Revisando los estudios desarrollados y los grados de evidencia disponibles para la prescripción y utilización del monitoreo continuo de glucosa (MCG) e infusores de insulina, integrados o no a MCG y con o sin funciones de suspensión predictiva de la infusión ante riesgo de hipoglucemias, se observa que si bien hay ensayos controlados aleatorios de número modesto de pacientes y de corta duración, se demuestra una mejora del control glucémico y disminución de A1c, sin aumentar el riesgo de hipoglucemias, al igual que los estudios observacionales, los datos de registros y metaanálisis al respecto.

Por citar algunos ejemplos, sólo tienen evidencia de clase A las recomendaciones en cuanto a que la mayoría de los niños, adolescentes y adultos con DM1 deberían ser tratados con terapia intensificada de insulina, ya sea múltiples dosis de insulina (MDI) o infusión subcutánea continua de insulina (ISCI), y el MCG, usado apropiadamente en conjunto con regímenes intensificados de insulina, es un recurso útil para disminuir A1c en adultos con DM1 que no pueden alcanzar los objetivos glucémicos, así como debería usarse casi diariamente para obtener sus máximos beneficios.

No existen aún consensos para guiar la elección acerca de cuál es la mejor forma de administración de insulina para un paciente determinado y recién se están elaborando en relación al uso de los diferentes sistemas de MCG; en este sentido se necesita más investigación para orientar la toma de decisiones. Por lo tanto la elección de un sistema de administración de insulina o de monitoreo de glucosa se basa a menudo en las características individuales del paciente, y en la experiencia y conocimiento del profesional o equipo de profesionales tratantes.

También en el campo de la tecnología para la diabetes hay poca “evidencia disponible” que demuestre que la “medicina regida por los principios de la evidencia” tenga ventajas estadísticamente significativas sobre el sistema basado en la experiencia médica, y el intercambio de conocimientos y saberes generados en el seno de la relación médico (o equipo tratante)- paciente, al menos por ahora.

BIBLIOGRAFÍA

- Berrios G. Acerca de la medicina basada en la evidencia. Octubre 2017. Publicado online en: <https://www.laotropsiquiatria.com/2017/10/german-berrios-acerca-de-la-medicina-basada-en-la-evidencia>. Consultado en Junio/2019.
- Asociación Americana de Diabetes. Tecnología de la diabetes: estándares de atención médica en la diabetes, 2019. Diabetes Care 2019 Jan; 42 (Suplemento 1): S71 - S80.
- DanneT, et al. International consensus on use of continuous glucose monitoring. Diabetes Care 2017 Dec; 40(12): 1631-1640.

SÁBADO 31 DE AGOSTO

SALÓN GRAN PANAMERICANO

8.30 A 10 h

SIMPOSIO: PROBLEMÁTICA EN EL MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Coordinadora: Dra. Adriana Roussos

Secretario: Dr. Fabio Palacios Porta

Dificultades diagnósticas en diabetes pediátrica

Dra. Liliana Trifone

El diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es totalmente diferente cuando se ha realizado en la comunidad, casi siempre porque su presentación con signos y síntomas de marcada hiperglucemia, versus aquellos en los que se hace diagnóstico como parte de un programa de detección en individuos no diabéticos de alto riesgo, ejemplo el *Diabetes Prevention Trial 1* (DPT-1). La declinación de la función de la célula beta (deficiencia de insulina), medida por los niveles de péptido C, es mucho mayor en los individuos de diagnóstico en la comunidad que en aquellos en supervisión diagnóstica en un programa de detección, en los cuales los valores de péptido C son similares a los controles sin diabetes. Los

marcadores del proceso autoinmune y la destrucción de la célula beta incluyen una variedad de autoanticuerpos presentes: autoanticuerpos antinsulina (IAA), antigitámico decarboxilasa (GAD), antitirosina fosfatasa (IA2), antitransportador de ZINC (ZnT8); al menos uno de esos anticuerpos está presente en el 85-98% de los niños con debut de diabetes.

