

PRESENTACIONES PÓSTERES

P34

VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON PIE DIABÉTICO COMO ESTRATEGIA INNOVADORA PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. TÍO POZO, DPTO. LORETO, SANTIAGO DEL ESTERO

Sonia Marisel RUIZ

PUESTO SANITARIO DE TÍO POZO, SANTIAGO DEL ESTERO. Contacto: soniamariselruiz15@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, progresiva y si no se trata a tiempo puede provocar graves complicaciones en la salud de las personas. Este trabajo se realizó en una localidad del interior de la provincia de Santiago del Estero, distante a 93 km. Mediante las visitas domiciliarias a personas con diagnóstico de pie diabético y las intervenciones necesarias y oportunas a través de los cuidados de Enfermería, se buscó que las mismas adquieran conocimientos básicos, así como sus familias, para distinguir signos y síntomas de alarma y evitar la amputación de sus miembros inferiores. Se involucró a la familia de manera tal que sea un factor protector para la persona y que esta puede atravesar con más facilidad el proceso de recuperación. Esta patología es una fuente de gran sufrimiento y costos económicos para el paciente y su familia, así como para la salud pública.

Objetivos: Compartir la experiencia de la planificación de las visitas domiciliarias e intervenciones de Enfermería con personas con pie diabético para mejorar su calidad de vida.

Materiales y Métodos: Uso de las TICs (tecnología de la información), materiales de curación, pizarra, marcador, afiches, folletos. Comunicación mediante redes sociales (*WhatsApp, Messenger, Instagram*). Solicitud de turnos con otros profesionales de la salud.

Resultados: Las personas visitadas en sus domicilios por la enfermera tuvieron una recuperación más eficaz y rápida, menos complicaciones, modificaron sus hábitos alimentarios, tomaban la medicación correctamente y lograron distinguir los signos y síntomas de alarma. Se les proporcionó material para las curaciones (gasas, vendas, apósitos, cinta, etc.), educando tanto a la persona como a su familia en el procedimiento apropiado para realizar las curaciones.

Conclusiones: Planificar estas visitas a la persona vulnerable y sus familias permitió una mejor organización en los cuidados. Teniendo en cuenta que el pie diabético requiere de curaciones diarias, se asiste dos veces por semana. El trabajo en equipo fue fundamental para la recuperación de las personas con diagnóstico de pie diabético. El acompañamiento de la familia durante este proceso fue un pilar importante para la recuperación eficaz.

P35

IMPACTO DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN EL INMUNOMETABOLISMO DE PACIENTES CON PREDIABETES

Andrea MILLÁN¹, Rocío FIGUEREDO¹, María Constanza PAUTASSO¹, Rosario TAUSSIG², Mailén ROJO¹, Hernán PÉREZ¹, Ingrid FEJOO¹, Alejandra DUARTE¹, Juan BUSTAMANTE², Gustavo FRECHTEL¹

¹INSTITUTO DE INMUNOLOGÍA, GENÉTICA Y METABOLISMO (INIGEM), UBA/CONICET, FACULTAD DE FyB, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. Contacto: andreamillan24@hotmail.com

Introducción: La prediabetes (preDT), una etapa intermedia entre la regulación normal de la glucosa y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se caracteriza por la presencia de un estado de inflamación crónica de bajo grado. Este estado inflamatorio depende de los niveles circulantes de moléculas inflamatorias, como la interleuquina 1 beta (IL-1 β), producida por monocitos y macrófagos por activación de receptores tipo Toll 4 (TLR4), ante estímulos como lipopolisacáridos provenientes de la microbiota intestinal.

Objetivos: Evaluar la expresión de ARNm de IL-1 β y TLR4 en individuos con preDT, y su relación con la composición de la microbiota intestinal y las variables bioquímicas clínicas en comparación con individuos controles.

Materiales y Métodos: Se reclutó un total de 38 individuos con preDT, definida como niveles de glucosa en ayunas de 100 a 125 mg/dL o un nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 5,7% al 6,4%, junto con un grupo control de 26 individuos. Se llevaron a cabo mediciones de variables bioquímicas, clínicas y antropométricas en ambos grupos para caracterizar su estado de salud, así como las historias clínicas de cada participante. Se obtuvieron muestras de sangre periférica y se aislaron leucocitos mononucleares para determinar los niveles relativos de expresión de ARNm de IL-1 β y TLR4 por qPCR. Además, se recolectaron muestras de materia fecal de los participantes para analizar la composición de la microbiota intestinal mediante secuenciación metagenómica. El análisis estadístico se realizó en SPSS v20.0, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados: En la Tabla se muestra la comparación de los distintos parámetros bioquímicos, clínicos y antropométricos entre los individuos controles y los individuos con preDT. Analizamos la correlación entre la relación F/B (*Firmicutes/Bacteroidetes*, los dos filos bacterianos más abundantes en la microbiota intestinal humana), y los distintos parámetros de la Tabla, observando que una menor relación F/B correlacionó negativamente con el IMC ($p=0,024$, $r=-0,36$), la CC ($p=0,019$, $r=-0,373$), el peso ($p=0,006$, $r=-0,436$) y la Hb1Ac ($p=0,068$, $r=-0,295$), y positivamente con los niveles de c-HDL ($p=0,028$,

r=0,348). Dentro del grupo de individuos con preDT, la relación F/B se asoció negativamente con el peso al nacer (p=0,023, r=-0,703) y con la expresión de los niveles de ARNm de TLR4 (p=0,020, r=-0,678). Además, encontramos una correlación positiva entre la mayor expresión de este receptor y los mayores niveles de expresión de ARNm de IL-1 β (p=0,004, r=0,592), que a su vez correlacionó positivamente con los niveles de PCR-us en estos individuos (p=0,028, r=0,469).

	Control (26)	Prediabetes (38)	p
Edad (años)	40 \pm 9	50 \pm 7	<0,001
IMC (kg/m ²)	21,62 \pm 1,82	39,74 \pm 9,45	<0,001
Peso (kg)	59,12 \pm 7,55	102,11 \pm 21,61	<0,001
CC (cm)	77,65 \pm 6,85	117,35 \pm 13,61	<0,001
Glucemia (mg/dl)	88,77 \pm 8,82	104,58 \pm 9,84	<0,001
HbA1c	4,82 \pm 1,08	5,96 \pm 0,34	<0,001
TG (mg/dl)	71,27 \pm 23,06	148,61 \pm 52,82	<0,001
CT (mg/dl)	189,31 \pm 34,09	207,39 \pm 39,15	0,061
c-LDL (mg/dl)	110,19 \pm 26,28	134,03 \pm 34,02	0,004
c-HDL (mg/dl)	68,19 \pm 13,97	50,58 \pm 12,4	<0,001
PCR-us (mg/dl)	1,5 \pm 1,51	5,64 \pm 5,48	<0,001
Peso al nacer (kg)	3,28 \pm 0,39	3,3 \pm 0,52	0,892
Relación F/B	1,89 \pm 1,45	1,02 \pm 0,78	0,035
IL- β (2 ^{-ΔCT})	0,09 \pm 0,09	0,31 \pm 0,59	0,087
TLR4 (2 ^{-ΔCT})	0,124 \pm 0,041	0,136 \pm 0,144	0,696

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que las alteraciones en la composición de la microbiota intestinal, particularmente la relación entre los filos *Firmicutes* y *Bacteroidetes*, tienen un impacto significativo en la expresión de mediadores inflamatorios como el TLR4 y la IL1 β , lo cual queda confirmado con la correlación encontrada con los niveles de PCR-us como marcador de inflamación. En el contexto de la preDT, la regulación inmunometabólica de la composición de la microbiota intestinal podría jugar un papel importante en el desarrollo y progresión de esta enfermedad. Además, el peso al nacer podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades metabólicas en la vida adulta, lo que subraya la importancia de realizar estudios adicionales para profundizar en la comprensión de estos mecanismos y en su potencial utilidad en el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento de la preDT.

P36

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA DISFUNCIÓN Y SENESCENCIA DE LA CÉLULA BETA Y TEJIDOS PERIFÉRICOS EN UN MODELO MURINO DE SÍNDROME METABÓLICO

Andrea Gioseppina SCENZA FIGUEREDO, Luz ANDREONE, Lucía LAMEROLI MAURIZ, Miranda Sol ORELLANO, Carolina SÉTULA, Milagros ARGANARAS, Catalina ATORRASAGASTI, Marcelo Javier PERONE

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL). Contacto: luzandreone@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia con la edad, la obesidad y el síndrome metabólico (SM), y se caracteriza por hiperglucemia como resultado de la resistencia periférica a la insulina y la pérdida gradual de la función de las células β pancreáticas. Frecuentemente, el entorno glucolipotóxico tiene un impacto negativo también en los tejidos periféricos promoviendo un estado inflamatorio de bajo grado y resistencia a la insulina. Como manifestación del SM, en el hígado se desarrolla la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD). La senescencia celular no solo contribuye al deterioro de la fisiología tisular asociado con la edad, sino que más recientemente se ha puesto énfasis en el estudio de mecanismos de senescencia prematura, desencadenados en respuesta a diferentes estresores como la glucolipototoxicidad asociada al SM.

Objetivos: Explorar la influencia de la edad en el desarrollo de la disfunción y senescencia de la célula beta y tejidos periféricos inducida por glucolipototoxicidad en un modelo murino de SM inducido por la dieta.

Materiales y Métodos: Ratones macho C57BL/6N de 8 (jóvenes) y 40 semanas (envejecidos) de edad alimentados por 20 semanas con una dieta alta en grasas (20% P/P) y azúcares (5% sacarosa P/V en el agua de bebida) (WD). Se determinó: glucemia con glucómetro, tolerancia a la glucosa (IpgTT) y sensibilidad a la insulina (IpiTT). Histología (H&E; ORO) e inmunofluorescencia. Parámetros bioquímicos por test colorimétricos. Cuantificación de: ARNm por RT-qPCR (Sybr Green/Rox).

Resultados: La alimentación con WD incrementó la velocidad de ganancia de peso respecto del grupo control (p<0,05), siendo el peso de ambos grupos significativamente diferente a partir de las 4 semanas de alimentación en los ratones jóvenes y de las 6 semanas en los envejecidos (p<0,05). Los ratones jóvenes desarrollaron una pérdida de la homeostasis de la glucosa ante la alimentación con WD (disminución de tolerancia a la glucosa y desarrollo de resistencia a la insulina), mientras que en los ratones envejecidos se evidenció la insulinoresistencia independientemente del tipo de dieta. Se observó un aumento en los niveles de colesterol plasmático en el grupo WD de ambas edades (p<0,05), mientras que un aumento en las enzimas hepáticas se detectó solamente en los ratones envejecidos (p<0,05). En el grupo WD el peso de los hígados en

relación al peso corporal resultó aumentado en ambos grupos etarios. El envejecimiento contribuyó a la esteatosis y al inicio de fibrosis, efecto exacerbado por la WD, un factor conocido por acelerar la progresión de esteatosis y fibrosis en ratones más jóvenes. En el tejido hepático, la dieta WD indujo el aumento de la expresión del ARNm de marcadores de senescencia (p21, p16 y p53). Mediante el análisis histológico del tejido adiposo se observó un aumento en los focos inflamatorios y el tamaño de los adipocitos, tanto con la alimentación con WD como con la edad.

Conclusiones: Hemos desarrollado un modelo murino que permite evidenciar la interacción de la edad y la sobrecarga metabólica generada por una dieta hipercalórica sobre la funcionalidad de la célula beta y los tejidos periféricos. Este modelo permitirá profundizar el estudio de los mecanismos subyacentes al inicio y progresión de la enfermedad, y evaluar nuevas estrategias terapéuticas que permitan mantener la funcionalidad de los tejidos en este contexto.

P37

UNA COMBINACIÓN NOVEDOSA DE ESTREPTOZOTOCINA Y UNA DIETA MODERADA EN GRASAS CON EXCESO DE FRUCTOSA INDUCE DIABETES TIPO 2 EN RATONES

Yanina MAZZOCCO¹, Gastón BERGERO¹, Alejandra CANALIS¹, Sebastián DEL ROSSO¹, Juan MLADIN², Luciana MEZZANO³, Eliana BAIGORRI¹, Melisa HERRERA¹, Zoe Magalí CEJAS GALLARDO¹, Gustavo Tomás DÍAZ⁴, Claudia Erika MARTÍNEZ BENAVIDEZ², Roxana Carolina CANO¹, Pilar AOKI¹

¹CENTRO DE INVESTIGACIONES EN BIOQUÍMICA CLÍNICA E INMUNOLOGÍA (CIBICI)-CONICET, ²HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA NUEVO SIGLO, ³INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ⁴INSTITUTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. Contacto: ymazzocco@gmail.com

Introducción: Actualmente se emplean diversos modelos animales para simular la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), variando en la elección de especies y métodos para inducir la enfermedad. Los modelos más comunes incluyen ratones alimentados con dietas con un 60% de calorías provenientes de grasas. Aunque estos establecen efectivamente la enfermedad y sus complicaciones, no replican con precisión los patrones dietéticos humanos, ya que generalmente no incluyen carbohidratos adicionales como la fructosa, componentes significativos de las dietas humanas.

Objetivos: Establecer un modelo murino de DM2 que replique fielmente la enfermedad humana mediante la incorporación de una dieta enriquecida con exceso de fructosa en el agua de bebida.

Materiales y Métodos: El modelo (D+T) se estableció alimentando a ratones C57BL/6J con una dieta que incluyó comida seca con un contenido moderado de grasa (34,5% kcal) y proporcionando una solución de fructosa al 20% en el agua potable durante 20 semanas. Además, se administró una dosis baja de estreptozotocina (100 mg/kg) en la semana 8 para inducir la DM.

Resultados: En la semana 20 del tratamiento los animales del modelo mostraron aumento de peso y niveles elevados de glucosa en comparación con los controles, además de una resistencia significativa a la insulina (HOMA-IR elevado). También evidenciaron altos niveles en circulación de enzimas hepáticas, como ALT y fosfatasa alcalina, así como un aumento del colesterol total, LDL y HDL. El análisis de citocinas circulantes reveló concentraciones elevadas de IL-10 e IFN- γ . La evaluación de los tejidos mostró alteraciones pancreáticas, con reducción en el tamaño y número de los islotes, esteatosis hepática significativa y, al analizar el tejido adiposo visceral, se observó infiltrado y aumento en el área de los adipocitos (hipertrofia). Además, los animales D+T presentaron anomalías renales, como disminución en la excreción de orina y en la tasa de filtración glomerular, junto con depósitos de colágeno en la periferia glomerular, esclerosis glomerular segmentaria y depósitos lipídicos, ausentes en los controles. También se observaron depósitos significativos de colágeno y lípidos en el corazón de los animales D+T.

Conclusiones: El modelo desarrollado replica fielmente en un ratón un perfil similar al observado en pacientes, caracterizado por dislipidemia, aumento de citocinas inflamatorias circulantes, enfermedad hepática grasa no alcohólica, acompañado de deterioro renal y cardíaco.

P38

UN MODULADOR DISOCIADO DEL RECEPTOR DE GLUCOCORTICOIDES MITIGA LA GLUCOLIPOTOXICIDAD EN LA CÉLULA BETA: EVIDENCIAS *IN VITRO* E *IN VIVO* EN UN MODELO MURINO DE SÍNDROME METABÓLICO INDUCIDO POR LA DIETA

Miranda Sol ORELLANO¹, Andrea Gioseppina SCENZA FIGUEREDO¹, Lucía LAMEROLI MAURIZI¹, Carolina SÉTULA¹, Milagros ARGANARAS¹, Pilar MONTECHI², Catalina ATORRASAGASTI¹, Marcelo PERONE¹, Luz ANDREONE¹

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT)-CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL, ²FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD AUSTRAL. Contacto: miranda.orellano.sol@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), asociada con la epidemia global de obesidad y el síndrome metabólico (SM), se caracteriza por hiperglucemia como resultado de la resistencia periférica a la insulina y la pérdida gradual de la función de las células beta pancreáticas. Frecuentemente, el entorno glucolipotóxico impacta negativamente también en el tejido hepático, induciendo el desarrollo de la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD). Hemos demostrado previamente que el compuesto A (CpdA), un ligando disociado del receptor de glucocorticoides con

actividad inmunomoduladora, mitiga el estrés del retículo endoplásmico (RE) en las células beta bajo el microambiente inflamatorio de la DM1, mejorando su supervivencia y funcionalidad *in vitro* e *in vivo*.

Objetivos: Evaluar el potencial del CpdA para atenuar el daño a las células beta y la progresión de MASLD en modelos *in vitro* e *in vivo* de SM.

Materiales y Métodos: CpdA: cloruro de 2-(4-acetoxifenil)-2-cloro-N-metil-etilamonio. Ratones macho C57BL/6N de 8 semanas alimentados por 15 semanas con dieta alta en grasas (20% P/P) y azúcares (5% sacarosa P/V en el agua de bebida) (WD). Insulinoma de rata INS-1E. Glucolipototoxicidad (GLT, 30 mM glucosa y 500 μ M palmitato). Cuantificación de: ARNm por RT-qPCR (Sybr Green/Rox), proteínas por WB. Histología (HyE) e inmunofluorescencia. La secreción de insulina estimulada por glucosa (GSIS) se cuantificó por ELISA.

Resultados: El tratamiento con CpdA (i.p. 2,5 μ g/g) en ratones alimentados con WD mejoró la tolerancia a la glucosa (IpGTT) y aumentó la sensibilidad a la insulina (IpITT) vs. el grupo WD ($p < 0,05$). En el grupo WD, el análisis histológico evidenció un aumento en la proporción de islotes de gran tamaño ($p < 0,05$) acompañado de una menor expresión de insulina en las células beta ($p < 0,05$) vs. los controles (dieta control), efectos que fueron contrarrestados por el tratamiento con CpdA ($p < 0,05$). Los ratones alimentados con WD y tratados con CpdA mostraron una reducción de la esteatosis hepática y de la inflamación, resultando en un menor índice NAS (progresión de MASLD) vs. el grupo WD ($p < 0,05$). La administración de CpdA no mostró efectos secundarios aparentes y no afectó el peso corporal durante el tratamiento. En ensayos *in vitro* en células INS-1E, el CpdA (10 μ M) atenuó los efectos perjudiciales de la GLT en la GSIS ($p < 0,05$). Además, bajo la exposición de las INS-1E a GLT, el CpdA contrarrestó la disminución en la expresión de genes clave para la identidad de las células beta.

Conclusiones: Presentamos evidencia sobre el potencial efecto protector del CpdA, mitigando el efecto perjudicial de la GLT sobre las células beta en el contexto de la DM2 y/o SM.

P39

AUTOANTICUERPOS GAD. NO SIEMPRE SIGNIFICA PREDICCIÓN O DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 1

María Pía SANTUCCI¹, María Laura KABAKIAN², José COSTA GIL³

¹CONSULTORIO INTEGRAL MARÍA PÍA, ²CENTRO MÉDICO INTEGRAL, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Contacto: lau_kabak@yahoo.com.ar

Introducción: La GAD es una enzima que cataliza la conversión del ácido glutámico en ácido gamma-aminobutírico. La GAD se expresa en variados tejidos: sistema nervioso central, hipófisis, gónadas, tiroides y las células beta del páncreas. Se identifican dos isoformas, GAD65 y GAD67, con distintos genes codificantes y procesos de regulación. Todas las células que sintetizan GABA expresan ambas formas. Los autoanticuerpos GAD (AGAD) se detectan en diabetes mellitus (DM) inmunomediada con alta frecuencia y persistencia. Se recibió interconsulta por un paciente con síndrome de persona rígida (SPR), hiperglucemia y AGAD muy elevados.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática, indizada en inglés, con alta calidad de evidencia sobre la asociación entre la DM1 y el SPR, y lectura completa de artículos.

Materiales y Métodos: Criterios estructurados de búsqueda: 1) bases: PubMed, Google Académico, Scielo y Cochrane; 2) palabras clave "stiff man" o "stiff person" y "diabetes"; 3) selección explícita y uniforme de artículos: serie de casos, SPS con anti-GAD positivos, revisiones narrativas revisiones sistemáticas y/o metaanálisis. Sujetos en investigación y período: adultos, desde 1956 hasta octubre de 2023. Se efectuaron registros de resúmenes organizados de datos relevantes cuali/cuantitativos para el análisis.

Resultados: Búsqueda: inglés: 3208/otros idiomas: 106 (excluidos). 3184 artículos preclínicos, casos clínicos, series de casos sin DM, otras variantes de SPR (excluidos) y 6 artículos potenciales: serie de casos pediátricos, serie sin medir AGAD, 4 revisiones narrativas. Revisiones sistemáticas/metaanálisis: 0. No se hallaron: revisiones sistemáticas de asociación entre DM y el SPR, estudios controlados y aleatorizados u observacionales que permitan procesar datos en adultos en el lapso programado.

Conclusiones: La ausencia de revisiones sistemáticas anteriores fortalece el propósito del presente trabajo. Se sugiere que la presencia, nivel y persistencia de GADA y el ocasional acompañamiento de otros autoanticuerpos contra insulina en personas con hiperglucemias leves o moderadas plantean un dilema clínico si coexiste con patologías como el SPR (la positividad de los AGAD no permite discriminar el riesgo potencial de diabetes en una persona con SPR con las técnicas habituales). Asimismo, se plantea efectuar una nueva revisión sistemática con criterios más amplios (idioma, caso clínico, etc.).

P40

SÍNDROME DE PRADER WILLY METABOLISMO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Lorena Camila COMINI¹, Néstor Eduardo RAVIER², José COSTA GIL³

¹HOSPITAL VALDANO LAS PAREJAS, ²MATERNIDAD MARTÍN ROSARIO, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Contacto: lorecomini17@hotmail.com

Introducción: En 1956 se describió el síndrome de Prader-Willy (SPW): obesidad, baja talla, oligofrenia, acromicria posterior, miotonía infantil, y en 1982-1983 el concepto de alteración en la región 15q11-q13. Es una afección rara. La derivación de un paciente varón de 29 años por obesidad severa, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión y psicopatía originó preguntas en principio sin respuestas incluso para colegas de la zona. La búsqueda en textos de Medicina permitió diagnosticar un SPW.

Objetivos: Efectuar una búsqueda organizada sobre SPW en publicaciones y lograr datos para un documento inicial que integre información actual y específica en potenciales áreas análogas para mejor calidad asistencial del caso y futuras situaciones.

Materiales y Métodos: Revisión sistemática. Criterios estructurados de elegibilidad: artículos académicos de lectura completa en idioma español de 2/1/2018 al 30/12/2023. Criterios de exclusión: revisiones narrativas, tesis, resúmenes, otras revisiones sistemáticas, artículos no accesibles, neonatos, pediátricos y odontológicos. Bases de datos: Scielo, Redalyc, Latindex, Pubmed y Google Académico. Información específica para registrar/analizar: autoría, fecha, procedencia, modalidad, área disciplinar y definición conceptual, cuadro clínico, análisis complementarios, tratamientos, complicaciones y conclusiones. Se registraron los datos en planillas diseñadas para evaluar autores y sus aportes en columnas.

Resultados: Unidades de análisis: 8. Origen: México (2), España (2), Argentina, Chile, Cuba, Uruguay. Modalidad: serie de casos (3), un caso (5). Área disciplinar: clínica/especialidades (2), Genética (2), Nutrición, Enfermería, Salud Mental (2). Definición conceptual: genética (4), neurodesarrollo (4). Manifestaciones clínicas: hipotonía neonatal (4), fenotipo físico/conductual (4), trastornos cognitivos/conductuales (5), hiperfagia, hipogonadismo, desnutrición secundaria. Estudios complementarios: clínica para cribado molecular citogenético (4), TAC cerebral, análisis de rutina. Coeficiente intelectual, sin consignar (3).

Conclusiones: La calidad de la información de las unidades de análisis fue moderada. El abordaje de un paciente con sospecha debe ser transdisciplinar y temprano (neonatal). Se destaca el fenotipo (obesidad, cognición, conductas, etc.), los exámenes complementarios que variaron según disponibilidad. Fueron pobres las referencias a trastornos metabólicos y terapéuticas. Dentro de los criterios diagnósticos, no figuran comorbilidades metabólicas. Se reconoce como complicación a la DM2.

PREVALENCIA DEL COLESTEROL NO-HDL Y APOLIPOPROTEÍNA B ELEVADOS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

Lucía SELVAGGIO, Nadia Ayelén RIDOLFO, Vittorio FALCO, Fiorella Sofía CHICOTE, María del Rosario RODRÍGUEZ, Hugo Daniel SANABRIA

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES, CABA. Contacto: draluciaselvaggio@gmail.com

Introducción: El colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) es un componente clave en la evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD). A pesar de la evidencia sólida de que las terapias dirigidas a disminuir el LDL reducen la ASCVD, muchos individuos con concentración de LDL en metas experimentan eventos relacionados con ASCVD. El colesterol no-HDL y la apoproteína B (Apo-B) surgen como parámetros lipídicos asociados a mayor riesgo cardiovascular que podrían ser considerados.

Objetivos: Evaluar en nuestra población de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la prevalencia de colesterol no-HDL y Apo-B elevada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DM2 evaluados en el consultorio del programa de Prevención Cardiovascular entre septiembre de 2021 y mayo de 2024. Se evaluó la proporción de pacientes con Apo-B mayor a 100 mg/dl y colesterol no-HDL mayor a 130 mg/dl entre los pacientes con LDL menor a 100 mg/dl, y proporción de pacientes con Apo-B mayor a 85 mg/dl y colesterol no-HDL mayor a 100 mg/dl entre los pacientes con LDL menor a 70 mg/dl.

Resultados: Se incluyeron 194 pacientes (Tabla 1). 41,2% mujeres con una edad promedio de 61,46 años ($\pm 11,61$). 7,2% presentó antecedentes de eventos cardiovasculares y 16% enfermedad renal crónica. 90,9% de ellos estaba tratado con algún fármaco hipolipemiante y 73,7% con estatinas. 36,8% (n:70) presentó LDL <70 mg/dl. En este grupo, el 8,6% (n:12) evidenció colesterol no-HDL >100 mg/dl y 1,4% (n:3) Apo-B >80 mg/dl. El 65,4% (n:127) presentó LDL <100 mg/dl, de estos, 6,3% (n:5) evidenció colesterol no-HDL >130 mg/dl y 1,6% (n:2) Apo-B >100 mg/dl (Tabla 2).

Años de evolución de DM (mediana) (IC)	10,00 (5,00-16,00)
ECV (n,%)	14 (7,2%)
Apo-B (mg/dl) (DE)	71,67 ($\pm 33,92$)
LDL (mg/dl) (DE)	90,44 ($\pm 43,23$)
Hemoglobina glicosilada A1c (%) (DE)	6,91 ($\pm 1,29$)
Triglicéridos (mg/dl) (DE)	158,93 ($\pm 99,69$)
Colesterol no-HDL (mg/dl) (DE)	119,53 ($\pm 46,87$)
Tratamiento de dislipemia (n,%)	150 (90,9%)

Tabla 1

	No-HDL >100 mg/dl	Apo-B >80 mg/dl
LDL <70 mg/dl	8,6%	1,4%
	No-HDL >130 mg/dl	Apo-BN >100 mg/dl
LDL <100 mg/dl	6,3%	1,6%

Tabla 2

Conclusiones: Observamos baja proporción de pacientes con DM2 en tratamiento con hipolipemiantes con colesterol no-HDL y Apo-B por fuera de las metas en relación al LDL colesterol. En esta población analizada centrarnos en el LDL podría ser suficiente para definir esquemas de tratamiento optimizando recursos.

P42

IDENTIFICACIÓN DE ALTERACIONES EN LA METILACIÓN DEL ADN EN SANGRE DE UN MODELO MURINO DE PREDIABETES: POSIBLES BIOMARCADORES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA DIABETES

María Victoria MENCUCCI¹, Ezequiel LACUNZA², Martín Carlos ABBA², Lucía AHRTZ¹, Bárbara DUMRAUF¹, Hernán Gonzalo VILLAGARCÍA¹, María Cecilia CASTRO³, Carolina Lisi ROMÁN¹, Luis Emilio FLORES¹, Juan José GAGLIARDINO¹, Flavio FRANCINI¹, Bárbara MAIZTEGUI¹

¹CENEXA, ²CENTRO DE INVESTIGACIONES INMUNOLÓGICAS BÁSICAS Y APLICADAS-CINIBA (FCM-UNLP-CICPBA), ³INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNICEN, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: victoriamentu@gmail.com

Introducción: La detección precoz de la prediabetes (PD) es crucial, pues adoptar estilos de vida saludables puede revertir las alteraciones metabólicas asociadas y prevenir su progresión a diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Si bien son conocidos los cambios en la metilación del ADN asociados a la DM2, en la PD han sido poco explorados.

Objetivos: Analizar los perfiles de la metilación del ADN en muestras de sangre en un modelo murino de PD inducido por dieta no saludable y su regreso a una dieta control.

Materiales y Métodos: Ratas macho se dividieron en 3 grupos: control (C), prediabetes (PD) y reversión (R). El grupo C consumió agua y el grupo PD fructosa al 10% p/v en el agua de bebida durante 70 días. El grupo R consumió fructosa inicialmente para establecer la PD (21 días), y luego dicha solución se reemplazó por agua para revertir el estado de PD. Se empleó el secuenciamiento del genoma completo con bisulfito para analizar la metilación del ADN en muestras de sangre. Las lecturas se preprocesaron con Rfastp (R/Bioconductor) y se alinearon con el genoma de referencia usando Bismark. Luego se analizó la metilación diferencial y se realizó la anotación usando Methylkit (R/Bioconductor). El análisis de enriquecimiento funcional se realizó con Clusterprofiler (R/Bioconductor).

Resultados: Se identificaron 62 sitios CpG diferencialmente metilados (DM) en el grupo PD vs. C, vinculados a 9 genes y que constituyen potenciales biomarcadores de PD. De ellos, Esrp1, Brca2, Tlr4 y Kdm4c tienen asociaciones previas con DM2. Gas8 (proteína específica de arresto del crecimiento 8) no ha sido previamente asociado a DM2 y notablemente se asoció con 54 de los 62 CpGs DM. Cuando se evaluó la reversión de estas alteraciones identificadas en C vs. PD en el grupo R, identificamos solo 3 CpGs con una reversión significativa. Se detectaron otras 133 alteraciones en la metilación del ADN en sitios CpG asociados a la reversión de la PD (C vs. R y PD vs. R). Las distintas comparaciones muestran alteraciones en la metilación en 162 sitios CpG diferentes, mayoritariamente localizados en regiones intergénicas. Dichos sitios se asocian con 30 genes, principalmente relacionados con la fosforilación oxidativa y la cadena de transporte de electrones.

Conclusiones: Se identificaron nuevas alteraciones en la metilación del ADN en sangre asociadas a la PD y a su reversión. Estos resultados respaldan la identificación de nuevos biomarcadores que permitan el diagnóstico temprano y la prevención de la DM2.

P43

ISOESPINTANOL, UN MONOTERPEÑO NATURAL DE ORIGEN VEGETAL QUE REVIERTE LA PREDIABETES INDUCIDA POR UNA DIETA NO SALUDABLE

Sherley FARROMEQUE¹, Luisa GONZÁLEZ ARBELÁEZ², Benjamín ROJANO³, Guillermo SCHINELLA⁴, Bárbara MAIZTEGUI¹, Flavio FRANCINI¹

¹CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA (CENEXA-FCM-UNLP-CONICET), ²CIC (CENTRO DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES-CONICET-UNLP), ³LABORATORIO DE CIENCIA DE ALIMENTOS, FACULTAD DE CIENCIAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, ⁴FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: sfarromeque@med.unlp.edu.ar

Introducción: Ratas alimentadas con dieta rica en fructosa (DRF) desarrollan alteraciones endocrino-metabólicas similares a las presentes en la prediabetes (PD) humana donde el estrés oxidativo, la inflamación y la insulinoresistencia (IR) constituyen factores patogénicos claves. En consecuencia, productos naturales con actividad antioxidante y/o antiinflamatoria podrían resultar herramientas terapéuticas para prevenir/retrasar su desarrollo.

Objetivos: Evaluar el efecto protector del isoespintanol (ISO), un monoterpene aislado de *Oxandra cf. xylopioides*, sobre los cambios a nivel insular en un modelo murino de PD.

Materiales y Métodos: Se mantuvieron ratas normales 21 días con dieta comercial estándar (C), fructosa al 10% en la bebida (F) o F más ISO (FI, 10 mg/kg, i.p). Se determinaron glucemia, trigliceridemia (TG), col-total, col-HDL, relación TG/col-HDL (índice IR) y se realizó una prueba de tolerancia a la glucosa. En islotes pancreáticos se evaluó secreción de insulina estimulada por glucosa y expresión génica (qPCR y WB) de mediadores de la cascada de insulina (IR, IRS1/2, PI3K), marcadores de estrés oxidativo (SOD-2, GPx, GSR, nitrotirosina-3, inflamación (TNF- α , PAI-1, IL-1 β), función mitocondrial (Bcl-2, mtTFA) y apoptosis (Bad, Casp-8, Cas-3).

Resultados: Ratas F mostraron incremento vs. C de TG (264 \pm 17 vs. 109 \pm 23 mg/dl), Col-noHDL (35 \pm 2 vs. 22 \pm 3 mg/dl) e índice IR (7 \pm 1 vs. 2 \pm 0,2), disminución del col-HDL (41 \pm 2 vs 51 \pm 2 mg/dl) y tolerancia a la glucosa alterada (p<0,05 vs. C), cuyas alteraciones fueron revertidas por la administración de ISO. La secreción de insulina en respuesta a 16,7 mM glucosa fue mayor en el grupo F y se restableció con ISO (C: 5,3 \pm 0,6; F: 8,4 \pm 0,8; FI: 4,1 \pm 0,6 ng/islote/h; p<0,05). La DRF disminuyó los niveles de ARNm y proteína de los mediadores de la cascada de insulina y aumentó la expresión génica de marcadores inflamatorios, apoptóticos (Casp-3: 334 \pm 57, Casp-8: 373 \pm 81, Bad: 203 \pm 28% incremento; p<0,05 vs. C) y de estrés oxidativo (nitrotirosina-3: 24 \pm 2% incremento vs. C). La administración de ISO revirtió estas alteraciones y aumentó los niveles de ARNm de marcadores de función mitocondrial (FI: Bcl-2: 44 \pm 8; mtTFA: 325 \pm 22% incremento; p<0,05 vs. F).

Conclusiones: La administración de ISO revirtió las alteraciones endocrinas-metabólicas inducidas por una dieta no saludable a nivel de los islotes pancreáticos, lo cual sugiere su posible uso como agente terapéutico para la prevención y el tratamiento de la DM2 en etapas tempranas de su desarrollo.

P44

EL DESBALANCE NUTRICIONAL PROVOCA ALTERACIONES A NIVEL DEL TEJIDO ADIPOSO VISCERAL Y PARDO QUE PUEDEN REVERTIR TRAS LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES

Bárbara DUMRAUF¹, Bárbara MAIZTEGUI¹, Luis Emilio FLORES¹, Juan José GAGLIARDINO¹, Analía ABRAHAM², Graciela GARROTE², Agustina BENGEOA², Flavio FRANCINI¹, Carolina Lisi ROMÁN¹

¹CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA (CENEXA-FCM- UNLP-CONICET), ²CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN CRIOTECNOLOGÍA DE ALIMENTOS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: barbaradumrauf@live.com

Introducción: El consumo prolongado de dietas desbalanceadas, y particularmente aquellas ricas en fructosa (DRF), genera alteraciones que contribuyen al desarrollo de cuadros patológicos como obesidad y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En este proceso fisiopatológico, el tejido adiposo (TA) desempeña un papel fundamental, actuando simultáneamente como órgano endocrino y como órgano central del metabolismo lipídico.

Objetivos: Analizar si las alteraciones inducidas en el TA visceral (TAV) y en el TA pardo (TAP) por el consumo de una DRF pueden revertirse mediante la adopción de hábitos alimenticios saludables.

Materiales y Métodos: Ratas macho adultas alimentadas con una dieta comercial estándar durante 70 días se dividieron en tres grupos experimentales: el grupo C consumió agua, el grupo F recibió una solución de fructosa al 10% y el grupo FC consumió la solución de fructosa durante 21 días, seguido de agua durante los 49 días restantes. Al finalizar el tratamiento, se midieron los parámetros séricos y la relación TG/colesterol-HDL (índice de insulinoresistencia). Se extrajo el TAV y el TAP para determinar la composición de ácidos grasos y la expresión génica (qPCR y WB) de marcadores adipogénicos, cascada de insulina, estrés oxidativo y apoptosis.

Resultados: Los animales F tuvieron niveles significativamente (p<0,05) más altos de TG (218,83 \pm 8,15 vs. 97,81 \pm 7,06 mg/dl), así como de la relación TG/c-HDL (5,12 \pm 0,35 vs. 2,06 \pm 0,13) respecto de C. Simultáneamente, se registró en el TAV un incremento de los niveles de ácido mirístico, palmitoleico y araquidónico (117, 221 y 45% respectivamente), y una disminución en los de linoleico (17%). Por su parte, en el TAP, el ácido araquidónico disminuyó un 23%. La expresión génica a nivel de ARNm, en TAV y TAP fue opuesta para el caso de PPAR-gamma (aumentó 200% en TAV y disminuyó 55% en TAP) y PPAR-alpha disminuyó 47% en TAV. La sensibilidad a la insulina en el TA de estas ratas también se vio alterada, con disminución de los niveles proteicos de Reclns, IRS-1 y 2: 70, 77 y 61% respectivamente en TAV, y de PI3K (59%) en TAP. La expresión proteica de SOD-2 fue menor en TAV (53%), mientras que la de catalasa mostró un perfil antagónico (disminuyó 31% en TAV y aumentó 196% en TAP). Asimismo, caspasa-3 aumentó en ambos tejidos (TAV: 158% y TAP: 48%). La mayoría de los cambios mencionados revirtió en los animales del grupo FC.

Conclusiones: Las alteraciones en el TA (niveles de AG y cambios en la expresión génica de los factores PPAR y de otros marcadores) demuestran que la DRF potencia la apoptosis, mejora la captación de glucosa y altera tanto la diferenciación adipogénica como la capacidad para oxidar AG. Nuestros resultados demuestran que estas alteraciones son reversibles si la intervención es temprana, resaltando su importancia para mejorar las condiciones metabólicas, y prevenir o entretener la progresión de prediabetes a DM2.

P45

MECANISMOS DE RESILIENCIA DE LA CÉLULA β : LA HORMESIS MEDIADA POR IL-1 β PROTEGE CONTRA EL DAÑO INFLAMATORIO ASOCIADO A LA DIABETES

Carolina SÉTULA, Mirando Sol ORELLANO, Andrea Gioseppina SCELZA FIGUEREDO, Milagros ARGANARÁS, Ingrid PENSADO EVANS, Luz ANDREONE, Marcelo PERONE

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT- CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL). Contacto: carolinasetula@gmail.com

Introducción: Durante el desarrollo de las presentaciones clínicas más frecuentes de la diabetes mellitus (DM1 y DM2), la célula β sufre estrés del retículo endoplásmico y oxidativo. Ambos inducen una respuesta inflamatoria o se ven exacerbados por la inflamación. Las citoquinas proinflamatorias (CYT) inducen factores de transcripción que incrementan la expresión de mediadores inflamatorios. En las células β , las CYT provocan un incremento intracelular del óxido nítrico que conduce al deterioro de la funcionalidad y la supervivencia. Hormesis refiere al fenómeno por el cual una sustancia nociva suministrada a un organismo en pequeñas dosis le confiere resistencia a contactos subsiguientes en concentraciones tóxicas; la toxicidad no es intrínseca de la sustancia, sino de la dosis y el tiempo de exposición. Nuestros estudios previos revelan que la hormesis mediada por concentraciones fisiológicas circulantes de IL-1 β protege a las células β de la citotoxicidad inducida por una mezcla de citoquinas inflamatorias.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de los mecanismos intracelulares responsables de la hormesis inducida por IL-1 β low y la consecuente resiliencia de la célula β pancreática expuesta a un microambiente proinflamatorio citotóxico.

Materiales y Métodos: Insulinoma de rata INS-1E e islotes pancreáticos aislados de ratón. Evaluamos ARNm por RT-qPCR (Sybr Green/Rox) e inmunofluorescencia por microscopia. Inducción de hormesis: incubación con IL-1 β 10 pg/ml/72h (IL-1 β low). Injuria por CYT: IL-1 β 100 pg/ml + IFN γ 5 ng/ml/16h. Agregamos TNF- α 8 ng/ml a la mezcla para islotes de ratón. En los experimentos de recuperación se renovó el medio de cultivo luego del desafío citotóxico (incubación de 24 h sin citoquinas). Resultados expresados como media \pm SD. Comparaciones entre grupos mediante ANOVA, seguido del test de Bonferroni, o mediante el test t de Student no pareado. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: En células INS-1E expuestas a CYT, IL-1 β low reduce el incremento en los niveles del ARNm de IL-1 β ($*p < 0,05$ vs. CYT 6 h y 24 h), aumenta los niveles del ARNm de IL-1Ra ($**p < 0,01$ vs. CYT 6 h), mantiene una mayor transcripción ($*p < 0,05$ vs. CYT 16 h) y expresión proteica de insulina ($*p < 0,05$ vs. CYT 16 h), mantiene los niveles del ARNm de Pdx-1 ($**p < 0,01$ vs. CYT 16 h) y su proteína ($**p < 0,01$ vs. CYT 16 h). IL-1 β low mejora la capacidad de recuperación de las células INS-1E expuestas a un ambiente proinflamatorio. Aumenta los niveles del ARNm de Ins1 e Ins2 ($**p < 0,01$ vs. CYT/Rec 24h), mantiene los niveles del ARNm de Pdx-1 ($*p < 0,05$ vs. CYT/Rec 24 h) y su expresión proteica ($*p < 0,05$ vs. CYT/Rec 24 h), aumenta la expresión de MafA, Ucn3 ($*p < 0,05$ vs. CYT/Rec 24 h) y BiP ($**p < 0,01$ vs. CYT/Rec 24 h). En islotes pancreáticos de ratón, el condicionamiento con IL-1 β low aumenta los niveles del ARNm de IL-1Ra inducidos por citoquinas inflamatorias ($*p < 0,05$ vs. CYT 16 h), la expresión de Pdx-1, Glut2 y BiP ($*p < 0,05$ vs. control).

Conclusiones: IL-1 β low induce una respuesta adaptativa al estrés que otorga resiliencia a una agresión inflamatoria citotóxica posterior. Uno de los posibles mecanismos es incrementando la expresión del antagonista natural IL-1Ra y marcadores de identidad y madurez de la célula β . La identificación de mecanismos capaces de promover la sobrevivencia celular, y/o atenuar/corregir la señalización disfuncional de las células β , proporcionará nuevos blancos terapéuticos para la DM. No se ha reportado si intervenciones sobre la respuesta hormética podrían mejorar la función y supervivencia de las células β .

