell Biol*. 2001;21(4):1249-59. doi:10.1128/MCB.21.4.1249-1259.2001.
3. Sétula C, Pensado-Evans I, Scelza-Figueroa A, Orellano MS, Rodríguez-Valero I, Spinedi E, et al. IL-1 β priming triggers an adaptive stress response that enhances pancreatic β -cell resilience to subsequent cytotoxic inflammatory insult. *Cell Death Dis*. 2025;16:744. doi:10.1038/s41419-025-08059-0.
4. Iwawaki T, Akai R, Toyoshima T, Takeda N, Ishikawa T, Yamamura K. Transgenic mouse model for imaging of ATF4 translational activation-related cellular stress responses in vivo. *Sci Rep*. 2017;7:46230. doi:10.1038/srep46230.

Subsidios 2024 a proyectos de Epidemiología

S3

EFFECTOS DE UNA DIETA RICA EN PROBIÓTICOS Y DEL ENTRENAMIENTO CONCURRENTE EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Alejandro DAIN¹, Evangelina RIVAROLA², Claudia MARTÍNEZ³, Juan MLADIN⁴, Julián BARSESA⁴, Sebastián DEL ROSSO⁵, María Daniela DEFAGÓ^{2,6}

¹UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (UNC), ²CENINH, ESCUELA DE NUTRICIÓN, FCM, UNC, ³SERVICIO DE DIABETOLOGÍA, HOSPITAL MISERICORDIA, ⁴LABORATORIO DE BIOQUÍMICA, HOSPITAL MISERICORDIA, ⁵CIBICI-CONICET, FCQ, UNC, ⁶INICSA-CONICET. CONTACTO: ALEJANDRODAINLERNER@HOTMAIL.COM

Objetivos: Evaluar el efecto de una dieta rica en probióticos y del entrenamiento concurrente sobre el control metabólico de la glucemia en personas con diabetes tipo 2 (DM2) que asisten al Hospital Misericordia Nuevo Siglo de la ciudad de Córdoba, durante 2024-2026.

Materiales y métodos: A partir de diciembre de 2024 se conformó una muestra de 96 pacientes con DM2 y otros factores de riesgo cardiometabólico (33 hombres y 63 mujeres; edad media 52,86 $\pm$ 7,52 años). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos: control (GC, plan alimentario habitual); probióticos (GK, plan habitual más 200 cc diarios de kéfir, con una dosis de 104 a 107 UFC, durante 12 semanas); probióticos con entrenamiento concurrente (GK+EC); y entrenamiento concurrente (EC). El entrenamiento combinó actividad aeróbica de intensidad moderada y sobrecarga (3 series de 10 repeticiones al 60-70% de 1-RM), tres veces por semana, en sesiones de 60 minutos¹. Se relevaron variables antropométricas y bioquímicas, y el consumo de prebióticos y probióticos mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria validado². Se aplicaron los test de Wilcoxon y de Fisher.

Resultados: La población presentó un IMC medio de 34,91 $\pm$ 7,82 kg/m², con obesidad grado 1 en el 38,54%, y una circunferencia de cintura de 110,4 $\pm$ 14,5 cm, muy aumentada en el 88,9%. El 36,46% refirió un nivel de actividad física bajo. La glucemia media basal fue de 139 $\pm$ 49,04 mg/dl, superior en hombres ($p=0,04$); la HbA1c de 7,17 $\pm$ 1,98%, alterada en el 56,25%; y la PCRus de 5,65 $\pm$ 7 mg/L, con el 57,14% en categoría de alto riesgo. El consumo diario de probióticos y

fermentados fue de $0,55 \pm 0,73$ unidades. En los dos grupos que completaron las 12 semanas (GC y GK), la glucemia resultó estadísticamente diferente entre grupos ($p=0,01$), con descenso en GK y aumento en GC; se observó una tendencia a la significación para PCRus ($p=0,07$) y HbA1c ($p=0,09$) (Tabla).