El fenotipo clásico es un niño/joven adelgazado, con pérdida de peso al inicio, sin embargo con el incremento de la obesidad infantil hace que casi un 25% de los pacientes de reciente diagnóstico presente obesidad. La caracterización de la fisiopatología subyacente en cada tipo de diabetes está más desarrollada en DM1 que en DM2. El grado de progresión depende de la edad, de la detección del primer anticuerpo, su número y título. La glucemia y la HbA1c se elevan previamente, antes del comienzo, lo cual hace más precoz el diagnóstico antes del debut en cetoacidosis. La secuencia de la disfunción celular de la célula beta está menos definida en la DM2, es más común el déficit de insulina secreción en el contexto de insulinoresistencia, que incluye factores genéticos, inflamación y estrés metabólico, como en obesidad. Los individuos con un familiar de primer grado con DM1 tienen 15 veces más riesgo a lo largo de su vida de padecer DM1.

Los factores que sugieren sospecha de DM2 vs DM1 son obesidad/sobrepeso, antecedentes familiares de DM2, *Acantosis nigricans*, grupo racial y autoanticuerpos negativos. La clasificaciones futuras de esquemas diagnósticos de DM probablemente deberían incluir la patofisiología de la alteración de la célula beta subyacente y el estadio de la enfermedad según patrón de glucemia (normal, alterado o diabetes). En los niños y adultos jóvenes que no presenten una DM característica de tipo 1 ó 2, que ocurre en sucesivas generaciones (sugestivo de un patrón autosómico dominante de herencia), debe pensarse en diabetes monogénica y realizar el correspondiente estudio genético para decidir el tratamiento, pronóstico y consejo genético.

BIBLIOGRAFÍA

- ISPAD Guidelines. Pediatric Diabetes October 2018; 19 (supl 27): 20-27.
- American Diabetes Association. Children and adolescents: standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care 2019; 42 (Suppl1):S148-164.

Problemáticas en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 en Pediatría

Dra. Carmen Mazza

El manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en niños y adolescentes es un complejo proceso de autorregulación que incluye múltiples conductas. Cuando las conductas de autocuidado se implementan de manera efectiva impactan positivamente en el control metabólico y en la calidad de vida de los pacientes y la familia.

Las guías y consensos -*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes* (ISPAD) y *American Diabetes Association* (ADA)- recomiendan que la mayoría de los pacientes debe recibir tratamiento intensivo, implementado tempranamente, con el objetivo alcanzar valores de HbA1c para todos los pacientes menores de 25 años de 7,5% y 7% en aquellos con acceso a cuidados más exhaustivos. Sin embargo, a pesar del avance tecnológico y de las evidencias que indican la necesidad de establecer el control metabólico en valores cada vez más exigentes, la poca adherencia al tratamiento constituye el principal problema y desafío en el cuidado de niños y adolescentes.

Estudios como el TEENS y el Diabetes 1 Exchange refieren valores medios de HbA1c de 8,5% y 8,4% respectivamente, con sólo un 28% de la población que alcanza el objetivo establecido, sumado al hecho de que una importante proporción de pacientes presenta complicaciones agudas: hipoglucemias severas y cetoacidosis en el curso del tratamiento.

Cuando se analizan los factores asociados al control metabólico, en general el foco primario se ha puesto en los aspectos vinculados al tratamiento médico: tipo de insulinas y regímenes, automonitoreo de glucemia y uso de infusores/monitoreo continuo de glucosa, pero cada vez más los estudios ponen el énfasis en los aspectos psicosociales con la necesidad de identificar aquellos modificables sobre los cuales actuar con intervenciones basadas en evidencias. Esta constelación de potenciales factores, que pueden influir de manera adversa en el tratamiento, incluyen diversas variables: a) demográficas como