P46

DIETAS ENRIQUECIDAS EN ACEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEN MODULAN NIVELES DE REGULADORES DE LA FUNCIÓN HISTOTRÓFICA DECIDUAL Y MARCADORES DE DESARROLLO DEL PÁNCREAS FETAL EN RATAS CON DIABETES

Florencia SCHIBERT, Cintia Romina GATTI, Virginia Soledad TAYLOR, María Laura LEONARDI, Romina HIGA, Evangelina CAPOBIANCO, Alicia JAWERBAUM

CEFYO-UBA-CONICET, CABA. Contacto: florenciaschibert1992@gmail.com

Introducción: Durante el desarrollo, la decidua cumple funciones histotróficas vinculadas al desarrollo del páncreas fetal, que podría afectarse en la diabetes materna. Los receptores activados por proliferadores peroxisomales (PPARs) son relevantes en la función histotrófica decidua, y pueden ser activados mediante dietas enriquecidas en aceite de oliva extra virgen (EVOO), ricas en ácidos grasos monoinsaturados (MUFAs). La proteína de unión a ácidos grasos 4 (FABP4) es clave en la decidualización y su exceso ha sido vinculado a la disfunción pancreática, siendo PDX1 marcador de desarrollo de células beta.

Objetivos: Evaluar si la suplementación dietaria con EVOO brindada durante la gestación a ratas con diabetes pregestacional regula tanto la expresión de PPAR γ , PPAR α y los niveles de FABP4 en la decidua materna como los niveles de FABP4, insulina y PDX1 en el páncreas fetal.

Materiales y Métodos: Se indujo un modelo de diabetes moderada mediante administración neonatal de estreptozotocina (90 mg/kg sc). Hembras sanas y con diabetes fueron apareadas con machos sanos, y durante la gestación recibieron o no una dieta enriquecida en EVOO (6%). Las ratas fueron evaluadas en el día 14 de preñez (estudios en decidua materna) y día 21 de preñez (estudios en el páncreas fetal). En la decidua materna, la expresión de los PPAR fue evaluada mediante qPCR y los niveles de FABP4 mediante Western Blot. En el páncreas fetal se evaluaron los niveles de FABP4, PDX1 e insulina por inmunohistoquímica. Los resultados fueron analizados mediante ANOVA.

Resultados: En el día 14 de preñez, en la decidua de ratas con diabetes se evidenció menor expresión de PPAR γ (-57%; $p < 0,05$) y PPAR α (-48%; $p < 0,01$), y mayores niveles de FABP4 (48%; $p < 0,05$) en relación al control. Estas alteraciones fueron en parte prevenidas mediante la dieta rica en EVOO. En el día 21 de preñez, en el páncreas fetal de ratas con diabetes, los niveles de FABP4 fueron mayores, mientras que los niveles de insulina y PDX1 fueron menores en relación al control (31%, -38% y -28% respectivamente; $p < 0,05$), alteraciones prevenidas mediante la dieta enriquecida en EVOO.

Conclusiones: La diabetes materna afecta a la decidua en etapas donde cumple funciones histotróficas vinculadas con el desarrollo de órganos fetales como el páncreas, mientras que, en el feto a término, el páncreas muestra alteraciones que podrían afectar su función a lo largo de la vida del neonato y que se previenen mediante un tratamiento dietario materno con EVOO.

P47

PREVALENCIA DE DIABETES POSTRASPLANTE EN RECEPTORES HEPÁTICOS

Yamilén Sofía RUEDA, Karina FUENTES, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO

HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA S.A., CÓRDOBA. Contacto: yamilenrueda@gmail.com

Introducción: El trasplante de órganos sólidos es una opción terapéutica que ha transformado la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con disfunción de órganos diana. Sin embargo, trae aparejado el riesgo de complicaciones metabólicas, del cual la diabetes mellitus postrasplante (PTDM) es la más frecuente; puede afectar negativamente las tasas de supervivencia y la función del injerto, además de una considerable influencia sobre el rechazo posoperatorio, incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV), infecciones y trastornos neuropsiquiátricos. Se ha puesto énfasis en tratar de identificar a aquellos pacientes que están en riesgo de PTDM para mejorar sus resultados.

Objetivos: Determinar la prevalencia de DM postrasplante en receptores hepáticos en un hospital privado de la ciudad de Córdoba capital de febrero de 2012 a agosto de 2022.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, en el cual se recopilaron datos de todos los pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Privado de Córdoba utilizando el sistema de historia clínica digital.

Resultados: La muestra estudiada estuvo conformada de un total de n=225 pacientes receptores de trasplante hepático del Hospital Privado de Córdoba Capital. Según los valores observados por año, los picos se dieron en 2019 y 2021, con 27 trasplantes en total.

Conclusiones: En el Hospital Privado de Córdoba la prevalencia de PTDM fue del 14,2%, con una predominancia del sexo masculino del 57,8% y una edad promedio del trasplante de 53 años. La causa más frecuente del trasplante fue la cirrosis por alcohol, seguida de hepatitis autoinmune, cirrosis por NASH y cirrosis por virus hepatitis C. Con respecto a la identificación de los posibles factores de riesgo, se observó una asociación significativa entre el sexo masculino y la PTDM. No hubo asociación significativa entre el IMC, glucosa al ingreso, infección previa por virus de hepatitis C, tipo de donante, ICN utilizado, pero sí se puede destacar que el 71% de los pacientes tenía sobrepeso u algún grado de obesidad, y que la glucosa promedio fue de 105 mg/dl, es decir glucosa alterada. Es de destacar la escasa realización de POTG para el diagnóstico de PTDM (solo a un 2,7% de los pacientes se les realizó), teniendo en cuenta que es el *gold standard* para el diagnóstico. Además, la falta de un protocolo para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar PTDM y solicitar los estudios adecuados, y recordar que la glucosa en ayuno de la mayoría de los pacientes fue recabada del primer contacto con el hospital, que no siempre coincidía con la evaluación pre trasplante. La mortalidad total fue del 32,4% y no se vio aumento de la misma en pacientes con diabetes previa o PTDM. Esto puede explicarse debido al corto período de seguimiento del estudio y a que la mayoría de las muertes se dio en la primera semana de trasplante, vinculadas posiblemente a la intervención quirúrgica y sus complicaciones. Por último, agregar que este fue el primer acercamiento sobre la prevalencia de PTDM en trasplante hepático en un hospital privado, lo que permite no solo el conocimiento, sino también poner en marcha protocolos estandarizados para identificar factores de riesgos, diagnóstico y manejo de la PTDM.

P48

ASOCIACIÓN DEL GENOTIPO DEL GEN PNPLA3 CON EL SCORE FIB-4 EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD)

Adriana Mabel ÁLVAREZ¹, Dong Hoon WOO², María Mercedes GUTIÉRREZ², Guillermo ALZUETA³, María del Carmen BASBUS⁴, Santiago Oscar BRUZONE⁵, Patricia CUART⁶, Guillermo DIEUZEIDE⁷, Teresita Nelly GARCÍA⁸, Olga ESCOBAR⁹, Ramón Diego José CARULLA¹⁰, Cristina Viviana OVIEDO¹¹, Natalia Soledad SEGURA¹², Olguita Del Valle VERA¹³, Julieta TRINKS¹⁴

¹SECCIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CABA, ²SECCIÓN DE NUTRICIÓN, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CABA, ³CONSULTORIO PRIVADO, BALCARCE, PROV. DE BUENOS AIRES, ⁴CENTRO PRIVADO CIDEN, SAN SALVADOR DE JUJUY, ⁵CENTRO PRIVADO IDIM, CABA, ⁶CENTRO DEL DIAGNÓSTICO, ITUZAINGÓ, CORRIENTES, ⁷CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN DIABETES, CHACABUCO, PROV. DE BUENOS AIRES, ⁸CENTRO PRIVADO CMIC, SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ⁹HOSPITAL PÚBLICO "DR. MARIO STIVALA", LA COCHA, TUCUMÁN, ¹⁰CONSULTORIOS MÉDICOS ALBARRACÍN, BARILOCHE, RÍO NEGRO, ¹¹CONSULTORIO PRIVADO, CABA, ¹²CENTRO MUNICIPAL DE DIABETES "DR. MAGGIO", MALVINAS ARGENTINAS, PROV. DE BUENOS AIRES, ¹³CONSULTORIO PRIVADO, RÍO GALLEGOS, SANTA CRUZ, ¹⁴INSTITUTO DE MEDICINA TRASLACIONAL E INGENIERÍA BIOMÉDICA- CONICET, UHIBA, HIBA, CABA.

Contacto: julieta.trinks@hospitalitaliano.org.ar

Introducción: La variante I148M del gen PNPLA3 (rs738409) es un reconocido factor de riesgo para la MASLD. Se desconoce cómo la genética interactúa con otros factores de riesgo clínicos establecidos para la enfermedad hepática avanzada en la población de diabéticos de Argentina.

Objetivos: Analizar la asociación de la variante I148M del gen PNPLA3 (rs738409) con el score FIB-4 y otros marcadores clínicos en diabéticos con MASLD de Argentina.

Materiales y Métodos: Previo consentimiento informado, se reclutaron 190 diabéticos de diferentes regiones geográficas: Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA, n=62), Provincia de Buenos Aires (PBA, n=40), Patagonia (SUR, n=31), Noroeste (NOA, n=37) y Noreste (NEA, n=20). Se obtuvieron datos antropométricos, clínicos y de estilo de vida de todos los participantes quienes, además, fueron sometidos a una ecografía abdominal y a un hisopado bucal. Se extrajo el ADN humano de los hisopados (QIAamp® DNA Mini kit, QIAGEN, Alemania). El gen PNPLA3 se amplificó por PCR y su genotipo fue determinado mediante secuenciación bidireccional (BigDye®, Applied Biosystems, EE. UU.). Se empleó R Studio 2022.12.0 para analizar la estadística descriptiva y realizar un análisis multivariado de regresión logística.

Resultados: La distribución por sexo, IMC y edad fue similar en todas las regiones: 51,6% de sexo masculino, mediana (RIC) de edad de 61,7 (34-85) años, mediana (RIC) de IMC de 32,3 (22-68) kg/m². La variante I148M del gen PNPLA3 estuvo presente en el 50% de las muestras, con las prevalencias más altas en NOA (64,9%) y NEA (60%), y la más baja en AMBA (40,3%; p=0,02 vs. NOA). MASLD se detectó por ecografía en el 77,9% de los pacientes, de los cuales el 55,3% y 7,4% presentaron scores FIB-4 <1,3 y >2,67, respectivamente. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de MASLD en las regiones analizadas. En los pacientes con MASLD, la variante I148M del PNPLA3 no se asoció a la región geográfica de procedencia (p=0,2), pero fue considerada un factor de riesgo independientemente asociado al score FIB-4 (OR=9,4; p=0,0008), y a los niveles de HbA1c (OR=4,8; p=0,004), glucemia (OR=1; p=0,008), y de colesterol (OR=1,4; p=0,02).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la incorporación de la genotipificación del gen PNPLA3 en la práctica clínica podría mejorar el pronóstico y priorizar una intervención intensiva en estos pacientes.

P49

ROL DE LA VÍA PURINÉRGICA EN BIOMARCADORES DE DAÑO GLOMERULAR EN SEDIMENTO URINARIO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 POR CITOMETRÍA DE FLUJO

Yanina MAZZOCCO¹, Claudia Erika MARTÍNEZ BENAVIDEZ², Gastón BERGERO¹, Juan Javier MLADIN², Sebastián DEL ROSSO¹, Zoe Magalí CEJAS GALLARDO¹, Carlos VIGLIANO³, Roxana Carolina CANO¹, Pilar AOKI¹

¹ CENTRO DE INVESTIGACIONES EN BIOQUÍMICA CLÍNICA E INMUNOLOGÍA (CIBICI)-CONICET, ²HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA-NUEVO SIGLO, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO, INSTITUTO DE MEDICINA TRASLACIONAL, TRASPLANTE Y BIOINGEN. Contacto: ymazzocco@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se caracteriza por un período asintomático prolongado, que dificulta su diagnóstico precoz, favoreciendo el avance de complicaciones renales y cardiovasculares, por lo cual la identificación por técnicas no invasivas de indicadores de daño temprano es de suma utilidad. En este contexto, la orina es una buena candidata para la detección de biomarcadores asociados a la nefropatía diabética (ND). Además, el estudio de una posible vía de evolución de la patología se vuelve imperioso. En línea con esto, algunas investigaciones sugieren que alteraciones en la maquinaria metabólica del ATP extracelular estarían involucradas en la fisiopatología de la enfermedad.

Objetivos: Identificar en el sedimento urinario de pacientes con DM2 marcadores tempranos de daño renal glomerular, y evaluar la expresión de CD39 y CD73 utilizando como técnica la citometría de flujo.

Materiales y Métodos: Se evaluó la expresión de podocalyxina (PDX), nefrina (NEF), CD39 y CD73 por inmunofluorescencia (IF) en cortes histológicos renales. La IF reveló que PDX es un marcador exclusivo de podocitos, mientras que NEF se expresó ampliamente en túbulos y células de la cápsula de Bowman. Por otra parte, CD39 se evidenció en células endoteliales y CD73 se localizó de manera ubicua en el riñón. Luego de caracterizar a los pacientes y donantes controles con el perfil bioquímico correspondiente, se analizó por citometría de flujo la expresión de PDX y CD10 en el sedimento urinario. Para el análisis se tomaron los elementos (EL) PDX+CD10- (fragmentos) y PDX+CD10+ (célula entera).

Resultados: Las orinas de pacientes DM2 presentaron una frecuencia mayor de EL PDX+CD10+ y menor de PDX+CD10- con respecto a los controles sanos. A su vez, en el compartimento doble positivo los pacientes mostraron una menor tasa de apoptosis tardía en comparación con los controles. Al analizar los marcadores purinérgicos se encontró que los EL PDX+CD10+ y PDX+CD10- mostraron una menor expresión de CD73 con respecto a los controles, mientras que para el caso de CD39 sucedió a la inversa, con una proporción mayor en los pacientes DM2.

Conclusiones: Los resultados sugieren que los pacientes con DM2 presentan un aumento de podocitos en orina en etapas de apoptosis temprana o aún viables, que expresan bajos niveles de CD73 y altos de CD39 con respecto a los controles no diabéticos.

P50

LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA DIABETES TIPO 2 DESDE UN ENFOQUE ETNOGRÁFICO

María Inés GRIBOTTI, Noemí Graciela MUREKIAN, Julio César TORRES, Claudio Fabián DITURO

CAPITULO ATLÁNTICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: juliocesartorresdiabetologo@gmail.com

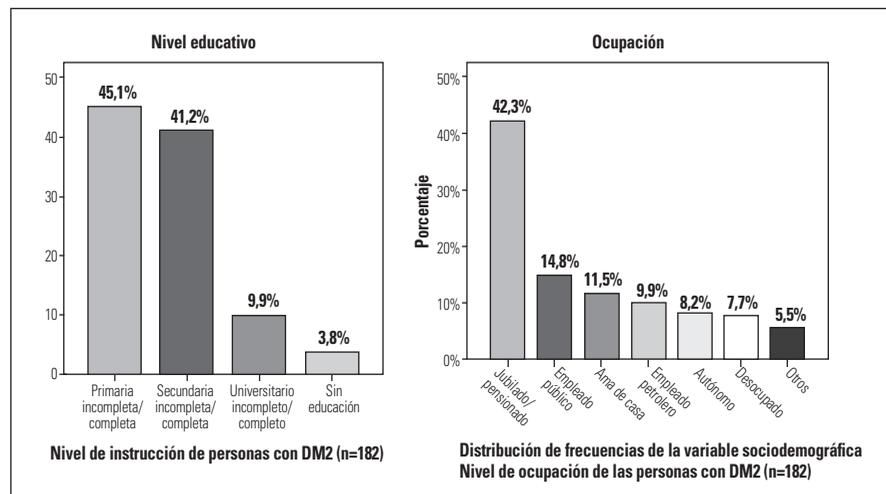
Introducción: La diabetes mellitus (DM) no se representa *a priori* igual en la sociedad, varía según los grupos de pertenencia y las tradiciones. La enfermedad adquiere carácter de construcción simbólica y estética en una cultura. La construcción de una etnografía de la DM pone en evidencia cómo la antropología puede aportar a la comprensión de una

enfermedad. En efecto, Moscovici sostiene que la psicología social tendió a convertirse en una “antropología del mundo contemporáneo”, es decir, en “una psicología de la cultura”. Este abordaje muestra no solo los modos de construcción de los problemas, sino también la tensión entre “lo cultural” y “lo natural”, que está presente en el campo de la diabetología.

Objetivos: Comprobar la existencia de una representación social de la enfermedad en torno al sentido de la experiencia real, simbólica y cultural de “tener DM”.

Materiales y Métodos: Diseño metodológico exploratorio, descriptivo, de corte transversal, cuali-cuantitativo. Muestreo de la población en riesgo a través de las historias clínicas, de dos cuestionarios elaborados y guías de preguntas abiertas, abordaje cualitativo con un enfoque etnográfico de las representaciones sociales desde el modelo príncipes (antropológico-etnográfico) desarrollado por Moscovici-Jodelet. Se registraron según el orden de aparición y se procesó mediante el software libre Iramuteq de estadística textual.

Resultados: Edad media: 59,1±12,8 años; sexo: 57,7% mujer; ocupación: 42% jubilado; nivel de Instrucción: 45,1% solo estudio primario; estado civil: 67% casado; procedencia: 53,3% migrante; religión: 64% católico. Obesos: 71,4%, mediana cintura: 110 cm. Mediana HbA1c: 8%. Insulinotratados: 23,3%. Actividad física baja: 81%, influyó procedencia ($p < 0,01$) y 55,3% por clima/lugar. Se cura la DM: NO (47,8%) La DM se contagia: NO (85,2%).



Conclusiones: La etnografía de una enfermedad crónica mostró cómo la antropología permite comprender una afección, identificar y describir las representaciones sociales en lo cotidiano del control de la DM2 (“no dicho o implícito/naturalizado”). Las personas con DM2 reconocen la alteración en el páncreas, los factores hereditarios, la mala alimentación y el sedentarismo, pero lo emocional sigue referenciándose como causa u origen de la enfermedad. El género marcó diferencias de las “causas emocionales”: las mujeres se vincularon con problemas familiares/personales y en los hombres por situaciones laborales/sociales o económicas. La identidad subjetiva y social de la DM2 es esencial para que la educación terapéutica y las medidas de tratamiento se adecuen al individuo, a sus orígenes, su cultura y el entorno de su comunidad.

ESTUDIO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 USUARIOS DE LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIA DE TANDIL

Eliana MOLET¹, Gustavo ALONZO¹, Liliana Belén MADRID², Ana Elizabeth JAQUE¹, Rosana CORRAL¹, Myriam FERNÁNDEZ¹, Carolina BORDON³

¹SISTEMA INTEGRADO DE SALUD PÚBLICA DE TANDIL, ²UNICEN, ³SAD. Contacto: elianamolet151805@gmail.com

Introducción: La evidencia indica que la adherencia al tratamiento constituye un factor fundamental en el control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), permitiendo el mantenimiento y la recuperación de la salud de los usuarios.

Objetivos: Determinar el grado de adherencia al tratamiento de pacientes con DM2 usuarios de los Centros de Salud Comunitaria de Tandil, 2023-2024.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, con muestreo aleatorio simple al azar. El tamaño de la muestra se calculó considerando una prevalencia de no adherencia del 50%, con un intervalo de confianza del 95% y error del 5%. Se aplicaron los cuestionarios de *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) y *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA).

Resultados: La edad media fue de 54,7 años; el 61,4% era del sexo femenino. El 15,4% tenía escolaridad primaria incompleta, 41,3% terminó la primaria y 21,7% no terminó la secundaria. El 70,9% no tenía obra social o prepaga; el 58,8% no tenía trabajo estable o estaba desocupado, y el 23% era pensionado y/o jubilado. El 40% tomaba dos o más medicamentos para la DM2. El 81% tomaba más de un medicamento (40% toma 2 y 43% toma 3 o más medicamentos). Las comorbilidades asociadas fueron la hipertensión 65%, dislipidemia 37,8% y obesidad 35,7%. El 12,6% consideró muy

mala, mala a regular la satisfacción en cuanto a la atención del Centro de Salud Comunitaria, y el 13% consideró muy mala, mala a regular la satisfacción en cuanto a la atención del Hospital. El 10,8% tuvo dificultades para acceder a los medicamentos y el 19,6% para conseguir turnos para control. Los resultados de adherencia encontrados según el test de MMAS8 fueron: 37,8% alta adherencia, 41% adherencia media y 20,7% de baja adherencia. Para el test SDSCA, la adherencia promedio fue de 64% y el 18% era tabaquista.

Conclusiones: Se observó dieta rica en grasas, baja actividad física, alta desocupación y subocupación, y escasa cobertura de salud. La adherencia al tratamiento de la DM2 está condicionada por los determinantes sociales de la salud. Es posible caracterizar a los pacientes no adherentes y desarrollar estrategias para mejorar el control glucémico y su calidad de vida.

P52

DIABETES TIPO 2 Y ALTERACIONES EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN INMIGRANTES ASIÁTICOS (LAOS) RESIDENTES EN ARGENTINA

María GIANNATTASIO¹, Marcelo VALOTHA², Gustavo FRECHTEL³, José COSTA GIL⁴

¹HOSPITAL EL CRUCE, ²HOSPITAL CAMPOMAR, ³HOSPITAL DE CLÍNICAS, ⁴INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: 80margian@gmail.com

Introducción: En 2019 Asia fue el epicentro de la epidemia de diabetes mellitus (DM) (IDF: 60% de prevalencia global), mayor presencia de DM2 y a edad más temprana. Se describe un "fenotipo asiático": IMC menor con mayor adiposidad central. Multifactorial: "genotipo ahorrador", transición nutricional, desarrollo industrial. En Laos 4,9% de prevalencia de DM. El constante conflicto social impulsa la emigración desde Laos; en 1979 la Argentina recibió parte de la comunidad que se asentó en Chascomús/Ranchos.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de GAA, TGA y DM2 en inmigrantes Laos; determinar datos antropométricos y hábitos alimentarios para reconocer su estado nutricional, alimentación inadecuada, factores de riesgo de DM2, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaco y alcohol.

Materiales y Métodos: Descriptivo, transversal. Período: 06/2018-03/2019. Muestra: mayores de 18 años, nativos y descendientes (1°, 2° y 3° generación) de laosianos residentes en Chascomús/Ranchos. Registro: datos personales, clínicos y hábitos. Estudios: POTG en personas con alteración de glucosa capilar/glucometría en ayunas, HA1c, lípidos séricos, péptido C, PCRus, y anti-GAD. Cálculo de tamaño muestral: 101 personas. Análisis de variables cualitativas y cuantitativas, y pruebas de asociación. Reparos éticos: se requirió de un líder de la comunidad para convocar y consentir la participación, y un intérprete. Se firmó consentimiento en idioma español o Lao.

Resultados: Laosianos. Nativos: 64, descendientes: 37. Sexo: 53 mujeres (M), 48 hombres (H), media de edad (años): M: 50,2±14,1, H: 45,1±15,9. Sobrepeso: M: 26,4%, H: 25%; obesidad: M: 49%, H: 25%; cintura (cm): M >80: 41,5% H >90: 12,5%; DM: 16,8%. 73 personas sin trastornos glucídicos. DM2: 15 (14,9%) - DM1: (1%) - MODY: 1 (1%) - GAA: 9 (8,9%) - TGA: 4 (3,6%), dislipidemia: 4 (3,6%), hipertensión: 6 (5,9%). El 76,2% es tabaquista. El 70% no realiza actividad física. Son bebedores severos ocasionales y el mayor consumo se encuentra en los adultos jóvenes (52,6%).

Conclusiones: Las inmigrantes laosianas tienen mayor frecuencia de DM, GAA y de obesidad en su actual hábitat (por tres veces) que los informes en su país de origen (IDF) y del país que residen (ENFR), mayor consumo de tabaco y de alcohol en carácter de "bebedor ocasional severo" (en jóvenes) y sedentarismo. Se preservan el arroz como alimento y la cocción al vapor como hechos de cultura oriental. Estos resultados apoyan el concepto de fenotipo asiático, la transición cultural y nutricional.

P53

ASOCIACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE SAN ELIAN EN PIE DIABÉTICO EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES TIPO 2, CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Ailén VAISMAN¹, Liana GARIBAY VILCHEZ¹, Analía IANIGRO¹, Vania Rossenelvy SERRUDO MIRANDA¹, Cristina de los Ángeles MACIEL¹, Pablo SALGADO¹, Luisa Mabel CARRIÓ², María Amelia LINARI²

¹FUNDACIÓN BARCELÓ, FACULTAD DE MEDICINA, ESPECIALIZACIÓN EN NUTRICIÓN, ²HOSPITAL DE DÍA PARA PIE DIABÉTICO DR. ALBERTO MAGGIO, POLO SANITARIO, MALVINAS ARGENTINAS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: marimelina@yahoo.com

Introducción: El pie diabético (PD) corresponde a una de las principales causas de amputación no traumática de miembros inferiores; las lesiones de este generan un impacto directo en la calidad de vida y el estado anímico del paciente.

Objetivos: Analizar signos de depresión y calidad de vida, y asociarlos con la gravedad del pie diabético según la clasificación de San Elian. Analizar la extensión y gravedad según antecedentes personales, características clínicas y marcadores de laboratorio. Evaluar la incidencia de complicaciones según el grado de severidad.

Materiales y Métodos: Estudio analítico de cohorte. Se incluyeron 106 pacientes adultos con DM2 y pie diabético de un hospital público de la Provincia de Buenos Aires. Se los categorizó según severidad (CSE) en tres grupos según escala de San Elian (características topográficas, anatómicas, presencia de isquemia y componentes vasculares). Implicó un seguimiento por un período de hasta 9 meses de tratamiento de septiembre de 2022 a mayo de 2023. Se aplicó, al inicio y al final del período de seguimiento o en caso de alta, la escala de Hamilton (depresión) y el test de valoración de calidad de vida EsDQOL modificado. Se analizaron marcadores de laboratorio, clínicos y antecedentes personales.

Resultados: Sobre 28 mujeres y 76 hombres, se agrupó el total de los individuos según CSE, correspondiendo 7,5% a grado I, 84,9% a grado II y 7,5% a grado III. La edad media en hombres fue de 64 y en mujeres de 70 años ($p=0,007$ chi-cuadrado) y la de antigüedad de la DM2 de 16 años. Del total de la población en el estudio se registró diferencia con respecto al sexo en relación a factores de riesgo para el desarrollo PD para sexo masculino: mayor número de amputaciones menores de 42,3% ($p=0,008$), antecedentes de osteomielitis de 60,3% ($p=0,004$), arteriopatía periférica 65,4%, internación 33,3%. El sexo femenino registró más amputaciones mayores con 17,9% y 25% para revascularización ($p=0,032$ chi-cuadrado). No se registraron diferencias significativas entre el nivel de depresión y el grado de pie diabético, pero al comparar cada grupo según severidad de inicio y final en depresión, la tendencia disminuyó. No se encontraron diferencias significativas entre la calidad de vida y la gravedad del pie diabético. Sin embargo, se constató una mejor tendencia en su calidad de vida al finalizar el estudio. Los datos de laboratorio al inicio presentaron diferencias significativas en relación con los parámetros de albuminuria (mayor para pacientes CSE grado I; $p=0,001$) y PCR (CSE grado III; $p=0,001$ ANOVA). En cuanto a las complicaciones de PD, 4,1% de muertes por causas no determinadas, con diferencias significativas y mayor en mujeres ($p=0,025$ chi-cuadrado). No se registraron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones de PD y gravedad de este. Del total de la muestra incluida, el 81,1% correspondió a pacientes que reincidieron por PD. Durante el seguimiento por 9 meses se registraron 4 casos de reincidencia por PD. En la condición final, los asignados a grado I tuvieron 87,5% de cicatrización y 12,5% persistió, grado II 58,3% registró cicatrización, 37,5% continuó y 4,2% se amputó, grupo III 20% cicatrizó y 80% persistió ($p=0,025$ chi-cuadrado).

Conclusiones: Los adultos con DM2, al disminuir el grado de severidad de pie diabético según San Elian y lograr cicatrización, desarrollaron menor nivel de depresión y mejor calidad de vida. Los factores socioeconómicos y emocionales son de importancia para evitar complicaciones.

P54

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DIABETES TIPO 2 EN PERSONAL DE SALUD MEDIANTE EL CUESTIONARIO FINDRISC: ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA MÚLTIPLE

Marisol OLIVARES¹, Patricia BERNASSAR¹, Luis Agustín RAMÍREZ STIEBEN², Patricia GIMÉNEZ³, Luciana GRILLI¹, Jorge Luis OLIVARES¹

¹SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES, ²UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, ³MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Contacto: jorgeluis57.olivares@gmail.com

Introducción: El cuestionario FINDRISC se ha establecido como una herramienta para evaluar el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), permitiendo identificar grupos de riesgo y orientar intervenciones preventivas.

Objetivos: Evaluar el riesgo de DM2 en el personal del sistema de salud de tres localidades mediante el cuestionario FINDRISC e identificar las variables asociadas con diferentes categorías de riesgo según localidades.

Materiales y Métodos: Estudio transversal efectuado en la Maestría de Diabetes (noviembre de 2023) en 105 integrantes del sistema de salud de tres localidades (Santa Rosa, Toay y Salliquelo). Se clasificaron según su rol dentro del sistema de salud en administrativos y profesionales de la salud. Según el puntaje FINDRISC fueron clasificados en riesgo bajo (0-6), ligeramente elevado (7-11), riesgo moderado (12-14), riesgo alto (15-20), muy alto (21-26). Se realizó un análisis de correspondencias múltiples (ACM) para investigar la asociación entre las variables del cuestionario y las localidades.

Resultados: De los 105 participantes, 52,4% era administrativo y el 76,23% del sexo femenino. La mediana del puntaje fue 9. No varió según la función dentro del sistema de salud. El 31,4% se encontraba en riesgo bajo, 37,1% en ligeramente elevado, 16,2% en riesgo elevado, 12,4% en moderadamente elevado y 2,9% en muy elevado. Las puntuaciones fueron de 10 en Salliquelo (8-12), 9 en Santa Rosa (7-11) y 6 en Toay (4-8) ($p=0,02$). Las categorías de riesgo según localidades no variaron. El ACM reveló asociaciones específicas entre las variables del cuestionario FINDRISC y las localidades. Salliquelo: menor representación de personas de mayor edad (55-64 años), IMC <25 kg/m², menor perímetro de cintura (PC), menor consumo diario de alimentos saludables y mayor frecuencia de antecedentes familiares (AF); Santa Rosa: mayor representación de personas con IMC >30 kg/m² y >65 años, así como personas de 55-64 años con IMC <25 kg/m², mayor PC y mayor consumo diario de alimentos saludables; y Toay: menor representación de personas con IMC >30 kg/m² y edades entre 55-64 años, baja relación con AF, menor PC y menor consumo diario de alimentos saludables.

Conclusiones: El puntaje FINDRISC indicó que el 68,6% de los participantes tuvo riesgo elevado de desarrollar DM2. Fue significativamente mayor en Salliquelo. Toay mostró menos personas con IMC alto y AF de DM, reflejando diferencias en el riesgo de padecer DM2 entre localidades.

P55

REEVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2 EN EMPLEADOS DE UN HOSPITAL PRIVADO DE CABA A 6 AÑOS DE SU EVALUACIÓN INICIAL

Nélida KARAVASKI, Sandra PEÑA, Nélida Adriana ZUCCOTTI, Marina Inés CURRIÁ

HOSPITAL BRITÁNICO, CABA. Contacto: nelly.karavaski@gmail.com

Introducción: La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha triplicado desde 1980. Entre un 30 y 40% de las personas con DM desconocen la presencia de su enfermedad, por lo tanto, es relevante la evaluación y el seguimiento de las poblaciones de riesgo.

Objetivos: Reevaluar el riesgo de desarrollar DM2 en empleados de un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) a 6 años de su evaluación inicial.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Datos provenientes de la cohorte de la población incluida en el estudio realizado en 2018: "Cuantificación del riesgo de desarrollar DM2 en empleados de un Hospital de CABA". Estudio entre febrero y mayo de 2024 en 449 pacientes. Instrumento de medición: cuestionario validado FINDRISC, punto de corte *score* de 12 a fin de establecer los pacientes en nuevo riesgo de desarrollar diabetes.

Resultados: Dos pacientes habían desarrollado DM2 y fueron excluidos. Se evaluó un total de 447 pacientes: media de edad 48,6 años ($\pm 9,85$), 73,6% mujeres y 26,4% hombres. Media global de IMC 29,9 kg/m² ($\pm 5,62$): mujeres 30,2 ($\pm 5,73$) y hombres 28,9 ($\pm 5,18$), ($p=0,029$). Comparado con IMC 28,2 kg/m², se observó un incremento del 1,7% en 6 años. El 39,1% presentó riesgo en la evaluación inicial y 58,2% en la actual. Se halló un incremento del 19,1% en 6 años. La media global del *score* de riesgo fue de 10,4 ($\pm 4,81$), sin diferencia estadísticamente significativa entre sexos. Media de IMC para menores de 40 años: 28,3 ($\pm 5,74$) y mayores: 30,4 ($\pm 5,5$), $p \leq 0,001$. El 85% de los que presentaron circunferencia de cintura elevada eran mayores de 40 años, con una diferencia estadísticamente significativa en relación a los menores de 40 años ($p=0,012$). En relación al riesgo de DM, la media del *score* fue de 7,01 ($\pm 4,18$) en menores de 40 años y de 11,4 ($\pm 4,53$) en mayores ($p \leq 0,001$).

Conclusiones: El riesgo de DM2 aumentó un 19,1% luego de 6 años. Se observó un mayor riesgo en mayores de 40 años. El IMC y la circunferencia de cintura aumentaron en relación a la valoración anterior y la edad. Estos resultados muestran una vez más la importancia de trabajar en medidas de prevención para disminuir el desarrollo de DM2.

P56

PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE DIABETES TIPO 2: ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL EN PERSONAS CON PREDIABETES DE LA CIUDAD DE LA PLATA

Rocío TORRIERI, Andrea Viviana ARRECHEA, Juan José GAGLIARDINO, Jorge ELGART

CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA EXPERIMENTAL Y APLICADA (CENEXA-FCM- UNLP-CONICET). Contacto: rtorrieri@med.unlp.edu.ar

Introducción: Identificar tempranamente desbalances en la dieta en personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e implementar un plan alimentario saludable permitiría mejorar la calidad de vida y prevenir el desarrollo de DM2.

Objetivos: Evaluar el efecto de un plan alimentario saludable en la prevención de DM2 en personas con prediabetes (PreD).

Materiales y Métodos: Estudio cuasiexperimental pre-post de un grupo de personas adultas con PreD (criterio ADA-EASD) de La Plata, reclutadas en el marco del Estudio PPDBA. A las personas se les brindó material sobre alimentación saludable, y se reforzaron los conceptos en la consulta de seguimiento y en talleres mensuales a cargo de un nutricionista. Los participantes completaron el registro alimentario "NutriQuid" al inicio y al final (2 años de seguimiento). Se verificaron indicadores de ingesta alimentaria. Los resultados se presentaron como media \pm desvío estándar (DE), mediana con rango intercuartílico (RIQ), o proporciones, según correspondiera. Se utilizaron pruebas paramétricas (t de Student) o no paramétricas (U de Mann-Whitney) según la distribución de los datos (prueba de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk). Valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: Al cabo de 2 años, 34 personas completaron el seguimiento. El 79,4% era del sexo femenino y la media de edad de 58,9 \pm 8,2 años. Se observó una reducción en las kcal consumidas por día, y del consumo de lípidos y carbohidratos, tanto en g/día como en % de la energía. Se incrementó el consumo de proteínas (g/día) y su % al aporte calórico (2,3% y 9,5%, respectivamente). Al finalizar, el 79,4% de la muestra continuaba en PreD, el 5,9% progresó a DM2 y un 14,7% revirtió a glucemia normal. La mediana de IMC se redujo un 1,9% (32,2 vs. 31,6 kg/m²).

	Basal	Final	p
Mediana energía (kcal/día)	2089,2 (1792,9-2947,4)	1949,15 (1562,5-2571,8)	0,148
Mediana proteínas (g/día)	99,8 (84,5-133,8)	102,1 (75,5-121,5)	0,951
Mediana lípidos (g/día)	95,3 (73,6-130,3)	82,7 (60,6-107,1)	0,077
Mediana carbohidratos (g/día)	217,8 (183,3-301,4)	203,6 (150-266,8)	0,211
Media % de las kcal cubiertas por proteínas	19 \pm 3,9	20,8 \pm 3	0,036
Media % de las kcal cubiertas por lípidos	40,1 \pm 6,4	37,9 \pm 6,2	0,165
Media % de las kcal cubiertas por carbohidratos	39,8 \pm 7,3	39,7 \pm 6,3	0,947

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que la adopción de una alimentación saludable podría reducir el exceso de peso corporal, lo que en conjunto podría prevenir la progresión a DM2.

ASOCIACIÓN ENTRE DIABETES TIPO 2 Y CÁNCER: CARACTERIZACIÓN Y FACTORES DE RIESGO COMUNES EN LA POBLACIÓN ADULTA EN LA REGIÓN DEL NOROESTE ARGENTINO

Liliana Erida FAZIO¹, Josefina AVILA DE MANZUR², Carlos HANSEN³, Patricia BOLLADA⁴, Elizabeth HERRERA⁵, Carolina LÓPEZ ÁVILA⁶, María Teresa TORRADO⁷

¹INSTITUTO DEL DIAGNÓSTICO CATAMARCA, ²CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA TUCUMÁN, ³HOSPITAL PABLO SORIA JUJUY, ⁴CENTRO DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES CATAMARCA, ⁵INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA TUCUMÁN, ⁶HOSPITAL INDEPENDENCIA SANTIAGO DEL ESTERO, ⁷HOSPITAL PADILLA TUCUMÁN. Contacto: lilief2000@hotmail.com

Introducción: Estudios de cohortes y metaanálisis muestran una mayor incidencia y mortalidad por cáncer en presencia de diabetes mellitus (DM). Los mecanismos biológicos que los vinculan son hiperinsulinemia, hiperglucemia, estrés oxidativo e inflamación crónica, entre otros. Los factores de riesgo no modificables incluyen: edad, sexo y etnia y, los modificables, sobrepeso/obesidad, sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo.

Objetivos: Caracterizar a personas con diagnóstico de DM2 y cáncer, y analizar su relación con factores de riesgo comunes modificables y no modificables.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Muestra aleatoria: personas ≥18 años con DM2 y cáncer, sector público y privado del NOA, desde el 1° de enero al 31 de diciembre 2023. Datos: edad, sexo, años de DM2 y de cáncer, localización tumoral, antropometría, etnia, actividad física baja, consumo de alcohol regular de riesgo (CARR), tabaquismo, terapéutica antidiabética. Glucemia en ayunas, HbA1c, lípidos e índice de IR TG/col. Estadística descriptiva e inferencial ($p < 0,05$).

Resultados: $n = 60$ personas con DM2 y cáncer; 68,3%, sexo femenino. 26,7%: pueblos originarios. Edad: 61,3±10 años (28-72). En 28,3%, el cáncer precedió a la DM2 (6,4±5,6 años) y en 48,3% la DM2 fue anterior al cáncer (6,3±5,1 años). IMC actual: 30,4±6,1 (IC 95% 28,8-31,9). 85% ≥25 (46,7% ≥30). IMC máximo alcanzado: 33,6±6, 91,7% ≥25 (61,7% obesidad). Diferencia significativa entre IMC actual y máximo alcanzado ($p = 0,005$). Perímetro de cintura: ≥88 cm: 57,4% mujeres, ≥94 cm: 53,8% varones. Actividad física baja: 74,8% CARR: 6,7%, tabaquismo: 13,3%. Sitios del cáncer: 23,3% mama, 23,3% tiroides, 10% colon, 5% riñón, 5% cuello uterino, 5% próstata, 5% pulmón, 5% hígado y vías biliares. Terapéutica: 50% metformina, 31,7% metformina + otras drogas, 8,3% metformina + insulina y 10% insulina. Valores superiores de TG en varones ($p = 0,04$). HbA1c ≥7%: 60,9% mujeres, 60% varones. c-HDL mg/dl <50: 42,2% mujeres, <40: 40% varones. c-LDL mg/dl ≥100: 76,1% mujeres 77,2% varones. TG mg/dl ≥150: 55,5% mujeres 78,5% varones. Índice TG/c HDL: >2,5: 78,2% mujeres y >3,5: 64,5% varones. Según un modelo de regresión logística multivariado se hallaron las siguientes asociaciones significativas de DM2 y cáncer: IMC actual ≥25 ($p = 0,002$) e IMC máx. alcanzado ≥25 ($p = 0,000$), IMC máx. alcanzado ≥30 ($p = 0,000$), actividad física baja ($p = 0,002$), índice de IR ($p = 0,003$), TG ≥150 mg/dl ($p = 0,02$) y col LDL ≥100 mg/dl ($p = 0,01$)

Conclusiones: La edad al diagnóstico de DM2 y cáncer fue similar; en la mitad de los casos la DM2 precedió al cáncer. Los factores de riesgo significativos fueron sobrepeso/obesidad, actividad física baja, IR, hipertrigliceridemia y col LDL ≥100mg/dl. Las localizaciones más frecuentes fueron tiroides, mama y colon. Recomendaciones: reforzar la indicación en cambios de hábitos saludables, alcanzar objetivos del perfil lipídico y hacer pesquisa temprana de cánceres asociados, especialmente de mama, tiroides y colon.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA SALA DE ESPERA

Ronaldo Ezequiel OLISZEWSKI, María Teresa TORRADO, Pedro SÁNCHEZ, Josefina TORINO

HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA, TUCUMÁN. Contacto: ronioli@hotmail.com

Introducción: La mayoría de las enfermedades no comunicables, crónicas, están ligadas a un estilo de vida no saludable y comparten factores de riesgo comunes. En nuestro país, según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas no Transmisibles 2019 (ENFRECNT), un 35% tenía HTA, el 61% exceso de peso, el 36% sobrepeso y el 25% obesidad, el 22% tabaquismo y 12% diabetes mellitus (DM).

Objetivos: En el Servicio de Clínica Médica I del Hospital Padilla surgió el interés de conocer la frecuencia de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en la población hospitalaria ambulatoria.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal de mayo de 2014 a julio de 2023. El grupo bajo estudio incluyó 2313 pacientes mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Consultorios Externos. Se interrogó acerca de factores de riesgo preexistentes como HTA, DM y tabaquismo. Las variables en estudio fueron: edad, sexo, peso, talla, presión arterial y circunferencia de cintura.

Resultados: De un total de 2313 personas encuestadas, el 51% refirió padecer HTA, el 38% tuvo valores elevados de TA, es decir no tenían un buen control de su patología. Asimismo, de las personas que declararon no padecer HTA, previamente se detectó que un 14% (161 personas) tenía valores elevados de TA. El 23% refirió padecer DM, 6% DM1 y 17% DM2, siendo el 66% mujeres y solo 34% hombres. Respecto de la DM1, la distribución por edad fue del 88% para mayores de 40 años, de 9% de 18 a 29 años y solo 3% de 30 a 40 años. De los DM2, el 65% fueron mujeres y el 96% se ubicó en el grupo etario de mayores de 40 años. Solo el 20% presentó peso adecuado (IMC entre 20 y 25), con un 34% de pacientes con sobrepeso y un 46% con obesidad. El 78% reconoció tabaquismo activo.