Variable	GC pre (n=26)	GC post (n=26)	GK pre (n=25)	GK post (n=25)	p
IMC (kg/m ²)	35,38±8,92	35,62±7,79	33,80±8,28	33,65 ±8,72	0,63
CC (cm)	107,33±15,28	110,58±14,84	110,00±18,20	106,17±19,24	0,64
Glucemia (mg/dl)	135,52±43,13	146,76±51,28	144,35±66,27	126,16±56,97	0,01
HbA1c (%)	7,61±2,30	7,71±1,96	7,25±2,56	7,34±2,70	0,09
Insulina (mg/dl)	18,43±10,82	20,47±17,29	18,93±12,10	17,43±13,17	0,65
Colesterol (mg/dl)	174,04±37,63	186,40±65,10	191,50±46,42	172,80±34,64	0,58
HDL (mg/dl)	43,80±10,97	44,80±13,01	46,04±13,69	45,04±10,73	0,94
LDL (mg/dl)	106,76±32,86	110,96±55,86	115,42±37,38	101,40±29,04	0,67
TGC (mg/dl)	144,24±56,45	157,28±89,15	163,73±85,45	131,00±51,67	0,45
PCRus (mg/L)	5,31±5,14	5,34±3,93	6,03±9,73	3,71±3,50	0,07
Creatinina (mg/dl)	0,69±0,15	0,91±0,90	0,74± 0,18	0,71±0,16	0,60

CC: circunferencia de cintura; HbA1c: hemoglobina glicosilada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TGC: triglicéridos; PCRus: proteína C reactiva ultrasensible. Los valores se presentan como media ± desvío estándar. Test de Wilcoxon.

Tabla. Perfil antropométrico y bioquímico de los grupos control (GC) y con consumo de probióticos (kéfir, GK), pre y post intervención.

Conclusiones: La incorporación de kéfir durante 12 semanas se asoció a un mejor control de la glucemia en ayunas, con tendencias favorables en PCRus y HbA1c, en una población con obesidad y bajo nivel de actividad física, en línea con la evidencia disponible sobre probióticos y alimentos fermentados^{3,4}. Los grupos GK+EC y EC se encuentran en procesamiento⁵, junto con la determinación de ácidos grasos séricos y la composición corporal; los resultados finales serán objeto de una publicación internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 11th ed. Wolters Kluwer; 2022.
2. Perovic NR, Defagó MD, Aguinaldo A, Joeke S, Actis AB. Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess lipid and phytochemical intake. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2015;72(2):69-77.
3. Naseri K, Saadati S, Ashtary-Larky D, Asbaghi O, Ghaemi F, Pashayee-Khamene F, et al. Probiotics and synbiotics supplementation improve glycemic control parameters in subjects with prediabetes and type 2 diabetes mellitus: a GRADE-assessed systematic review, meta-analysis, and metaregression of randomized clinical trials. Pharmacol Res. 2022;184:106399.
4. Marco ML, Sanders ME, Gänzle M, et al. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics (ISAPP) consensus statement on fermented foods. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021;18:196-208.
5. Zhao X, He Q, Zeng Y, Cheng L. Effectiveness of combined exercise in people with type 2 diabetes and concurrent overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021;11(10):e046252.

Subsidios 2024 a proyectos de Investigación Básica

S4

ROL DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN EL DESBALANCE ANGIOTENSINA-DOPAMINA RENAL COMO FACTOR ETIOPATOGÉNICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DAÑO RENAL OXIDATIVO EN UN MODELO DE INSULINORRESISTENCIA POR DIETA ALTA EN GRASA Y FRUCTOSA

Natalia RUKAVINA MIKUSIC^{1,2}, Nicolás KOUYOUMDZIAN^{1,2}, Hyun Jin LEE^{1,2}, Marcelo CHOI^{1,2,4}

¹ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

² CONICET-UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRANSLACIONAL (IATIMET), BUENOS AIRES, ARGENTINA. ³ UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, INSTITUTO DE FISIOPATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA CLÍNICA (INFIBIOC), LABORATORIO DE ESTUDIOS DEL SÍNDROME METABÓLICO EXPERIMENTAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

⁴INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD, FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ. CONTACTO: MARCELINKCHOI@YAHOO.COM.AR

Introducción: La sobrecarga de fructosa (SF) en la dieta induce disbiosis intestinal, altera la barrera mucosa y favorece endotoxemia metabólica, contribuyendo potencialmente al desarrollo de hipertensión arterial (HTA) y daño renal. En paralelo, los sistemas natriuréticos -dopamina (DA) renal, péptido natriurético auricular (ANP) y péptido natriurético tipo B (BNP)- regulan la excreción de sodio y la presión arterial (PA); sin embargo, su interacción con la microbiota intestinal en este contexto aún no está completamente esclarecida.