Conclusiones: El porcentaje de HTA fue del 51%, muy por encima de lo reportado por la ENFRECNT, que fue del 35%. El 80% presentó exceso de peso, con un 34% de sobrepeso y 46% de obesidad, también muy por encima del 61% reportado por la bibliografía. El 23% reportó DM contra un 12% de lo encontrado en la bibliografía. Asimismo, el tabaquismo afecta al 22% de la población según la ENFRECNT y en nuestra muestra al 78%. Encontramos un alto porcentaje de personas con un riesgo cardiovascular muy elevado. Destacamos la importancia de este tipo de relevamientos para ayudar a la toma de conciencia respecto de la importancia de conocer y mejorar estos indicadores a los fines de disminuir el riesgo de padecer un evento cardiovascular en el futuro.

P59

DESCRIPCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UN PROGRAMA PROVINCIAL DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS CON DIABETES

María Cristina DU PLESSIS¹, Guillermo Gabriel BERRENECHEA², Eugenia Silvana ORTEGA², Rocío SÁNCHEZ³, María Virginia GONZÁLEZ³, María Cristina BAZAN⁴

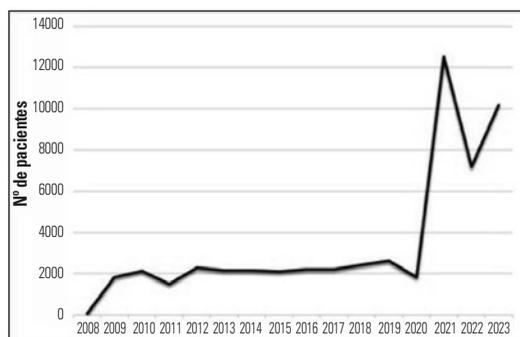
¹PROGRAMA INTEGRADO DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN, ²DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD, MINISTERIO DE SALUD DE TUCUMÁN, ³INSTITUTO DE ECOLOGÍA REGIONAL, UNT, ⁴FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN, TUCUMÁN. Contacto: cristinaduplessis@gmail.com

Introducción: Las enfermedades no transmisibles representan un importante reto para los sistemas de salud. La diabetes mellitus (DM) es una de las que posee mayor prevalencia e incidencia a nivel global. En 2008, Tucumán creó el Programa Provincial de Diabetes con la finalidad de mejorar la cobertura de atención de estos pacientes y contar con información útil para la toma de decisiones. El Programa desempeña un rol fundamental en la asistencia de las personas con DM y busca garantizar una atención continua, integral e integrada. Uno de los lineamientos estratégicos es cubrir los aspectos inherentes al control y el tratamiento.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de la población a cargo del Programa Provincial de Diabetes de la provincia de Tucumán, evaluar la evolución del programa a través de la tendencia de pacientes incorporados y la distribución espacial de cobertura del programa a nivel provincial.

Materiales y Métodos: Diseño de corte transversal. Fuente de datos secundaria del Programa Provincial de Prevención, Detección y Tratamiento de Diabetes (PPDM) dependiente del Ministerio de Salud Pública de Tucumán. La población en estudio correspondió a todos los pacientes incorporados al PPDM durante 2008-2023. Se realizó un análisis descriptivo de la población incorporada al Programa según variables epidemiológicas. Se resumió la información en tablas, gráficos y medidas resumen. Se analizó la evolución temporal del programa a través de la tendencia de pacientes incorporados por año. Se realizó una regresión lineal simple para evaluar si esta tendencia era significativa ($p < 0,05$). Se construyeron mapas para describir la distribución espacial por departamentos. Se utilizó *software* R.

Resultados: El total de pacientes incorporados al PPDM desde 2008 a 2023 fue de 55514, de los cuales el 55% era del sexo femenino. La mediana de edad de los pacientes registrados en el programa fue de 57 años (Q1:45; Q3:66). Los pacientes con DM2 no insulinizados representaron el 73,3% de los casos, seguidos de los insulinizados (21,7%) y en menor proporción por aquellos con DM1 (4,3%). El grupo de edad con mayor registro de DM2 fue el comprendido entre los 50 y 69 años, tanto en mujeres como varones, no insulinizados como insulinizados. El 51,5% de los pacientes del programa refirió no tener cobertura social. Desde 2009 hasta 2020 el PPDM registraba un promedio de 2128 pacientes por año, a partir de 2021 se observó un marcado aumento en el registro de ingresos de pacientes al programa: de 12530 pacientes en ese año, que se debió principalmente a la forma de registro de la información, pasando de un formulario de papel que debía ser cargado manualmente a un registro informático automático según diagnóstico CIE 10 (formato de formulario digital) que agiliza la incorporación de nuevos pacientes al programa.



Conclusiones: Luego del intenso trabajo, entre capacitaciones al equipo de salud y la búsqueda de personas con DM, se alcanzó a nominalizar a cerca del 50% de las personas con DM estimadas para la provincia.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD DE ACTITUDES Y PRÁCTICA CLÍNICA EN RELACIÓN CON LA DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 Y EL USO DE METFORMINA EN PACIENTES CON DIABETES

Claudia Cristina FOLINO¹, Alejandro DAIN², Vanina PAGOTTO³, Pilar CEAN⁴, Javier FARIAS⁵, Susana SALZBERG⁶, Claudio GONZÁLEZ⁷

¹FUNDACIÓN FAVALORO, ²HOSPITAL REINA FABIOLA, ³HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, ⁴CONSULTORIO O'HIGGINS, ⁵SANATORIO GÜEMES, ⁶INSTITUTO CENTENARIO, ⁷CEMIC, CABA. Contacto: claufolino@gmail.com

Introducción: La vitamina B12 desempeña un papel crucial como cofactor en diversos procesos metabólicos. La deficiencia puede manifestarse de diversas formas, con múltiples perspectivas a considerar. Dada la trascendencia de reconocer y prevenir el déficit de B12 en los pacientes con DM, surge la importancia de entender el manejo en nuestro país.

Objetivos: *Primario:* desarrollar y validar un cuestionario destinado a evaluar las actitudes y prácticas clínicas de los médicos con relación a la deficiencia de B12 y el uso de metformina en pacientes con DM (con foco en la evaluación de la consistencia interna del cuestionario). *Secundario:* describir las características demográficas, la percepción del riesgo de déficit de B12 y su manejo clínico. *Exploratorios:* analizar la correlación entre variables consideradas "factores de riesgo" con sustento en la bibliografía y sin este, y la asociación de la actitud diagnóstica y situaciones clínicas asociadas al déficit de B12.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal utilizando una encuesta distribuida a los médicos por la SAD a través de correo electrónico y *WhatsApp*. Se alentó a responder en función de su práctica habitual. Los datos cualitativos se expresaron como frecuencia absoluta y relativa en porcentaje. Los resultados de los puntajes otorgados en las preguntas generadas según técnica Likert fueron considerados como datos cualitativos ordinales, y como tales tratados estadísticamente.

Resultados: 345 médicos completaron la encuesta. La mayoría de los participantes eran mujeres (73%) y especializadas en diabetes (52,6%). La validación del instrumento presentó adecuada viabilidad (con un percentil 90 de tiempo de resolución del cuestionario menor a 5 minutos). La consistencia interna del cuestionario resultó apropiada con coeficientes alfa de Cronbach estandarizados superiores a 0,70, poco afectados por la exclusión de preguntas del modelo. La percepción de los factores de riesgo mostró que los médicos consideraban la restricción de alimentos de origen animal (84,3%) y la malabsorción (91,8%) como factores de riesgo importantes para la deficiencia de B12. Sin embargo, hubo una discrepancia en la percepción de la restricción de alimentos de origen vegetal (73,6%) y su asociación con la deficiencia de B12. De similar manera, un grupo de médicos consideró la existencia de riesgo en la adolescencia, con baja percepción de este en el adulto mayor. En la práctica clínica, la mayoría (80,3%) solicita marcadores de vitamina B12 para sus pacientes, y una proporción significativa (69,9%) lo hace específicamente en quienes reciben metformina durante más de 5 años y con dosis >1700 mg/día. El 62% solicita el dosaje en forma anual y el 84,9% de los participantes diagnóstica y trata la deficiencia de B12.

Restricción de alimentos de origen vegetal/animal	1	2	3	4	5	
1	1	1	0	4	85	91 (26,5%)
2	1	1	0	4	40	46 (13,4%)
3	0	1	15	10	34	60 (17,5%)
4	1	2	8	28	22	61 (17,8%)
5	6	4	14	11	50	85 (24,8%)
K -0,18; ES 0,03; IC 95% -0,24 a -1,12	9 (2,6%)	8 (2,3%)	37 (10,8%)	58 (16,9%)	231 (67,35)	343
Riego en la adolescencia/adulto mayor	1	2	3	4	5	
1	6	2	5	8	12	33 (9,6%)
2	0	4	15	26	15	60 (17,5%)
3	4	3	16	32	69	124 (36,2%)
4	0	0	3	34	47	84 (24,5%)
5	0	0	3	2	37	42 (12,2%)
K 0,22 ES 0,03 IC 95% 0,15-0,30	10 (2,9%)	9 (2,6%)	42 (12,2%)	102 (29,7)	180 (52,5%)	343

Conclusiones: Este estudio ofrece una valiosa herramienta validada sobre la percepción y las prácticas clínicas en relación a la deficiencia de B12. Aunque se observa un buen nivel de conocimiento y actitud, se identifican discrepancias en ciertos factores de riesgo y en la evaluación de los niveles de B12. Se sugiere una mayor capacitación y actualización para los médicos.

PREDICCIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN TEST DE FINDRISC EN DOS ZONAS DE LA CALLE RECREATIVA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE LA CAMPAÑA 2022 Y 2023

Natacha MALDONADO, Alejandro ANZORENA, Tamara CUDI, Mariángeles NAVARRO, Paula Cecilia PERAZZO, Giselle ESPINOSA, Ornella Alessandra LIONE, Mónica Beatriz MENDOZA, Carlos Luciano VILLAGGI, Carlos EVDEMON, Silvina Elena VALENTINI, Verónica Lorena VAN PÉRDECK

IMEC CATAMARCA, ROSARIO, SANTA FE. Contacto: natachamaldonado@gmail.com

Introducción: Desde 2010, en Rosario, los domingos por la mañana se realiza un circuito llamado “Calle recreativa”, que consiste en transformar un corredor vial en peatonal. Instalamos una estación saludable en 2022 y 2023, en distintas ubicaciones, en la que los profesionales de nuestra institución ofrecemos realizar el test de FINDRISC al azar. La actividad estuvo avalada por el Capítulo Litoral de la SAD y la Municipalidad de Rosario. La escala FINDRISC es una herramienta con validación internacional, simple, económica, de rápida confección, no invasiva y segura para detectar individuos con alto riesgo de padecer DM2. También puede usarse para identificar DM2 y factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Determinar el riesgo de DM2 en dos zonas de la calle recreativa de Rosario en 2 días en dos años consecutivos; establecer el riesgo de desarrollo de DM2 según el perímetro de cintura, presencia de antecedentes familiares, IMC, edad y sexo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, analítico. Muestra: 2022 (n=123) zona centro y 2023 (n=112) zona centro-sur. En ambas muestras se utilizaron los siguientes elementos calibrados: balanzas y tensiómetros digitales, altímetro portátil, dígito punzores descartables, glucómetros, cinta métrica ergonómica. El equipo de trabajo realizó una capacitación previa. Se aplicaron los test de hipótesis de asociación bivariados para determinar qué tipo de distribución tuvieron las variables. Los resultados indicaron que las variables no siguieron una distribución normal ($\alpha=0,05$), por lo tanto, para los test de asociación bivariadas se utilizaron pruebas no paramétricas para muestras independientes según correspondiera (test de Fisher). Se aplicó el test no paramétrico de Kolmogorov Smirnov para determinar si las variables a analizar siguieron una distribución normal. Se incluyeron personas mayores de 18 años, que transitaban por la calle recreativa y accedieron voluntariamente a realizar el test los días 27 de noviembre de 2022 y 26 de noviembre de 2023. Se excluyeron embarazadas y personas con DM2.

Resultados: La muestra estuvo constituida por 235 personas, cuya distribución fue 123 personas en 2022 (se excluyeron 2 personas por falta de datos) y 112 personas en 2023. Promedio de sexo 2022 y 2023: femenino 57%, masculino 43%. La distribución según sexo fue similar para ambos años. El riesgo de DM2 no estuvo asociado con el sexo ($p=0,538 > \alpha=0,05$ para 2022 y $p=0,512 > \alpha=0,05$ año 2023). Promedio de edad 2022: $58,4 \pm 13,3$ años, mediana 60 años, rango etario: 20-85 años. Promedio de edad 2023: $52,5 \pm 14,6$ años, mediana 55 años, rango etario: 19-81 años.

Conclusiones: La muestra analizada según la escala FINDRISC incluyó una población que utiliza la calle recreativamente, por lo que consideramos que el resultado del riesgo ligeramente elevado de desarrollo de DM a 10 años de 4% estaría en relación con la población evaluada. Una de las limitaciones del trabajo es el número muestral; sería interesante ampliarla, incluyendo la evaluación en otros ámbitos poblacionales que abarquen mayor diversidad. Haber obtenido significancia estadística en la variable modificable perímetro de cintura asociada a riesgo de desarrollo de DM indica la importancia de implementar medidas relacionadas a modificar el estilo de vida a nivel poblacional. Sería interesante ofrecer educación y acceso al test de FINDRISC a la población para evaluar su riesgo y acceder a una atención profesional.

P62

RECATEGORIZACIÓN DEL SCORE DE FINDRISC: EVALUACIÓN DE PGC VS. IMC EN RELACIÓN CON EL RIESGO FUTURO DE DIABETES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA 2019-2023

Alejandro DAIN, Luciana MEZZANO, Cintia María DÍAZ LUJÁN, Ricardo FRETES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA. Contacto: alejandrodainlerner@hotmail.com

Introducción: La obesidad es una preocupación global debido a su relación con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (DM). El IMC se usa comúnmente para evaluar la obesidad, pero tiene limitaciones para capturar la distribución de la grasa corporal, especialmente la abdominal. El porcentaje de grasa corporal (PGC) proporciona una medida más precisa de la composición corporal y el riesgo metabólico asociado con la obesidad. El score de FINDRISC, que evalúa el riesgo de DM, se basa en el IMC y no considera el PCG. Este estudio explora cómo reemplazar el IMC por el PCG en el score de FINDRISC podría mejorar la estimación del riesgo de DM y permitir estrategias de prevención más efectivas en la población estudiantil universitaria.

Objetivos: Evaluar la relación entre el IMC y el PGC con la estimación del riesgo de DM a futuro (score de FINDRISC), analizando su sensibilidad y especificidad para establecer recomendaciones sobre su óptima utilización en la evaluación y toma de decisiones clínicas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal entre 2019 y 2023 con 167 estudiantes de primer año de Medicina en la UNVM (91 mujeres y 76 hombres), excluyendo a quienes tenían patologías metabólicas, medicación o estaban embarazadas. Tras firmar un consentimiento informado, se aplicó el score de FINDRISC para estimar el riesgo de DM a 10 años. Se recolectaron datos antropométricos como talla, peso, circunferencia de cintura abdominal (CCA) y PCG mediante la fórmula de CUN BAE, además del IMC. Se definió obesidad con IMC $>30 \text{ kg/m}^2$, CCA $>102 \text{ cm}$ (hombres) o $>88 \text{ cm}$ (mujeres), y PCG $>25\%$ (hombres) o $>35\%$ (mujeres). El riesgo se clasificó en global (>1 punto) y moderado (>12 puntos). Los datos se analizaron con Graph Prism v9 y EPIDAT v4 ($p < 0,05$), y el estudio fue aprobado por el Comité de ética de la UNVM.

Resultados: En hombres, el IMC ($23,6 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$), el PGC ($25,55 \pm 9,2\%$) y la CCA ($78 \pm 10 \text{ cm}$) mostraron una correlación significativa con el puntaje FINDRISC ($5,3 \pm 3,7$). Un 9,2% de los hombres tenía IMC $>30 \text{ kg/m}^2$, el 13,1% un PGC $>25\%$ y el 2,6% una CCA $>102 \text{ cm}$. En mujeres, el IMC ($23,3 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$), el PGC ($29 \pm 6,7\%$) y la CCA ($73 \pm 10 \text{ cm}$) también se correlacionaron significativamente con FINDRISC ($5 \pm 3,3$). Un 8,8% de las mujeres presentó IMC $>30 \text{ kg/m}^2$, el 16,4% un

PGC >35%, y el 8,8% una CCA >88 cm. En el análisis de sensibilidad y especificidad para predecir el riesgo de DM, el PGC mostró una mayor sensibilidad que el IMC en la categoría global (>1 punto) y en la categoría de riesgo >12 puntos, aunque el IMC tuvo mayor especificidad en ambas categorías.

Conclusiones: El estudio reveló que el PGC es más sensible que el IMC para detectar el riesgo temprano de DM, aunque el IMC tiene mayor especificidad (validación de resultados y/o poblaciones de bajo riesgo). El PGC es más efectivo para identificar y prevenir la DM, sobre todo en personas con riesgo elevado, resaltando la complementariedad de usar ambas medidas para una evaluación más precisa de los riesgos metabólicos asociados con la obesidad y la DM en la población estudiada.

P63

SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES EN UN CAPS DE TUNUYÁN: HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRAL

María Celina LLOVERAS¹, Paula LOMBARDI¹, Beatriz Rosa IBARRA

¹CENTRO DE SALUD 98, VISTA FLORES, APS TUNUYÁN, ²MINISTERIO DE SALUD, TUCUMÁN. Contacto: celialfelias@gmail.com

Introducción: El control multidisciplinario de pacientes crónicos, con especial atención en la prevención de complicaciones micro y macrovasculares, es fundamental en el Centro de Salud N° 98 de Vista Flores.

Objetivos: Analizar el perfil de los pacientes diabéticos bajo programa, su tratamiento farmacológico y el control metabólico alcanzado.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con revisión de las historias clínicas de pacientes diabéticos mayores de 18 años sin obra social, atendidos en el centro de salud, que retiraron medicación hasta julio de 2023. Se evaluaron parámetros clínicos y de laboratorio como objetivos terapéuticos: HbA1c, TA, LDL, albuminuria e IMC. Además, se analizaron estudios para valorar complicaciones crónicas asociadas a diabetes: FO, ECG, MF y ecografía abdominal.

Resultados: Se analizaron 55 pacientes diabéticos: 3 DM1 (5,4%) y 52 DM2 (94,5%). La edad promedio fue de 53,2 años (rango: 27-73), con 18 hombres y 37 mujeres. Se observó una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad: 27,7% con IMC mayor o igual a 25; 36,36% con IMC mayor o igual a 30, 14,5% con IMC mayor o igual a 35, y 18,18% con IMC mayor o igual a 40.

Conclusiones: La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población diabética del Centro de Salud de Vista Flores resalta la necesidad de reforzar los pilares de tratamiento del ejercicio y la alimentación. Los valores de control metabólico encontrados, junto con la falta de registro de algunos parámetros, sugieren la necesidad de mejorar la educación y el manejo farmacológico adecuado para prevenir complicaciones; además, es fundamental su detección precoz a través de la realización sistemática de estudios como el MF, el ECG y la ecografía abdominal.

P64

EVALUACIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON DIABETES A TRAVÉS UN PROGRAMA AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARIO

Sofía BEHR, Rita COLOMBO, Nataly GUTIÉRREZ, Vittorio FALCO, María Cristina FAINGOLD, José FRETES, María Alejandra NEPOTE

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN, CABA. Contacto: sofibehr@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus 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 morbimortalidad. Diferentes estudios demostraron que el control multidisciplinario temprano e intensificado de los factores de riesgo puede mejorar el pronóstico.

Objetivos: Evaluar resultados bioquímicos, antropométricos y presentación de complicaciones crónicas. Utilizamos un programa que se desarrolló en un circuito de atención ambulatorio multidisciplinario con el propósito de alcanzar las metas de tratamiento, e identificar tempranamente las complicaciones agudas y crónicas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 224 pacientes con DM2 =60 años de 2021 a 2023. Se excluyeron los que no completaron una segunda consulta y/o con datos incompletos. Evaluamos cambios bioquímicos y antropométricos anuales. Se describieron variables cuantitativas como media y desvío estándar; las cualitativas con porcentajes.

Resultados: De 224 pacientes con diagnóstico de DM2, edad X 75±7 (63% mujeres) y promedio de 25 años de diagnóstico. El 32,14% tenía complicaciones macrovasculares, las más prevalentes IAM (n=43), enfermedad vascular periférica (n=21) y ACV (n=18). El 39,73% tenía complicaciones microvasculares, las más prevalentes: neuropatía periférica (n=33) y neuropatía autonómica (n=28). Al primer año de seguimiento, solo el 3,12% presentó nuevo evento macrovascular y el 11% un nuevo evento microvascular.

Conclusiones: Durante un año con la intervención, nuestros pacientes mantuvieron objetivo HbA1c para el grupo etario. Los pacientes se encontraban en seguimiento ambulatorio de nuestro servicio, de hecho, su HbA1c basal media fue de 7,17%. A pesar de que los resultados que no muestran significancia estadística, consideramos que se debería prolongar el período de estudio para comprobar la efectividad en la intervención interdisciplinaria a fin de retardar las complicaciones.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA: CONOCIMIENTO SOBRE SU ENFERMEDAD EN PERSONAS CON DIABETES QUE SE ASISTEN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Silvana LÓPEZ¹, Bárbara Andrea CARNEVALE MERCURI², José COSTA GIL³

¹CONSULTORIO PRIVADO, ²UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: silvanah2o@gmail.com

Introducción: El cuidado de la salud se vincula con fuerza a conocer cómo se encuentra su estado clínico y, frente a alguna afección, cómo proceder para disminuir riesgos y mejorar el modo de vivir. En pospandemia por COVID-19, 365 personas con diabetes mellitus (DM) retiraban medicación de la farmacia de un centro de atención primaria y surgió la pregunta de si tenían conocimientos básicos sobre su enfermedad para su auto cuidado.

Objetivos: Identificar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad en la población con DM que asiste al CeSAC 15, elaborar un perfil socio demográfico y realizar una propuesta para efectuar un proyecto de educación terapéutica.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, no experimental, cuantitativo, analítico en mayores a 19 años con DM de más de 6 meses desde el diagnóstico. Criterios de inclusión: asistir en CeSAC 15 (San Telmo), alfabetizado, entre meses 11 y 12/2022. Se excluyeron casos de: enfermedad psiquiátrica, deterioro cognitivo, sordera e incapacidad física para asistir a la entrevista. Se definieron variables personales y clínicas. Muestra: no probabilística de quienes aceptaron participar. Se utilizó el *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKQ24) con validación internacional en idioma español para medir el grado de conocimiento de la enfermedad en pacientes con DM. Tiene 24 reactivos en 3 dimensiones: conocimientos básicos sobre la enfermedad (10 ítems), control de la glucemia (7 ítems), prevención de complicaciones (7 ítems). Se entrevistó el día del retiro de medicamentos, previa aprobación del consentimiento informado. Para la obtención de los datos clínicos y antropométricos se utilizó el instrumental disponible en el centro de salud.

Resultados: Se estudiaron 44 pacientes con DM2, 29 mujeres (65%) y 15 hombres (35%), con una media de edad de 60±10 años (68% entre 50 y 69). IMC medio: 32,6 Kg/m² (3 en normopeso). 23 (52,3%) no trabajaban, 35 (79,5%) refirieron nivel primario de escolaridad y 40 (90,9%) no fumaban. 8 (18%) desconocían el tipo de DM. El rango diagnóstico fue de 1 a 30 años (66%: 1 y 9 años). 33 (75%) consultaron 2/3 en el último año. 9 (20%) realizaban una alimentación adecuada y 4 (9%) ejercicios. 32 (72,7%) se trataron con agentes orales (AOD), solos o combinados. Insulina: sola (7, 15,9%) o combinada con AOD (9, 20,4%). Se analizaron los datos de combinaciones posibles de tratamiento farmacológico, alimentación y ejercicio. El 41% superó el 70% de las respuestas correctas. El 49,3% alcanzó el nivel sobre el control glucémico, el 25,5% de alimentación adecuada y el 9,1% de actividad física.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con DM2 que asiste al centro de salud no cuenta con información suficiente acerca de su enfermedad. Se propone generar estrategias efectivas de educación diabetológica grupal e individual que debe implementar un equipo de salud educado también en DM.

EVALUACIÓN EN LA PERCEPCIÓN, ADOPCIÓN Y BARRERAS EN EL USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN MEDICINA

Lucas SOSA, Alejandro DAIN, María Laura POMARES, Lorena LEQUI, Elizabeth HERRERA, Graciela RUBIN, Enrique MAJUL, Mónica ROLDÁN, Rodrigo CARNERO

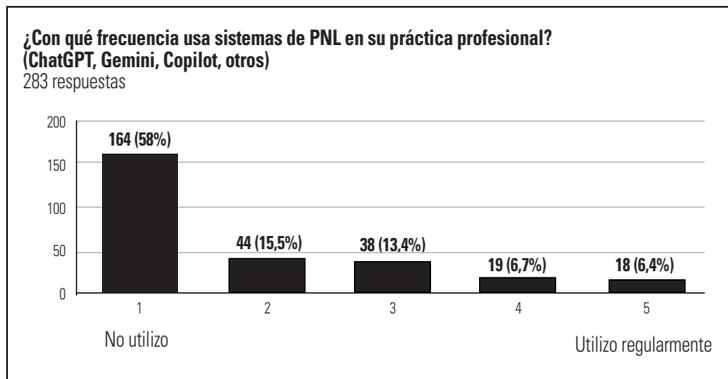
COMITÉ DE INNOVACIÓN Y DIABETES, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: lucasasosa@hotmail.com

Introducción: La inteligencia artificial (IA) en medicina utiliza algoritmos avanzados para mejorar el diagnóstico, tratamiento y gestión de pacientes. En los últimos años, la IA ha ganado prominencia en el ámbito médico, prometiendo revolucionar diversos aspectos de la atención sanitaria. Sin embargo, la adopción y percepción de estas tecnologías por parte de los profesionales de la salud varía ampliamente. Este trabajo presenta los resultados de una encuesta diseñada para entender cómo los médicos perciben y utilizan la IA, así como las barreras que enfrentan en su implementación.

Objetivos: El propósito de este trabajo fue evaluar la percepción, adopción y barreras en el uso de la IA entre los profesionales médicos. La encuesta buscó identificar patrones de uso, experiencias y expectativas sobre la IA en la práctica médica diaria.

Materiales y Métodos: Se diseñó una encuesta estructurada, distribuida a un grupo de profesionales de la salud a través de plataformas digitales. La encuesta incluyó preguntas sobre edad, sexo, especialidad, años de experiencia, entorno de atención, frecuencia de uso de sistemas de procesamiento de lenguaje natural (PNL) y percepciones sobre la IA. Los datos recolectados fueron analizados utilizando métodos estadísticos para identificar tendencias y significación.

Resultados: De los encuestados, el 40% utilizaba sistemas de PNL en su práctica profesional, con una frecuencia variable. La mayoría describió su experiencia con estos sistemas como positiva, destacando mejoras en la eficiencia y calidad del diagnóstico. Sin embargo, se identificaron barreras significativas, como la falta de formación específica y la necesidad de integración con los sistemas existentes. El 60% de los participantes consideró que la IA será muy importante en el futuro de la práctica médica, destacando la necesidad de avances en accesibilidad y en la simplicidad de su uso.



Conclusiones: Los resultados indican una percepción mayoritariamente positiva de la IA entre los profesionales de la salud, aunque persisten barreras que limitan su adopción. Es esencial desarrollar programas de formación y mejorar la integración de la IA con los sistemas de salud actuales para maximizar su potencial. Las expectativas sobre la IA son altas, y su desarrollo futuro deberá enfocarse en resolver las limitaciones actuales y fomentar su adopción generalizada.

P67

IMPACTO DEL SISTEMA *FLASH* VS. EL MONITOREO GLUCEMIA CAPILAR EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Analía Beatriz ÁLVAREZ, Bertha DE LA TORRE, Pablo Ariel FERRADA, Patricia LEMOS, Diego PONT, Elizabeth Karen VIDELA
HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, MENDOZA. Contacto: analiaalvarez250@gmail.com

Introducción: El desarrollo de técnicas de monitoreo continuo de glucosa (MCG) ha modificado la evolución de la enfermedad en diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Bajo la evidencia actual, obtener un mayor tiempo en rango, evita o retarda la aparición y/o progresión de las complicaciones crónicas. Por otro lado, la reducción del tiempo de hipoglucemia y de la variabilidad glucémica disminuye el riesgo cardiovascular, mejora la calidad de vida, la carga de la enfermedad y facilita la toma de decisiones.

Objetivos: Comparar el control glucémico (HbA1c) y la ocurrencia de internaciones por complicaciones agudas de DM1 (hipoglucemias, cetoacidosis diabética) en pacientes con DM1 bajo MCG (grupo casos) vs. MGC (grupo control).

Materiales y Métodos: Análisis longitudinal, retrospectivo, observacional. Criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, de entre 15-25 años, con diagnóstico previo de DM1, bajo terapia intensificada de insulina. Período: marzo de 2023 a marzo de 2024. Análisis estadístico: JASP, nivel significancia 5%.

Resultados: n: 44, 27(61,4%) mujeres, edad al diagnóstico de DM1 (media±DE, años) 7,6±5,2, edad al momento del análisis (media±DE, años) 19,1±2,6, tiempo evolutivo de DM1 (media±DE, años) 11,5±4,9, HbA1c (media±DE, %) 8,4±1,4. HbA1c grupo casos vs. control: 7,8±0,7 vs. 8,9±1,7 (p 0,01). Si bien el grupo casos presentó una edad media al diagnóstico de DM1 mayor (10,9±3,4 vs. control 4,6±4,7 años; p 0,01) y un menor tiempo de evolución de la enfermedad (8,9±3,9 vs. control 13,9±4,6 años; p 0,01), ninguna de estas dos características se relacionó con un mejor valor de HbA1c en forma independiente (pNS). Las internaciones por CAD fueron más frecuentes en el grupo control (10/23 vs. casos 0/21, p 0,01). En relación con el MCG se observaron los siguientes parámetros (expresados según media ± DE, %): tiempo activo de sensor 84,8±20,04, tiempo en rango 44,9±14,6, tiempo bajo de rango 2,4±1,8, tiempo muy bajo de rango 0,9±1,6, variabilidad 40,1±5,3. Correlación entre tiempo en rango y HbA1c: R de Pearson -0.62 (p 0,004).

	Total (n=44)	Grupo monitoreo flash (n=21)	Grupo monitoreo capilar (n=23)	p
Relación mujer/varón (n)	27/17	14/7	13/10	0,49
Edad al diagnóstico DM1 (media± DE, años)	7,6±5,2	10,9±3,4	4,6±4,7	0,01
Tiempo desde el diagnóstico de DM1 (media± DE, años)	11,5±4,9	8,9±3,9	13,9±4,6	0,01
Edad al análisis (media± DE, años)	19,1±2,6	19,8±2,8	18,4±2,2	0,08
Nº de consultas (media±DE)	4,6±2,7	6,7±2,2	3,04±1,9	0,01
HbA1c (media±DE)	8,4±1,4	7,8±0,7	8,9±1,7	0,01
Seguimiento nutricional (n,%)	23/44 (52,3)	12/21 (57,1)	11/23 (47,8)	0,53
Terapia psicológica (n,%)	15/44 (34,1)	7/21 (33,3)	8/23 (34,8)	0,91
Internación por CAD (n,%)	10/44 (22,7)	0/21 (0)	10/23 (43,8)	0,01
Internación por hipoglucemias (n,%)	5/44 (11,4)	1/21 (4,8)	4/23 (17,4)	0,187
Tiempo activo del sensor (media±DE)	-	84,8±20,04	-	-
Tiempo activo del sensor >70% (n,%)	-	18/21 (85,7)	-	-
Tiempo en rango (media±DE)	-	44,9±14,6	-	-
Tiempo en rango >70% (n,%)	-	1/21 (4,8)	-	-
Tiempo bajo de rango (media±DE)	-	2,4±1,8	-	-
Tiempo bajo rango <4%	-	17/21 (80,9)	-	-
Tiempo muy bajo de rango (media±DE)	-	0,9±1,6	-	-
Tiempo muy bajo de rango <1%	-	15/21 (71,4)	-	-
Variabilidad (media±DE)	-	40,1±5,3	-	-
Variabilidad ≤36%	-	7/21 (33,3)	-	-
Control glucémico (HbA1c) según:				
. Género: femenino 8,4±1,7 vs. masculino 8,3±0,9 (p 0,74)				
. Edad al momento del diagnóstico de DM1: hasta 9 años (n=28) 8,51±1,5 vs. ≥10 años (n=15) 8,19±1,2 (p 0,49)				
. Tiempo desde el diagnóstico de DM1: hasta 10 años (n=15) 8,19±1,04 vs. ≥10 años (n=28) 8,5±1,6 (p 0,49)				
. Según motivo de consulta: hasta 4 (n=20) 8,7±1,2 vs. ≥5 consultas (n=20) 8,1±1,7 (0,21)				
Correlación entre tiempo en rango y HbA1c: R de Pearson -0,62 (correlación fuerte); p 0,004				

Conclusiones: En base a los datos analizados, el grupo de usuarios de monitoreo continuo *flash* alcanzó un mejor control glucémico, como así también presentó menor frecuencia en la internación por CAD. Si bien estos datos son alentadores, consideramos necesario mejorar las métricas logradas por el MCG para lograr los objetivos generalmente sugeridos.

P68

SIMULACIÓN EN URGENCIAS: UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Sofía FABREGUES¹, Lucía Fiorella POGGIO², Carla MUSSO³, Vanesa Yolanda PANTANO⁴, Andrea Lorena MOREJÓN BARRAGÁN⁵, Carla PRUDENCIO⁵, Alejandro Arón GORODNER⁶, Viviana Luján COGO⁷, Fernando DI FERMO⁸

¹CESAC N° 11, ²HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ, ³FUNDACIÓN FAVALORO, ⁴HOSPITAL BRITÁNICO, ⁵HOSPITAL J.P. GARRAHAN, ⁶FACULTAD DE MEDICINA UNNE, ⁷HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE CLEMENTE ÁLVAREZ, ⁸SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI.

Contacto: sofia_135@hotmail.com

Introducción: La Sociedad Argentina de Diabetes (SAD), a través del Comité de Simulación Clínica, ha desarrollado en su Centro de Simulación (CeSAD) escenarios con el objetivo de facilitar el aprendizaje sobre el manejo de urgencias en diabetes mellitus (DM).

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los alumnos de la Maestría de Diabetes de la SAD luego de vivir una jornada de introducción a la simulación con tres escenarios de aprendizaje de las complicaciones agudas de la DM.

Materiales y Métodos: Durante 2023 y hasta julio de 2024 participaron 32 alumnos en tres escenarios de simulación de zona 2 de Roussin de las complicaciones agudas en DM.

Resultados: El 94% de los participantes tuvo una excelente impresión general de la experiencia. El 82% de los participantes manifestó que el material bibliográfico enviado previamente fue adecuado. En relación a la organización, al 74% le pareció muy bien organizado y el 89% acordó con la duración. El 89% consideró que la práctica con simuladores fue cercana a la realidad. El 75% de los participantes manifestó que fue adecuado el grado de dificultad del taller, mientras que al 14% le resultó difícil. En relación a la intervención del instructor, el 93% la consideró oportuna. El 96% de los participantes terminó sintiéndose capacitado para poner en prácticas las habilidades adquiridas en la actividad, mientras que el 4% restante necesitaría más actividades simuladas para lograrlo.

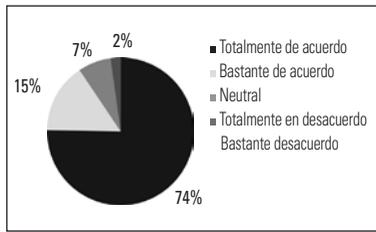


Gráfico 1: Similitud de los escenarios con la realidad.

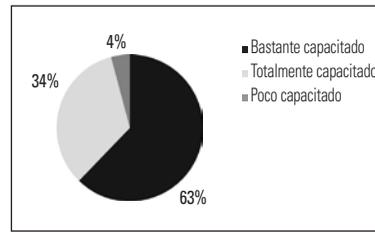


Gráfico 2: Habilidades adquiridas luego de la simulación.

Conclusiones: La jornada de simulación fue altamente valorada por los alumnos. La mayoría de los participantes consideró adecuados tanto el grado de dificultad como el material bibliográfico proporcionado. El realismo de los simuladores también fue bien evaluado, aunque existen áreas para mejorar, como la organización. En general, los alumnos se sienten capacitados para aplicar lo aprendido en su práctica profesional, lo que indica el éxito de la actividad de simulación en alcanzar sus objetivos educativos. Por lo tanto, consideramos que la simulación clínica es una estrategia valorada positivamente por los participantes para adquirir habilidades para resolver las complicaciones agudas en DM.

CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES EN ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO COMUNITARIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Nélida KARAVASKI, Ivanna Mariela SALDIVAR

UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA, CABA. Contacto: nelly.karavaski@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se considera una de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalente. El aumento de su incidencia se relaciona con cambios en la alimentación y el sedentarismo. La prevalencia mundial según la Organización Mundial de la Salud (2023) corresponde a 422 millones de personas y la carga de mortalidad de 1,5 millones. La DM2 aumenta el riesgo de incapacidad y los gastos en salud. Dicho costo se incrementó 4 veces en adultos mayores entre 1980-2014.

Objetivos: Evaluar el riesgo de desarrollar DM2 de los adultos mayores de un barrio vulnerable de CABA.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y cuantitativo. Población: adultos mayores de 60 años asistentes de un centro comunitario en población vulnerable de CABA. Se utilizó el cuestionario FRINDRISC. Punto de corte 12 puntos. Escala de riesgo: 0-6 muy bajo, 7-11 bajo, 12-14 moderado, 15-20 puntos alto y mayor a 20 muy alto.

Resultados: Se realizaron 33 evaluaciones de adultos mayores que participaron de la campaña de evaluación de riesgo de desarrollar DM2 realizada el 13/06/2024 por alumnos de segundo año de la Licenciatura en Enfermería de la UCA en el marco de las experiencias formativas integrales (EFI) del departamento de Compromiso Social. El 72,7% eran mujeres y 27,3% hombres. La media de edad fue de 68,6 ($\pm 8,43$). La media del IMC fue de 29,5 ($\pm 5,23$), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p=0,946$). Se calculó una media de circunferencia de cintura de 97,8 ($\pm 12,1$), sin diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($p=0,275$). La media observada de glucemia capilar fue de 116 ($\pm 49,1$), sin diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres ($p=0,002$). El 75,7% presentó riesgo elevado de DM2. El 68% eran mujeres y el 32% hombres. Considerando las categorías de riesgo, el 18,2% presentó riesgo bajo, el 48,5% moderado, 24,2% alto y el 9,1% muy alto. Ningún participante tuvo riesgo muy bajo. Considerando la glucemia capilar ajustada por sexo y riesgo de DM2, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, con y sin riesgo de DM2 ($p=0,002$).

Media por sexo	Total	Mujeres	Hombres	p
Edad	68 ($\pm 8,43$)	68 ($\pm 9,35$)	70 ($\pm 5,88$)	0,547
IMC	29,5 ($\pm 5,23$)	29,5 ($\pm 5,71$)	29,4 ($\pm 3,97$)	0,945
Circunferencia cintura	97,8 ($\pm 12,1$)	96,3 ($\pm 12,0$)	102 ($\pm 11,9$)	0,275
Glucemia capilar	116 ($\pm 49,1$)	101 ($\pm 13,9$)	157 ($\pm 80,8$)	0,002
Score de riesgo	14 ($\pm 3,88$)	13,3 ($\pm 3,86$)	15,7 ($\pm 3,57$)	1,126

Conclusiones: El riesgo obtenido fue elevado. En el análisis de las variables antropométricas se encontró que las mismas están elevadas aumentando el riesgo de DM. Queda en evidencia la necesidad de generar campañas de prevención a fin de fomentar los cambios de hábitos y el descenso de peso para disminuir el riesgo de DM2.

IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL PORCENTAJE DE VACUNACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES

Claudia Erika MARTÍNEZ BENAVIDEZ

HOSPITAL MISERICORDIA CÓRDOBA. CÓRDOBA. Contacto: clae30@hotmail.com

Introducción: La creación del Programa de Inmunizaciones, lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974, fue una de las estrategias con mayor impacto y equidad en la salud pública. En 1983 Argentina promulgó la Ley Nacional 22909 que establece la vacunación obligatoria y gratuita convirtiendo al calendario nacional de vacunación en uno de los más completos del mundo. Un estudio publicado en la revista *The Lancet* estima que la vacunación contra 10 enfermedades evitará, entre 2000 y 2030, más de 69 millones de muertes en países de ingresos medios y bajos. Es conocido el impacto de la influenza y de la enfermedad neumocócica en adultos como determinantes de complicaciones, hospitalización y mortalidad en adultos mayores y en aquellos con ciertas comorbilidades como la diabetes mellitus (DM). En 2021, en un trabajo realizado en un hospital de la Ciudad de Córdoba, cuyo objetivo fue conocer el porcentaje de personas con diabetes vacunadas, el 97% recibió la vacuna antigripal, el 53% la vacuna antineumocócica y el 57% la vacuna SARS-CoV-2.

Objetivos: *General:* determinar el porcentaje de personas con DM inmunizadas por vacuna luego de aplicadas las estrategias de promoción propuestas. *Específicos:* cuantificar en qué porcentaje los pacientes diabéticos cuentan con el esquema completo e incompleto de las vacunas antigripal, antineumocócica 13 y 23 y anti SARS COVID-2, antitetánica y hepatitis B a partir de las estrategias de promoción que fueron utilizadas; establecer si las personas que tuvieron el calendario completo presentaron hospitalización causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes con DM1 y DM2 mayores de 18 años, que concurrieron al consultorio externo de diabetes entre abril y mayo de 2024, luego de haber realizado actividades de promoción e información sobre la importancia y seguridad de las vacunas en distintos talleres. La toma de la muestra fue consecutiva, no probabilística. Se excluyeron personas con DM menores de 18 años, y quienes consultaron por primera vez.

Resultados: Se incorporaron 63 personas con DM, 23 varones y 40 mujeres, con una edad promedio de 52 años. El 97% de los entrevistados tenía la vacuna antigripal, el 88% la vacuna contra hepatitis B, el 88% la antineumocócica 13, el 87% la antineumocócica 23, la doble bacteriana el 91%, y la SARS-CoV-2 primera y segunda dosis el 100%, disminuyendo al 11% los pacientes con la sexta dosis. Del total de la población, el 89% contó con las 6 vacunas estudiadas, y un paciente fue internado por neumonía aguda de la comunidad (NAC), no contando con ninguna vacuna.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo muestran que el porcentaje de vacunación varía según la vacuna analizada. El porcentaje de vacunados en Argentina con la vacuna de la influenza fue del 86,9%, siendo mayor en nuestra población (97%), esto podría deberse a un mayor conocimiento de la población del riesgo de las complicaciones de la gripe y a la mayor difusión de la vacuna antigripal. Es importante destacar que los pacientes con esquema de vacunación completo no fueron internados por NAC. Este trabajo apuntó a rescatar las estrategias a nivel institucional, en diferentes áreas y niveles, para favorecer el acceso de la población adulta a las vacunas.

PERSONAS CON DIABETES. MOTIVOS DE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD

Natalia Andrea DASCANI¹, Daniel CROATTO², José COSTA GIL³

¹HOSPITAL GABRIEL INTENDENTE CARRASCO ROSARIO, ²MAINS BLEUES, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: nataliadascani12@hotmail.com

Introducción: La internación de personas con diabetes mellitus (DM) se vinculaba a emergencias por hipoglucemias o cetoacidosis. En lugares de segundo nivel de atención es probable que las causas de internación sean diferentes y se abrieron algunos interrogantes: ¿Cuáles son los motivos de internación de personas con DM? ¿Los motivos difieren en personas con DM1 y DM2? ¿La evolución y días de internación se relacionan con el motivo de ingreso?

Objetivos: Identificar los motivos de internación en sala general de pacientes con DM internados en un Hospital de segundo nivel de complejidad; caracterizar a la población en estudio; analizar la condición metabólica preinternación y la relación con el motivo; evaluar las diferencias entre DM1 y DM2, además de la evolución y permanencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes admitidos en la sala general de internación de Clínica Médica. Lapso: 01/02/2018 a 31/12/ 2019. Ámbito: Hospital con área de influencia organizada con un efector primario de salud. Se incluyeron personas con DM1 o DM2 mayores de 14 años, no embarazadas, y con registros institucionales consecutivos y completos. Se registraron las causas de internación en detalle. Análisis de datos: como variables y las relaciones se evaluaron por X², Mann-Whitney o Fisher. Las variables cuantitativas por promedio y DE. La comparación entre grupos por el test t. Se utilizó R Core Team (2022). Nivel de significación: 5%. Se respetaron los reparos éticos internacionales, nacionales e institucionales.

Resultados: Se analizaron 3395 historias clínicas en el período 2018-2019: 436 pacientes con DM (13%), 372 con DM2 (85%) y 64 (15%) con DM1. Media de edad: 56±15 años. 276 hombres (63%). Motivos de internación (total de pacientes con DM): infecciosa: 371 (79%) DM1: 57 vs. DM2: 314, p<0,02; metabólica: 94 (20%) DM2: 54 vs. DM2: 40, p<0,01; cardiológica 79 (17%), DM1: 0 vs. DM2:79, p<0,01; digestiva: 15 y hematológica: 10. 61 pacientes estuvieron en meta de HbA1c (13%). Pacientes con buen control glucémico previo al ingreso: 61(13%). La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión (260: 55%). La duración de internación: DM1 fue menor que DM2: 6±3 vs. 9±4 días (p<0,001), el 80% resolvió el motivo de internación. Hubo 14 óbitos (3%) y 68 (14%) se derivaron.

Conclusiones: La internación fue frecuente en personas con DM, mayor en hombres y DM2. Las causas más comunes fueron infecciones. Hubo estados hiperglucémicos severos cetósicos y no cetósicos. Los eventos cardiovasculares fueron el segundo grupo en DM2. Fue bajo el porcentaje con aceptable control metabólico previo. La mortalidad fue baja y la derivación razonable.

P72

PACIENTES CON ESTADOS PLURIPATOLÓGICOS. PRONÓSTICO POR LA PRESENCIA DE DIABETES EN INTERNADOS Y AL ALTA

Carlos Mariano SCOLARI PASINATO¹, Andrea Monserrat PASINATO², Dino MORETTI², José COSTA GIL³

¹ SANATORIO DELTA; ² UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO; ³ INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: carlosscolari@yahoo.com.ar

Introducción: El estado pluripatológico (PP) identifica a personas con dos o más afecciones crónicas no curables que no portan una enfermedad índice, y provocan deterioro progresivo y pérdida de autonomía. El tema es controversial y produjo preguntas por investigar: en pacientes PP, ¿tener DM modifica la mortalidad y/o carga de la enfermedad?

Objetivos: Evaluar si la DM afecta al paciente con PP en el contexto de internación en sala general (requirió UTI, mortalidad) y seguimiento por un año al alta (mortalidad). Comparar variables demográficas, clínicas, de estudios complementarios y fármacos. Desarrollar una línea de investigación clínica.

Materiales y Métodos: Estudio de observación, retrospectivo en adultos internados en sala general en una institución del subsector privado de registros de 4 meses (antes de pandemia COVID-19). Criterios de ingreso: ≥18 años, presencia de PP y datos completos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables a nivel general. La presencia de DM representó casos y sin DM fueron controles. Se incorporaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y fármacos. Se categorizó el estado PP (tipo/combinación de enfermedades por Profund Index) en 8 grupos (A a H). Se evaluó el riesgo de mal nutrición al ingreso por valoración global subjetiva (validado). Reparos éticos: se aprobaron por el Comité.

Resultados: Se internaron 654 pacientes, 111(17%) con criterios de PP: 40 (36%) con DM y 71 sin DM (64%). El motivo de internación fue de causa médica en 107 personas (NS con/sin DM). La edad media de pacientes con DM fue de 71,5 años vs. sin DM: 78,2 (p<0,01). Hubo un 35% de dislipidemias en el grupo con DM y 14,1% sin DM (p=0,02). Los PP con DM usaron una media de 5,3 fármacos y 4,5% PP sin DM (p<0,001). No hubo diferencias entre sexos, IMC, lugar de residencia e hipertensión. 50:111 (45%) de pacientes ingresaron con desnutrición moderada o en riesgo nutricional y 16 (14,4%) con desnutrición severa, que fue significativamente más alta en pacientes con DM (p<0,01). Curva de vida estimada (Kaplán-Meier): sin DM vivió 109 días menos (p<0,086).

Conclusiones: La DM en pacientes con PP en internación y seguimiento mostró: adultos mayores de edad más joven, toma de mayor cantidad de fármacos, mayor deterioro nutricional severo, estadías hospitalarias más prolongadas, tendencia a tener mayor expectativa de vida. Limitaciones: único centro, número moderado de pacientes, controversias (mundial) en métodos para evaluar la PP. Continuar investigando.

P73

ESTUDIO COMPARATIVO ENCUESTAL SOBRE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2 DE ARGENTINA

Daniel CROATTO¹, Lorena LEQUI¹, Arturo LÓPEZ RIVERA², María Lorena GONZÁLEZ LÓPEZ², Florencia SOTO², Mariela Andrea AYALA², Corina Soledad DEBIAGGI¹, María Pía SANTUCCI², María de los Ángeles VETTORE², María Soledad ZULAY CORDERO², Rodrigo CARNERO², María Lidia RUIZ MOROSINI², Ignacio Antonio PICO², José BORGONOVO², Santiago LIMA², Elizabeth HERRERA², María Laura KABAKIAN²

¹ MAINS BLEUES, ² SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: danielcroatto@yahoo.com.ar

Introducción: La hipoglucemia es un síndrome clínico caracterizado por la disminución de los niveles plasmáticos de glucosa que puede provocar la aparición de signo-sintomatología asociada. Este tipo de eventos constituye un efecto adverso frecuente en personas con diabetes mellitus (DM), especialmente en aquellas tratadas con insulina.

Objetivos: Comparar hipoglucemias en pacientes con DM1 y DM2 insulinotratados; identificar características de frecuencia de los episodios y en la aparición de síntomas; relacionar hipoglucemia con tipo de tratamiento farmacológico, automonitoreo, ejercicio físico y de plan nutricional; determinar el tipo de tratamiento utilizado en hipoglucemias; establecer asociaciones.

Materiales y Métodos: Estudio transversal encuestal de preguntas cerradas. Se incluyeron pacientes con DM1 y DM2 y otros tipos de DM, de ambos sexos de entre 0 y 85 años, todos insulinotratados. Las encuestas fueron retrospectivas (12 meses) con la intención de determinar episodios de hipoglucemia constatada por AMG (gl capilar=70) y definir sus características. Se compararon proporciones IC 95%. Estadísticamente significativo p=0,05. Se utilizó R. MEDIC.

Resultados: Se encuestaron 390 personas (41% masculinos) 319 DM1 y 60 DM2. Edad media DM1 32,67 años (DE 16,83) IC 95% 30,82-34,52, DM2 61,42 años (DE 11,8) IC 95% 58,35-64,49. 94,98% de DM1 presentó al menos un episodio de hipoglucemia, 70% para DM2. Frecuencias de presentación mayores en DM1 que en DM2 incidencia semanal FR 0,48/0,05 (p.0,002) incidencia diaria FR 0,15/0,01 (p. 0,001). DM2 presentó tendencia a mayor cantidad de hipoglucemias vespertinas y DM1 tendencia a presentar mayor cantidad de hipoglucemias en horas de sueño. En DM1 mayor frecuencia de confusión, temblor, mal humor, palpaciones y nerviosismo, mientras que en DM2 fueron más frecuentes los mareos y la cefalea, se trataron más frecuentemente con bebidas azucaradas (42%). Solo el 42,64 % de los DM1 tenía glucagón. Las pautas de alimentación, ejercicio físico adaptado y frecuencia de mediciones no tuvieron asociación con la frecuencia de aparición de las hipoglucemias, pero sí encontramos asociación entre la falta de prescripción de actividad física y las hipoglucemias severas. La hipoglucemia no fue una causa prevalente de internación. El método de administración de insulina no se asoció a mayor frecuencia de hipoglucemias

Conclusiones: Las hipoglucemias son más frecuentes en DM1. No se pudo establecer un patrón de prevalencia de horarios de aparición. La presentación de síntomas es más frecuente en DM1, fundamentalmente relacionada a respuesta adrenérgica. Tanto en DM2 como en DM1 las hipoglucemias no constituyen la causa prevalente de internaciones. En esta serie, el dispositivo de administración de insulina no se asoció a aumento de frecuencia e intensidad de hipoglucemias.

P74

ESTUDIO COMPARATIVO DE FRECUENCIA DE APARICIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES INSULINOTRATADOS Y SU RELACIÓN A CONTROL METABÓLICO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES

Daniel CROATTO¹, Lorena LEQUI¹, Arturo LÓPEZ RIVERA², María Lorena GONZÁLEZ LÓPEZ², Florencia SOTO², Corina Soledad DEBIAGGI¹, Mariela Andrea AYALA², María Pía SANTUCCI², María Lidia RUIZ MOROSINI², María de los Ángeles VETTORE², María Soledad AZULAY CORDERO², Rodrigo CARNERO², Ignacio Antonio PICO², Santiago LIMA², José BORGONOVO², Camila ANGHILANTE¹, Elizabeth HERRERA², María Laura KABAKIAN²

¹MAINS BLEUES, ²SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: danielcroatto@yahoo.com.ar

Introducción: La hipoglucemia es una complicación aguda frecuente en personas con diabetes mellitus (DM), fundamentalmente en las que reciben tratamiento insulínico. Muchos estudios que se ocupan de este tema detallan una incidencia mayor en DM1 que en DM2 insulinizados. Los síntomas en general pueden ser variables y se han asociado a factores como antigüedad de la enfermedad y presencia de complicaciones. Asimismo, el miedo a estos episodios y también el inadecuado tratamiento representan un obstáculo en relación al manejo de la enfermedad y el óptimo control glucémico.

Objetivos: Estimar la incidencia de hipoglucemias sintomáticas autotratadas y asistidas por terceros en pacientes diabéticos en tratamiento con insulina. Relacionar estos tipos de hipoglucemias con la antigüedad de diagnóstico y el control metabólico, tanto en pacientes con DM1 como con DM2.

Materiales y Métodos: Estudio transversal encuestal a respuesta cerrada anónimo a pacientes con DM1 y DM2 insulino-tratados de ambos sexos de entre 1 y 85 años. Las encuestas fueron retrospectivas de los últimos 12 meses. Se estableció asociación entre la antigüedad de la enfermedad y el control metabólico (por HbA1c) por pruebas de comparación de medias y varianzas (IC 95%) R MEDIC.

Resultados: Se encuestaron 390 personas (41% masculinos): 319 DM1, 60 DM2, 11 otros tipos de DM. Edad media DM1 32,67 años (DE 16,83), IC 95% 30,82-34,52 y su historial de enfermedad de 15,01 años (DE 11,6), mientras que en DM2 61,42 años (DE 11,8), IC 95% 58,35-64, con 17,42 años (DE 10,29) respectivamente. Las hipoglucemias fueron más frecuentes en el grupo de DM1 (94,98%) vs. DM2 (70%). El 15% reportó hipoglucemias severas y fueron más frecuentes en DM1 RR 0.14 vs. 0.01. En pacientes con hipoglucemias severas la diferencia de medias para HbA1c fue +2,09 (p 0,08) para DM2 y +0,97 (<0,001) para DM1. En los pacientes con hipoglucemias severas la relación con la antigüedad de la enfermedad DM2 y la diferencia de medias en la evolución de la enfermedad fue de +13,1 (p 0,02), mientras que no fue significativo en DM1.

Conclusiones: La aparición de hipoglucemias en los pacientes en tratamiento con insulina es una entidad frecuente. Existe una proporción de hipoglucemias de presentación severa siendo más frecuente en DM1. En esta serie el tiempo de evolución de la enfermedad se asoció con hipoglucemias severas en pacientes con DM2. La relación del control metabólico y la hipoglucemia severa tanto en DM1 como en DM2 mostraron HbA1c más elevadas, pero solo en DM1 con significación estadística.

P75

RESULTADOS DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL POSOPERATORIO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON Y SIN DIABETES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA Y REEMPLAZO VALVULAR

Julián EIZAYAGA, Mariana LARUSSI, Gabriel ESQUIVEL, Vittorio FALCO, Diego CARUSO, Marcela MARTÍNEZ, José FRETES, Carla MUSSO, María Cristina FAINGOLD

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CÉSAR MILSTEIN, CABA. Contacto: eizayagajulian@gmail.com

Introducción: La hiperglucemia en pacientes hospitalizados (glucemia ≥ 140 mg/dl) constituye un evento común en el contexto de la cirugía cardiovascular, asociándose con mayores complicaciones posoperatorias (POP) y mortalidad, independientemente del diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM).

Objetivos: Describir las complicaciones posoperatorias y su asociación con el control glucémico en pacientes adultos mayores sometidos a CRM y reemplazo valvular (RV), teniendo en cuenta si presentaban o no diagnóstico previo de DM.

Materiales y Métodos: Estudio clínico no controlado, prospectivo de corte transversal. Se incluyeron 310 pacientes sometidos a CRM y CRM RV, entre junio de 2019 y junio 2024. La edad media fue 71 años. Se clasificaron como pacientes con DM (42,6%) y sin DM (57,4%). Se dividieron, según el control glucémico en las 24 h POP, en: 1) óptimo: pacientes con glucemia promedio ≤ 180 mg/dl y sin hipoglucemia (< 70 mg/dl); 2) no óptimo: pacientes con glucemia promedio ≥ 180 mg/dl. Se evaluaron complicaciones POP. Se realizaron dos modelos multivariados de regresión logística donde se incluyeron predictores clínicos y de control glucémico; uno con la variable dependiente muerte y otro con muerte +ACV e IAM. Se consideró $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

Resultados: 115 pacientes (37,5%) presentaron un control glucémico no óptimo en las primeras 24 h POP, mientras que 191 pacientes (62,5%) tuvieron un control óptimo. En aquellos pacientes con control glucémico no óptimo se evidenció una mayor tasa de complicaciones POP vs. control glucémico óptimo (86,1% vs. 73,8%; $p=0,012$) y una mayor tasa de mortalidad (10,4% vs. 3,7%; $p=0,017$). En el análisis multivariado se incluyó la presencia de DM, HbA1c%, edad, IMC, índice de comorbilidad de Charlson, coeficiente de variabilidad glucémica y su asociación con complicaciones POP. El control glucémico no óptimo (OD 5.5 - $p < 0,004$) fue un factor de riesgo independiente de mortalidad y mortalidad +ACV e IAM (OD 5.4 $p < 0,0001$). El antecedente de DM demostró ser un factor protector en ambos modelos multivariados (OD 0,14 - $p < 0,024$) y (OD 0,27 $p < 0,016$).

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio proporcionan evidencia de que, en concordancia con los estudios realizados en poblaciones más jóvenes, los niveles elevados de glucemia en las primeras 24 h posoperatorias aumentan la incidencia de complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a CRM y RV, independientemente del diagnóstico preoperatorio de DM.

P76

EVIDENCIA DEL MUNDO REAL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA: ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO SOBRE LA TENDENCIA EN LA ADECUACIÓN FÁRMACO-TERAPÉUTICA

Mariana Andrea BURGOS, María Florencia GRANDE RATTI, María Victoria AMI, Carolina PINTOS, María Paula RUSSO
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CABA. Contacto: mariana.jhs@gmail.com

Introducción: La Guía de Práctica Clínica (GPC) del Ministerio de Salud 2019 recomienda en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (ECV) que no alcanzan objetivo glucémico, asociar un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y/o agonista del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1). Identificar la tendencia en la prescripción de estos fármacos brindaría información sobre la implementación de las GPC en la práctica clínica.

Objetivos: *Primarios:* describir una población con DM2 y ECV establecida, estimar la proporción de personas con prescripción de tratamiento adecuado según las recomendaciones actuales y explorar factores asociados a la misma. *Secundarios:* evaluar la tendencia de prescripción de fármacos antihiper glucemiantes con eficacia cardiovascular (2020-2021-2022) y la incidencia acumulada de mortalidad a 1 y 2 años en esta población.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal en una población con DM2 y ECV establecida (antecedente de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, enfermedad coronaria y/o enfermedad vascular periférica). La adecuación de tratamiento antidiabético se definió como la prescripción de metformina más iSGLT2 y/o aGLP1. Se estimó la prevalencia puntual de adecuación a marzo de 2020, 2021 y 2022. Para describir las características epidemiológicas de la población se utilizó estadística descriptiva. Se informó la incidencia acumulada de mortalidad con análisis de tiempo al evento y Kaplan-Meier (como cohorte retrospectiva).

Resultados: Se incluyeron 1539 personas con DM2 y ECV establecida en 2020, 1633 en 2021 y 1634 en 2022. El porcentaje de adecuación de tratamiento antidiabético fue de 5,5%, 4,5% y 9,2% en 2020, 2021 y 2022 respectivamente. La incidencia acumulada de mortalidad al año fue de 10% al año y de 17,2% a los 2 años.

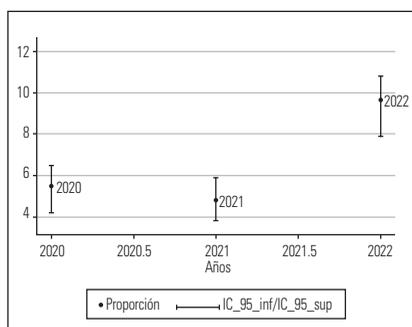


Figura: Proporción de pacientes con tratamiento antidiabético adecuado por año.

	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Pacientes con DM2 y ECV establecidas	n=1539	n=1633	n=1634
Total de pacientes con DM2	8471	8104	7754
ECV (IC 95%)	17,9% (17,4-19,0)	20,2% (19,3-21)	21,1% (20,2-22)
Características basales			
Edad, en años*	76,2 (DE±10,5)	76,3 (DE±10)	76,6 (DE±10)
Sexo masculino, %(n)	65,3 (1005)	65,9 (1059)	64,2 (1054)
IMC (kg/talla ²)	29,8 (DE±5,0)	29,8 (DE±5,4)	30 (DE±5,3)
Complicaciones macrovasculares			
IM/enfermedad coronaria, %(n)	61,5 (947)	67,3 (1099)	66,9 (1092)
ACV, %(n)	40,6 (625)	36,2 (591)	37,1 (606)
EVP, %(n)	12,7 (195)	11,7 (191)	11,8 (192)
Otras complicaciones			
Pie diabético, %(n)	18,3 (282)	17,7 (290)	19,6 (321)
Retinopatía, %(n)	4,4 (67)	3,5 (57)	3,3 (54)
Neuropatía, %(n)	2,9 (44)	2,3 (42)	3,1 (51)
Nefropatía, %(n)	1,7 (26)	1,4 (23)	1,2 (19)

Tabla: Características de los pacientes.

Conclusiones: Existe una baja tasa de prescripción adecuada, con un aumento significativo en 2022.

P77

DIABETES TIPO 2 Y RIESGO CARDIOVASCULAR: METABOLITOS BACTERIANOS E ÍNDICE INFLAMATORIO DIETARIO

María Lucila CARRASCO GUERRA¹, Miguel PASQUEL ANDRADE², María Fernanda RIVADENEIRA GUERRERO¹, José COSTA GIL³, Klever Vinicio SÁENZ FLOR⁴

¹ PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, ² INSTITUTO MÉDICO INTEGRAL VIDA, ³ INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA, ⁴ LABORATORIO CLÍNICO SYNLAB. Contacto: mcarrasco guerra@yahoo.com.mx

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. Se usan *scores* que calculan y predicen el riesgo de eventos a 10 años. Se podría mejorar la predicción mediante el índice inflamatorio dietario (IID) que mide el potencial inflamatorio de alimentos ingeridos que causan un estado de endotoxemia metabólica que elevan metabolitos inflamatorios bacterianos como lipopolisacárido (LPS) y trimetil amino oxidasa (TMAO).

Objetivos: Determinar la relación entre el IID, la producción de metabolitos bacterianos inflamatorios y el riesgo cardiovascular (RCV) en adultos con DM2 tratados en una institución.

Materiales y Métodos: Estudios observacional, transversal, de información de historias clínicas y documentos fuente de 72 pacientes de una investigación metagenómica previa mediante el test "MyBiome®" que identificó microbiota intestinal (7/2022 a 2/2023), luego de la aprobación del Comité de Ética (código CEISH-183-2021). Se consideraron datos antropométricos, bioquímicos, inflamatorios y metabolitos bacterianos (LPS-TMAO). Los pacientes se clasificaron (Guía ADA 2023 e IMC) en: normogluceemia-normopeso (15), normogluceemia-obesidad (14), insulinoresistencia-obesidad (15), pre-DM-obesidad (14), DM-obesidad (14). Para el IID se revisaron recordatorios de 24 h y cuestionarios nutricionales. Para RCV se usó el Programa HEARTS-OPS.

Resultados: 56 personas (77%) mostraron RCV bajo, 14 (19%) tuvieron RCV alto y fue el total de DM2 y en 3 (4%) fue moderado (2 de normogluceemia-normopeso y 1 pre-DM-obesidad). El grupo de RCV moderado mostró la media más alta de IL-6 (19,52 DE± 28,8, p<0,01). En 11 (15,3%) con DM2-obesidad predominó un patrón alimentario inflamatorio. El no inflamatorio prevaleció en normogluceemia-normopeso (8-11,2%). Regresión multinomial: el patrón alimentario no inflamatorio tuvo 60% menos probabilidad que el RCV sea moderado y 65% menos probabilidad de ser alto (NS p>0,05). Se halló significación entre metabolitos bacterianos y RCV: LPS vs. RCV moderado (p=0,013). TMAO vs. RCV moderado (p<0,01) vs. RCV alto (p=0,046). Regresión multinomial: LPS tuvo 1217 veces más probabilidad de RCV moderado (p=0,05) y 1104 veces más alto. TMAO mostró 1348 veces más probabilidad de RCV moderado (p=0,012) y 1195 veces RCV más alto.

Conclusiones: En pacientes con DM2-obesidad predominó el patrón alimentario inflamatorio y el RCV alto. Los genes de metabolitos bacterianos inflamatorios LPS y TMAO se asociaron con mayor probabilidad de presentar RCV moderado y alto.

PERFIL CARDIO-RENO-METABÓLICO EN PRIMERA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA: EVALUACIÓN DE 541 PACIENTES

María Jimena SOUTELO¹, María Clara FRITZ¹, Antonella GALLUCCI SILVESTRIS¹, Jimena BASUALDO¹, Silvana METTINI², Guido DI FONZO³, Lucrecia SECCO², Gabriel FARAJ¹

¹SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO, HOSPITAL CHURRUCA VISCA, ²SECCIÓN INSUFICIENCIA CARDÍACA, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL CHURRUCA VISCA, ³SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL CHURRUCA VISCA. Contacto: antogllcc@gmail.com

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) está subestimada como una complicación frecuente de la diabetes mellitus (DM). La IC y la DM ocurren en muchos casos de manera concomitante y cada enfermedad aumenta el riesgo independiente de desarrollar la otra. Los pacientes con DM tienen mayor mortalidad que los normoglucémicos.

Objetivos: Evaluar los factores cardio-reno-metabólicos en la primera hospitalización por IC y estimar predictores de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas digitalizadas de pacientes hospitalizados por primer evento de IC entre enero de 2013 y enero de 2019. Se recabaron antecedentes personales, hábitos, medicación habitual, examen físico, laboratorio de ingreso/egreso y estudios complementarios. Se dividió la muestra en pacientes con y sin DM según criterios SAD. Para la comparación de las variables numéricas se utilizó el test de Student o Mann-Whitney, y para la comparación de frecuencias chi-cuadrado o exactos de Fisher, p significativa <0,05. Se construyó un modelo predictor de mortalidad mediante una regresión logística con selección automática de variables *step forward*. La medida de efecto se expresó en *Odds Ratio* (OR) e IC 95%.

Resultados: Se incluyeron 541 pacientes hospitalizados por primer evento de IC: 297 sin DM y 244 con DM. Los pacientes con DM fueron más jóvenes (p 0,003), tenían mayor prevalencia de dislipidemia (p 0,001) e IAM (p 0,004). Los pacientes con DM presentaron mayor IMC (p 0,001) y presión arterial sistólica (PAS) al egreso (p 0,01). En el laboratorio de ingreso registraron mayor glucemia (p 0,001), HbA1c (p 0,001), albuminuria (p 0,001) y creatinina (p 0,002), y menor filtrado glomerular (p 0,02). En el ecocardiograma la fracción de eyección del VI (FEVI) fue menor en los pacientes con DM (p 0,04). Asimismo, en mujeres del grupo con DM predominó la FEVI preservada, mientras que en los varones la FEVI reducida (p 0,006). El modelo multivariable predictor de mortalidad incluyó: edad 1,11 (1,07-1,15), PAS de egreso 0,97 (0,95-0,99), creatinina 2,28 (1,08-6,16) y HbA1c 1,55 (1,16-2,21), con una sensibilidad de 0,83, especificidad de 0,55, y curva ROC con AUC 0,84.

Conclusiones: Acorde con la literatura, en esta muestra los pacientes con DM presentaron mayor severidad y cantidad de factores de riesgo cardio-reno-metabólicos, los cuales se comportan de forma independiente como predictores de mortalidad.

CARDIOMETABOLIC EFFECTS OF LIRAGLUTIDE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND HEART FAILURE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Jiandra DA LUZ¹, Natanael DE PAULA PORTILHO², Marcelo ALBUQUERQUE BARBOSA MARTINS³, Deivyd VIEIRA SILVA CAVALCANTE⁴, Larissa HESPANHOL⁵, Mariana CARVALHO DE OLIVEIRA⁶

¹FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, LA PLATA, ²FEDERAL UNIVERSITY OF CUIABÁ, MATO GROSSO, BRAZI, ³UNIVERSIDA DE FEDERAL DE OURO PRETO, ⁴FEDERAL UNIVERSITY OF MARANHAO, ⁵FEDERAL UNIVERSITY OF CAMPINA GRANDE, ⁶UNIVERSITY OF ARARAQUARA- UNIARA. Contacto: clinicajiandradaluz@gmail.com

Introducción: Previous clinical studies have demonstrated the efficacy and safety of glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1RAs) in reducing weight and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients. However, the outcomes are inconsistent for those with diabetes and heart failure.

Objetivos: This meta-analysis assessed liraglutide's impact on cardiac function and metabolic biomarkers in heart failure patients.

Materiales y Métodos: We systematically searched PubMed, EMBASE, and Cochrane Library databases for randomized controlled trials (RCTs) examining the metabolic and cardiovascular effects of the GLP-1RA liraglutide in patients with type 2 diabetes and heart failure. Outcomes included changes in plasma N-terminal brain natriuretic peptide (NT-proBNP) levels, Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire Clinical Summary Score (KCCQ-CSS), body weight, glycated hemoglobin (HbA1c), plasma glucose, E/e' ratio, indexed left atrial volume (LAVI), and secondary outcomes such as 6-minute walk distance. We pooled the mean differences (MD) for continuous endpoints with 95% confidence intervals (CI) using a random-effects model.

Resultados: Four studies, comprising 312 patients, were included, of which 160 (51.28%) received liraglutide. In this meta-analysis, there were significant differences between groups concerning NT-pro-BNP (MD -270.80 pg/mL; 95% CI [-530.59, -11.02]; I²=94%; Figure 1A), Fasting Blood Glucose (MD -0.50 mmol/L; 95% CI [-0.95, -0.04]; I²=0%; Figure 1B), and weight (MD -3.73 kg; 95% CI [-5.57, -1.89]; I²=88%; Figure 1C). However, no significant difference between groups were observed regarding LAVI (MD -3.21 mL/m²; 95% CI [-7.52, 1.10]; I²=72%; Figure 1D), E/e' ratio (MD -2.16; 95% CI [-5.04, 0.72]; I²=75%; Figure 2A), 6 min walk distance (MD -12.64 m; 95% CI [-32.24, 6.96]; I²=32%; Figure 2B) and HbA1c (MD -3.91 mmol/mol; 95% CI [-8.29, 0.47]; I²=92%; Figure 2C).

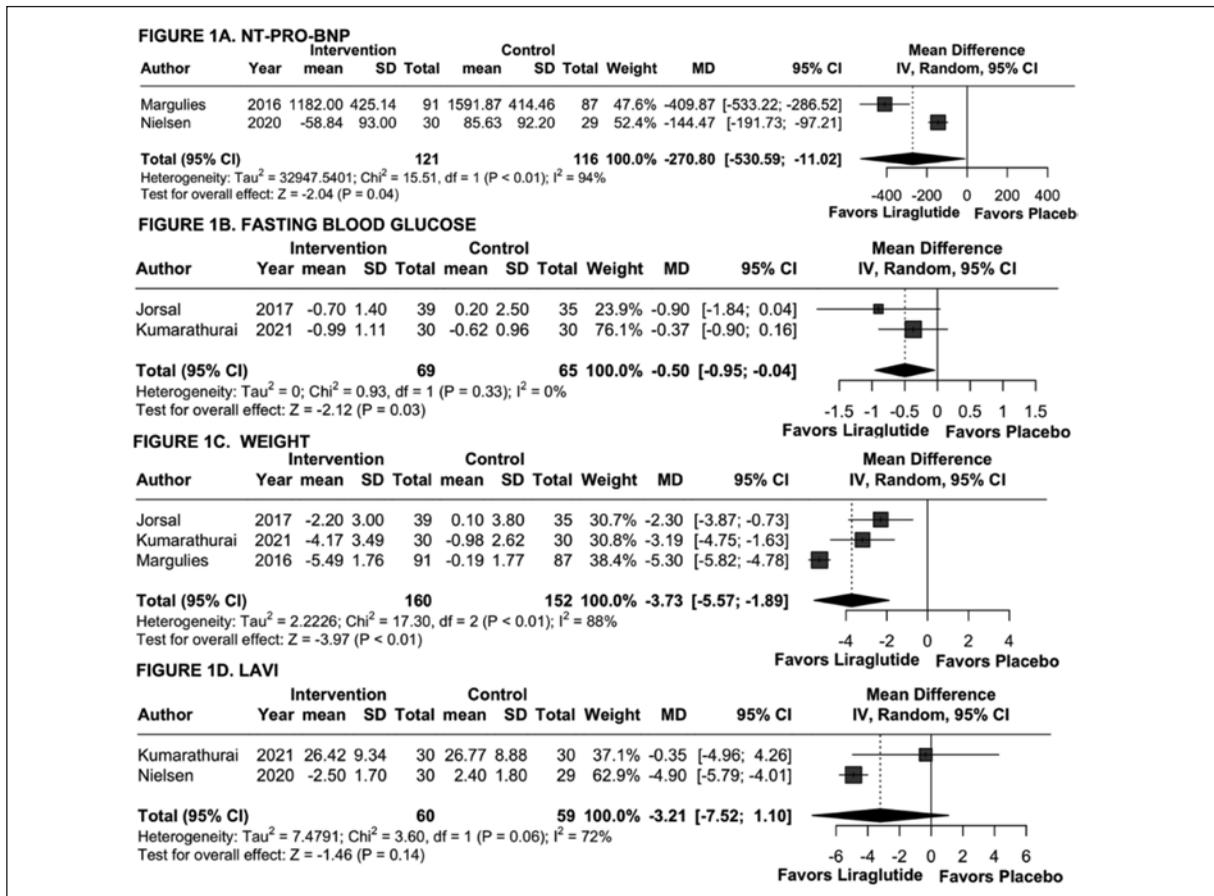


Figure 1: a) NT-pro-BNP showed significant differences between groups ($p=0.01$). b) Fasting blood glucose significantly differed between groups ($p=0.03$). c) Weight showed significant differences between groups ($p<0.01$). d) The Left Atrial Volume Index was non-significant between groups ($p=0.14$)

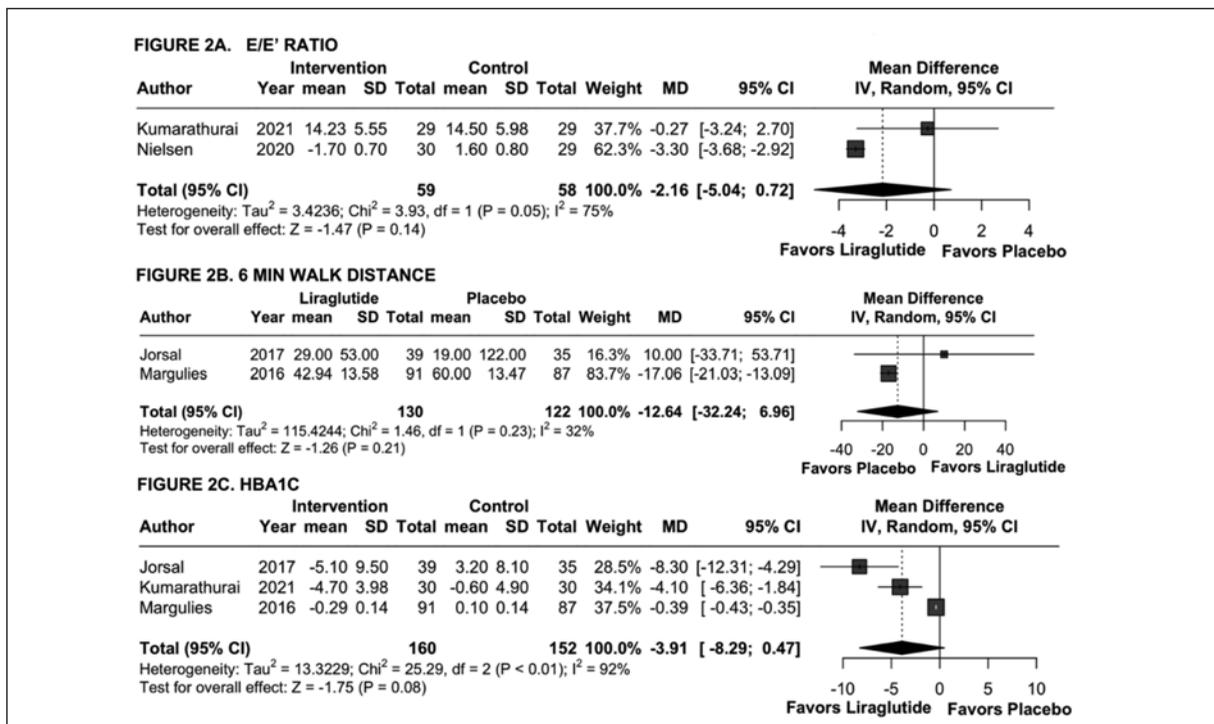


Figure 2: a) E/e'Ratio showed non-significant differences between groups ($p=0.14$). b)The minute' walk distance was non-significantly different between groups ($p=0.21$). c)The hemoglobin A1c was non-significant different between groups ($p=0.08$)

Conclusiones: Liraglutide may benefit patients with type 2 diabetes and heart failure by promoting weight loss and significantly improving NT-proBNP and fasting blood glucose levels, positively affecting metabolic health. However, no notable differences were observed in LAVI, E/e' ratio, 6-minute walk distance, and HbA1c level.

P80

ABORDAJE INTEGRAL DE LOS CUIDADOS DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

Alejandra Fabiana BADON, María Laura Capria, Belén Soledad GALASSO

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL BICENTENARIO DE ESTEBAN ECHEVERRÍA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: alejandrabadon@gmail.com

Introducción: El pie diabético (PD) es un problema médico, social y económico en todo el mundo. La intervención de equipos multidisciplinarios de PD es crucial en los casos en que la isquemia y la infección están asociadas, mostrando beneficios en una menor tasa de amputación, reducción de la estadía hospitalaria y del coste económico. La gestión e implementación del Programa de Pie Diabético en el Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría tiene como objetivo prevenir el desarrollo de úlceras y tratar en forma interdisciplinaria las lesiones de PD para reducir las amputaciones asociadas al mismo, priorizando la integridad del pie y fortaleciendo la calidad de vida. El Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría es un hospital público con alcance territorial nacional. Presenta infraestructura, tecnología y recurso profesional especializado en el manejo de esta patología lo que permite brindar una atención interdisciplinaria.

Objetivos: Proporcionar información acerca de la crónica de la evolución, la estructura y dinámica actual del Programa de Pie Diabético del Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría

Materiales y Métodos: A lo largo de 2023 se realizaron reuniones semanales convocadas por el Departamento de Cuidados Continuos y del Servicio de Programas Sanitarios con referentes de las disciplinas principalmente involucradas en la problemática del PD y de aquellas que son alcanzados en situaciones particulares con la finalidad de adecuar los recursos disponibles a una dinámica que permita el abordaje integral de la patología, realizando una evaluación continua de los procesos y promoviendo la atención del paciente en el marco de cuidados progresivos.

Resultados y Conclusiones: Se logró un circuito dinámico de atención con criterios específicos y mecanismos accesibles de notificación para el abordaje interdisciplinario de la patología y la evaluación continua.

P81

CONSULTORIO DE PIE DIABÉTICO Y CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS: UN NUDO EN LA RED DEL PIE

María Celina LLOVERAS¹, Adriana CARMONA¹, Paola LOMBARDI¹, Rosa Beatriz IBARRA²

¹CENTRO DE SALUD 98, VISTA FLORES, APS TUNUYÁN, ²MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MENDOZA. Contacto: celialfelias@gmail.com

Introducción: Tras la pandemia de COVID-19 se observó un aumento de las infecciones y úlceras en personas con diabetes mellitus (DM). El Curso de Abordaje del Pie Diabético 2022 impulsó la creación de un consultorio especializado en el Centro de Salud Cabecera de la zona oeste de Tunuyán para brindar atención preventiva y tratamiento integral, formando parte de la Red de Pie Diabético de Mendoza.

Objetivos: Describir la población atendida en el consultorio de Pie Diabético y Curación Avanzada de Heridas del Centro de Salud 98 de Vista Flores durante un año.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se evaluaron los pacientes que asistieron al consultorio los martes, registrados en la planilla de atención, desde el 2 de febrero de 2023 al 31 de enero de 2024.

Resultados: El consultorio funcionó semanalmente, acumulando 325 atenciones y 58 pacientes en seguimiento. La distribución por sexo fue 53,5% femenino y 46,5% masculino. El rango etario abarcó de 3 a 94 años (media 58,25). El 43% tenía DM y el 57% no. El 67,2% contaba con obra social (PAMI 66,6% de estos). Los diagnósticos incluyeron: úlceras en miembros inferiores en no diabéticos (21), quemaduras (10), lesiones traumáticas de miembro superior (4), otras lesiones (3) y pie diabético (20). Este último se define como infección, úlcera o destrucción de los tejidos del pie asociada a neuropatía y/o enfermedad arterial periférica en personas con DM. Se realizó evaluación completa del pie, educación diabetológica para el automanejo y cuidado preventivo, test de monofilamento, Doppler lineal e índice tobillo brazo (ITB). El tratamiento se eligió según el tipo de úlcera y el esquema TIME (tejido no viable, infección/inflamación, Moisture/humedad, Edge/borde). Se aplicó cura húmeda para mantener un medio adecuado controlando el exudado sin macerar bordes. El seguimiento fue cada 24 o 48 horas por enfermería. En enero de 2024, el 17,2% continuaba en tratamiento y el 70,6% había sido dado de alta.

Conclusiones: El Consultorio de Pie Diabético y Curación Avanzada de Heridas del CS 98 de Vista Flores demostró ser una respuesta efectiva a una necesidad crítica en el Área Sanitaria Tunuyán. Durante su primer año de funcionamiento, atendió exitosamente casos de difícil manejo que anteriormente carecían de un abordaje especializado, evidenciando su importancia como recurso de salud comunitario.

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR PIE DIABÉTICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA CIUDAD DE CORRIENTES

Josefina PILAR LETERHOS, Marcos Sebastián OJEDA, Mario Germán PAGNO, Silvia RODRÍGUEZ CUIMBRA

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, CORRIENTES. Contacto: josefinapleterhos@gmail.com

Introducción: Según la *International Diabetes Federation* (IDF), la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad prevalente con un crecimiento vertiginoso. El pie diabético (PD) es una complicación que aparece aproximadamente entre el 15 y 25% de los pacientes a lo largo de la vida. La presencia de una úlcera en el miembro inferior de un paciente con DM tiene un 85% de probabilidades de terminar en amputación. Su sola presencia, sin necesidad de que sea seguida de una amputación, es un factor de riesgo independiente de mortalidad por causa cardiovascular en 10 años. La mortalidad intrahospitalaria por PD en el perioperatorio se relacionó con la severidad de la infección. En pacientes sin signos de sepsis, la mortalidad se asoció a enfermedad vascular, enfermedad renal crónica y edad avanzada.

Objetivos: Objetivar la mortalidad de los pacientes internados por PD en el Hospital Escuela General San Martín de septiembre de 2019 a agosto de 2023; relacionar la mortalidad con el sexo, edad, nivel de amputación, bacteriología, enfermedades concomitantes, glucemia al ingreso y días de internación.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal. Para ello se utilizaron historias clínicas del Hospital Escuela General San Martín Corrientes ingresados por PD. Fueron examinados los óbitos que ocurrieron desde septiembre de 2019 a agosto de 2023. Ingresaron al estudio todos los pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de DM según los criterios de la Sociedad Argentina de Diabetes, que presentaban lesión en el miembro inferior y que requirieron internación. Se utilizó la clasificación de PEDIS. La extensión puede ser medida en centímetros, la profundidad a través de una aguja, la perfusión por el índice tobillo-brazo y/o ecografía Doppler de miembros inferiores, la neuropatía con monofilamento y diapasón. Laboratorio al ingreso, hematocrito, glóbulos blancos, albúmina, eritrosedimentación, proteína C reactiva, creatinina, hemoglobina glicosilada A1C y/o fructosamina, glucemia. Laboratorio bacteriológico, cultivo y antibiograma. Todos los datos obtenidos se consignaron en una ficha y luego se volcaron a una planilla *Excel* para luego procesarlos estadísticamente.