Objetivos: Evaluar los efectos de la SF sobre parámetros metabólicos, PA, función tubular renal, sistemas natriuréticos (DA urinaria, ANP y BNP plasmáticos), endotoxemia e histoarquitectura intestinal. Investigar si la modulación de la microbiota con antibióticos (ATB) previene las alteraciones inducidas por la SF.

Materiales y métodos: Ratas macho Sprague-Dawley (n = 6/grupo) se distribuyeron en cuatro grupos: Control (C) (dieta AIN-93), SF (AIN-93 + fructosa 30%), C+ATB (AIN-93 + ATB: ampicilina 1 g/L y neomicina 0,5 g/L en el agua de bebida) y SF+ATB durante 8 semanas. La PA sistólica (PAS) se midió al inicio, semana 4 y 8. Al final se evaluaron parámetros metabólicos, función renal (diuresis, depuración de creatinina [CICr], excreción fraccional de sodio [FENa] y excreción urinaria de sodio [UNaE]), lipopolisacárido (LPS), ANP y BNP plasmáticos (ELISA) y DA urinaria (HPLC). El análisis histológico del yeyuno, íleon y colon se realizó mediante tinción con hematoxilina-eosina más azul de alcian. Se aplicó ANOVA de una vía, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados: La SF en la dieta incrementó PAS, glucemia, triglicéridos y LPS, y redujo colesterol HDL a 8 semanas vs. el grupo control. A nivel renal, la SF disminuyó FENa y UNaE. El análisis histológico evidenció infiltración inflamatoria en mucosa y submucosa colónica, junto con daño estructural de vellosidades y criptas en yeyuno e íleon. Adicionalmente, SF redujo DA urinaria ANP y BNP plasmáticos vs. control. El tratamiento con ATB previno las alteraciones metabólicas, hemodinámicas y renales inducidas por SF. Además, la terapia antibiótica preservó la integridad histológica intestinal. Finalmente, el tratamiento con ATB previno las alteraciones en los sistemas natriuréticos, manteniendo los niveles de DA urinaria, ANP y BNP plasmáticos comparables vs. control, sin diferencias entre los grupos C y C+ATB.

Conclusiones: La SF durante 8 semanas se asocia con el desarrollo de HTA, alteraciones metabólicas, disfunción tubular renal, endotoxemia y daño intestinal, acompañados por una reducción de la DA urinaria y de los niveles plasmáticos de ANP y BNP. La prevención de estas alteraciones mediante tratamiento ATB refuerza el papel central de la microbiota intestinal en la fisiopatología de la HTA inducida por fructosa y sugiere que la interacción microbiota-sistemas natriuréticos podría constituir un blanco terapéutico en las enfermedades cardiometabólicas.

Ozempic® es el arGLP-1 con más beneficios comprobados en diferentes perfiles de pacientes con DM2¹⁻⁴

Control glucémico superior

Hasta el 80% de los pacientes lograron niveles de HbA_{1c} <7%^{1,4-7,8++}

80%

Reducción de peso superior

Hasta 6.5 kg de pérdida de peso en el programa SUSTAIN^{1,4-7}

6.5 kg

Reducción comprobada de riesgo de eventos CV mayores:

26% vs placebo en adultos con DM2 y alto riesgo CV o ECV establecida^{1,3*}

26%

Reducción comprobada del riesgo de eventos renales mayores

24% de reducción del primer evento renal compuesto agregado a tratamiento estándar en adultos con DM2 y ERC, según estudio FLOW.²

24%

*Los beneficios incluyen una reducción probada del riesgo en eventos CV. Eventos CV = SUSTAIN 6: Los resultados aplican a Ozempic® 0.5 mg y 1 mg + tratamiento estándar vs placebo + tratamiento estándar en adultos con DM2 con alto riesgo CV, o ECVA establecida. [†]En estudios comparativos directos vs placebo, sitagliptina 100 mg, exenatida ER 2 mg, insulina glargina titulada según protocolo, dulaglutida 1.5 mg, canagliflozina 300 mg y liraglutida 1.2 mg.⁵⁻⁸ [‡]Ozempic® está indicado como tratamiento adyuvante de la dieta y el ejercicio para adultos cuyo control de la diabetes mellitus tipo 2 es insuficiente.¹

HbA_{1c}: hemoglobina glicosilada; CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica

Ozempic®
0,25 mg; 0,5 mg/dosis



Ozempic®
1 mg/dosis



Referencias: 1. Ozempic® Especialidad Medicinal Autorizada por el Ministerio de Salud Certificado N° 59.167. Prospecto vigente aprobado por ANMAT (ver código QR). 2. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, et al. N Engl J Med. 2024 and Supplementary Appendix. doi:10.1056/NEJMoa2403347. 3. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. N Engl J Med. 2016;375(19):1834-1844 and Supplementary Appendix. doi:10.1056/NEJMoa1607141. 4. Lingvay I, Catarig AM, Frias JP, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(11):834-844. doi:10.1016/S2213-8587(19)30311-0. 5. Capehorn MS, Catarig AM, Furberg JK, et al. Diabetes Metab. 2020;46(2):100-109. doi:10.1016/j.diabet.2019.101117. 6.V.R. Aroda, A. Ahmann, B. Cariou, et al. Comparative efficacy, safety, and cardiovascular outcomes with once-weekly subcutaneous semaglutide in the treatment of type 2 diabetes: Insights from the SUSTAIN 1-7 trials, Diabetes & Metabolism, Volume 45, Issue 5, 2019: 409-418, ISSN 1262-3636, <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2018.12.001>. 7. Zinman B, Bhosekar V, Busch R, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):356-367. doi:10.1016/S2213-8587(19)30066-X. 8. Ronald M. Goldenberg, Oren Steen. Can J Diabetes 43 (2019) 136-145

AR26OZM00001 | ENERO 2026 | Material entregado a profesionales de la salud.



VER INFORMACIÓN DE PRODUCTO - Ozempic®
Certificado N° 59.167.

Código QR

Si usted tiene dificultad con
la lectura del Código QR, contactarse con:
atencioncli@novonordisk.com
0800-345-NOVO (6686)



Para más información sobre Ozempic® accedé a [novoenred](https://novoenred.com), el portal para profesionales de la salud de Novo Nordisk.

Ozempic® está indicado como tratamiento adyuvante de la dieta y el ejercicio para adultos cuyo control de la diabetes mellitus tipo 2 es insuficiente.¹



Novo Nordisk Pharma Argentina S.A.
Av. del Libertador 350 - Piso 3 | (B1638BEP)
Vicente Lopez - Prov. de Buenos Aires
Domingo de Acassuso 3780/90 1° Piso "A" (Noreste)
Olivos - Prov. de Buenos Aires
+54 11 5198 6686

SEMANAL
OZEMPIC®
semaglutida

VIVÍ MÁS LIVIANO

CON WEGOVY®

SEMANAL
wegovy®
semaglutida inyectable



Representación de paciente.

Wegovy® 0,25 mg/dosis: actualización de precio de lista y esquema de descuento.



INICIO

0,25 mg
dosis semanal
Semanas 1-4

30%
de descuento
(con nuevo precio de lista)



AUMENTO DE DOSIS

0,5 mg
dosis semanal
Semanas 5-8

30%
de descuento



1 mg
dosis semanal
Semanas 9-12

30%
de descuento



1,7 mg
dosis semanal
Semanas 13-16

30%
de descuento



MANTENIMIENTO

2,4 mg
dosis semanal
Semanas 17 en adelante

30%
de descuento

ACUMULABLE CON RECETARIO SOLIDARIO Y DESCUENTOS DE FARMACIAS.

Para más información o limitaciones aplicables
consulte en www.novoalapar.com.ar

LIVE LIGHTER®



Novo Nordisk Pharma Argentina S.A.
Av. del Libertador 350 - Piso 3 | (B1638BEP)
Vicente López - Prov. de Buenos Aires
Domingo de Acassuso 3780/90 - 1° Piso "A" (Noroeste)
Olivos - Prov. de Buenos Aires
+54 11 5198 6686

novo
a la **par®**



VER INFORMACIÓN
DE PRODUCTO - WEGOVY®
Certificado N° 59.900

Código QR
Si usted tiene dificultad con la lectura
del Código QR, contactarse con:
atencioncli@novonordisk.com
0800-345-NOVO (6686)