Resultados: Se registraron 204 ingresos de 153 pacientes en el Hospital Escuela General San Martín Corrientes con diagnóstico de PD desde el 1° de septiembre de 2019 al 31 de agosto de 2023. La edad de los internados fue de entre 23 y 88 años. 112 hombres y 41 mujeres. Fallecieron 19 pacientes, 12 del sexo masculino y 7 del femenino. La edad promedio de los pacientes fallecidos fue de 63 ± 10 años. El promedio de días de internación fue de 31 días. En 18 de los óbitos se constató la presencia de arteriopatía periférica y 10 requirieron amputación mayor en la internación. El score de PEDIS promedio fue 9, con lesiones de más de 3 cm al ingreso. En el laboratorio, 12 pacientes presentaron leucocitosis, eritrosedimentación elevada y proteína C reactiva elevada. La glucemia promedio fue 244 mg/dl. Once de los fallecidos tenían enfermedades cardiovasculares, 5 presentaban falla renal crónica y 8 desarrollaron falla renal aguda durante la internación, 2 requirieron hemodiálisis *de novo*. De los fallecidos, 11 presentaron cultivos positivos en hueso y partes blandas. Cinco pacientes presentaron hemocultivos positivos. Se observó resistencia antibiótica en 12 pacientes.

Conclusiones: Este estudio mostró una alta mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con PD (12,4%), los fallecidos presentaban: úlceras extensas, sepsis, bacilos Gram negativos, una o más bacterias y resistencia antibiótica. El deterioro de la función renal fue un factor de riesgo independiente de la mortalidad. La resistencia antibiótica se asocia a la complejidad del centro como lugar de derivación. La elevada mortalidad femenina en la institución propone estudiar esta población, al parecer más vulnerable en el episodio agudo.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AMPUTACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS POR PIE DIABÉTICO

Claudia ISSA, Julio Guillermo BULA ORCASITA, Judith Basilia PIMENTEL ALFARO, Juan Carlos GÓMEZ PASTRANA

SANATORIO GÜEMES, CABA. Contacto: clauissa@gmail.com

Introducción: Las complicaciones secundarias a la diabetes mellitus (DM) son un factor determinante en años vividos con discapacidad (AVD). La amputación por pie diabético (PD) es una complicación fuertemente asociada a la mortalidad. Nuevos tratamientos hipoglucemiantes demostraron eficacia en la prevención de complicaciones macrovasculares en pacientes con alto riesgo y enfermedad cardiovascular manifiesta. Se requiere identificar y modificar dichos factores de riesgo en esta población.

Objetivos: Describir factores de riesgo asociados a amputación en pacientes hospitalizados por infección de PD; conocer la frecuencia de indicación de nuevos hipoglucemiantes orales con comprobado impacto cardiovascular.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional que incluyó 55 pacientes adultos internados por PD clínicamente infectado del 01/05/23 al 31/05/24. De nuestra base de pacientes se recolectaron datos demográficos, bioquímicos y microbiológicos de punciones por piel sana, *toilette* quirúrgica y tejido óseo analizados según protocolo institucional de cultivos microbiológicos. Se utilizó la clasificación de Texas para categorizar la severidad del PD. Se realizó análisis de variables categóricas con test de chi-cuadrado. Para el análisis de los datos se usaron los programas de Infostat.

Resultados: La media de edad fue de $62 \pm 11,5$ años, 83% varones, DM2 (99%) y de estos el 47% tenía más de 5 años del diagnóstico. El 20% presentaba retinopatía y nefropatía, y 36% enfermedad cardiovascular. Respecto del tratamiento

para la DM, el 16% recibía insulina, 38% hipoglucemiantes orales y 42% una combinación de ambos; 36 (65,5%) enfermedad macrovascular y HbA1C al ingreso de 8,85% (7,5-10,8). La evaluación vascular por arteriografía se realizó en el 52% con lesión de 2 vasos en 17 (63%) de los pacientes, resultando en angioplastia en el 30% y *Bypass* en el 3%. Un total de 33 (60%) pacientes requirió amputación, 18 amputación menor, 15 amputación mayor y 3 que inicialmente recibieron amputación conservadora seguida de ampliación de márgenes. De los 33 pacientes sometidos a amputación, 30 tenían más de 5 años de diagnóstico de DM, 10 antecedentes de amputación previa, 23 diagnóstico de osteomielitis, 31 A1C mayor a 7%, 23 pacientes antecedente de ECV, y de ellos se realizó amputación mayor a 13 y menor a 10. Al ingreso, solo el 5% recibía tratamiento con GLP1 y el 27% SGLT2, mientras que, al alta, la prescripción de SGLT2 aumentó al 38%, y en combinación con GLP1, hasta un 75%. De los 14 pacientes con antecedentes de amputación, 11 tenían antecedentes de ECV, sin embargo, ninguno de ellos tenía al ingreso aGLP1, y solo 7(50%) estaba con ISGLT2.

Conclusiones: En nuestra población los factores asociados a amputación fueron DM de larga data, mal control glucémico, antecedentes de enfermedad cardiovascular y amputación previa. También se detectó una baja frecuencia de indicación de medicamentos hipoglucemiantes con probada eficacia cardiovascular en los pacientes con enfermedad cardiovascular conocida al ingreso de la internación. Se hace necesario reforzar la evaluación del comportamiento glucémico y el riesgo cardiovascular global en el seguimiento ambulatorio de los pacientes, los factores de riesgo asociados a amputación y los desenlaces desfavorables para determinar principalmente los componentes modificables con la intensificación terapéutica y del estilo de vida.

P84

ANÁLISIS DE CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE AUTOCUIDADO DEL PIE EN PACIENTES DIABÉTICOS ADULTOS

Bertha DE LA TORRE, Elizabeth VIDELA, Diego PONTI, Nicolás VAN DEN BOSCH, Jorge MILLER, Analía Beatriz ÁLVAREZ, Pablo Ariel FERRADA, Patricia LEMOS

HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, MENDOZA. Contacto: bertu05@hotmail.com

Introducción: El pie diabético (PD) es una complicación grave de la diabetes mellitus (DM), ya que altera la calidad de vida del paciente, su entorno y genera un alto costo sanitario. Múltiples estudios demostraron que con un equipo interdisciplinario e implementando prevención y manejo de la enfermedad, disminuye su frecuencia.

Objetivos: Describir el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de autocuidado del pie en pacientes diabéticos evaluados en un hospital público de tercer nivel de complejidad.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, transversal y observacional, de mayo a junio de 2024. Criterios inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años de edad, con DM de cualquier etiología, internados o asistidos en nuestro centro. Encuesta administrada por encuestador, validada: cuestionario KAP (*Knowledge-Attitude-Practice*) elaborado por *American College of Foot and Ankle Surgeons* y OMS. Análisis estadístico: variables cuantitativas descriptas según medias y desvío estándar (DE), variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas. Prueba chi-cuadrado y test de T para análisis bivariante. Nivel de significación: 0,05. Programa estadístico: JASP 0.17.2.

Resultados: n: 60 (35 varones, 58%), edad (media ± DE, años) 46,8±14,3. Tipo de DM: 41 (68,3%) DM2. Tiempo evolutivo de DM (años): 41 casos hasta 10 años (68,3%). HbA1c (media±DE, %) 9,5±2,1 (n: 39). Tratamientos diabéticos más frecuentes (n,%): insulina (monoterapia, combinada) 46 (76,6), metformina (monoterapia o combinada) 33 (55). Control médico por diabetólogo/endocrinólogo 40 (66%). Número de consultas en último año (media±DE) 3±2,5. Las prácticas de autocuidado fueron mayores en mujeres (p 0,028), jóvenes (<50 años; p 0,032) y con DM de más de 11 años de evolución (p 0,034). Una actitud favorable frente al autocuidado se observó en pacientes bajo seguimiento por diabetólogo/endocrinólogo (p 0,04) y ante mayor nivel de instrucción (p 0,02). Buenas prácticas de autocuidado se relacionaron con niveles menores de HbA1c (8,8±1,6% vs. 11,5±1,2%; p 0,01).

<p>Dimensión conocimientos (10 preguntas)</p> <p>0-3 puntos Conocimientos pobres</p> <p>4-7 puntos Conocimientos medios</p> <p>8-10 puntos Conocimientos buenos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Es verdad que todos los pacientes con diabetes desarrollan una disminución del flujo sanguíneo en sus pies? (sí/no) 2. ¿Es verdad que todos los pacientes con diabetes desarrollan una falta de sensibilidad en sus pies? (sí/no) 3. ¿Es verdad que todos los pacientes con diabetes desarrollan úlceras en sus pies? (sí/no) 4. ¿Es verdad que todos los pacientes con diabetes desarrollan gangrena? (sí/no) 5. ¿Ha recibido alguna información sobre el cuidado del pie diabético? Si es sí, ¿cuándo? (sí/no) 6. ¿Tiene conocimiento de que fumar puede reducir el flujo sanguíneo en los pies? (sí/no) 7. ¿Sabía que si pierde la sensibilidad de los pies es más propenso a tener úlceras de pie diabético? (sí/no) 8. ¿Sabía que si tiene el flujo sanguíneo disminuido en el pie es más propenso a tener úlceras de pie diabético? (sí/no) 9. ¿Sabía que si tiene infección en el pie puede desarrollar heridas? (sí/no) 10. ¿Cuál cree que es la forma más adecuada de cortarse las uñas? (rectas, redondeadas cortando bordes)
---	--

<p>Dimensión actitudes (5 preguntas)</p> <p>0-2 puntos Actitud poco favorable al autocuidado del pie</p> <p>3-5 puntos Actitud favorable</p>	<p>1. ¿Está dispuesto a cambiar sus hábitos con la comida y hacer ejercicio regularmente para prevenir futuras complicaciones derivadas de la diabetes? (sí/no)</p> <p>2. ¿Cree que las personas con diabetes deberían adquirir la responsabilidad de examinarse sus propios pies? (sí/no)</p> <p>3. ¿Está dispuesto a utilizar calzado especial recomendado por el podólogo/enfermera/médico? (sí/no)</p> <p>4. ¿Utilizaría el calzado para interiores aconsejado por el podólogo/enfermera/médico? (sí/no)</p> <p>5. ¿Cree que puede llevar una vida normal si sigue las recomendaciones adecuadas para la diabetes? (sí/no)</p>
<p>Dimensión comportamiento (8 preguntas)</p> <p>0-3 puntos Práctica escasa de autocuidados del pie</p> <p>4-7 puntos Práctica media en autocuidados del pie</p> <p>8-10 puntos Buena práctica de autocuidados del pie</p>	<p>1. ¿Realiza la higiene de sus pies diariamente? (sí/no)</p> <p>2. ¿Hidrata las zonas secas de sus pies diariamente? (sí/no)</p> <p>3. ¿Revisa sus pies diariamente en busca de alguna herida? (sí/no)</p> <p>4. ¿Qué haría si se encuentra algo anormal en sus pies? ¿Lo resolvería por sí mismo/consultaría al podólogo/enfermera/médico? (consultar, resolverlo por mí mismo)</p> <p>5. ¿Corta las uñas de sus pies (corte recto) regularmente? (sí/no)</p> <p>6. ¿Revisa si sus zapatos o calcetines dejan marcas en sus pies? (sí/no)</p> <p>7. ¿Cada cuánto cambia de calzado? (cuando está dañado, una vez al año, más de una vez al año)</p> <p>8. ¿Cada cuánto va a que le revisen los pies? (solo cuando hay un problema, una vez al año, una vez cada 6 meses o más)</p>

Elaborado a partir de las recomendaciones del American College of Foot and Ankle Surgeons y la OMS. Cada respuesta correcta representa 1 (un) punto, excepto para los dos últimos ítems de la dimensión de comportamiento, que puntúan 0, 1 o 2.

Tabla 1: Cuestionario KAP (Knowledge-Attitude-Practice).

	Conocimiento (n,%)				Actitud (n,%)			Práctica en el autocuidado del pie (n,%)			
	Pobres	Medios	Buenos	p	Poco favorable	Favorable	p	Escasa	Media	Buena	p
Total	4 (6,7)	29 (48,3)	27 (45)		2 (3,3)	58 (96,7)		14 (23,3)	28 (46,7)	18 (30)	
Género											
Femenino	2 (8)	14 (56)	9 (36)	0,49	0 (0)	25 (100)	0,22	2 (8)	12 (48)	11 (44)	0,028
Masculino	2 (5,7)	15 (42,8)	18 (51,4)		2 (5,7%)	33 (94,3)		12 (34)	16 (45)	7 (20)	
Edad											
≤50 años	2 (6,7)	18 (60)	10 (33,3)	0,17	0 (0)	30 (100)	0,15	3 (10)	18 (60)	9 (30)	0,032
≥51 años	2 (6,7)	11 (36,7)	17 (56,7)		2 (6,7)	28 (93,3)		11 (36,7)	10 (33,3)	9 (30)	
Nivel de estudios											
Primaria	1 (7,7)	6 (46,1)	6 (46,1)	0,95	2 (15,4)	11 (84,6)	0,02	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	0,18
Secundaria	3 (7,7)	19 (48,7)	17 (43,6)		0 (0)	30 (100)		10 (25,6)	20 (51,3)	9 (23,1)	
Superior	0 (0)	4 (50)	4 (50)		0 (0)	8 (100)		0 (0)	3 (37,5)	5 (62,5)	
Tipo DM (n=57)											
DM1	2 (12,5)	10 (62,5)	4 (25)	0,07	0 (0)	16 (100)	0,36	1 (6,25)	7 (43,7)	8 (50)	0,066
DM2	1 (2,4)	18 (43,9)	22 (53,6)		2 (4,9)	39 (95,1)		13 (31,7)	19 (43,9)	10 (24,4)	
Tiempo de evolución de la DM (años)											
0-10	3 (7,3)	22 (53,6)	16 (39)	0,39	1 (2,4)	40 (97,6)	0,57	11 (26,8)	22 (53,6)	8 (19,5)	0,034
≥11	1 (5,3)	7 (36,8)	11 (57,9)		1 (5,3)	18 (94,7)		3 (15,8)	6 (31,6)	10 (52,6)	
Complicaciones asociadas a la DM y otros FRCV (n=44)											
Pie DM	1 (10)	2 (20)	7 (70)	0,41	1 (10)	9 (90)	0,22	5 (50)	3 (30)	2 (20)	0,24
Otras	2 (5,9)	18 (52,9)	14 (41,2)		0 (0)	34 (100)		5 (14,7)	18 (52,9)	11 (32,5)	
¿Quién realiza el control de la DM?											
Endo-diab	3 (7,5)	20 (50)	17 (42,5)	0,83	0 (0)	40 (100)	0,042	5 (12,5)	20 (50)	15 (37,5)	0,01
Otros	1 (5)	9 (45)	10 (50)		2 (10)	18 (90)		9 (45)	8 (40)	3 (15)	
Nivel de control glucémico (HbA1c) en relación a dominios del cuestionario KAP											
	Conocimientos				Actitud			Práctica en el autocuidado del pie			
	Pobres	Medios	Buenos	p	Poco favorable	Favorable	p	Escasa	Media	Buena	p
HbA1c	11,4±2,9	9,49±2,2	9,19±1,9	0,29	No valorable			11,5±1,2	9,25±2,4	8,8±1,6	0,01

Tabla 2: Relación entre variables demográficas y relacionadas con la DM con los dominios del cuestionario KAP.

Conclusiones: Identificar la población de riesgo en relación a los autocuidados del pie (varones, edad avanzada, menor nivel de instrucción, DM de menor tiempo evolutivo, peor control glucémico) permite establecer conductas preventivas, manejo interdisciplinario y educación continua, disminuyendo así comorbilidades y gasto económico en salud.

P85

USO DE HEMOCOMPONENTES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS EN PIE DIABÉTICO

Alejandra Fabiana BADON, Paola Lorena SÁNCHEZ, María Laura CAPRIA, Andrea Gabriela MARTÍNEZ

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL BICENTENARIO DE ESTEBAN ECHEVERRÍA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: alejandrabadon@gmail.com

Introducción: Una de las complicaciones crónicas más graves y devastadoras de la diabetes mellitus (DM) es el pie diabético (PD). La neuropatía y la arteriopatía como factor agravante hacen que el paciente con DM presente una vulnerabilidad excepcional a la patología del pie y el pronóstico de su evolución. Se conoce que las plaquetas juegan un papel crucial en la cicatrización de heridas. El uso de hemocomponentes ocupa un lugar relevante como terapia adyuvante a los métodos convencionales de curación, con las ventajas de ser una técnica de bajo costo, de fácil obtención por su naturaleza autóloga, de manipulación simple y de escasas complicaciones. También se describe su función mecánica que permitiría la protección temprana de la herida y ayuda en el cierre primario.

Objetivos: Relatar la experiencia inicial con el uso de hemocomponentes en heridas complejas de PD en el Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario de Esteban Echeverría, de junio de 2023 a abril de 2024.

Materiales y Métodos: Desde junio de 2023 a abril 2024 fueron tratados con hemocomponentes 11 pacientes que presentaban heridas complejas de PD, previa firma del consentimiento informado. Se consideró una herida compleja si presentaba dos o más de los siguientes factores: importante pérdida de sustancia (extensión o profundidad), paciente con comorbilidades y compromiso de vitalidad y/o cronicidad. Los pacientes fueron abordados con tratamiento integral, médico y/o quirúrgico (traumatológico y/o cirugías de revascularización). Los distintos hemocomponentes aplicados según las características del lecho de la herida fueron: plasma rico en plaquetas (PRP), concentrado plaquetario obtenido por técnica de centrifugación protocolizada, plasma rico en fibrina (PRF), obtenido de la capa media del producto de centrifugación, el cual se aplica en forma de coágulo y el gel plaquetario, obtenido a partir del procesamiento del PRP y del PRF que en presentación gelatinosa es altamente rico en plaquetas, factores de crecimiento y nutrientes que estimulan la producción de colágeno. Se realizaron entre 2 y 5 aplicaciones a cada paciente, con una frecuencia semanal si la herida presentaba defectos de relleno, evaluados clínicamente, tanto por profundidad como por extensión. El paciente fue valorado en cada instancia de tratamiento por un equipo conformado por médico, enfermero y técnico. El éxito del tratamiento se estableció por la reducción mayor al 50% del área inicial o cicatrización completa.

Resultados: La aplicación tópica de plasma rico en plaquetas en cada instancia del control resultó en una notable progresión de la cicatrización con respecto a la evolución previa con cura convencional. De los 11 pacientes tratados, en el 45% de los casos se verificó una reducción mayor al 50% del área inicial y el 18% restante logró la cicatrización completa, sin complicaciones y sin efectos adversos reportados por el paciente.

Conclusiones: Apreciando los resultados obtenidos, se presume un beneficio consistente en el uso de hemocomponentes con respecto a métodos básicos de cura avanzada de heridas en situaciones especiales. Queda pendiente en futuras aplicaciones objetivar el beneficio supuesto en comparación con controles. La terapia adyuvante con hemocomponentes en el Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría permite vislumbrar su contribución a mejorar la calidad de vida de los pacientes con PD o heridas complejas. La intervención de equipos multidisciplinarios de PD es crucial en los casos en que la isquemia y la infección están asociadas, mostrando beneficios en una menor tasa de amputación, reducción de la estadía hospitalaria y coste económico.

P86

PRESENCIA DE ÚLCERAS Y/O AMPUTACIONES EN EL PIE SEGÚN LA ADHERENCIA AL EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS CON DIABETES

Alejandro ANZORENA

HOSPITAL BARRANCAS, SANTA FE. Contacto: dr.anzorena@hotmail.com

Introducción: En la búsqueda de valorar y comprender el comportamiento de la actividad física en una de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus (DM) que afectan al pie, se evaluó la prevalencia de úlceras y amputaciones en una población que concurre a un hospital público en la provincia de Santa Fe.

Objetivos: Investigar la prevalencia de úlceras en pie, amputación parcial y/o total en miembros inferiores en personas con tratamiento diabetológico de 10 años o más de su diagnóstico, la evolución de úlceras en pie y amputación parcial y/o total de miembros inferiores según presentaban adherencia al ejercicio o no; estadificar el tipo de úlceras encontradas en aquellos adherentes y no adherentes al ejercicio físico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo, analítico. Se seleccionó de forma aleatoria una muestra con 50 historias clínicas de personas con DM1 y DM2, las cuales fueron atendidas durante 2019-2020 por el Servicio de Diabetes. Se analizaron los datos según sexo, edad, eventos cardiovasculares y factores de riesgos cardiovascular, antecedentes de pie diabético y pie sano. Se evaluaron los registros en cada consulta, la edad, los que realizaron y mantuvieron adherencia al ejercicio físico y los que no realizaban ejercicio físico teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS, así

como la presencia de amputaciones mayores, menores y úlceras en pie según la clasificación de Wagner. Los resultados se presentan mediante tablas de contingencia donde se expusieron las frecuencias absolutas y los porcentajes. En el análisis de las tablas a doble entrada se utilizó el test de Fisher o el Test de Freeman-Halton, según correspondiera. En la descripción de las variables cuantitativas se utilizó el promedio y el desvío estándar (DE). Los resultados con una probabilidad asociada menor que 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Para el procesamiento se utilizó R Core Team (2019).

Resultados: Se obtuvo una prevalencia del 56% de sexo femenino, edad promedio 63 años, 94% DM2 y 6% DM1, glucemia media 145 mg/dl, hemoglobina glicada 8,3%; adherencia al ejercicio físico 62%. De los datos recolectados en el presente trabajo se obtuvo una prevalencia de úlcera en pie de 18% (26% no adherentes al ejercicio físico, 13% adherentes al ejercicio físico, Test de Fisher: $p=0,273$), amputaciones 4% (una amputación mayor, infrapatelar de más de 10 años y otra amputación menor de 8 años de evolución). El 48% ($n=24$) había tenido en algún momento antecedentes de pie diabético en los últimos 10 años y al momento de la consulta, según la clasificación de Wagner, se presentaron el 63% en estadio cero, 25% en estadio 1 y un 12% en estadio 2 con un Test de Freeman-Halton: $p=0,152$.

Grado Wagner	Adherente al ejercicio	No adherente al ejercicio	Total (n=24)
0	12 (74%)	3 (37%)	15 (63%)
1	2 (13%)	4 (50%)	6 (25%)
2	2 (13%)	1 (13%)	3 (12%)

Conclusiones: Teniendo en cuenta estos resultados y comparando trabajos publicados, el índice de recurrencia de úlceras nuevas tras el seguimiento a 5 años varió entre el 50% y 70%, por lo que cabe destacar el bajo porcentaje encontrado de úlceras, la muy poca progresión o nula reulceración, y las amputaciones seguidas de muerte a los 5 y 10 años en aquellos individuos con antecedentes de pie diabético adherentes al ejercicio físico. Se rechaza la hipótesis planteada (alterna). Promover la adherencia al ejercicio físico aeróbico, entrenamiento de fuerza, flexibilidad y equilibrio/fuerza en los diferentes estadios del pie diabético e independiente de la edad de la persona será un desafío para el paciente y el equipo médico.

P87

HACIA UN MANEJO NUTRICIONAL INDIVIDUALIZADO EN EL EMBARAZO: IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL, EDAD Y PARIDAD EN MUJERES CON DIABETES

Marcos Miguel GAMOND, Sabrina FLORIO, Yanet Ivone ALBORNOZ

HOSPITAL HORACIO HELLER, NEUQUÉN. Contacto: marcosgamond@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) y la diabetes pregestacional (DPG) son condiciones frecuentes en el embarazo asociadas a complicaciones materno-fetales. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo conocidos para estas complicaciones. Sin embargo, el impacto del estado nutricional en la ganancia de peso durante el embarazo y su relación con los resultados perinatales en mujeres con DM no está completamente dilucidado.

Objetivos: Analizar la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres con DMG y DPG según su estado nutricional inicial (peso normal, sobrepeso y obesidad), edad y paridad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de 201 mujeres con DMG y DPG atendidas en el Hospital entre 2019 y 2023. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y obstétricas. Se categorizó el estado nutricional según el IMC preconcepcional y la ganancia de peso gestacional según las recomendaciones del IOM (Instituto de Medicina). Se utilizó estadística descriptiva y comparativa (ANOVA, Kruskal-Wallis, chi-cuadrado).

Resultados: La ganancia de peso promedio fue mayor en mujeres con peso normal (11,9 kg) que en aquellas con sobrepeso (10,2 kg) u obesidad (7,4 kg). Las mujeres más jóvenes (<25 años) tendieron a ganar más peso que las mayores, especialmente en el grupo de peso normal. Se observaron diferencias en la ganancia de peso según la paridad en algunos grupos. No se encontraron diferencias significativas en la ganancia de peso entre mujeres con DMG y DPG.

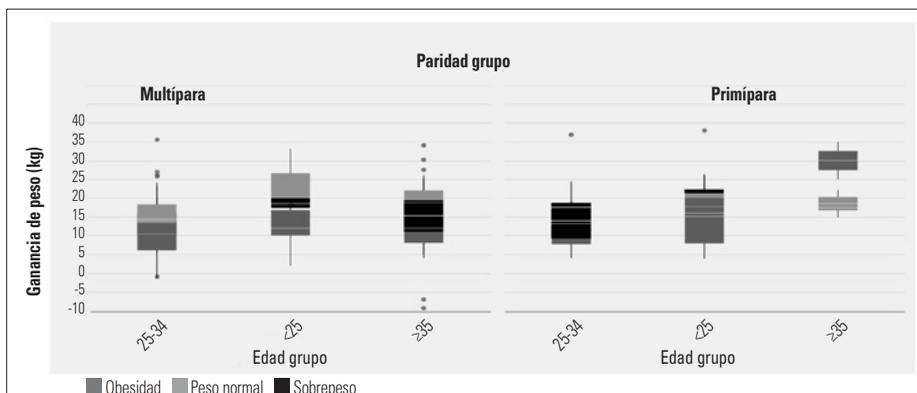


Figura 1: Ganancia de peso por estado de peso, edad y paridad (todos).

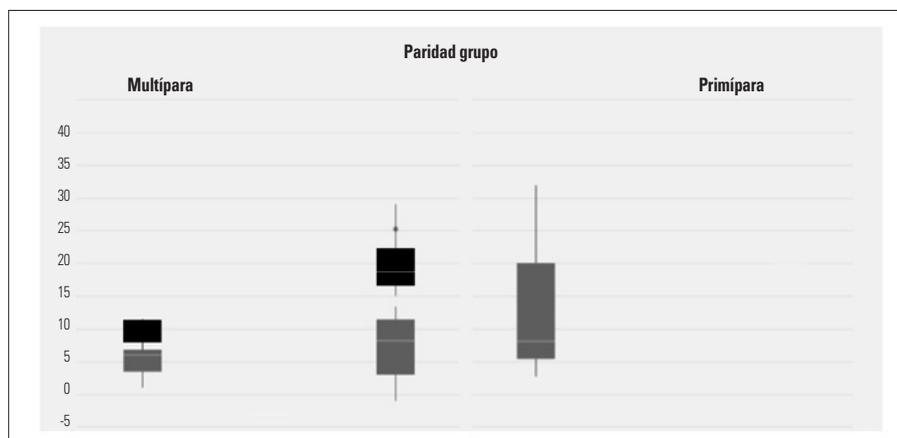


Figura 2: Ganancia de peso por estado de peso, edad y paridad (diabetes pregestacional).

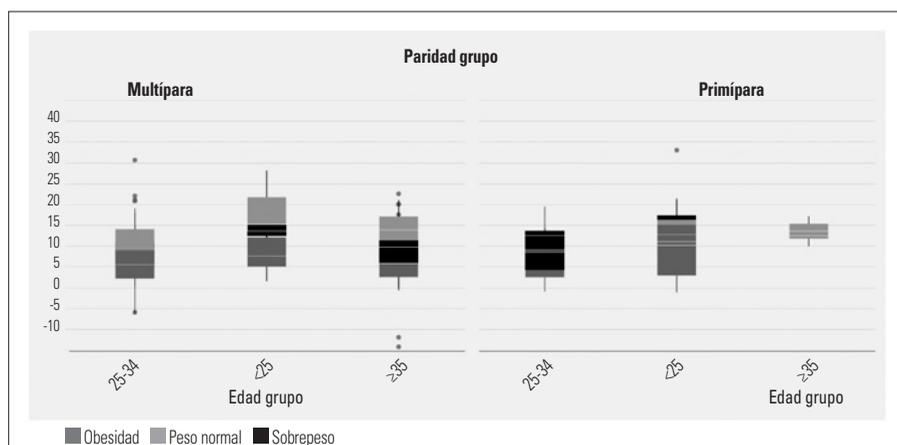


Figura 3: Ganancia de peso por estado de peso, edad y paridad (diabetes gestacional).

Conclusiones: La ganancia de peso durante el embarazo en mujeres con DM se ve influenciada por el estado nutricional inicial, la edad y la paridad. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el manejo nutricional en esta población, considerando estos factores para optimizar los resultados materno-fetales. Se requieren estudios adicionales para confirmar estos resultados y explorar estrategias de intervención nutricional personalizadas.

P88

IMPORTANCIA DE LA POTG DE RECLASIFICACIÓN EN MUJERES CON ANTECEDENTES DE DIABETES GESTACIONAL

Mariana REZZONICO¹, Mariana TORRECILLA², Fabiana SAYEGH¹, Sofía BOURGUET¹, Abelardo MANZUR¹, Lucas TRIPODI¹

¹CENTRO PRIVADO DE ENDOCRINOLOGÍA, ²IMBECU-CONICET. Contacto: marianarezzonico@yahoo.com.ar

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) es uno de los factores de riesgo para el desarrollo posterior de DM2 y enfermedad cardiovascular. Es fundamental la realización de la POTG de reclasificación posnatal y el reconocimiento de otros factores de riesgo con el fin de implementar las medidas preventivas correspondientes.

Objetivos: 1) Caracterizar la POTG posnatal de reclasificación; 2) evaluar el conocimiento de las pacientes sobre el riesgo de DM2 y reporte de medidas preventivas.

Materiales y Métodos: Diseño transversal descriptivo, con encuestas. Muestra intencional no probabilística de 62 mujeres con antecedentes de DMG 12 a 60 meses atrás. Instrumentos: cuestionario *ad Hoc* sobre adherencia a la POTG y prevención de DM2. Cuestionarios R24H e IPAQ.

Resultados: El 71% de las pacientes encuestadas realizó la POTG de reclasificación posnatal y el 53,2% concurrió a la visita de seguimiento. Los resultados de la POTG fueron: 75% normal, 25% prediabetes. La mediana del tiempo de realización de la POTG fue 9,75 semanas con un RI:3 (8-11). Las razones principales para no haber realizado la POTG fueron: falta de tiempo por los cuidados del recién nacido (42%), falta de conocimiento de la necesidad de realizarla (32%) y temor por el resultado (26%). El 81% de las pacientes reportó haber recibido información sobre el riesgo de DM2 y medidas preventivas. Las principales fuentes de información sobre la salud fueron: 93,1% médico, 65,3% nutricionista, 33% familia. El 93,6% de

las pacientes coincidió con que se puede disminuir el riesgo de presentar DM2, solo el 24% se consideró satisfecha con su actitud en cuanto a las medidas preventivas. El 46,8% refirió haber modificado su estilo de vida luego del diagnóstico. No se encontraron diferencias significativas cuando se evaluó la adherencia a las medidas preventivas en las pacientes que realizaron la POTG y concurren a la visita de seguimiento en comparación con aquellas que no lo hicieron. El resultado de la POTG de seguimiento al momento del estudio fue: 64,5% normal, 32,3% prediabetes, 3,2% DM.

Conclusiones: Se observó que las pacientes mostraron una mayor adherencia a la realización de la POTG posnatal en comparación con otros estudios, y que en su mayoría reportaron haber recibido información sobre medidas preventivas de DM2, pero solo el 24% se consideró satisfecha con las medidas preventivas en la práctica. Es necesario seguir investigando barreras y facilitadores en la población para mejorar la adherencia.

FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES PERINATALES EN GESTANTES CON DIABETES GESTACIONAL ASISTIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN

Liliana Alba Rocío FRIAS, Nadya Liliana CORIA, Carolina WURSTEN, Oliva CIRUZZI, Nerina LESCURA
HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN, NEUQUÉN. Contacto: rocfrias@hotmail.com

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) aumenta el riesgo de resultados perinatales adversos, entre ellos la macrosomía y la cesárea. Existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de DMG.

Objetivos: Describir los factores de riesgo asociados a la DMG según el tipo de tratamiento y las complicaciones perinatales en embarazadas con DMG, asistidas en el Hospital Provincial Neuquén (HPN).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron mujeres con DMG asistidas en el HPN desde 2022 a 2023 y que tuvieron su nacimiento en este mismo período. Se excluyeron pacientes cuyo seguimiento y/o parto se realizó en otra institución.

Resultados: De 119 gestantes con DMG presentaron una media de edad de 30,42 años (DE± 5.7). El 78% eran multipara, 52% tenía antecedente familiar de DM2, 46% obesidad al inicio del embarazo, 26% edad materna mayor a 35 años y el 13% y 10% tenían antecedente de DMG y macrosomía, respectivamente. El 29,5% de las pacientes recibió insulina junto con el plan nutricional. El análisis mostró que podría haber una mayor asociación con el uso de insulina en gestantes con antecedente de DMG en embarazos previos y obesidad al inicio del embarazo (Tabla). Las complicaciones maternas y fetales se describen en la Figura.

	Total de pacientes (n=119)		Plan nutricional (n=84)		Plan nutricional + insulina (n=35)		P
	n	%	n	%	n	%	
Antecedente familiar de DM	62	52	40	48	22	63	0,1886
DMG en embarazo previo	15	13	4	5	11	31	0,000224
Macrosomía en embarazo previo	12	10	6	7	6	17	0,188
Edad mayor a 35 años	31	26	19	23	12	34	0,2748
IMC >30 al inicio del embarazo	55	46	28	33	27	77	0,000031
Multiparidad	93	78	65	77	28	80	0,9429

Tabla: Frecuencia y porcentaje de factores de riesgo para DMG por tipo de tratamiento. HPN, 2022-2023 (n=119)

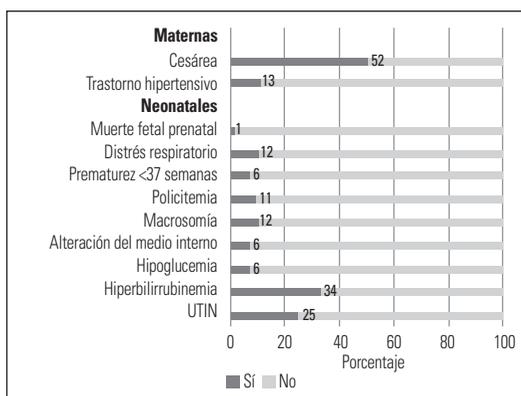


Figura: Porcentaje de complicaciones maternas en gestantes con DMG y neonatales en recién nacidos de madres con DMG. HPN, 2022-2023 (n=119).

Conclusiones: Los factores de riesgo para DMG más frecuentes fueron multiparidad y antecedente familiar de DM. La obesidad al inicio del embarazo y el antecedente de DMG previo podrían asociarse al requerimiento de insulina. El parto por cesárea y la hiperbilirrubinemia fueron las complicaciones maternas y neonatales más encontradas.

P90

EMOCIONES PERCIBIDAS POR EMBARAZADAS AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

Laura Soledad DIAZ

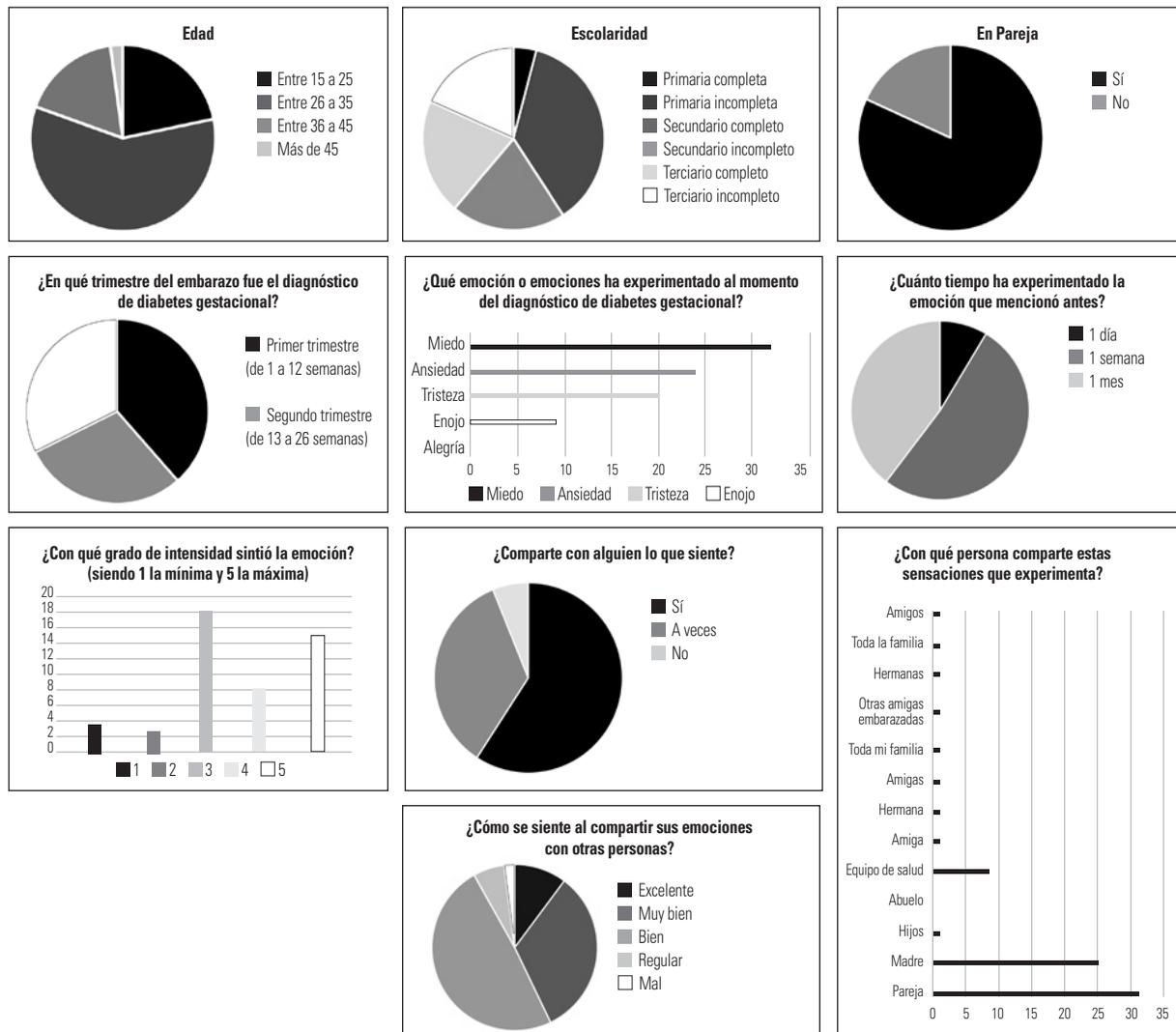
CAPÍTULO CUYO, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: liclaurasoledaddiaz@gmail.com

Introducción: El embarazo se considera una etapa natural y especial, en la cual se producen grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas que generan un dinamismo de sensibilidad, vulnerabilidad y permeabilidad emocional en las mujeres y sus vínculos cercanos, donde el sentimiento, el temor, el conflicto y los recuerdos son escenarios diarios en la gravidez.

Objetivos: Conocer qué emociones experimentaron las embarazadas al momento del diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo analítico de corte transversal. Se trabajó con embarazadas que consultaron por POTG alterada en el Servicio de Hospital de Día Diabetes y Embarazo, de enero a junio de 2024.

Resultados: En un total de 47 embarazadas encuestadas con diagnóstico de DMG, de entre 15 a 45 años, con una media de 65,2% entre mujeres de 26 a 35 años, predominó el antecedente educativo de nivel secundario completo 38,3%, de las cuales el 80,4% estaba en pareja; se observó que al momento del diagnóstico de DMG las embarazadas se encontraban en el primer trimestre. El 63,8% de las embarazadas encuestadas refirió como emoción el miedo al momento del diagnóstico de la DMG, el cual un 54,3% mencionó que la emoción duró un mes y con un grado de intensidad medio respondió un 39,1%. El 59,6% afirmó compartir sus sentimientos, siendo un 67,4% de las embarazadas quienes señalaron ser la pareja su red de contención. Un 46,8% indicó sentirse bien al momento de compartir emociones experimentadas en el embarazo.



Conclusiones: La encuesta reveló que el diagnóstico de DMG provoca una diversa gama de respuestas emocionales en las mujeres encuestadas. Mayoritariamente, las emociones experimentadas incluyeron miedo y ansiedad, reflejando la preocupación y la incertidumbre que rodea a esta condición durante el embarazo. Estas emociones son intensas y persistentes, con una duración significativa que, en muchos casos, se extiende por semanas o incluso meses.

P91

USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE DIABETES GESTACIONAL

Georgina CICERCHIA¹, Fabiana ROSSI¹, Débora CHAN¹, María PREITI², Susana Beatriz APOLONI², Luz ANDREONE³, Juan GALLO³, Marcelo PERONE, Rebeca VILLALÓN⁴, Mario ROSSI¹

¹FACULTAD DE INGENIERÍA, UNIVERSIDAD AUSTRAL, ²SERVICIO DE DIABETES, HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ³INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IIMT-CONICET-UNIVERSIDAD AUSTRAL) ⁴INFORMÁTICA MÉDICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. Contacto: luzandreone@gmail.com

Introducción: Los algoritmos de inteligencia artificial (IA) están revolucionando la medicina gracias a su capacidad para identificar patrones y variables ocultas en datos complejos. Estos algoritmos permiten un seguimiento más ajustado y personalizado de pacientes con alto riesgo y, a su vez, abren nuevas vías de investigación para una mejor comprensión de la fisiopatología de las enfermedades. En el presente estudio se aplican técnicas de *machine learning* (ML) utilizando datos obtenidos de controles de rutina para la predicción temprana de la diabetes mellitus gestacional (DMG), una patología asociada con macrosomía, abortos y preeclampsia.

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo utilizando técnicas de ML para identificar tempranamente a mujeres en riesgo de desarrollar DMG a partir de datos clínicos de rutina del primer trimestre de embarazo.

Materiales y Métodos: Se emplearon datos clínicos, incluyendo análisis de laboratorio y variables adicionales, y se aplicaron algoritmos de ML como regresión logística, *Support Vector Machine*, árboles de decisión, *Random Forest* y *Light Gradient Boosting Machine*. La metodología incluyó la estandarización del *dataset*, técnicas de ingeniería de características y algoritmos avanzados para la predicción.

Resultados: Los métodos más avanzados alcanzaron un área bajo la curva (AUC) de aproximadamente 70%, superando técnicas tradicionales como la regresión logística. La ingeniería de variables permitió integrar datos numéricos y textuales. Parámetros como glucemia y el número de leucocitos mostraron una correlación significativa con el desarrollo de DMG. Estos hallazgos sugieren que, además de los factores predictivos tradicionales (perfil lipídico, glucemia en ayuno y 2 h poscarga de glucosa, IMC, edad, antecedentes familiares), existen otros (hasta ahora desconocidos) que podrían mejorar el diagnóstico temprano de la DMG.

Conclusiones: Este estudio demuestra que es posible predecir la DMG antes de su manifestación clínica mediante técnicas de ML utilizando rutinas de laboratorio estándar y sugiere la existencia de indicadores tempranos no reconocidos hasta hoy. Su aplicación resulta crucial para optimizar recursos e implementar medidas preventivas. Nuestros hallazgos no reemplazan los métodos actuales empleados para el diagnóstico de DMG, sino que los complementan y representan una prueba de principio que sienta las bases para futuras investigaciones básicas y clínicas prospectivas más interesantes.

P92

DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y DIABETES

Georgina CROISSANT, Luciana RIVERO URDINEZ, Silvina DALUZ

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA, CÓRDOBA. Contacto: glcroissant@hotmail.com

Introducción: La disfunción eréctil (DE) en el paciente con diabetes mellitus (DM) no insulino-requiriente se la ha descrito como una enfermedad debida a una alteración psicogénica; recién en 1993 se consideró como causa la presencia de la alteración en el sistema nervioso autónomo como consecuencia de la DM. Desde hace algunos años, luego de estudios de investigación, se está considerando a la DE como una manifestación temprana dentro del grupo de enfermedades endoteliales en el paciente que padece DM. Su prevalencia aumenta con la edad y en la DM su prevalencia es del 30 al 45%.

Objetivos: ¿Qué prevalencia hay en un grupo de nuestros pacientes de DE? ¿Qué características presenta esta enfermedad en este grupo?

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en los Consultorios del Servicio de Diabetes y Nutrición del 27/05 al 05/07. Para la recolección de datos se creó un cuestionario anónimo que el paciente respondió si decidía participar. En este cuestionario, además de servir para recoger los datos, se le agregó el *International Index of Erectile Function 5* (IIEF) para identificar la prevalencia y se colocaron las diferentes variables, las primeras tres divididas en grupos para observar las variables que más se relacionaban. Las variables fueron: a) edad, dividida en tres grupos de 14 años: de 40 a 54 años, de 55 a 69 años y el último grupo de 70 a 84 años; b) IMC según la clasificación de la OMS: menor de 18, de 18 a 24, de 25 a 30, de 30 a 35 y mayor de 40; c) años de evolución de la DM: menor de 5, entre 5 y 10, y mayor de 10 años; d) consumo de fármacos que altera la función eréctil como: fluoxetina, sertralina, amitriptilina, risperidona, betabloqueantes no cardioselectivos (atenolol, propranolol), digoxina, espironolactona, sildenafil y tadalafilo. Definimos como criterios de inclusión todo paciente mayor de 40 años que se asiste en el Consultorio de Diabetes que deseara participar, y como criterios

de exclusión pacientes menores de 40 años, con antecedentes de consumo excesivo de alcohol, hiperplasia prostática medicada, de cirugía prostática o de cirugía de vejiga.

Resultados: Se incluyeron 42 participantes. Para nuestro asombro se detectó una prevalencia en nuestros pacientes diabéticos estudiados del 83,3% de DE, en total 35 pacientes. Con respecto al grado de afectación, la más frecuente fue la DE media a moderada con un 37,75% y severa con un 25%, formas clínicas de esta enfermedad que producen otras consecuencias como depresión. Solo 7 pacientes del total (16,7%) no presentaron DE. El grupo que más participó en el estudio fue el del grupo etario de 55 a 69 años, con un total de 22 pacientes, o sea un 52,3%. Con respecto a los años de evolución de la DM, el grupo de más de 10 años tuvo el porcentaje más alto con un 38,95%. La relación con la toma de medicación, causa de la DE, el 73,8% de los pacientes no tomaba, en total 31 pacientes; en el grupo que sí, un 26,2%; el fármaco que más se consumió fue la hidroclorotiazida con un 63,6%, o sea 7 pacientes del total. Pacientes que además presentaban antecedentes de hipertensión arterial y de cardiopatía isquémica, formas de presentación de enfermedad endotelial.

Conclusiones: Presentó mayor prevalencia de DE el grupo de 55 a 70 años, presentando formas clínicas más severas; aquí se observa una diferencia con respecto a otros estudios que es en pacientes de mayor edad. Hay una relación positiva entre los años de evolución de la DM con la prevalencia elevada de la DE y con la presentación de formas clínicas más severas. La DE es la complicación menos estudiada en nuestros pacientes que les provoca disminución de su calidad de vida.

P93

EVALUACIÓN DE LA INICIATIVA TERAPÉUTICA EN DIABETES: PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Lucas SOSA, Carolina HEINRICH, Claudio Fabián DITURO, Viviana Luján COGO, Azul LARRIBITÉ, Gustavo CECCATTO, Javier REMON, Flavia Mariel ARAGÓN, Ana Paula GARCÍA, Marco Antonio TRIPODI, Cristian VILLARROEL, Patricia BERNASSAR, Luciana GRILLI, Fernanda VILLARREAL

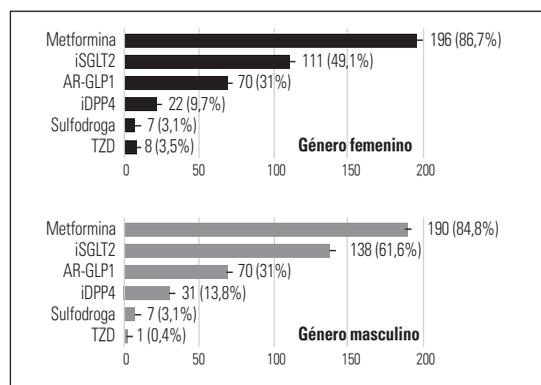
CAPÍTULO ATLÁNTICO, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: lucasasosa@hotmail.com

Introducción: La elección del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (DM) y alto riesgo cardiovascular puede variar según el género del paciente y la percepción del riesgo asociado. Esta investigación explora si existen diferencias en la elección del tratamiento basado en el género del paciente y cómo estos sesgos impactan en las decisiones clínicas.

Objetivos: *Principales:* evaluar si existe una diferencia en la elección del tratamiento para pacientes con DM y alto riesgo cardiovascular según el género del paciente. *Secundarios:* identificar factores que influyen en la elección terapéutica en relación con el género del paciente; analizar la influencia de la edad, especialidad y región geográfica del médico en sus decisiones terapéuticas según el género del paciente.

Materiales y Métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta a médicos que atienden a pacientes con DM. Participantes: médicos de diversas especialidades (diabetólogos, endocrinólogos, clínicos, etc.) en distintos entornos (público, privados y/o ambos). Encuesta estructurada con un caso clínico de paciente con DM y alto riesgo cardiovascular (según ASCVD Risk Estimator Plus). La variable que cambió fue el sexo del paciente. La asignación del caso clínico masculino o femenino se realizó de forma aleatoria entre los médicos. La encuesta se distribuyó electrónicamente mediante: 1) envío de correos a médicos utilizando listas de la Sociedad Argentina de Diabetes; 2) incorporación en grupos cerrados de WhatsApp orientados al tratamiento de la DM. Variables: dependiente: elección del tratamiento para pacientes con DM y alto riesgo cardiovascular; independientes: género del paciente, percepción del riesgo cardiovascular asociado al género, especialidad médica del participante, años de experiencia clínica, entre otras.

Resultados: Se obtuvieron 452 respuestas: 262 casos aleatorizados al género femenino y 224 al género masculino. Se observó mayor intención del uso de fármacos con protección cardiovascular en pacientes del género masculino. También hubo mayor intención del uso de terapia de alta intensidad de estatinas, aspirina y más de un fármaco antihipertensivo en el género masculino.



Conclusiones: Los resultados indican diferencias en la elección del tratamiento según el género del paciente. Los médicos mostraron mayor propensión a recomendar fármacos con protección cardiovascular y terapias de alta intensidad para pacientes masculinos. Estos hallazgos sugieren la presencia de sesgos en la percepción del riesgo cardiovascular según el género, lo cual podría influir en la toma de decisiones terapéuticas.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE CETOACIDOSIS AL DEBUT DE LA DIABETES TIPO 1 EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Carla MANNUCCI, Patricia TABERNER, Irene Beatriz STRASNOY, Alejandra FRANCHELLO, Verónica JIMÉNEZ, María Clemencia GANDOLFO DE LA FUENTE, María Laura ARZAMENDIA, Laura BRAGUINSKY, María Eugenia ANDRES
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, CABA. Contacto: carlamannucci@yahoo.com.ar

Introducción: A nivel global la incidencia de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en menores de 20 años aumenta un 3-4% por año. Pese a este incremento constante de casos nuevos, en muchas ocasiones el diagnóstico es tardío con mayor riesgo de descompensación metabólica. Identificar factores asociados al debut en cetoacidosis diabética (CAD) podría ser de utilidad clínica para prevenir esta forma de presentación.

Objetivos: Describir la forma de debut de DM1 en niños y adolescentes durante los años 2021-2022 y explorar los factores asociados a las distintas formas. Secundariamente, comparar el grado de control metabólico y la presencia de complicaciones agudas al año de seguimiento según la forma de debut.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y analítico. Datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes de 1 a 18 años con debut de DM1 en 2021-2022 seguidos al menos durante un año. Se dividió a la muestra en dos grupos (debut en CAD y sin CAD) y se analizaron las variables edad, sexo, IMC, distancia al hospital, cobertura médica, HbA1c al debut, motivo de consulta, contar con pediatra de cabecera, y al año de evolución la presencia de complicaciones agudas y el valor de HbA1c. Se definió CAD al valor de $\text{pH} < 7,30$ y/o $\text{Hco}_3\text{Na} < 15$ meq/l. Estadística descriptiva expresada como frecuencia de presentación (%) y mediana (RIC 25-75) o media (DS) según distribución, comparación con T-test, Wilcoxon, χ^2 o test de Fisher según correspondiera (significancia $p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes con debut de DM1 (74 mujeres, edad 10,39 años [IC 95% 6,71-12,49]). Debutaron con CAD 92 (62,2%), distribuidos: <6 años 81%, 6-12 años 63% y >12 años 45%. Once pacientes (7,3%) tenían antecedente familiar de DM1. La comparación entre pacientes con (n=92) y sin (n=57) CAD reveló que los primeros tenían menor edad ($p=0,005$) y ausencia de familiares con DM1 ($p=0,01$). Adicionalmente, al año de seguimiento, la HbA1c ($p=0,003$) fue mayor en el grupo con CAD, pero la presencia de complicaciones agudas ($p=0,2$) no mostró diferencias.

	Debut en CAD (n=92)	Debut no CAD (n=58)	p
Edad (años)	9,43 (6,08-11,77)	1,06 (9,5-13,2)	0,0058
Sexo (F/M)	43/49	31/26	0,36 OR 0,73 (0,37-1,42)
z-score IMC	-1,77 \pm 0,66	-0,92 \pm 0,69	0,42
AF DM1 (%)	15	31,57	0,01
Pediatra de cabecera (n)	8/34	6/22	0,75 OR 0,82 (0,24-2,6)
Obra social (n)	31	15	0,34 OR 1,42 (0,68-2,95)
Distancia al hospital +20 km	44	36	0,06 OR 0,53 (0,27-1,05)
Consulta por síntomas cardinales (%)	47,8	39,65	0,27 OR 1,15 (0,74-2,85)
HbA1c al debut (%)	11,67 (\pm 2,48)	10,38 (\pm 2,75)	0,21
HbA1c al año (%)	8,1 (7,5-9,1)	7,36 (6,7-8,3)	0,0039
Complicaciones agudas (n)	9	2	0,2

Conclusiones: Cerca de dos tercios de los pacientes presentaron CAD al debut, siendo mayor el porcentaje en menores de 6 años. El antecedente familiar de DM1 redujo significativamente esta forma de presentación. Se necesita mayor difusión para alertar a la población general y a la comunidad médica sobre la detección temprana de la DM1 en niños y adolescentes.

PANDEMIA DE COVID-19 Y DIABETES TIPO 1: CLÍNICA AL DEBUT Y MOTIVOS DE INTERNACIÓN EN DIABETES ESTABLECIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

María Eugenia ANDRES¹, Mabel FERRARO¹, Nuria Ruth GRIMBERG¹, Carla MANNUCCI¹, María Amelia LINARI²

¹HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, ²UNIVERSIDAD FAVALORO, CABA. Contacto: eugeandres68@gmail.com

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha sido devastadora, especialmente para grupos vulnerables, por ello es importante conocer cómo afectó la pandemia a los niños que tuvieron su debut de diabetes 1 (DDT1) y aquellos con diagnóstico previo (DPDT1)

Objetivos: Evaluar las características clínicas y metabólicas asociadas del paciente DDT1 y las causas de internación por descompensación aguda en el paciente DPDT1 en el período de pandemia de COVID-19 en el Hospital y relacionarlo con el período pre-pandémico.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes menores a 19 años con diabetes tipo 1 (DT1), internados en el Hospital en pre-pandemia de marzo de 2018 a agosto de 2019, y en pandemia los internados de marzo de 2020 a agosto de 2021.

Resultados: Se analizaron 231 internaciones de pacientes con diagnóstico de DT1, 135 en prepandemia y 96 en pandemia. La edad media: 10,8±3,9 años, el IMC: 19±4,7; 57,6% de sexo femenino. El motivo de internación (MI) más frecuente en prepandemia fue la cetoacidosis diabética (CAD) en DPDT1 con el 38,5% del total de ingresos y descendió al 28,1% en pandemia. El MI más frecuente en pandemia fue DDT1 en CAD con el 40,6% del total de casos vs. un 20,7% en prepandemia. Al analizar todos los MI por DDT1 vs. DPDT1, se observó un aumento de los primeros en pandemia 57/96 vs. 53/135 (OR 2,3 IC95% 1,3-3,8; p=0,003). Al considerar solo MI por CAD: 39/67 DDT1 en pandemia vs. 27/79 de DPDT1, esto se mantuvo (OR 2,6 IC95% 1,3-5,2; p=0,006).

	Total	Prepandemia	Pandemia	p
n	231	135	96	
Características demográficas				
Edad (años)*	10,8±3,9	11,15±3,74	10,4±4,1	NS
Sexo femenino/masculino**	133/98	79/56	54/42	NS
IMC*	19,2±4,7	19,5±4,8	18,7±4,5	NS
Domicilio GBA/CABA**	175/53	98/37	77/16	NS
Sin/con comorbilidades	144/87	79/56	65/31	NS
Educación parenteral***				
Primario incompleto	46	35 (28,2%)	11 (12,4%)	
Hasta secundario incompleto	97	50 (40,3%)	47 (52,8%)	
Hasta universitario incompleto	61	21 (25%)	30 (33,7%)	
Universitario completo	9	8 (6,5%)	1 (1,1%)	
Ocupación parenteral***				
				NS
Autónomo	122	67 (52,3%)	55 (60,4%)	
Empleado	85	51 (39,8%)	34 (37,4%)	
Desempleado	12	10 (7,8%)	2 (2,2%)	
Motivo de internación***				
				0,02
CAD (DPDT1)	79	52 (38,5%)	27 (28,1%)	
Cetosis (DPDT1)	20	13 (9,6%)	7 (7,3%)	
Otras (DPDT1)	22	17 (12,6%)	5 (5,2%)	
Debut CAD	67	28 (20,7%)	39 (40,6%)	
Debut cetosis	37	21 (15,6%)	16 (16,7%)	
Debut período de estado	6	4 (3%)	2 (2,1%)	
Evolución				
Inicio síntomas* (DPDT1)	23,4±12,1	52±12,1	18,8±10,2	<0,001
Tiempo de evolución* (DPDT1)	2,7±3,7	3,1±3,6	2,1±3,7	0,04
Formas de debut				
Sí/no**	110/121	53/82	57/39	0,003
Formas graves				
Sí/no**	52/96	25/55	27/41	NS
Pruebas de laboratorio				
HbA1c*	11,2±2,4	11,1±2,2	11,4±2,5	NS
Ph*	7,1±0,1	7,2±0,1	7,1±0,1	NS
HCO3*	12,2±6,7	13,2±11,1	11,1±6,4	0,04

*media±desvío estándar; ** prueba de chi-cuadrado; *** coeficiente de contingencia; NS: no significativa.

Tabla 1: Características demográficas, clínicas y metabólicas.

	Formas graves	Formas no graves	p
n= 148	52	96	
Características demográficas			
Edad (años)*	10,1±4,4	11,4±3,7	NS
Sexo femenino/masculino**	26/26	59/37	NS
IMC*	18,3±4,5	19,4±4,5	NS
Domicilio GBA/CABA**	39/12	72/23	NS
Sin/con comorbilidades	37/15	62/34	NS
Educación parenteral***			
Primario incompleto	11 (23,4%)	19 (21,6%)	
Hasta secundario incompleto	23 (48,9%)	44 (50%)	
Hasta universitario incompleto	9 (19,1%)	22 (25%)	
Universitario completo	4 (8,5%)	3 (3,4%)	
Ocupación parenteral***			
Autónomo	31 (62%)	52 (57,8%)	
Empleado	18 (36%)	33 (36,7%)	
Desempleado	1 (2%)	5 (5,6%)	
Evolución			
Inicio síntomas*	24,4±12,6	23,5±12,5	NS
Tiempo de evolución*	2,7±4,2	3,3±3,8	NS
Formas de debut (DM1)			
Sí/no**	29/33	38/58	NS
Pruebas de laboratorio			
HbA1c*	11,5±1,9	11,1±2,4	NS
7,1±0,1	7,1±0,1	7,2±0,1	<0,001
HCO3*	5,5±2,8	12,4±4,1	<0,001

*media±desvío estándar; ** prueba de chi-cuadrado; *** coeficiente de contingencia; NS: no significativa.

Tabla 2: Variables analizadas de las formas graves.

Conclusiones: La pandemia afectó la prevalencia de CAD como forma de comienzo de la DT1 en pacientes pediátricos. Los pacientes con DPDT1 presentaron mejor control glucémico y menor riesgo de internaciones. Se deben hacer esfuerzos para crear mayor conciencia en DT1 en niños y sus familias, así como la importancia de buscar orientación médica oportuna.

P96

DIABETES, DISGLUCEMIA Y OBESIDAD, Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD Y DEMANDA DE RECURSOS SANITARIOS EN LA PANDEMIA DE COVID-19 EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

Guillermo DIEUZEIDE¹, Alicia PAGOLA¹, Ulises COSTANCIO¹, Camila FERNÁNDEZ¹, Gabriela AGUERO¹, Claudio GONZÁLEZ²

¹HOSPITAL NTRA. SRA. DEL CARMEN CHACABUCO, ²CEMIC, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: dieuzeideg@gmail.com

Introducción: La pandemia del virus SARS-CoV-2 determinó un aumento de la morbimortalidad mundial involucrando a la comunidad asistida en nuestro Hospital, particularmente a personas vulnerables como aquellas con diabetes mellitus (DM), pacientes con disglucemia y obesidad.

Objetivos: *Primario:* analizar si los pacientes con DM conocida, disglucemia al momento del ingreso hospitalario y/o durante el transcurso de la internación y los pacientes con obesidad tuvieron una mayor mortalidad en relación con los pacientes sin estas condiciones durante las internaciones debidas a infección por COVID-19 (2020-2021) *Secundario:* analizar si estos mismos pacientes tuvieron mayor demanda de ingreso a terapia intensiva (UTI) y/o asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Materiales y Métodos: Se estudiaron retrospectivamente 594 pacientes ingresados con diagnóstico confirmado de infección por virus SARS-CoV-2 (test rápido y/o PCR) al Hospital del Carmen desde el 20/05/2020 al 15/08/2021. Se clasificaron como : 1) pacientes diabéticos: con diagnóstico de DM conocida con dos glucemias previas en ayunas >126 mg/dl, HbA1c >6,5% y/o recibiendo hipoglucemiantes orales y/o insulina al ingreso; 2) pacientes disglucémicos: pacientes no conocidos diabéticos previamente que ingresaron y/o mantuvieron durante el transcurso de su internación glucemias plasmáticas en ayunas superiores a 100 mg/dl y/o glucemias >180 mg/dl posprandiales, requiriendo insulina para control; 3) pacientes normogluécicos: con glucemias normales durante su internación; 4) pacientes obesos: aquellos que ingresaron con IMC >30; 5) pacientes normo y/o sobrepeso: aquellos con IMC <30. Se compararon las frecuencias de mortalidad entre estos grupos. Método estadístico: t de student, chi-cuadrado, correlación (Pearson y Spearman), regresión de COX

Resultados: Estudiamos 594 pacientes internados con COVID-19. Edad X 61,9 (DE 16,9 años) 56% varones y 44% mujeres. 127 (21%) eran pacientes diabéticos conocidos, 309 (52%) tuvieron disglucemia, 205 eran obesos (34%). Falle-

cieron 22/127 (22,8%) de los pacientes diabéticos vs. 85/467 (18,5%) de los no diabéticos ($p=0,29$). 67/309 pacientes con disglucemia fallecieron (21,7%) vs. 18/158 con normoglucemia (11,4%) ($p<0,009$). De los pacientes con obesidad, 48/205 (23,4%) vs. 22/389 (5,7%) de aquellos con normopeso/sobrepeso requirieron ingreso a UTI ($p<0,0001$). Ajustando por comorbilidades en el análisis multivariado encontramos que la edad (HR:1,06/año IC 1,04-108; $p<0,001$), la presencia de obesidad (HR:1,5 IC 1,5-2,0; $p<0,004$) y el requerimiento de ARM (HR:4,3 IC 2,3-7,9; $p<0,001$) se asociaron a mayor mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes con disglucemia tuvieron mayor mortalidad en la internación por COVID-19 en comparación con aquellos con normoglucemia, diferencia que fue incluso mayor a la presentada por los diabéticos conocidos. Los obesos requirieron mayor ingreso a UTI y ARM.

P97

DIABETES Y COVID-19. CONTROL METABÓLICO PRE Y POS AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (CESAC 21, 25 Y 47)

Pablo FERRER¹, Guadalupe PIETROPAOLO², Myriam Carmen NÚÑEZ³, Abel BERGER⁴, José COSTA GIL⁵

¹CESAC 47, CABA, ²HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA, ³CÁTEDRA DE MATEMÁTICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UBA, ⁴CESAC 21, CABA, ⁵INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: ferrerpablo69@yahoo.com.ar

Introducción: El aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), consecuencia de la pandemia de COVID-19, modificó la atención en salud. Implicó el seguimiento irregular de la DM y de las afecciones crónicas. Se indagó intensamente para reconocer los factores de vulnerabilidad para descender el riesgo de muerte.

Objetivos: Caracterizar en forma sociodemográfica a un grupo de personas con DM2; evaluar cambios en el control metabólico de personas con DM2 luego del ASPO, el logro de objetivos glucémicos y la accesibilidad a medicación, alimentación y realización de actividad física previo y durante el ASPO.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico (CeSAC 21,25 y 47 del Barrio Padre Mugica, CABA), comparativo, observacional y longitudinal. Ámbito: centros de atención primaria de los CeSAC. Criterios de inclusión: personas de ambos sexos con DM2, de 18 o más años de edad. Registro de: nivel educativo, ingresos económicos, alimentación, actividad física, acceso a medicinas, antecedentes familiares y personales de otras afecciones e infección por COVID19. Análisis: HbA1c, colesterol, triglicéridos, cHDL. Se evaluaron los análisis de 6 meses previos del ASPO, y luego a 3 y 6 meses. Estudio estadístico: métodos de estadística descriptiva de variable categórica nominal para variables cuantitativas continuas. Reparos éticos: según normas internacionales y ley No25.326

Resultados: 418 personas con DM2 se asisten en el CeSAC. Se descartó por dificultad con datos con una muestra final de 111 adultos con DM2: 84 mujeres (76%) y 27 varones (24%). Media de edad: 59 años. Alfabetización: 16 analfabetos (15%). Ingresos económicos: 6% con trabajo formal, 6% en cooperativa, 20% no registrado, 5% economía informal, 17% jubilado/pensionado, 32% recibía ayuda social, 14% ningún ingreso. Acceso a medicinas en ASPO: 95% la obtuvo en el centro de salud, 3% la compró y 2% por obra, sin diferencia a la situación previa. Actividad: a los 6 meses de la ASPO hubo un porcentaje de actividad mínima que inició ejercicios moderados ($p<0,01$). Infección COVID: 51% tuvo infección, con 2% de internación, 30% aislamiento en domicilio/hotel y 49% no padeció. Controles bioquímicos: La HbA1c (antes: $9,2\pm 2,9\%$ después: $9,4\pm 2,9\%$), ni otros analitos tuvieron diferencias con el ASPO.

Conclusiones: La población fue de muy bajo nivel económico, alto analfabetismo, con asistencia y medicamentos solo por el sector público con apropiada disponibilidad. Mejoró la actividad física y el control metabólico transcurrió sin cambios durante el ASPO. No se registró mortalidad.

P98

CONTANDO ENTRE TODOS: UTILIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES EN ARGENTINA

Ana SCHINDLER¹, María Paula PICARELLI², Débora HERNÁNDEZ³, Sonia Griselda HERMIDA⁴, Alejandra Isabel OVIEDO⁴

¹CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIAS DE REFERENCIA CEMAR N° 11, ²HOSPITAL D.F. SANTOJANNI, ³HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, ⁴CAPÍTULO AMBA, SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES. Contacto: ana.schindler.salud@gmail.com

Introducción: En Argentina más de 85.000 personas viven con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). El control glucémico adecuado disminuye la incidencia de complicaciones. Las guías clínicas recomiendan educar sobre el conteo de hidratos de carbono (CHC) en DM1 en pos de mejorar el control glucémico y la calidad de vida, sin mayores riesgos cardiovasculares o de hipoglucemias severas asociados. Su uso en nuestro país es materia de estudio.

Objetivos: Explorar el estado de la situación local sobre el uso de CHC como estrategia médica en el seguimiento de personas con DM, con foco principal en DM1 y embarazadas insulinizadas (Emb.I).

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal (junio de 2024) con datos de encuesta autoadministrada a médicos luego del consentimiento informado. Cuestionario de elaboración propia sobre uso de CHC, aprobado por el Comité de ética. La invitación virtual (mail de la SAD y WhatsApp con reenvío abierto) permitió una muestra no probabilística (tipo bola de nieve). Criterios de inclusión: médicos/as de más de 25 años de edad, responsables del seguimiento asistencial diabético en nuestro país a través de especialidades preestablecidas.

Resultados: 223 encuestados analizados; 80,5% mujeres; mediana de edad: 47 años (IQR: 42-55); 49,3% del subsector público; 67,3% de CABA-Buenos Aires; 63,2% con más de 10 años de experiencia diabetológica; 51,7% especializados en DM, el resto en Nutrición médica, Endocrinología, MFyG o Clínica médica. Los encuestados consideraron “más que relevante” al CHC como estrategia para DM1 en 92,8%, 78% para DM2 y 73,5% para embarazadas insulinizadas, y refirieron utilizarla en más de la mitad de pacientes con DM1 67,6%; en embarazadas insulinizadas 39% y en DM2 8,3%. El 76,7% percibió *expertise* suficiente para aplicar CHC, aunque un 41,7% identificó el “desarrollo de habilidades prácticas” como necesidad formativa. Hubo una asociación significativa entre cápita de DM1 y *expertise* de la estrategia ($p=0,000$). La utilización de CHC en DM1 y embarazadas insulinizadas no tuvo diferencias significativas en edad, sexo, especialidad o cápita del profesional, pero se relacionó positivamente con: a) la relevancia que el profesional da a la estrategia ($p=0,000$ para ambos grupos); b) el conocimiento al menos “suficiente” para implementarla (DM1 $p=0,000$ y Emb.I $p=0,003$); c) la consulta con la Lic. en Nutrición (DM1 $p=0,000$ y Emb.I $p=0,001$). Refirieron lograr CHC en más de la mitad de embarazadas insulinizadas los médicos/as de más de 15 años de experiencia ($p=0,002$), mayor edad ($p=0,034$) y subsector privado ($p=0,015$); estas diferencias no fueron significativas en DM1. Las principales barreras identificadas para aplicar la estrategia fueron: falta de tiempo (66,4%), insumos (52,9%), acceso a Lic. en Nutrición (52,6%) y déficit educativo poblacional (45,7%). La estrategia educativa más utilizada fue la tabla de CHC (76,68%), siendo el uso de *Apps* minoritario. Aunque el 69,51% identificó al Lic. en Nutrición como principal responsable de incorporar el CHC, el 61,9% no tuvo fácil acceso al mismo en su ámbito y solo el 11,2% logró que todos los pacientes que lo requieren concreten la consulta.

Conclusiones: En la muestra la relevancia dada por los médicos/as al CHC y el conocimiento de la estrategia fueron determinantes para su efectivización a pesar de las barreras identificadas. Los/las Lic. en Nutrición cumplen un rol fundamental en su implementación, aunque el acceso a la consulta es limitado.

P99

OBESIDAD Y CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS, CLÍNICOS Y METABÓLICOS BAJO DOS TIPOS DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Mercedes María MON RATTI, Gabriela Soledad COLLS, Juan Pablo BUSTAMANTE, Gustavo FRECHTEL, Andrea MILLÁN, María Andrea SVERDLICK, María Inés CARDUZ, Claudia de La Merced GASTALDI, Mariana MALAMUD
HOSPITAL DE CLÍNICAS, CABA. Contacto: mercedesmon@gmail.com

Introducción: La obesidad se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa, y es crónica y prevenible. En su etiopatogenia, el tejido adiposo abdominal es colonizado por macrófagos y produce citoquinas proinflamatorias, fuente de inflamación crónica de bajo grado, e insulinoresistencia. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el exceso de peso por autorreporte aumentó a lo largo de las cuatro ediciones: 49% en 2005 y 61,6% en 2018. El cambio en el estilo de vida basado en planes alimentarios hipocalóricos, con alimentos vegetales integrales, efectivos para el control glucémico, se relaciona con una menor mortalidad por cualquier causa y menor riesgo de eventos cardiovasculares. Creemos que esta intervención nutricional resultará en beneficios a largo plazo.

Objetivos: *General:* evaluar el impacto de dos intervenciones nutricionales en parámetros antropométricos, clínicos y metabólicos de pacientes con obesidad. *Específicos:* comparar en el momento basal, los parámetros antropométricos, clínicos y metabólicos de los individuos con obesidad y el grupo control, y evaluar el cambio de los pacientes luego de 6 meses y 1 año de intervención nutricional en las dos ramas de seguimiento.

Materiales y Métodos: Del Hospital de Clínicas se reclutaron 69 individuos de entre 30-60 años que presentaban obesidad, 32 personas del grupo control (normopeso). Los individuos con obesidad se asignaron de manera aleatoria a dos ramas de seguimiento. La rama intensiva (RI) con una alimentación basada en plantas (ABP) y una rama no intensiva (RNI) con una alimentación saludable tradicional. Se realizaron determinaciones bioquímicas, clínicas y antropométricas: peso, IMC, circunferencia de cintura (CC), triglicéridos (TG), colesterol total (CT), colesterol de lipoproteína de baja densidad (c-LDL), colesterol de lipoproteína de alta densidad (c-HDL), proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us), glucemia y hemoglobina glicada (HbA1c). Los análisis estadísticos se realizaron por SPSS v20.0 con un nivel de significancia del 0,05. Se utilizó una prueba t para muestras independientes para comparar entre los grupos las variables clínicas, metabólicas y antropométricas al momento basal, a los 6 meses, al año.

Resultados: Al inicio del estudio, los individuos con obesidad presentaron mayores niveles de IMC ($p<0,001$), peso ($p<0,001$), CC ($p<0,001$), HbA1c ($p=0,006$), TG ($p=0,002$), PCR-us ($p=0,015$), TG/HDL ($p=0,037$), y menores niveles de c-HDL ($p<0,001$) con respecto al grupo control. En todos los individuos obesos hubo cambios significativos a los 6 meses de intervención en la CC ($p=0,001$) y HbA1c ($p<0,001$). Al año en IMC ($p=0,03$), glucemia ($p<0,001$), HbA1c ($p<0,001$) y TG/HDL ($p=0,049$). A los 6 meses de la intervención, los individuos de la RNI mostraron una disminución significativa del peso ($p=0,013$), CC ($p=0,028$), HbA1c ($p<0,001$) y al año en HbA1c ($p<0,001$) y TG ($p=0,026$).

No intensiva (A)	Basal		6 meses		1 año		Comparaciones múltiples		
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Basal (6 m)	6 m (1 año)	Basal (1 año)
IMC (kg/m ²)	38,82	7,35	38,97	9,43	33,3	14,95	0,312	0,164	0,05
Peso (kg)	105,5	22,9	104,1	28,1	103,07	25,35	0,013	0,464	0,252
CC (cm)	117,5	15,8	114,2	17,3	115,67	17,81	0,028	0,029	0,13
Glucemia (mg/dl)	101,11	14,63	103,45	15,84	106	12,9	0,926	0,319	0,276
HbA1c (%)	5,7	0,58	5,6	0,6	5,71	0,6	<0,001	0,025	<0,001
TG (mg/dl)	170,2	76,17	155,89	57,52	153,41	57,01	0,073	0,406	0,026
CT (mg/dl)	207,86	42,32	197,24	40,42	194,62	42,39	0,242	0,516	0,225
c-LDL (mg/dl)	136,04	38,24	126,58	36,04	122,41	35,38	0,167	0,869	0,11
c-HDL (mg/dl)	49,26	10,99	48,47	8,59	49,97	11,29	0,971	0,155	0,381
TG/HDL	3,73	2,62	3,43	1,54	3,31	1,61	0,158	0,421	0,115
PCR-us (mg/dl)	6,18	6,25	5,14	3,96	5,85	3,99	0,13	0,275	0,296

Tabla 1

Intensiva (B)	Basal		6 meses		1 año		Comparaciones múltiples		
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Basal-6 m	6 m-1 año	Basal-1 año
IMC (kg/m ²)	38,66	7,35	36,74	7,27	35,06	10,59	0,002	0,244	0,021
Peso (kg)	104,8	22,2	99,5	20,1	97,4	19,16	0,001	0,827	0,001
CC (cm)	116,6	14,7	110,2	12,7	109,89	11,84	<0,001	0,333	0,001
Glucemia (mg/dl)	103,55	33,01	100,09	16,18	101,2	11,9	0,871	0,688	0,778
HbA1c (%)	5,66	0,6	5,5	0,5	5,55	0,55	<0,001	0,59	<0,001
TG (mg/dl)	146,98	94,07	130,04	64,46	126,46	64,3	0,528	0,711	0,775
CT (mg/dl)	202,68	32,32	199,61	37,54	197,08	35,73	0,837	0,563	0,563
c-LDL (mg/dl)	127,65	28,34	125,19	35,99	124,57	27,43	0,578	0,912	0,912
c-HDL (mg/dl)	52,61	12,69	54	11,79	58,46	13,63	0,301	0,123	0,123
TG/HDL	3,05	2,83	2,44	1,53	2,41	1,63	0,508	0,535	0,535
PCR-us (mg/dl)	5,15	3,98	4,79	3,71	6,45	9,29	0,312	0,368	0,368

Tabla 2

Conclusiones: Los obesos presentan mayores niveles de HbA1c, TG, PCR, TG/HDL y menores niveles de HDL con respecto al grupo normopeso, evidenciando la inflamación crónica de bajo grado, resistencia a la insulina y mayores factores de riesgo cardiovascular. Con la intervención nutricional puede verse la mejora significativa en los valores antropométricos y clínicos, incluyendo los valores de glucemia y lípidos. En la RI hay cambios significativos al año de la intervención en los valores de IMC, peso y CC, indicando que la ABP podría repercutir sobre los valores antropométricos a largo plazo y generar mayor adherencia. Se podría concluir que una intervención nutricional tradicional como ABP aporta beneficios a largo plazo en los valores de la HbA1c y de la glucemia probablemente reduciendo la resistencia a la insulina.

P100

VARIANTES DEL GEN GNAS ASOCIADAS A OBESIDAD TEMPRANA EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Jimena Verónica CUELLO, Malena SILBERKASTEN, Erika SAN MARTÍN, Nuria Ruth GRIMBERG, María Eugenia ANDRES

Hospital de Niños Pedro de Elizalde, CABA. Contacto: malenasilber@gmail.com

Introducción: Las formas monogénicas de obesidad sindrómica son raras y resultan de variantes patogénicas de un único gen con un alto riesgo de complicaciones asociadas. Las variantes del gen GNAS se asocian a la osteodistrofia hereditaria de Albright (ODHA) que se caracteriza por retraso en el desarrollo, baja talla y anomalías esqueléticas, aunque puede presentarse solo con obesidad o con manifestaciones clínicas aisladas del síndrome. Debido a la impronta genética, las mutaciones en el alelo materno también causan obesidad de inicio temprano, hiperfagia y resistencia hormonal (pseudohipoparatiroidismo). La secuenciación del GNAS generalmente se realiza solo cuando están presentes las características clínicas del pseudohipoparatiroidismo, por lo que la verdadera prevalencia de las variantes patológicas del GNAS se desconoce.

Objetivos: Presentar seis pacientes con obesidad temprana asociada a variantes del gen GNAS y el fenotipo de ODHA en la Unidad de Nutrición del Hospital de Niños Elizalde.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis genético utilizando un panel de genes de obesidades raras en 106 niños que presentaban obesidad severa de inicio temprano (IMC DS>3) e hiperfagia entre junio de 2021 hasta agosto de 2023.

Resultados: Se obtuvo resultado genético positivo a variantes del gen GNAS en seis pacientes con obesidad de inicio temprano e hiperfagia. Dos presentaron características clínicas de ODHA, uno con un familiar de primer grado, pero sin características clínicas, mientras que los tres restantes no cumplían con criterios de ODHA.

Gen transcripto	Modo de herencia, OMIM	Variantes de ADN, cigosidad	Significancia	Síndrome	Clínica
165,7 kb arr (hg19)	20q13.32(57439595_57505264)x1	Detection GNAS	Phatogenic	ODHA	Hiperfagia Cara redondeada Retraso mental Baja talla Anomalías esqueléticas Retraso en el desarrollo Bradidactilia Osificaciones subcutáneas
MECP2 NM_004992.3	XL, 300005	C2107CT p.Pro703Ser, Heterozygous	Uncertain		
CREBBP NM_004380.2	AD 600140	C 544C G, pro182Aia, Heterozygous	Uncertain		
RPGRIP1L NM_015272.4	AR,610937	C 251G A, p Arg84Gin, Heterozygous	Uncertain		
GNAS NM_000516.5	AD, 139320	C359_373 deins ACT, p Ala120-Asn121 deins Asl, Heterozygous	Likey phatogenic	ODHA	Pseudohipoparati-rodismo
PCNT NM_006031.5	AR, 605925	C2842G, A,pGlu948Lys, Heterozygous	Uncertain		
SEMA3B- NM_001290061.1	Unknown, 601281	C653 C,p.Arg218Pro, Heterozygous	Uncertain		
187,9 kb arr(hg19)	20q13.32 (57439595_57627487)x1	Detection of GNAS	Phatogenic		
RPGRP1L ,NM_015272.4	AR,610937	C251GDA, p.Arg84Gin, Heterozygous	Uncertain		
NAS NM_080425.3	AD 139320	C 98C a, p Aia33Asp, Heterozygous	Uncertain		Monorreno/ poliquitosis renal Retraso mental Miocardiopatía hipertrófica
SEMA3B- NM_001290061.1	Unknown 601281	C 923 8C T,mtronic, Heterozygous	Uncertain		
GNAS NM_000516.5	AD, 139320	C359_373 deins ACT, p Ala120-Asn121 deins Asl, Heterozygous	Likey phatogenic		
PCNT NM_006031.5	AR, 605925	C2842G, A,pGlu948Lys, Heterozygous	Uncertain		
SEMA3B- NM_001290061.1	Unknown, 601281	C653 C,p.Arg218Pro, Heterozygous	Uncertain		
GNAS NM_080425.3	AD, 139320	C, 1462G A p.Ala488Thr, Heterozygous	Uncertain	Hermana ODHA	Baja talla Convulsiones Monerreno
MAGEL2 NM_019066.4	AD, 605283	C 766G C, pGly256Arg, Heterozygous			



Conclusiones: Debido a que las variantes patogénicas pueden manifestarse solo con obesidad, el cribado de niños con obesidad de inicio temprano e hiperfagia para detectar alteraciones en el gen GNAS permite un diagnóstico temprano mejorando los resultados clínicos.

CAMBIOS EN LA SEVERIDAD DE LA HIPERFAGIA Y LA VARIACIÓN DEL IMC EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE BARDET-BIEDL Y ALSTRÖM TRATADOS CON SETMELANOTIDE EN EL HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

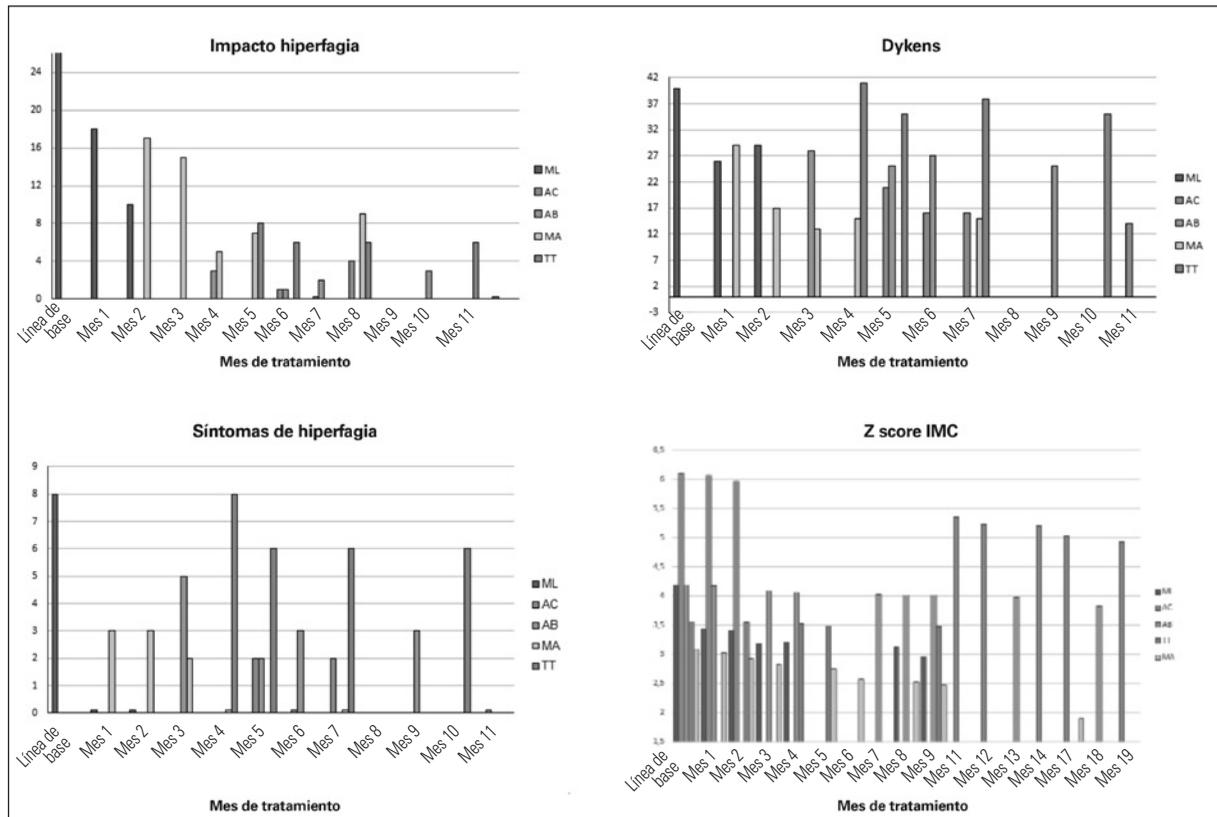
Nuria Ruth GRIMBERG, Malena SILBERKASTEN, Erika SAN MARTÍN, Jimena Verónica CUELLO, María Eugenia ANDRES
 HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, CABA. Contacto: malenasilber@gmail.com

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 (OM). Existen cuestionarios que permiten cuantificar la severidad y el impacto de la hiperfagia en el paciente y su familia. Disponer de una medida válida y fiable para evaluar la hiperfagia es de crucial importancia en niños con OM, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, ya que los síntomas varían entre los individuos y los cambios en la magnitud de la hiperfagia pueden ser útiles para evaluar la eficacia del tratamiento.

Objetivos: Describir los cambios en el comportamiento, los síntomas y la gravedad de la hiperfagia, así como la variación del IMC en pacientes con BBS y AS tratados con setmelanotide en el HGNPE.

Materiales y Métodos: Se realizó el cuestionario de hiperfagia de Dykens y dos cuestionarios sobre síntomas de hiperfagia e impacto de la hiperfagia en 5 pacientes (4 BBS y 1 AS) tratados con setmelanotide en el Servicio de Nutrición y Diabetes del HGNPE. La encuesta fue completada por los padres cuando los niños tenían entre 6 y 12 años, y por el paciente cuando tenía más de 12 años. Se realizaron al inicio y mensualmente a lo largo del tratamiento.

Resultados: Las puntuaciones de los 3 cuestionarios que evaluaron síntomas, impacto y severidad de la hiperfagia disminuyeron en todos los cortes realizados durante el tratamiento con setmelanotide en los 5 pacientes evaluados. El z-score del IMC disminuyó en todos los casos.



Conclusiones: El setmelanotide redujo la hiperfagia y disminuyó el z-score del IMC en pacientes pediátricos con BBS y AS. Los cuestionarios de hiperfagia son herramientas útiles para el seguimiento de intervenciones terapéuticas.

IMPACTO DE LA DIETA DE BAJO ÍNDICE GLUCÉMICO SOBRE EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Mariana Hebe RASPINI, María Clara GABRAS, Greta BILOS, Gabriela KROCHIK, Sandra BLASI
 HOSPITAL J.P. GARRAHAN, CABA. Contacto: clarigabras@yahoo.com.ar

Introducción: La alimentación es un pilar fundamental en el tratamiento integral de la diabetes mellitus (DM). El conteo de carbohidratos (CHO) es la herramienta que se utiliza con mayor frecuencia en pacientes con DM1; la incorporación del índice glucémico (IG) proporcionaría un beneficio adicional sobre el control metabólico en comparación con el conteo de CHO como única estrategia.

Objetivos: Evaluar el impacto y la seguridad de la dieta de bajo IG como estrategia complementaria al conteo de CHO, sobre el control glucémico de pacientes pediátricos con DM1.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, comparativo, longitudinal, de intervención, analítico. Se incluyeron pacientes de 4 a 18 años de edad, con más de un año de evolución de DM1, que contaban con monitoreo continuo de glucosa (MCG) y/o infusor continuo de insulina (ICI). Todos realizaban adecuada técnica de conteo de CHO. Para evaluar el impacto, se analizaron cambios en el tiempo en rango (TIR), variabilidad glucémica (VAR) y HbA1c estimada en informes del sensor/infusor al Día 0 (D0) y luego de la educación e implementación de dieta de bajo IG (IG<55) al día 14 (D14). La seguridad se determinó mediante el número de hipoglucemias en informes de día 0 y día 14. Se utilizó SPSS.27.

Resultados: Participaron 19 pacientes con una edad media de 10 años y una evolución media de DM de 5 años. La HbA1c promedio fue de 7,3% (min.6.4-máx 8.9). El 58% contaba con MCG, el 42% con ICI. Al analizar las medias de TIR% mediante prueba de muestras emparejadas T-Student, se observó variación estadísticamente significativa (p<0,05). Los valores de VAR y HbA1c estimada no reflejaron cambios significativos al igual que el número de hipoglucemias al D0 y D14 (Tabla).

	Preintervención (D0)	Posintervención (D14)	p
TIR%	57,7 (min. 34-máx. 7)	61,6 (min. 44 máx. 74)	0,42
VAR%	40,6 (min. 32,3-máx. 57,1)	41,2 (min. 28,8-máx. 53,3)	,817
HbA1c (%) estimada	7,2 (min. 5,9-máx. 8,4)	7,2 (min. 6,4-máx. 8)	,512
Nº de hipoglucemias	8,06 (min. 0- máx. 28)	9,06 (min. 0-máx. 24)	0,774

Conclusiones: La dieta de bajo IG combinada con el conteo de CHO resultó ser eficaz y segura en el control metabólico de pacientes pediátricos con DM1. Estos beneficios hallados permitirían replicar estas recomendaciones en pacientes sin acceso a las nuevas tecnologías, reforzando la importancia de la intervención nutricional como estrategia transversal en el tratamiento de la DM.

P103

SÍNDROME DE DOWN Y DIABETES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Daniela MARTÍNEZ¹, Guadalupe PIETROPAOLO², José COSTA GIL³

¹CENTRO MÉDICO, ²HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Contacto: dani.martinez283@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Down (SD), o trisomía 21, tiene numerosas comorbilidades. Se lo ubica entre “otros tipos de diabetes mellitus (DM)” sin precisar su origen cromosómico. El conocimiento de su asociación con DM es insuficiente. Comprender sus mecanismos fisiopatológicos permitiría un abordaje clínico razonable e impulsar nuevas investigaciones.

Objetivos: Revisar sistemáticamente la literatura científica referida al mecanismo fisiopatológico que predispone génicamente al desarrollo de DM en niños y adolescentes con SD.

Materiales y Métodos: Criterios estructurados de elegibilidad de evidencias cualitativas. Bases de datos: PubMed, Cochrane Library, Lilacs, Scielo. *Key words/MESH:* Down syndrome, trisomy 21, diabetes, child, neonatal, infant, juvenile, adolescent. Selección explícita de artículos científicos a texto completo sobre factores que predisponen génicamente al desarrollo de DM: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohorte, casos y controles, informe de casos. Sujetos en investigación y lapso: niños y adolescentes hasta los 20 años con SD, del 1/1/2018 al 1/6/2023. Se consideró la evaluación de sesgos.

Resultados: Artículos identificados: PubMed 80, Lilacs 7, Cochrane 1, Scielo 4. Seleccionados bajo criterios específicos: 14 artículos (uno aportó 2 subtemas) en relación con DM1: 10, prediabetes y DM2: 3 y con DM neonatal: 2. Se registraron y analizaron los datos en 3 planillas. Los estudios justifican que el motivo por el cual se sitúa a la DM en el SD en otros tipos de DM resulta de un modelo diferente a la DM1 y DM2. Los mecanismos más investigados son de desregulación inmunológica, con descenso de células B de memoria, aumento de células autorreactivas, presencia de células T reguladoras con baja capacidad supresora y células T CD4 y CD8 resistentes a la supresión, un timo con dificultad para regular la tolerancia central, la sobreexpresión génica de la región crítica del SD y el fenotipo inflamatorio característico. Los autoanticuerpos anti-GAD son los más frecuentes. Puede observarse una DM de aparición temprana no mediada por HLA y una DM poligénica más tardía, con fuerte asociación al HLA.

Conclusiones: La DM en niños y adolescentes con SD se reconoce de causa autoinmune, pero de origen heterogéneo. Los estudios en los últimos 5 años replican conocimientos previos y su principal limitación es el reclutamiento de pacientes. Es un desafío lograr registros estadísticos nacionales que permitan investigar en una cohorte numerosa.

“DIABETIROIDISMO”: ¿ES DIFERENTE EL LOGRO DE LAS METAS EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPOTIROIDEOS?

Franco Michele LANDOLFO OLIVERA, Adrián SALVATORE, Hugo Daniel LAVANDAIO, Luz Carolina DROMI, Guillermo Juan MARCUCCI, Santiago GÓMEZ CENTURIÓN, Carlos Andrés MATILE, Patricia GISBERT, Matías FERNÁNDEZ HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, MENDOZA. Contacto: franco_1@hotmail.com

Objetivos: Evaluar el logro de las metas terapéuticas en pacientes con DM2 e hipotiroidismo (HipoT) en forma ambulatoria en un hospital de agudos.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, comparativo y de corte transversal en pacientes con DM2 e HipoT primario. Se usó la base de datos de consumo de medicamentos de pacientes crónicos del Hospital L. Lagomaggiore, Mendoza. Criterios de inclusión: pacientes DM2 e HipoT. Se definió tratamiento complejo: 2 o más hipoglucemiantes, 3 o más antihipertensivos y 2 hipolipemiantes. Análisis estadístico: SPSS v20.

Resultados: Pacientes crónicos 2936, con DM 1565 (53,3%), de los cuales 361 (23,1%) eran hipotiroideos y 769 hipotiroideos, de estos, 380 (49,4%) eran diabéticos. Se analizaron 90 casos, edad media 54,9 años (DS=10,6), género femenino 76 (84,4%), eran hipertensos 66 (73,3%), obesos 59 (65,6%), dislipidémicos 38 (42,2%), con esteatosis hepática 26 (28,9%) y síndrome metabólico 69 (76,7%). La principal complicación microangiopática fue la retinopatía diabética 17 (18,9%). La mayoría medicados con metformina 76 (88,9%), levotiroxina 90 (100%) y estatinas 32 (35,6%). El logro de las metas de tratamiento fue: HbA1c <7% 51 (56,7%), LDL<100 mg/dl 28 (31,1%), PA<130/80 mmHg 59 (65,6%), similar al estándar de nuestros pacientes solo diabéticos y del NHANES. Los parámetros metabólicos presentaron las siguientes medias: IMC 36 kg/m² (DS=7,8), PA 128/77 mmHg (DS=18/11), glucemia en ayuno 135 mg/dl (DS=0,45), HbA1c 6,6% (DS=1,4), colIT 178 mg/dl (DS=57), cHDL 45,1 mg/dl (DS=10,9), TG 183,7 mg/dl (DS=95,2), sin diferencias para los distintos niveles de TSH. Análisis comparativo: TSH<10 vs. TSH≥10: síndrome metabólico 56 (96,5%) vs. 2 (40%) X² (1, N=75) =4,26, p=0,039. TSH<4,5 vs. TSH ≥4,5: cLDL mg/dl (M=95,9, DS=45) vs. (M=127, DS=60), t (50)=1,8, p=0,074, la TSH mU/l media t-test: (2,2, DS=1,2) vs. (8,13, DS=3,61), t(73)=10,5, p<0,001 y tratamiento complejo 19 (33,3) vs. 2 (11,1) X² (1, N=75) =3,35, p=0,067.

Conclusiones: En nuestra muestra se logró una TSH<10 en los pacientes con síndrome metabólico, y las metas de cLDL y la TSH media fueron significativamente menores en el grupo de TSH<4,5 mU/l, el cual requirió mayor uso de tratamiento complejo para el logro de las metas.

SÍNDROME METABÓLICO, ¿QUÉ PAPEL TIENEN SUS COMPONENTES EN LA FIBROSIS HEPÁTICA?

María Belén MARTÍNEZ, Roberto PÉREZ RAVIER, Macarena MARTÍNEZ, NATALIE VILCINSKAS, Marcia RENNA HOSPITAL CENTRAL MENDOZA, MENDOZA. Contacto: mbelenmartinez@hotmail.com

Introducción: El síndrome metabólico es un conjunto de condiciones médicas que aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y accidente cerebrovascular. Entre las complicaciones se encuentra el daño hepático, teniendo un abanico de afectación desde esteatosis a fibrosis avanzada, e incluso desarrollo de HCC. La esteatohepatitis, en contexto de síndrome metabólico, es una enfermedad crónica del hígado caracterizada por la acumulación de grasa en las células hepáticas, lo que provoca inflamación y daño en el tejido hepático. Determinar tempranamente factores que favorecen a la fibrosis permite aplicar medidas de forma precoz y evitar su progresión.

Objetivos: Conocer cuáles de los componentes del síndrome metabólico tiene impacto en la fibrosis hepática, determinado por un estudio no invasivo: la elastografía hepática (FibroScan).

Materiales y Métodos: Se realizó elastografía hepática a 80 pacientes con diagnóstico de esteatosis hepática en contexto de MASLD. En el mismo procedimiento se realizaron medidas antropométricas que incluyeron peso, talla y perímetro cintura. Se llevó a cabo en Clínica Higea, de la Ciudad de Mendoza.

Resultados: Se evaluaron 80 pacientes, de los cuales el 61% eran mujeres con una mediana de edad de 60 años (IQR 51-67,5). Del total, el 20% presentaba sobrepeso, mientras que el 65% tenía algún grado de obesidad. Además, el 43,75% de los pacientes padecía tanto DM como hipertensión arterial (HTA) y el 33,75% presentaba dislipidemia. Un 26% de los participantes presentó fibrosis grado 3-4. La presencia de DM fue el único predictor independiente que se asoció con la presencia de fibrosis.

Conclusiones: La interrelación entre la obesidad, la resistencia a la insulina, la dislipidemia y la hipertensión promueve un entorno proinflamatorio y prooxidante que favorece el daño celular y hepático teniendo como producto final fibrosis. La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para prevenir o retrasar la progresión de la fibrosis hepática. Intervenciones como la modificación del estilo de vida, incluyendo dieta saludable y ejercicio regular, así como el control farmacológico de los componentes, pueden tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia y severidad de la fibrosis hepática.

SEMAGLUTIDA, DAPAGLIFLOZINA, FINERENONA, ¿DROGAS AMIGAS O ENEMIGAS DE LA RETINA?Daniel VELARDO¹, Vanina Giselle VELARDO², Mariano Héctor NÚÑEZ³, Néstor Aníbal PINCA³, Verónica RUNSTEIN¹¹ SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y DIABETES, HOSPITAL JOSÉ MARIA PENNA, ² DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA BIOLÓGICA MOLECULAR Y CELULAR, FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES UBA, TERCERA CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, ³UBA, CABA.

Contacto: davelardo@intramed.net

Introducción: La retinopatía diabética es la principal complicación neurovascular y la causa de pérdida visual no recuperable en los países industrializados. El riesgo de ceguera en un paciente diabético es 25 veces mayor que en una población no diabética. El control de los aspectos genéticos, metabólicos, nutricionales, hemodinámicos y farmacológicos repercute en la retina.

Objetivos: Este estudio evalúa el impacto en la retina de nuevas drogas de protección cardiorrenal (semaglutida, dapagliflozina, finerenona), según los resultados de los principales ensayos clínicos.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de datos obtenidos de ensayos en fase 3 aleatorizados, doble ciego y randomizados (SUSTAIN 6), así como estudios retrospectivos y de la vida real (Tzu-Yí Lin et al., 2023, Yen et al., 2023, ReFineDR/DeFineDR).

Resultados: SUSTAIN 6 Trial: Este ensayo pivotal evaluó semaglutida en 1648 pacientes comparados con 1649 pacientes placebo. Se observó un Hazard Ratio (HR) de 1.76 (IC 95%: 1,11-2,78), con 50 eventos retinianos en el grupo de semaglutida frente a 29 en el grupo placebo (p=0,02). En pacientes con retinopatía previa, el riesgo aumentó a un HR de 1.96 (IC 95%: 1.15-3.33). Chang Gung Research Database (CGRD): este estudio multi-institucional incluyó pacientes con DM2: 21491 tratados con inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) y 1887 con GLP1. El porcentaje de retinopatía proliferativa fue menor en el grupo tratado con iSGLT2 (SHR 0.53, IC 95%: 0,42-0,68). Las intervenciones quirúrgicas vítreo-retinianas también fueron menores en el grupo iSGLT2 (SHR 0.58, IC 95%: 0,48-0,70). ReFineDR/DeFineDR: este subestudio de FIGARO-FIDELIO evaluó pacientes con retinopatía previa: 174 en el grupo finerenona y 110 en el grupo placebo. El 3,7% del grupo finerenona (5/134) y el 6,4% del grupo placebo (7/110) presentaron lesiones retinianas (p=0,026, IC 95%: 0,082-0,029). Las intervenciones oculares fueron del 3% en el grupo finerenona frente al 15,5% en el grupo placebo.

Conclusiones: Podemos inferir una acción protectora en la retina de los iSGLT2 (dapagliflozina) y de los antagonistas del receptor mineralocorticoide no esteroideo (finerenona). En relación con los agonistas de GLP1 (semaglutida), los resultados indican un posible efecto perjudicial en la retina, con un HR de 1.96. Metaanálisis de otros GLP1 respaldan estos hallazgos nocivos. Se recomienda evaluar el estatus retiniano antes de prescribir agonistas de GLP1.

¿ES EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCEMIA UN PREDICTOR DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA DIFERENCIAL ENTRE HOMBRES Y MUJERES?

Susana Beatriz APOLONI, Cecilia Carla SPARNOCHIA, María Noelia BRENZONI, Pamela Andrea ALARCÓN,

Guido Manuel GARCÍA JUÁREZ, Fabián Edie FERRONI, Carlos CASTELLARO, Sergio Ariel GONZÁLEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. Contacto: susanaapoloni@hotmail.com

Introducción: La insulinoresistencia (IR) se asocia con diferentes alteraciones metabólicas y eventualmente podría tener diferente impacto en el desarrollo de aterosclerosis subclínica (ATS) de acuerdo con el sexo. El índice triglicéridos/glucemia (ITG), una herramienta útil para evaluar el riesgo cardiometabólico, podría ayudar a identificar estas asociaciones.

Objetivos: a) Determinar si existen diferencias del ITG según sexo y estratos de edad; b) comparar presencia de ATS según sexo y estratos de edad; c) evaluar si el ITG es un predictor independiente de ATS según sexo, ajustado por factores de riesgo cardiometabólico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se evaluaron 6674 pacientes de 18 a 80 años de edad (período 01/16-10/23) que realizaron un control cardiovascular (CV) con determinación de antropometría, presión arterial (PA), glucemia, perfil lipídico y rastreo de ATS carótido-femoral por ultrasonografía (Consenso de Mannheim). Se excluyeron pacientes con evento CV previo y DM. Se calculó el ITG: $\text{Ln}(\text{Tg} [\text{mg/dl}] \times \text{Glu} [\text{mg/dl}]/2)$. La población se clasificó en 6 grupos según estratos de edad (<30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71-80 años). Se realizó un análisis exploratorio evaluando diferencias en los niveles de ITG y en presencia de placas ateroscleróticas según estratos de edad y sexo (Kruskal Wallis/chi-cuadrado/Mann Whitney). Se realizaron regresiones logísticas por sexo para evaluar el ITG como predictor independiente de ATS ajustado por edad, IMC, PA sistólica, colesterol HDL, LDL, tabaquismo y sedentarismo.

Resultados: Se incluyeron 6170 pacientes en prevención primaria CV. Los hombres presentaron un perfil significativamente más desfavorable en antropometría, PA y en variables metabólicas de laboratorio analizadas, excepto en LDL (Tabla). El ITG y la prevalencia de ATS aumentaron sostenidamente a través de estratos etarios (p=0,00001 y p<0,0001, respectivamente), siendo siempre significativamente mayores en hombres a partir de los 30 años (Gráficos 1 y 2). En regresiones logísticas ajustadas, el ITG se comportó como un predictor independiente de ATS en mujeres (p=0,0017, OR 1,48 [1,16-1,89], test de Hosmer & Lemeshow p=0,56, ROC [AUC]: 0.820), además de edad, IMC, PA sistólica y tabaquismo (p<0,05 en todos). El ITG no fue un predictor independiente de ATS en hombres (p=0,241), a diferencia de la edad, IMC, PA sistólica, tabaquismo y niveles de colesterol (HDL, LDL) (p<0,05 en todos).

Variable	Mujeres n=2705	Hombres n=3465	p
	Media ± SD	Media ± SD	
Edad (años)	52,3±11,5	51,4±11,2	0,0094
IMC (kg/m ²)	25,1±5,72	29,4±5,34	<0,0001
PAS (mmHg)	122±16	128,87±13,6	<0,0001
PAD (mmHg)	77,15±10,9	84,3±9,77	<0,0001
Colesterol total (mg/dl)	202±38,1	187±41	<0,0001
HDL (mg/dl)	60,4±14,1	47,9±11	<0,0001
LDL (mg/dl)	121±34	122±35,7	0,0698
Trigliceridemia (mg/dl)	106±69,2	137±90,7	<0,0001
Glucemia (mg/dl)	93,7±8,68	98,12±9,04	<0,0001
Tabaquismo (%)	12,8	14,2	0,1001
Sedentarismo (%)	31,6	31,3	0,7909

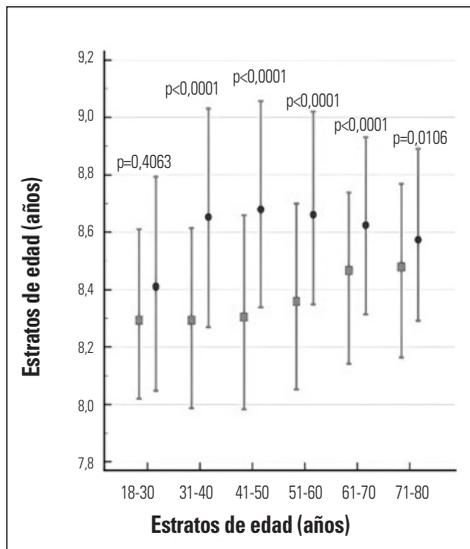


Gráfico 1: ITG según sexo y estratos de edad.

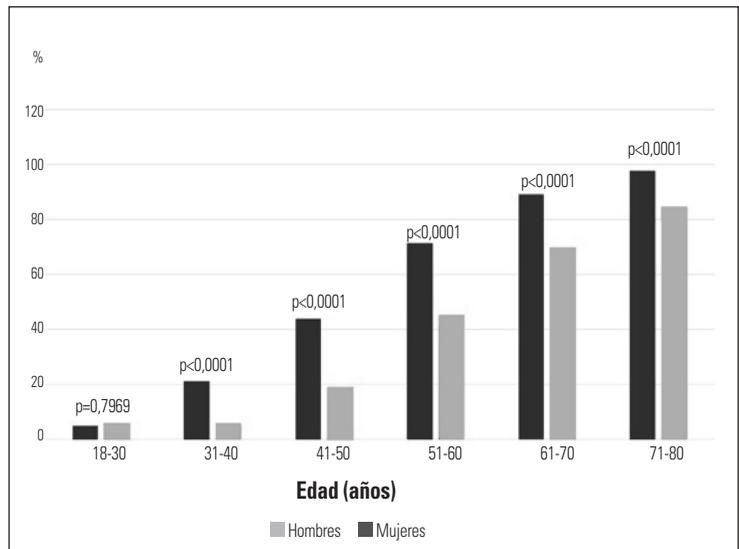


Gráfico 2: Presencia de placa según estrato de edad y sexo.

Conclusiones: El desarrollo de ATS en mujeres estaría principalmente relacionado con la IR, mientras que en los hombres con las alteraciones lipídicas. Esto podría replantear una evaluación CV diferencial en la mujer para detectar y tratar tempranamente la IR, e impactar en el desarrollo y progresión de la ATS.

DIABETES AUTOINMUNE Y MONOGÉNICA EN UNA MISMA FAMILIA. MEDICINA PERSONALIZADA

Caso clínico

Alejandro DE DIOS¹, María Amelia LINARI², María Silvia PÉREZ³, Gustavo FRECHTEL¹, Ariel Pablo LÓPEZ⁴

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS, ²UNIVERSIDAD BARCELÓ, ³LABORATORIO MANLAB, ⁴CÁTEDRA DE GÉNÉTICA FFYB, UBA, CABA.

Contacto: alejandrodios@hotmail.com

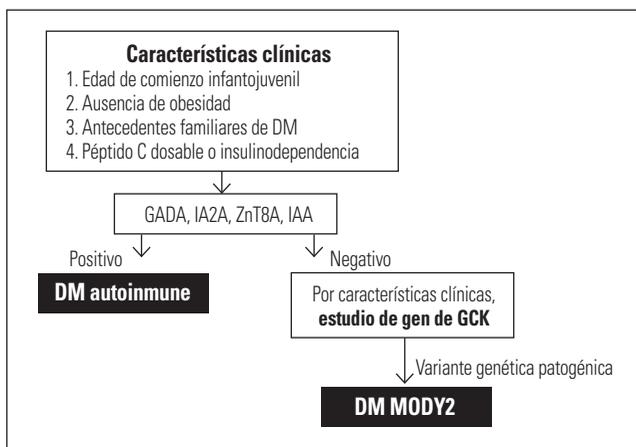
Introducción: La diabetes mellitus autoinmune (DMA) y las formas monogénicas de la enfermedad tienen su máxima prevalencia en la etapa infantojuvenil. Si bien existen características clínicas, bioquímicas y familiares distintivas, en la práctica clínica existen situaciones de superposición y confusión diagnóstica. El correcto diagnóstico permitirá individualizar los tratamientos que, si no son adecuados en el momento oportuno, pueden condicionar el pronóstico del paciente.

Objetivos: Mostrar la estrategia diagnóstica diseñada para el estudio de dos familias no relacionadas con características clínicas complejas.

Caso: Caso 1: Hermano A 16 años, DM desde los 13 años, asintomático con glucemia de ayunas (GA) 150 mg%, tratamiento no farmacológico, A1c 7%. Hermano B 9 años, DM desde los 7 años (síntomas cardinales y glucemia 324 mg%), tratamiento insulínico basal bolo. Ambos tenían Ac contra célula beta β + (ELISA), por lo que tenían diagnóstico de DM autoinmune. Antecedentes familiares: padre (47 años) DM a los 34 años (GA 130 mg%), asintomático. Tratamiento metformina

1700 mg/día, A1c 7%. Madre (45 años) sin DM, tiroiditis de Hashimoto. **Caso 2:** Hermana A 20 años, hiperglucemia a los 16 años (GA 123 mg/dL A1c 6,3%), péptido C 554 pmol/L, asintomática, normopeso, tratamiento no farmacológico. Hermana B: 22 años, normopeso, hiperglucemia desde los 19 años, GA 110 mg/dL, 120 minutos 150 mg/dL; a los 18 años GA de 80 mg/dL. Antecedentes familiares: madre 51 años, normopeso, DM desde los 20 años, A1c 6,5%, tratada con dapagliflozina. Padre sin DM ni enfermedades autoinmunes. Se realizó la evaluación secuencial con el esquema propuesto: a) paso 1: evaluar antecedentes personales y familiares; b) paso 2: evaluar autoanticuerpos contra célula β; c) paso 3: solicitar estudios genéticos dirigidos. Resultado Caso 1A: aGAD, IAA e IA2A negativos (RIA). Caso 1B: GADA 0,165 (corte 0.991) e IA2A 5,095 (corte 2.343), se diagnostica DM1. Caso 2A: GADA e IA2A negativos Caso 2B: GADA 10,04 (corte 0.991) e IA2A 2,545 (corte 2.343), se diagnostica DM autoinmune. Por las características clínicas de los hermanos A de ambas familias se sospecha MODY2. Se realiza estudio del gen de GCK. Resultado Caso 1: Hermano A variante probablemente patogénica en el Exon7 c.766G>A, confirma MODY2. Se confirma también en el padre y no en la madre ni en el hermano B. Caso 2: Hermano A variante probablemente patogénica en el Exon 7 c.820G>A, compatible con el desarrollo de la patología, confirmándose MODY2. Se confirma la misma variante en la madre y no el padre ni en el hermano B. Los hermanos A de ambas familias continuaron sin tratamiento farmacológico. El hermano 1B continuó con tratamiento basal bolo y la Hermana 2B comenzó paulatinamente a utilizar tratamiento insulínico.

Comentario: La relevancia de la presentación de estos casos está determinada con la necesidad de seguir una estrategia clara y lógica optimizando los recursos para situaciones que puedan cambiar las estrategias de manejo de cada paciente. Nótese que en el caso 1 se repitieron los Ac por la falta de concordancia con la clínica. Asimismo, a pesar de llegar al diagnóstico de DM autoinmune en los Hermanos B, se realizaron los estudios genéticos por el consejo genético a brindar.



Conclusión: El diagnóstico del tipo de DM no siempre es claro (incluso hay diferentes tipos en una misma familia). Variabilidad analítica de los estudios de Ac, a partir de lo cual surge la importancia de definir la confiabilidad de los mismos. En esas situaciones los estudios inmunogenéticos pueden clarificar el diagnóstico y de esta forma planificar un tratamiento personalizado de acuerdo a la etiopatogenia de la enfermedad.

DESCIFRANDO EL ENIGMA GENÉTICO DE MODY EN HERMANAS HOMOCIGOTAS Y SU INFLUENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN LA DESCENDENCIA. REPORTE DE CASOS

Caso clínico

Alejandro DAIN¹, María Paula PAZ POVEDANO¹, Alejandro DE DIOS², Ariel LÓPEZ², Enrique MAJUL¹

¹CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, ²HOSPITAL DE CLÍNICAS. Contacto: alejandrodainlerner@hotmail.com

Introducción: La diabetes MODY, con sus diferentes variantes, es una enfermedad monogénica que representa <2% de los casos de DM. La variante más frecuente, MODY3, se vincula al gen HNF1A (*Hepatocyte Nuclear Factor 1 Alpha*), cursa en general asintomática y con baja tasa de complicaciones. Su tratamiento incluye sulfonilureas (SU) y consejo genético.

Objetivos: Evidenciar las variables clínicas y los antecedentes familiares que sugieren MODY, resaltando la importancia del diagnóstico genético en el tratamiento y pronóstico.

Caso: Un paciente sospechoso fue estudiado junto con su familia, resultando en el diagnóstico de MODY3 con la mutación heterocigota c.872-873 insC en el exón 4 del HNF1A. La detección se realizó mediante observación de hiperglucemia, exclusión de otras formas de DM (AC negativos, AC anti-GAD, AC anti IA2 y AC anti ZnT8) y péptido C (en ayunas: 0.5 a 2.0 ng/ml) y pruebas genéticas. Las muestras fueron estudiadas en el Servicio de Nutrición Hospital de Clínicas, CABA

Comentario: La secuenciación del gen HNF1A fue vital para diagnosticar MODY en esta familia, permitiendo adecuar el tratamiento personalizado, subrayando la importancia de la identificación genética en el manejo de la diabetes monogénica. Se debe considerar diabetes monogénica en casos con inicio antes de los 30 años, antecedentes familiares, ausencia de IR (clínica y/o analítica), sin insuficiencia pancreática y/o autoinmunidad presente.

Familia	Paciente	Diagnóstico (DX)	Evolución	Tratamiento inicial	Tratamiento actual
A	F55	4/2022: control clínico	4/2022: HbA1c 6%, POTG 84/95, PC 0,23 ng/ml, AC (-) 12/2022: DX MODY3 2023-2024: HbA1c 6-6,3% GL 74-118 mg/dl	Dietoterapia	4/2024: HbA1c 6% no ADO
	F16	2/2022: hiperglucemia asintomática	2/2022: GAA 129 mg/dl, HbA1c 6,4%, PC 0,82 ng/ml 12/2022: DX MODY3 2023-2024: HbA1c 8,8-6,4%, GAA 160,97 mg/dl	Dietoterapia	Gliclazida 30 mg/d 6/2024: HbA1c 6,4%
	M20	3/2021: hiperglucemia sintomática sin cetosis	3/2021: GAA 117 mg/dl, HbA1c 8,8%, PC 0,28 ng/dl 12/2022: DX MODY3 2021-2022: HbA1c 6,7-7%, GAA 87-81 mg/dl, PC 0,45-033 ng/ml	Insulinoterapia	Gliclazida 39 mg/d 0/2024: HbA1c 5,8%, GL 74 mg/dl
	F23	4/2022: control clínico	4/2022: GAA 124 mg/dl, HbA1c 6,5%, PC 0,39 ng/ml 12/2022: DX MODY3	Linagliptina 5 mg/d	Gliclazida 30 mg/d 2/2024: HbA1c 5,9%, GL 91 mg/dl
B	F55	8/2021: DX previo de DG	8/2021: GAA 128 mg/dl, HbA1c 6,1% 12/2022: confirmación MODY3	Vildagliptina 50 mg BID	Gliclazida 30 mg/d 3/2024: HbA1c 5,9%, GAA 75 mg/dl
	F15	6/2023: hiperglucemia sintomática con cetosis	6/2023: GAA 136 mg/dl, HbA1c 9,5% cetosis 2023: HbA1c 7,1%, GAA 99 mg/dl 11/2023: DX genético MODY3	Insulinoterapia	Gliclazida 15 mg/d 1/2024: HbA1c 6,3%, GL 107 mg/dl

Conclusión: Este reporte destaca la relevancia del diagnóstico genético en esta familia y la importancia de la sospecha clínica para un correcto diagnóstico, lo que ha permitido modificar el tratamiento y conseguir un adecuado control metabólico. El consejo genético es esencial debido al patrón autosómico dominante y un 50% de transmisión a la descendencia.

P110

EXAMEN FÍSICO EN LA CONSULTA DIABETOLÓGICA INFANTIL: ¿LO HACEMOS DE RUTINA? NECROBIOSIS LIPÍDICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. SERIE DE CASOS

Caso clínico

Carolina MARTÍNEZ MATEU, Laura PAPENDIECK, Mariana PRIETO, Gabriela KROCHIK, Consuelo BARCALA
HOSPITAL J.P. GARRAHAN, CABA. Contacto: prietomar@gmail.com

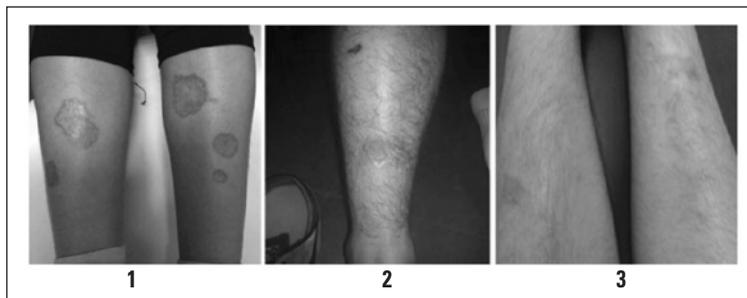
Introducción: La necrobiosis lipóidica es un proceso cutáneo localizado que implica la degeneración del colágeno. Se presenta con placas atróficas de color amarillento o anaranjado, comúnmente localizadas en la cara anterior de la tibia. Es una dermatitis granulomatosa crónica de etiología idiopática y poco frecuente. Aunque puede aparecer en personas sin diabetes mellitus (DM), se considera una complicación de la DM con mal control metabólico. Las referencias bibliográficas sobre esta condición en niños son escasas.

Objetivos: Describir una serie de tres casos de necrobiosis lipóidica en niños, confirmados por estudios anatomopatológicos.

Caso: Caso 1: Niña con DM1, debut a los 23 meses. A los 8 años, desarrolló lesiones hiperpigmentadas de coloración pardusca con una zona central atrófica y telangiectasias en la cara anterior de la tibia bilateral, de rápida progresión. Recibió múltiples tratamientos, tacrolimus, betametasona, calcipotriol tópico, hidroxiclороquina oral y radiación UV, sin remisión. Antecedentes de asma, obesidad, migraña y trastornos de ansiedad. Recibió tratamiento intensivo MDI, HbA1c media de 9%. Presentaba enfermedad renal por DM tratamiento con enalapril (Foto 1). Caso 2: Niño con DM1, debut a los 7 años. A los 13 años, presentó lesiones hiperpigmentadas planas en la cara anterior de ambas piernas, recibió tratamiento con tacrolimus

mus tópico, con buena evolución. HbA1c media de 8,08%, tratamiento intensivo con infusor de insulina, sin complicaciones crónicas (Foto 2). **Caso 3:** Niño con DM1, debut a los 9 años. A los 11 años presentó una única lesión en la cara anterior de la tibia, recibió tratamiento tópico con tacrolimus con buena evolución. Antecedentes de asma, HbA1c media de 7,1% y recibió tratamiento intensivo con MDI. No presentó complicaciones crónicas (Foto 3).

Comentario: Presentamos estos casos debido a la extrema rareza de la aparición en edad pediátrica y su posible evolución hacia la malignización. Los traumatismos son frecuentes en este grupo etario y pueden dificultar el diagnóstico.



Conclusión: El examen físico en cada consulta diabetológica debe ser exhaustivo y realizado por un especialista.

P111

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y PERSONALIZADA EN DIABETES: UN CASO DE EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO Y DIABETES TIPO 1

Caso clínico

Sabrina FLORIO, Marcos Miguel GAMOND, Yanet Ivone ALBORNOZ
HOSPITAL HORACIO HELLER, NEUQUÉN. Contacto: drasabrinaflorio@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) presenta un desafío significativo en el cuidado de la salud materna y fetal, especialmente en casos complejos como embarazos múltiples y pacientes con DM preexistente. Este caso clínico ilustra los retos y estrategias para el manejo de una paciente con DM1 y embarazo gemelar, destacando la importancia de la colaboración multidisciplinaria, el apoyo psicosocial y la educación diabetológica individualizada.

Objetivos: Describir los desafíos y estrategias en el manejo integral de un caso complejo de DM en un embarazo gemelar monocorial biamniótico.

Caso: Paciente de 27 años, G2P1, con DM1 preexistente, en tratamiento con insulina NPH 10/10 UI, sin adherencia al mismo y obesidad. Antecedentes familiares de DM (madre fallecida por complicaciones vasculares, padre con DM y obesidad, abuelos diabéticos). Refirió glucemias elevadas previas al embarazo (157-234 mg/dl) con HbA1c entre 8,5 y 11,8%. A las 18 semanas de gestación ingresó a nuestro hospital de día para seguimiento y tratamiento de un embarazo gemelar monocorial biamniótico no programado. El embarazo cursó sin complicaciones obstétricas, pero con importantes desafíos metabólicos, psicológicos y sociales: escaso conocimiento sobre su enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, técnica incorrecta de aplicación de insulina, hipoglucemias, rechazo a la internación, dificultades para ajustar el plan nutricional y amplia variación glucémica. Gracias a la intervención transdisciplinaria de nuestro equipo, se lograron superar gradualmente los obstáculos y alcanzar el final de la gestación con una cesárea programada por presentación podálica del primer gemelo. Ambos recién nacidos presentaron buen peso (2550 g y 2890 g) y Apgar adecuado (9/10 y 8/9), con evolución favorable.

Comentario: Este caso resalta los desafíos en el manejo de la DMG en pacientes con DM preexistente y embarazos múltiples, donde la falta de adherencia terapéutica, las hipoglucemias y la resistencia a la internación son obstáculos frecuentes. La comunicación efectiva, la educación diabetológica adaptada a las necesidades, y el contexto de la paciente y el apoyo psicosocial son cruciales para mejorar la adherencia y el control glucémico. La creación de un espacio de confianza y empatía entre el equipo de salud y la paciente es fundamental para lograr una atención integral y personalizada.

Conclusión: El manejo exitoso de la DMG en casos complejos requiere un enfoque multidisciplinario, individualizado y centrado en la paciente. La comunicación efectiva, la educación diabetológica personalizada y el apoyo psicosocial son herramientas clave para mejorar la adherencia terapéutica, el control glucémico y los resultados materno-fetales. Es fundamental investigar estrategias para abordar los desafíos psicosociales y mejorar la calidad de vida de las pacientes con DMG, así como optimizar los recursos y los espacios para la atención integral de estas pacientes.

SÍNDROME DE MAURIAC, REPORTE DE UN CASO

Caso Clínico

Malena SILBERKASTEN, Erika SAN MARTÍN, María Eugenia ANDRES, María Florencia GONZÁLEZ

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, CABA. Contacto: malenasilber@gmail.com

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica con complicaciones microvasculares, macrovasculares, alteraciones en el crecimiento y desarrollo, afectación psicológica, psiquiátrica y trastornos autoinmunes. Otra complicación posible es el síndrome de Mauriac (SM), que se caracteriza por presentar glucogenosis hepática debido a hiperglucemia crónica por déficit de insulina. La administración intermitente de bolos de insulina asociada al aumento de los niveles de cortisol como hormona contrarreguladora ante la hipoglucemia, estimulan el depósito hepático de glucógeno. Todos los síntomas y signos revierten al lograr el control glucémico.

Objetivos: Se presenta un caso clínico con criterios de SM seguida en el Servicio de Nutrición y Diabetes del Hospital Elizalde de Buenos Aires.

Caso: Paciente de 15 años con DM1 de 10 años de evolución, mal control metabólico y antecedente de 3 internaciones por cetoacidosis diabética. Presentaba retraso del crecimiento y desarrollo puberal, hepatomegalia, rasgos cushingoides y edema con godet ++ en miembros inferiores, y ecografía abdominal con hepatomegalia y aumento de su ecogenicidad. En el laboratorio se constató dislipemia. Realizaba tratamiento intensificado con insulina basal-bolo (1 UI/kg/día de insulina glargina y aspártica). Se internó para ajuste de insulina y reeducación. Luego de 11 días se le dio el alta con mejoría en sus controles metabólicos, disminución de la ecogenicidad y tamaño hepático, y con un descenso de la dosis de insulina glargina a 0,5 UI/kg/día.

Comentario: El SM es una complicación subdiagnosticada en DM1 mal controlada. Se puede manifestar de forma incompleta o completa con hepatomegalia, aumento de las transaminasas, dislipidemias, rasgos cushingoides, retraso en el crecimiento y retraso puberal. La paciente descrita presentaba además edema en los miembros inferiores sin hipoalbuminemia ni afectación cardíaca y renal, reportado en artículos anteriores. Se destaca que tras la adecuada insulinización y la reeducación se logró la reversión clínica de la hepatomegalia, la mejoría en el laboratorio y la reducción en los requerimientos totales de insulina.



Conclusión: El SM es la máxima expresión de la DM1 con mal control metabólico. Debido a los avances en el diagnóstico y tratamiento de la DM, se describe con poca frecuencia, pero aún es un hallazgo posible. Se demuestra la importancia del monitoreo, la aplicación adecuada de insulina, y la educación de los pacientes y sus familias para el manejo de esta enfermedad.

CASO INÉDITO DE DIABETES MONOGÉNICA CON DOBLE MUTACIÓN (MODY 1+2)

Caso clínico

Alejandro DE DIOS¹, Florencia GRABOIS², Mariela Silvia PÉREZ³, Gustavo FRECHTEL¹, Ariel Pablo LÓPEZ⁴

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS, ²HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN, ³LABORATORIO MANLAB, ⁴CÁTEDRA DE GENÉTICA FFYB, UBA.

Contacto: alejandrodedios@hotmail.com

Introducción: La clasificación correcta del tipo de diabetes mellitus (DM) es de vital importancia para personalizar el tratamiento de las personas con dicha patología. Dentro de las formas de DM, se encuentra la MODY (*Maturity Onset Diabetes in Young*). Si bien su presentación es infrecuente en el adulto, puede llegar a ser el 5% de las formas de presentación en la etapa infantojuvenil. Para su correcta determinación es indispensable realizar estudios genéticos específicos.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con características clínicas de MODY a quien se le detectaron mutaciones en 2 genes determinantes de la enfermedad.

Caso: Paciente masculino de 3 años que consultó por hiperglucemia incidental. Antecedentes personales nacido a término con peso de 2650 kg. Peso actual 13,8 Kg (PC 25), talla 94,6 cm (PC 10-25), IMC 15,6 Kg/m² (pc 50). Glucemia en ayunas (GA) de 120 mg/dL y HbA1c 5,2%, autoinmunidad contra célula beta negativa, péptido C 436 pmol/l. Antecedentes familiares: padre 37 años, peso 78 kg, talla 183 cm, IMC 23,3 Kg/m²; GA 117 mg/dL y a los 120 min de la POTG 115 mg/dL, A1c 5,5%. Bisabuela paterna GA 118 mg/dL; abuela paterna GA 114 mg/dL. Dadas las características clínicas del caso índice y su familia, se ingresaron los datos en la aplicación calculador MODY (<https://www.diabetesgenes.org/exeter-diabetes-app/>) resultando 75,5% (1 en 1,3 de chances de tener MODY). Se realizó estudio de los genes GCK, HNF1A, HNF1B, HNF4A, INS, ABCC8 y KCNJ11 por NGS (*Next Generation Sequencing*). Resultado: Gen GCK: variante c.703A>G; p.Met 235Val (rs 1057521093), exón 7, probablemente patogénica. Gen HNF4A: variante c.834G>C; p. Glu278Asp (rs193922477), exón 7, probablemente patogénica. Se diagnosticó MODY2 + MODY1. Se sugirió realizar actividad física y alimentación saludable, base del tratamiento para ambos tipos de MODY. Si los valores glucémicos estuvieran fuera de objetivo, se podría indicar bajas dosis de sulfonilureas que es el tratamiento farmacológico de MODY1. El niño evolucionó con valores glucémicos estables durante los siguientes 4 años de seguimiento.

Comentario: La relevancia de la presentación de este caso está determinada por la necesidad de reforzar la importancia de los estudios genéticos en pacientes con características clínicas compatibles. En este caso, surge que la implementación de técnicas de NGS permite encontrar mutaciones en genes no habituales, y en nuestro paciente determinar algo inédito en la literatura es que se encontró la mutación en 2 genes MODY. Surge la incertidumbre del impacto clínico de la mutación en HNF4A dada la corta edad del paciente, su falta de impacto perinatal y la ausencia de características clínicas en sus familiares. La limitación de esta presentación está determinada en que hasta la fecha no se ha podido realizar el estudio completo a sus familiares (posible mutación *de novo*).

Conclusión: La solicitud de estudios genéticos (principalmente NGS) permite precisar el diagnóstico del tipo de DM, personalizar el tratamiento y brindar consejo genético.

P114

SÍNDROME DE KABUKI Y DIABETES TIPO 1. REPORTE DE CASOS

Caso Clínico

María Eugenia ANDRES, Malena SILBERKASTEN, Nuria Ruth GRIMBERG, Yesica Edith DOMÍNGUEZ, Erika SAN MARTÍN
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE, CABA. Contacto: malenasilber@gmail.com

Introducción: El síndrome de Kabuki (SK) es un trastorno genético poco común.

Objetivos: Presentar tres pacientes con diagnóstico de SK y diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Casos: Caso 1: Paciente de 16 años con antecedente de SK, debut DM1 a los 12 años con cetoacidosis diabética severa. Presentó anticuerpos ICA y GADA positivos. Se encontraba en tratamiento con esquema de insulina basal-bolo con buen control metabólico, sin enfermedades asociadas. Caso 2: Paciente de 18 años con antecedente de SK, sobrepeso, reciente diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) poliarticular, en tratamiento con metotrexato y meprednisona 12,5 mg/día. Fue derivada por glucemia de 310 mg/dl, hemoglobina glicosilada 10,9%, péptido C de 1,68 ng/ml y anticuerpos GADA y IAA positivos. Inició tratamiento basal-bolo con insulina con buena evolución. Caso 3: Paciente de 15 años con antecedente de tiroiditis de Hashimoto, recibió levotiroxina desde los 4 años; cirugía por malformación ocular (eversión de párpado) y amigdalectomía. Diagnóstico de SK y debut DM1 a los 6 años. No contaba con estudio de anticuerpos para DM. Realizó tratamiento con insulina basal-bolo con regular control metabólico.

Comentario: El SK es un trastorno genético poco común, con una prevalencia estimada de 1/32.000 nacidos vivos. El patrón de herencia más frecuente es autosómico dominante por mutaciones del gen KMT2D, aunque la mayoría de los casos es esporádico. Se caracteriza por rasgos faciales distintivos (eversión del tercio externo del párpado inferior, cejas arqueadas y despobladas en su tercio externo, puente nasal ancho con punta nasal deprimida y orejas prominentes), discapacidad intelectual, anomalías esqueléticas, baja talla y alteraciones dermatológicas. Existen publicaciones que reportan la asociación entre DM1 y SK. Se presentan tres pacientes con SK y DM1, dos de los cuales presentaban además otra enfermedad autoinmune asociada: tiroiditis y AIJ.

Conclusión: El SK se caracteriza por una gran heterogeneidad de manifestaciones clínicas con compromiso multisistémico y riesgo de asociación a enfermedades autoinmunes, entre ellas la DM1. El diabetólogo debe estar atento a la presencia de manifestaciones clínicas que sugieran la posibilidad de un síndrome genético.

DÉFICIT DE GLUT1: UN DESAFÍO CLÍNICO Y UNA OPORTUNIDAD PARA COMPRENDER SU FISIOPATOLOGÍA

Caso clínico

Ramiro Ezequiel HEFFES¹, Antonio SALEME², José COSTA GIL³

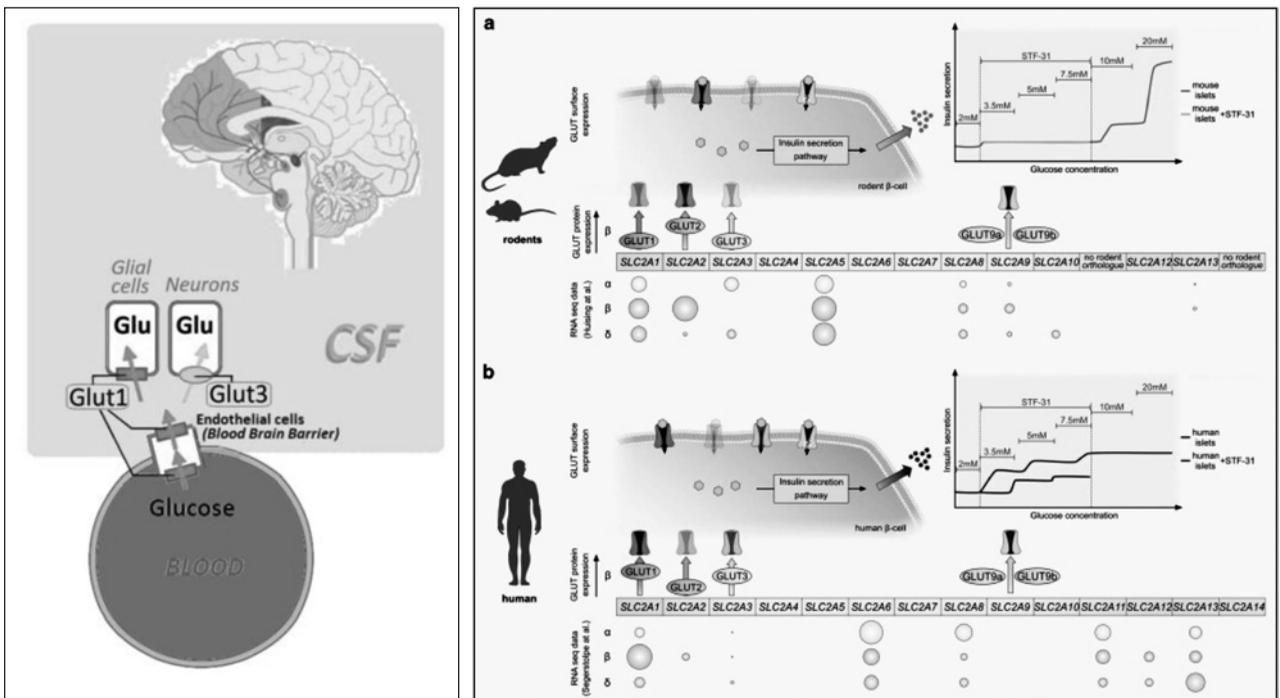
¹CAPÍTULO COMAHUE SAD, ²SANATORIO SANTA FE, ³INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA LA PLATA. Contacto: ramiroheffes@gmail.com

Introducción: La D-glucosa es el combustible del cerebro. En reposo, los adultos utilizan hasta el 20% de glucosa corporal y el uso de fuentes de energía alternativas es muy limitado. En niños demanda hasta 3 o 4 veces más, hasta el 80% de la glucosa corporal. La membrana cerebral hidrofóbica rechaza las moléculas polares de glúcidos, deben usar transportadores de glucosa (GLUT) y el GLUT1 es esencial en el encéfalo. El trastorno en el suministro de glucosa al cerebro en desarrollo puede afectar su función y normal crecimiento.

Objetivos: Describir un caso de síndrome de déficit de GLUT1 y reseñar su fisiopatología en base a la bibliografía consultada.

Caso: Antecedentes peri-posnatales. El 15/08/2004 nació en semana 40, sexo femenino, Apgar 10/10, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 34 cm. Al mes 3: sostén cefálico, mes 6: no logró sedestación, mes 12: escasa iniciativa motora, mes 14: sedestó y mes 20: marcha autónoma, al mes 36: primeras palabras. A los 2 años inició con signos compatibles con epilepsia (mioclonías, luego del despertar y por varias horas). Se realizaron numerosas consultas en un hospital rural en Chubut, donde desestimaron el cuadro. Consultaron con Neurología Infantil en Trelew, luego en Comodoro Rivadavia (2013) llegando al diagnóstico de epilepsia con retraso madurativo. En 10/2014, se realizó RMN encefálica (normal) y EEG con crisis en consultorio. Ajustaron dosis de valproato y clobazam, sin respuesta. A los 10 años estaba sin alfabetizar ni rehabilitación. En 11/2014 se derivó (HIBA) con presunción de epilepsia refractaria al tratamiento y tras examen clínico se analizó el líquido cefalorraquídeo que mostró hipoglucorraquia (32 mg/dL). Ante la sospecha de trastorno en el pasaje de la glucosa a través de la barrera hematoencefálica, se indicó reducción de carbohidratos (conteo) y se ajustaron anticonvulsivantes. Se enviaron muestras para estudio genético con sospecha de déficit de GLUT1 a Medical Neurogenetics (Atlanta, USA). El informe confirmó el diagnóstico de síndrome de déficit de GLUT1 clásico asociado a discapacidad intelectual.

Comentario: El síndrome de déficit de GLUT1 (De Vivo-1991) es infrecuente y conocer su etiología permite un diagnóstico preciso y una terapéutica adecuada que mejoró el pronóstico de la persona afectada en el caso presentado. GLUT1, una proteína transmembrana de casi todas las membranas celulares, codifica en el cromosoma 1 y en el cerebro tiene 2 isoformas. Su forma de presentación va desde la incompatibilidad de vida embrionaria al cuadro como el que se presenta.



Conclusión: El síndrome de déficit de GLUT1 es génico, con fallo en el transporte de la glucosa circulante al cerebro. Compromete el desarrollo neurológico que, con una intervención simple y temprana, se puede minimizar o evitar.

EFECTO DE LA INMUNOTERAPIA EN EL DESARROLLO Y/O EVOLUCIÓN DE LA DIABETES: REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico

Susana Beatriz APOLONI, María PREITI, Adriana PASSARIN, Fabiana DÁVILA

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: susanaapoloni@hotmail.com

Introducción: La incorporación de los inhibidores del punto de control inmunitario (IPCI) ha optimizado la calidad y expectativa de vida de pacientes con patologías oncológicas. La destrucción inmunomediada que generan no se limita a las células tumorales sino también a otros órganos como el páncreas, manifestándose como diabetes mellitus (DM) mediada por inmunoterapia *de novo* de evolución aguda o descompensación grave de DM2 preexistente. Esto refleja un deterioro funcional y secretorio de la célula beta que conduce a la cetoacidosis severa.

Objetivos: Describir el desarrollo y la evolución aguda de la DM frente a la exposición a la inmunoterapia, y establecer posibles estrategias para su detección precoz

Casos: Caso 1: 68 años, mesotelioma pleural con tratamiento quirúrgico y quimioterapia con cisplatino y pemetrexed, antecedentes de glucemia alterada en ayuno, HbA1c 8,5%, IMC 21,4 kg/m², descompensación a 6 meses de nivolumab+ipilimumab. Caso 2: 80 años, melanoma polipoideo ulcerado en muslo izquierdo, sin DM previa, pero neoplasia intraductal mucinosa en cola de páncreas, HbA1c 7,3%, IMC 22,3kg/m², descompensación a 7 meses de nivolumab. Caso 3: 63 años, mesotelioma pleural con tratamiento quirúrgico y quimioterapia con cisplatino y pemetrexed; antecedentes de DM2 de 4 años de diagnóstico, con metformina 1700 mg/día, HbA1c 8,4%, IMC 24,8 kg/m², descompensación a 25 días con nivolumab+ipilimumab. No tenían antecedentes personales ni familiares de enfermedades autoinmunes. Todos tuvieron cetoacidosis diabética severa (glucemia 649, 965 y 998 mg/dl; ph 7,24, 7,18 y 7,07, bicarbonato 18, 11,4 y 4,2 meq/l, anion GAP 22, 33 y 39,8 meq/l, respectivamente), deterioro agudo de la función renal, con internación en cuidados intensivos y requerimiento de insulino terapia. El tercer paciente requirió asistencia ventilatoria mecánica e inotrópicos. En los tres el péptido C fue no dosable y solo el paciente con DM previa tuvo anti-GAD positivo (más de 2000UI/ml). Al alta, los tres continuaron con insulino terapia intensificada

Comentario: La DM inmunomediada por IPCI ocurre en menos del 1% de los pacientes, pero con alta morbimortalidad manifestada por cetoacidosis diabética severa que, ante la instauración precoz de insulino terapia, evoluciona con rápida resolución, pero con persistencia de insulino dependencia. Se describen como posibles factores de riesgo: antecedentes personales o familiares de enfermedades autoinmunes, el desarrollo intratratamiento de otros eventos adversos inmunitarios, la terapia combinada, metástasis pancreáticas, antecedentes de DM2 o anticuerpos anti-GAD positivos. Sin embargo, su ausencia no la descarta, de allí la importancia de monitorear a estos pacientes con parámetros metabólicos.

Conclusión: La evolución aguda de la DM frente a la exposición a IPCI debe alertar a los profesionales a evaluar indicadores de riesgo e incluir en el seguimiento parámetros metabólicos para detectar y tratar precozmente esta entidad, con la consiguiente reducción de su morbimortalidad.

SÍNDROME DE KEARNS SAYRE: UNA FORMA INUSUAL DE DIABETES MITOCONDRIAL

Caso Clínico

Yamilén Sofía RUEDA, Santiago DE LOREDO, Luis DE LOREDO, Karina FUENTES

HOSPITAL PRIVADO CENTRO MÉDICO DE CÓRDOBA S.A., CÓRDOBA. Contacto: yamilenrueda@gmail.com

Introducción: Los síndromes de delección del ADN mitocondrial comprenden tres fenotipos: el síndrome de Kearns-Sayre (SKS), síndrome de Pearson y subtipos de oftalmoplejía externa progresiva. El SKS es un trastorno causado por delección de un fragmento del ADN mitocondrial. La tríada clásica incluye: oftalmoplejía externa progresiva crónica, retinopatía pigmentaria bilateral y bloqueos en la conducción cardíaca. El fenotipo es variable en función de los tejidos afectados, comprometiendo tejidos con mayor requerimiento energético. Prevalencia: 1 a 3 casos por cada 100.000, sin predilección por el sexo o la raza. Sus manifestaciones aparecen antes de los 20 años. La etiología subyace en trastornos de la mitocondria. Es una enfermedad neurodegenerativa multisistémica, que involucra el sistema musculoesquelético, SNC, cardiovascular y endocrino. Los criterios diagnósticos aceptados son: oftalmoplejía externa progresiva, retinopatía pigmentaria y aparición en menores de 20 años. Una o más de las siguientes características deben estar presentes para el diagnóstico: trastornos de la conducción cardíaca, ataxia cerebelosa o hiperproteinoorraquia. Otras alteraciones: retraso mental, demencia, miopatía proximal, baja estatura, trastornos de la tiroides, hipoparatiroidismo, diabetes mellitus (DM), retraso puberal, hipogonadismo, sordera, enfermedad de Addison, disfgia por acalasia y acidosis tubular renal. La DM es la endocrinopatía más frecuente, presente en hasta en el 10% de los casos.

Objetivos: Presentamos un caso de SKS que debuta con una forma infrecuente de presentación, con respecto a los casos reportados en la literatura. En Argentina no existen casos reportados, por lo que esta presentación contribuye al conocimiento de la patología.

Caso: Mujer de 17 años, con neurodesarrollo normal, comenzó a ser estudiada al año y 11 meses por diarrea con impacto en el peso y en la talla; se interpretó como un síndrome de malabsorción con esteatorrea secundaria a insuficiencia pancreática, sin diagnóstico etiológico. Biopsia de duodeno: atrofia parcial leve. BAAR negativo. VIH negativo. A los 4 años, internación por desnutrición crónica. Recibió tratamiento con hormona del crecimiento sin respuesta. A los 10 años comenzó con ptosis palpebral asimétrica, asociada a disminución de la agudeza visual y fatigabilidad progresiva con episodios de claudicación en la marcha. Fondo de ojos: retinitis pigmentaria. A los 12 años, RMN de cerebro, patología de probable origen mitocondrial. RMN de columna cervical: alteración de la señal en secuencias T2 desde la unión bulbomedular hasta C2. ECG: bloqueo completo de rama derecha. Eco cardiograma: normal. Estudio genético de enfermedad mitocondrial: normal, biopsia muscular: no se realizó. A los 15 años, debut de DM con requerimiento de insulina, hipoglucemias y variabilidad, anti-GAD y anti-ICA negativos. Péptido C bajo. Un año después se colocó microinfusora de insulina mejorando los controles de glucosa, con aumento de peso, mejoría del estado de ánimo y hasta deambulación de la paciente.

Comentario: Paciente que presenta los síntomas clásicos de esta enfermedad, pero que en un primer momento debuta con síntomas gastrointestinales e insuficiencia pancreática. Destacar la mejoría completa, con la instauración de la microinfusora de insulina no solo en los controles de glucosa sino en su calidad de vida, con aumento de peso, mejoría del estado de ánimo y hasta la deambulación. Cumple con los criterios clínicos mayores y menores. Hasta el momento no existe un tratamiento curativo.

Conclusión: Creemos de gran importancia la difusión de este caso ya que, por la baja frecuencia de esta patología, pocas veces es reconocida por los médicos, llegando tarde al diagnóstico, además de destacar el valor de actuar tempranamente, mejorando el pronóstico vital y funcional de estos pacientes.

P118

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE PIE DIABÉTICO QUE ASISTEN AL HOSPITAL DISTRITAL DE BANDERA BAJADA

Caso clínico

Jesica Antonela CARDOZO

HOSPITAL DISTRITAL BANDERA BAJADA, SANTIAGO DEL ESTERO. Contacto: yesicacardo99@gmail.com

Introducción: La persona con diagnóstico de pie diabético representa una de las complicaciones de la diabetes mellitus (DM), que se manifiesta en lesiones o las úlceras alterando la necesidad de protección e integralidad de la piel. La OMS (2021) define al pie diabético como aquel que presenta infección, úlcera o destrucción de los tejidos del pie asociado a neuropatía y/o enfermedad arterial periférica de miembros inferiores. Dicho caso es relevante puesto que se evidencia cómo los cuidados de enfermería en las personas con diagnóstico de pie diabético favorecen la recuperación eficaz.

Objetivos: Describir el proceso de enfermería en el cuidado de las personas con diagnóstico de pie diabético mediante el uso de estrategias innovadoras en el Hospital Distrital de Bandera Bajada de Santiago del Estero.

Caso: Varón de 49 años asistió a la guardia y manifestó: "Vine porque está herida no cicatriza." Presentaba una úlcera de 13 cm en la zona plantar con amputación de las terceras falanges, necrosis de la segunda y cuarta falange, presencia de olor fétido, supuración abundante, de color amarillo con zonas necróticas, leve edema y piel caliente al tacto. Pulsos positivos. Se controlaron signos vitales P/A 120/80 T 37.9 GI 230. Se realizó la videoconferencia a través de Webex con un hospital de alta complejidad donde el paciente fue valorado por una especialista en Diabetes, quien indicó que sea derivado. A la cuarta semana regresó al hospital para curaciones y refirió: "Me amputaron 2 dedos más, pero estaré mejor." Primera semana (primera consulta) valoración (diciembre) T tejido con zonas necróticas I se encontraba en la etapa inflamatoria M úlcera húmeda E bordes con hiperqueratosis, time grado 3. Según la escala de San Elian era un grado 19 con moderado a alto riesgo de amputación En marzo: tejido en etapa de maduración I no había signos de infección M sin presencia de humedad E sin lesión de continuidad de piel. Se evidenció la recuperación favorable, fruto de un trabajo multidisciplinario donde la familia fue clave durante este proceso.

Comentario: Las úlceras en los pies son una de las principales causas de amputación en las personas con DM, además generan sentimientos de miedo y tristeza, creando cambios en la vida social, en ocasiones dificultando la inserción en la vida social ya que la persona se siente limitada para realizar actividades de su vida diaria, por ejemplo, caminatas, por ende, la contención y el apoyo por parte del profesional de enfermería son claves para la recuperación. Es importante la revisión completa que implica: examinar diariamente los pies en busca de alguna anomalía, lavado diario, hidratación y humectación para mantener hidratados los pies, corte de uñas en forma recta y zapatos correctos para mantener los pies íntegros. Dicho caso es relevante para la comunidad puesto que se evidencia cómo el seguimiento y los cuidados integrales y holísticos de enfermería favorecen la recuperación de la persona, con un seguimiento constante presencial y virtual durante 4 meses. Se utilizaron herramientas digitales, teléfonos, computadoras y se logró una recuperación eficaz, logrando que el paciente continúe con su vida cotidiana.

Conclusión: Se concluye que el trabajo interdisciplinario, utilizando la plataforma de telemedicina, beneficia el proceso evolutivo reduciendo el tiempo, desplazamiento y gastos permitiendo la participación de equipos multidisciplinares, brindando apoyo y contención durante varios meses para una recuperación favorable, además de la importancia del seguimiento y tratamiento por parte del profesional de enfermería siendo este fundamental en la recuperación de la persona.

DIABETES AUTOINMUNE LATENTE DEL ADULTO: TRES CARAS DE UNA MISMA MONEDA

Caso clínico

Santiago LIMA¹, Alejandro DAIN², Cristian CALANDRA³

¹CEDIAB1, ²CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, ³HOSPITAL EL CRUCE. Contacto: santiagolima24@gmail.com

Introducción: Se presentan tres casos distintos de diabetes autoinmune latente del adulto (*late adult autoimmune diabetes*, LADA), destacando las variaciones en su presentación clínica.

Objetivos: Resaltar la importancia del diagnóstico de LADA, una forma subdiagnosticada de diabetes autoinmune que representa entre un 2% y 14% de la población con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Caso: Caso 1: Motivo de consulta (MC): paciente masculino (FM) de 35 años consultó por hiperglucemia (>200 mg/dl), polidipsia y poliuria sin pérdida de peso. Antecedentes personales patológicos (APP): sin antecedentes personales relevantes. Antecedentes heredo familiares (AHF): padre y madre sin antecedentes patológicos, hermano con DM y enfermedad celíaca. Examen físico (EF): sobrepeso (IMC 26Kg/m²), sin otros hallazgos patológicos. Laboratorio: glucemia 124 mg/dl, HbA1c 5,7%, péptido C 2.51 ng/ml, GAD 0.1 U/ml (negativo) e ICA 23.4 U/ml (positivo). Tratamiento: inició con DPP4 y mantuvo buen control metabólico por un año. A los 13 meses, empeoró el control y se inició insulino terapia, intensificándola a los 18 meses del diagnóstico. Caso 2: MC: paciente femenina (BM) de 28 años consultó por glucemia de 144 mg/dl y pérdida de peso (3-4 kg) involuntaria en el último mes. Suspendió metformina hacia un año por intolerancia digestiva. APP: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 mcg. Antecedente de DM gestacional hace 2 años, requirió insulina hasta el nacimiento, luego manejada solo con dieta y metformina, que suspendió por intolerancia. AHF: padre y madre sin antecedentes patológicos. EF: normopeso (IMC 21,5kg/m²). Sin otros hallazgos patológicos. Laboratorio: glucemia 156 mg/dl, HbA1c 6,7%, péptido C 1,6 ng/ml, GAD 277 U/ml (positivo) e ICA <10 U/ml (negativo). Tratamiento: inició con insulina (MDI) manteniendo buen control metabólico. Nuevo embarazo con buen control dos años después. Caso 3: MC: paciente femenina (GM) de 54 años, referida por su neurólogo por hiperglucemia en el contexto de síndrome de persona rígida (SPS). APP: DM en tratamiento con metformina e insulina NPH. Consultó por contracturas en miembros superiores e inferiores, caídas recurrentes y alteración de la marcha. AHF: padre y madre sin antecedentes patológicos. EF: obesidad (IMC 31,5). Hipertonía en miembro superior derecho e inferior izquierdo, codo en flexión irreductible, incapaz deambular. Laboratorio: glucosa 300 mg/dl, HbA1c 11%, péptido C 0,5 ng/ml, GAD 237 U/ml (positivo) e ICA 0,17 U/ml (negativo). Tratamiento: insulina a múltiples dosis, ajustada por necesidad de tratamiento esteroideo. Control metabólico regular con HbA1c de 7-8%.

Comentario: La presentación de estos tres casos subraya la importancia de considerar LADA en el diagnóstico diferencial de hiperglucemia para implementar el tratamiento adecuado.

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Motivo de consulta	Masculino, 35 años, hiperglucemia, polidipsia, poliuria	Femenina, 28 años, hiperglucemia, pérdida de peso	Femenina, 54 años, hiperglucemia (SPS)
Laboratorio	Glucemia: 124 mg/dl, HbA1c: 5,7%, Péptido C: 2,51, GAD: 0,1 U/ml (negativo), ICA: 23,4 U/ml (positivo)	Glucemia: 156 mg/dl, HbA1c: 6,7%, Péptido C: 1,6, GAD: 277 U/ml (positivo), ICA: 0,17 U/ml (negativo)	Glucemia: 300 mg/dl, HbA1c: 11%, Péptido C: 0.5, GAD: 237 U/ml (positivo), ICA: 0.17 U/ml (negativo)
Tratamiento	Inicia con DPP4, luego insulina basal	Inicia con insulina (MDI), buen control en embarazo	Insulina (MDI) control regular

Conclusión: La diabetes LADA es una forma de DM común, pero subdiagnosticada. Su reconocimiento y tratamiento apropiado son cruciales, ya que frecuentemente se diagnostica erróneamente como DM2. El avance en los métodos diagnósticos permitirá realizar un diagnóstico oportuno y un seguimiento estrecho con el fin de monitorear su evolución y realizar cambios terapéuticos apropiados.

DIABETES DE NUEVA APARICIÓN ASOCIADA A SARS-COV-2 CON POSTERIOR REMISIÓN

Caso clínico

Daniel CROATTO, Lorena LEQUI, Corina Soledad DEBIAGGI, Gisela GENTINETTA, Camila ANGHILANTE
 MAINS BLEUES, SANTA FE. Contacto: danielcroatto@yahoo.com.ar

Introducción: Varios estudios han informado sobre la DM de nueva aparición asociada con COVID-19. Se desconocen los mecanismos precisos, pero es probable que estén involucrados una serie de procesos complejos interrelacionados, incluida la DM no diagnosticada previamente, la hiperglucemia por estrés, la hiperglucemia inducida por esteroides y los efectos directos o indirectos del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) en la célula β.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente previamente sano que posterior a COVID-19 manifestó hiperglucemia con tratamiento con insulino terapia durante 9 meses en dosis decrecientes, posterior manejo con ADOs con posterior remisión a los 12 meses.

Caso: Paciente masculino de 50 años sin antecedentes personales de patología, antecedentes familiares paternos de enfermedad cardiovascular y hermana con DM2 diagnosticada a los 60 años. Peso: 81 kg, talla: 1,82 m. 2 de julio de 2021 (primera consulta), cursó SARS-CoV-2 que requirió internación el 01/06/2021 por 7 días. Tratamiento con oxigenoterapia (no ARM), CTC y doble esquema ATB. Durante la internación presentó hiperglucemia tratada con insulino terapia según esquema de la institución alta con insulino terapia basal 20 u glargina y corrección con aspártica s/glucemias laboratorio 25/06 ves 90 gl 105 creat 0.88 hba1c 9.2 col total 232 HDL 43 LDL 181 TG 172 péptido c 2,20 microalb 7.0 GADA 1.04 ICA 0.17. Concurrió derivado por médico de cabecera. Se indicó educación diabetológica y AMG capilar. Igual esquema control 14/07 mediciones/día 2,8 (2,8), glucemia media 118 mg/dL, desviación estándar (SD) 26 mg/dL, disminución de basal a 17 U insulina ajustada por sensibilidad y ratio control 29/10, mediciones/día 2,1 (2,1), glucemia media 128 mg/dL, desviación estándar (SD) 21 mg/dL. Indicó GL 130 CREAT 112 HBA1C 7.4 péptido C 2,44 monitoreo flash disminuir basal a 14U control 19/12 TIR 70/180 100% mantener basal 10 U indicó biguanidas/IDPP4 control 03/08/2022, sin medicación desde 30/6 gl 103 creat 116 hba1c 6.4 col 204 HDL 49 LDL 141 TG 104. Número de mediciones 51. Mediciones/día 0,6 (1,1) glucemia media 112 mg/dL, control 13/12/2023 POTG gl ay; 105 gl 120min; 134 HbA1c 6 COL 192 HDL 61 LDL 117 TG 93. Control anual.

Comentario: La COVID-19 está asociada con la DM de inicio reciente, por lo tanto, existe el potencial de identificar y gestionar a estas personas temprano con el objetivo de mejorar los resultados a largo plazo.

Conclusión: La DM de inicio reciente con infección por SARS-CoV-2 parece ser un síndrome complejo asociado a una serie de mecanismos fisiopatológicos. Es necesario profundizar investigaciones en este tema con el seguimiento de un gran número de pacientes para determinar el comportamiento y la evolución.

¿QUÉ SABEMOS DE LA LIPODRISTROFIA? LO QUE APRENDIMOS A PARTIR DE CASOS CLÍNICOS

Caso clínico

María Gabriela CASTILLO¹, Marcela MARTÍNEZ¹, Jimena Sabrina SANTAMARIA¹, María de las Nieves LEURENTI², Noelia SFORZA¹, Carla MUSSO³

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO, ²POLICLÍNICO SAN MARTÍN, ³FUNDACIÓN FAVALORO. Contacto: gabrielacastillo.lo@hotmail.com

Introducción: La lipodistrofia parcial (LP) es una enfermedad congénita o familiar (LPF) o adquirida (LPA), que se caracteriza por la pérdida de grasa en zonas selectivas y alteraciones metabólicas severas como: diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertrigliceridemia (HTG), pancreatitis (PA), enfermedad hepática (EH), enfermedad renal (ER) y enfermedad cardiovascular (ECV). El déficit de tejido adiposo implica disminución de las adipocitoquinas necesarias para el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y oxidación de grasas que conduce a la acumulación de ácidos grasos en distintos órganos generando enfermedades cardiometabólicas.

Objetivos: Describir aspectos clínicos y bioquímicos de 5 casos de pacientes con LP.

Caso: Ver Tabla.

Comentario: Se trata de una enfermedad poco frecuentemente diagnosticada, ya con complicaciones.

Género	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	40	45	47	44	60
Diagnóstico	LPF	LPF	LPF	LPF	LPA
Edad al diagnóstico	40	44	-	43	8
Fenotipo	NC	Tipo 4	+	Tipo 3	NC
Peso (kg)	98,7	77	Sin datos	69	119
Talla (m)	1,84	1,71	Sin datos	1,59	1,63

Género	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
IMC kg/m ²	29,2	26,36	Sin datos	27,38	44
Antecedentes familiares	DM2: padre, madre, hermana. Cáncer de páncreas: tía materna	Mismas características: hermana, hijo, padre	DM2: madre HTG: hermana	DM2, HTA, HTG: madre	DM2 tía
Laboratorio intratratamiento	Glu: 136 A1C:9,1% CT: 124 HDL: 34 LDL: 54 TG: 180, 1501 Leptinemia: 72 Apo-B: 70	Glu: 89 A1C:9,1% CT: 124 HDL: 39 LDL: 54 TG: 340 Leptinemia: 6,3 Creatinina: 1,4 Ácido úrico: 59 Proteinuria: +	Glu: 198 CT: 248 TG: 663-7000 Apo-B: 141	Glu: 360 A1C: 12,9% CT: 461 TG: 2822	Glu: 96 A1C: 6,1% CT: 223 HDL: 53 LDL: 133 TG: 185 GOT: 10 GTP: 18 Microalbuminuria:10
Tratamiento	Insulina u 300 Rosuvastatina 20 mg Fenofibrato 200 mg Ezetimibe 10 mg Dapagliflozina 10 mg Metformina 2000 mg	Rosuvastatina 10 mg Fenofibrato 135 mg Omega 3 4 g Alopurinol 100 mg Levotiroxina 75 mcg	Insulina degludec 26UI+aspártica 60 UI Omega 3 4 g	Insulina U300 60 UI+aspártica 40UI Genfibrozil 1200 mg	Vidagliptina 50 mg Metformina 1000 mg Dapagliflozina 10 mg Atorvastatina Levotiroxina 112 mcg
Complicaciones	DM2, HTG, ECV Proteinuria	EH, DM2, HTG Proteinuria	DM2, HTG Proteinuria	DM2, EH, HTG Neuropatía DM2	DM2, HTG, EH Hipotiroidismo

Conclusión: LPF y LPA son enfermedades poco frecuentes, heterogéneas y de difícil diagnóstico. En el abordaje de la DM y la dislipemia se deben implementar múltiples drogas con diferentes mecanismos de acción para alcanzar objetivos, pero aun así es complejo lograrlos dado que la disminución moderada o extrema de leptina implica desórdenes metabólicos de difícil compensación, siendo el reemplazo con esta adipocitoquina el tratamiento de elección. Cuatro de estos cinco pacientes se encuentran en proceso de autorización para implementar dicho tratamiento. El tratamiento con leptina revierte o estabiliza las patologías antes mencionadas. Múltiples evidencias en la bibliografía han demostrado la eficacia y seguridad de la sustitución con leptina, razón por la que todo paciente con esta patología y con situaciones clínicas que lo ameriten debería ser tratado con la misma.

P122

MASTOPATÍA: UNA COMPLICACIÓN POCO CONOCIDA DE LA DIABETES

Caso clínico

Susana Beatriz APOLONI, María PREITI, Adriana PASSARIN, Fabiana DÁVILA, Romina RUSSO, Débora HERNÁNDEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: rorusso66@hotmail.com

Introducción: La mastopatía diabética es una complicación poco frecuente y benigna de la mama. Se observa en mujeres premenopáusicas, con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), y en menor frecuencia con DM2, de larga evolución y con complicaciones crónicas. Se presenta en forma de nódulos mamarios, requiriendo diagnóstico diferencial de cáncer de mama.

Objetivos: Presentar dos pacientes con mastopatía diabética, complicación poco conocida por los profesionales que tratan personas con DM, que amerita diferenciar de la patología mamaria maligna.

Casos: Caso 1: Mujer de 53 años, con DM1 de 20 años de evolución, HbA1c 7,3%, en tratamiento con sistema de infusión continua de insulina integrado con sensor de glucosa intersticial, con análogo aspártica. Hipotiroidismo autoinmune. Una gesta, menopausia a los 46 años. Tía paterna: cáncer de mama. Consultó por nódulo palpable en mama izquierda, con mamografía sin lesiones focales y ecotomografía con imagen nodular de 14 mm. Se realizó biopsia y exéresis del nódulo en acuerdo con la paciente, cuya histopatología informó esclerosis estromal nodular vinculable a mastopatía diabética. Caso 2: Mujer de 43 años, con DM1 a los 17 años, en tratamiento con insulinas análogas degludec/aspártica, HbA1c 7,5% y retinopatía diabética preproliferativa asociada. Tiroidectomía por tiroiditis linfocitaria. Nulípara. Madre: cáncer de mama. Consultó por bulto en mama izquierda, con zona de mayor induración y nódulo móvil al examen físico. Ecografía mamaria sin hallazgos, realizándose RMN con realce de 20 mm. Se realizó biopsia, cuya anatomía patológica informó infiltrado linfocitario periductal y esclerosis estromal compatible con mastopatía diabética. Se decidió tratamiento conservador y control semestral. En la Tabla se presentan las características de los pacientes reportados.

Comentario: La mastopatía diabética es una entidad infrecuente, cuya etiología no se ha aclarado; se cree que es secundaria a una reacción autoinmune debido a la acumulación anormal de matriz extracelular por la hiperglucemia sostenida. Se presentan dos pacientes con mastopatía diabética confirmados por histopatología, ambas con DM1 de larga evolución, una de ellas con retinopatía siendo la complicación crónica más frecuente vinculada a esta entidad (34%), seguida por nefropatía y vasculopatía. Al diagnóstico se encontraban en premenopausia y menopausia, etapas reproductivas con mayor

presentación. Se asocia a enfermedades autoinmunes, particularmente tiroideas, antecedente de ambas. Se manifiesta en un 53% en forma de lesión palpable y hasta un 50% bilateral; en nuestras pacientes se presentaron como lesiones nodulares, pero con compromiso unilateral. Debido a su similitud clínica con el cáncer de mama, suele requerir para el diagnóstico múltiples imágenes y biopsia con aguja gruesa. En general, el tratamiento es conservador como en el caso 2. En casos sintomáticos podría plantearse la cirugía, como en el caso 1.

	Caso 1	Caso 2
Edad (años)	53	43
Motivo de consulta	Nódulo palpable	Nódulo palpable
DM tipo	1	1
Años del diagnóstico de DM	+20	27
Complicaciones crónicas DM	No	Retinopatía diabética preproliferativa
Enfermedades autoinmunitarias	Tiroiditis autoinmune	Tiroiditis linfocitaria
Antecedentes familiares de cáncer de mama	Sí, tía paterna	Sí, madre
Exploración	Nódulo palpable, único, 14 mm	Nódulo palpable, único, 20 mm
Lateralidad (uni o bilateral)	Unilateral	Unilateral
Estudios	Mamografía y ecotomografía	Ecografía mamaria y RMN de mama, con y sin gadoleno
Biopsia con aguja gruesa (BAG)	Sí, esclerosis estromal nodular	Sí, infiltrado linfocitario perductal y esclerosis estromal
Tratamiento (exéresis)	Sí	No

Conclusión: La mastopatía diabética es una complicación crónica relacionada con la DM poco conocida y evaluada. Su detección resulta esencial para optimizar el control metabólico y realizar un diagnóstico diferencial y oportuno de patología mamaria maligna.

P123

CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA EN PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 TRATADA CON INHIBIDOR DEL COTRANSPORTADOR SODIO GLUCOSA TIPO 2. REPORTE DE CASO

Caso clínico

Lorena CARVAJAL, Lucrecia MUTTI, Melina SABAN, María Inés CURRIÁ
HOSPITAL BRITÁNICO, CABA. Contacto: lucreciamutti@gmail.com

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio glucosa tipo 2 (iSGLT2) disminuyen la reabsorción renal de glucosa y sodio, mejorando el control glucémico y la variabilidad. Desde su aprobación para el uso en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se han reportado casos de cetoacidosis diabética (CAD), con glucemias <200 mg/dl y ausencia de cetonuria. El desbalance entre el cociente glucagón/insulina, que favorece la cetogénesis, y la mayor reabsorción renal de estos cuerpos cetónicos son la base de la fisiopatología. Estas drogas actualmente están siendo revisadas por la FDA y la EMA para el tratamiento en DM1.

Objetivos: 1) Identificar la cetoacidosis diabética euglucémica (euCAD) como efecto adverso del tratamiento con iSGLT2; 2) describir su patogenia; 3) establecer medidas de prevención.

Caso: Mujer de 46 años, con DM1 desde los 34 años. Nefropatía diabética y obesidad I. Tratamiento habitual: infusor subcutáneo de insulina y dapagliflozina desde 2015. Consultó por dolor abdominal, náuseas y vómitos de inicio súbito. Las glucemias registradas por el sensor estaban entre 100-150 mg/dl. Luego de 16 h se observó bloqueo del set de infusión de insulina, se realizó el cambio y concurrió a la guardia. A su ingreso se encontraba somnolienta, con cuadro de deshidratación severa. Laboratorio: glucemia 441 mg/dl y acidosis metabólica (PH: 6.8 HCO₃: 2.3 AG:27), ácido láctico de 12,5 mg/dl, urea 72 mg/dl. Ingresó a la UTI con hidratación parenteral e infusión EV continua de insulina. Se resolvió el cuadro a las 24 h. La paciente informó que en la última semana había iniciado dieta cetogénica con pérdida de 3 kg, descenso de la insulina en 50%, sin suspensión de la dapagliflozina. Se reinstaló el infusor de insulina y fue dada de alta.

Comentario: La CAD favorecida por iSGLT2 es una complicación infrecuente, pero severa en pacientes insulino pénicos. En nuestro caso clínico, la dieta cetogénica, el descenso en más del 50% de la insulina y la administración ininterrumpida de dapagliflozina llevaron a un estado de euCAD. La obstrucción del set de infusión de insulina favoreció el desarrollo de hiperglucemias y el empeoramiento del cuadro clínico.

Conclusión: La CAD en pacientes con DM1 tratados con iSGLT2 debe ser considerada en acidosis metabólica, normoglucemia, cetonuria negativa para su diagnóstico precoz y tratamiento. Se deberían adoptar estrategias para mitigar el riesgo de CAD: suspensión del fármaco en interurrencias agudas, educación para la identificación de síntomas y medición de cetonas si fuese necesario.