

## BIBLIOGRAFÍA

- Chagas GCL, Teixeira L, Clemente M, Chagas RCL, Santinelli-Pestana DV, Rodrigues Silva Sombra L, Lima BB, Galindo R, Abreu M. Use of continuous glucose monitoring and point-of-care glucose testing in hospitalized patients with diabetes mellitus in non-intensive care unit settings. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2025 Feb;220:111986. doi: 10.1016/j.diabres.2024.111986.
- Shang J, Yuan Z, Zhang Z, Zhou Q, Zou Y, Wang W. Effectiveness of continuous glucose monitoring on short-term, in hospital mortality among frail and critically ill patients with COVID-19. Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2025 Feb 7;27:e67012. doi: 10.2196/67012.
- Nielsen CG, Grigonyte-Daraskeviciene M, Olsen MT, Møller MH, Nørgaard K, Perner A, Mårtensson J, Pedersen-Bjergaard U, Kristensen PL, Bestle MH. Accuracy of continuous glucose monitoring systems in intensive care unit patients: a scoping review. *Intensive Care Med* 2024 Dec;50(12):2005-2018. doi: 10.1007/s00134-024-07663-6.
- Zelada H, Pérez-Guzman MC, Chernavsky DR, Galindo RJ. Continuous glucose monitoring for inpatient diabetes management: an update on current evidence and practice. *Endocr Connect* 2023 Sep 25;12(10):e230180. doi: 10.1530/EC-23-0180.

## Manejo de la maduración fetal con corticoides en el embarazo

**Dra. María Elena Rodríguez**

Históricamente se realizaba la maduración en toda gestante con embarazo complicado con diabetes mellitus (DM). Se administraban dos dosis y se volvía a repetir a la semana, sin observarse disminución en el riesgo de distrés respiratorio, junto con esto se finalizaba la gesta en forma precoz.

Actualmente sabemos que la hiperglucemia materna genera hiperinsulinemia fetal y la misma disminuye el efecto del cortisol fetal sobre la maduración del neumonocito y la producción del surfactante.

Por lo tanto, solo se indicará maduración con corticoides cuando exista riesgo de parto pretérmino cualquiera sea el motivo. Y dado que los corticoides generan hiperglucemia, el control deberá ser estricto y en condiciones de internación.

Podemos concluir que solo se realizará maduración en gestantes cuando la indicación obstétrica por parto pretérmino esté presente, y sin duda en internación independientemente del tipo de DM.

## Cetoacidosis euglucémica por ISGLT- 2. Desafío diagnóstico y terapéutico

**Dra. Carolina Gómez Martin**

La cetoacidosis diabética euglucémica (CADE) asociada al uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT-2) representa un cuadro poco frecuente, pero potencialmente grave, caracterizado por acidosis metabólica con aumento del anión gap, cetonemia o cetonuria, y niveles normales o levemente elevados de glucemia (<200 mg/dL)<sup>1</sup>. Este perfil bioquímico atípico puede retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones.

Los ISGLT-2, ampliamente utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y más recientemente en insuficiencia cardíaca y enfermedad renal, promueven la excreción urinaria de glucosa, reduciendo la glucemia y generando un estado catabólico que favorece la cetogénesis.

Diversos mecanismos fisiopatológicos explican la patogénesis de la CADE:

- En primer lugar, se ha demostrado la presencia de receptores SGLT-2 en las células alfa pancreáticas; la dapaglifozina induce un aumento en la secreción de glucagón a nivel pancreático.
- En segundo lugar, en estudios animales, los iSGLT-2 producen una mayor reabsorción tubular renal de cuerpos cetónicos.
- Por último, los iSGLT-2 incrementan la oxidación de grasas y la producción de cuerpos cetónicos en pacientes con DM2.

Estos y otros mecanismos en estudio parecen afianzar que los iSGLT-2 predisponen a la CADE<sup>2</sup>. Los factores precipitantes incluyen infecciones, cirugía, ayuno, reducción de insulina o deshidratación. En este contexto, la ausencia de hiperglucemia franca puede llevar a subestimar el riesgo metabólico y postergar la intervención médica.

Dadas estas características, en el Consenso 2024 de ADA/EASD/JBDS/AACE/DTS, los criterios para diagnosticar cetoacidosis diabética se actualizan: más allá de la hiperglucemia clásica (>250 mg/dL), ahora se acepta un umbral  $\geq 200$  mg/dL o incluso antecedente de DM, sin importar el valor glucémico. Es crucial mantener un alto índice de sospecha ante pacientes en tratamiento con ISGLT-2 que presentan síntomas inespecíficos como náuseas, vómitos, dolor abdominal, taquipnea o alteración del sensorio, aún en ausencia de hiperglucemia. El dosaje de cuerpos cetónicos en sangre (preferiblemente beta-hidroxibutirato) y gases venosos debe formar parte de la evaluación inicial<sup>3</sup>.

El tratamiento de la CADE implica la suspensión inmediata de los ISGLT-2, reposición de líquidos, insulino terapia continua con glucosa suplementaria para inhibir la cetogénesis y corrección de los electrolitos. La educación médica y del paciente acerca de los factores de riesgo y las señales de alarma resulta clave para la prevención<sup>4</sup>.

En resumen, la CADE por ISGLT-2 es una entidad desafiante por su presentación silente, que exige conocimiento clínico y sospecha activa para evitar desenlaces adversos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peters AL, Buschur EO, Buse JB, et al. Euglycemic diabetic ketoacidosis: a potential complication of treatment with sodium-glucose cotransporter 2 inhibition. *Diabetes Care* 2015;38(9):1687-1693.
2. López-Medina JA, et al. Cetoacidosis diabética en pacientes en tratamiento con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2. *Cartas científicas. Med Clin (Barc)*. 2017;149(7):310-313.
3. Umpierrez GE, Davis GM, ElSayed NA, Fadini GP, Galindo RJ, Hirsch IB, Klonoff DC, McCoy RG, Misra S, Gabbay RA, Bannuru RR, Dhatariya KK. Hyperglycaemic crises in adults with diabetes: a consensus report. *Diabetologia* 2024 Aug;67(8):1455-1479.
4. Goldenberg RM, Berard LD, Cheng AYY, et al. SGLT2 inhibitor-associated diabetic ketoacidosis: Clinical review and recommendations for prevention and diagnosis. *Clin Ther* 2016;38(12):2654-2664.e1.

15.15 a 16.45 h

SALÓN GRAN PANAMERICANO

SIMPOSIO: TECNOLOGÍA EN EL FUTURO

**Coordinadora:** Dra. María Laura Pomares

## **Desafíos en el uso del monitoreo continuo de glucosa en niños y adolescentes**

**Dra. Laura Kabakian**

El monitoreo continuo de glucosa (MCG) ha transformado el manejo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en niños y adolescentes. Sin embargo, su implementación en la práctica clínica diaria presenta desafíos específicos que requieren una comprensión profunda por parte de los profesionales de la salud.

Uno de los principales retos reside en la adherencia del paciente al MCG. La población adolescente es la que puede sentirse más incómoda con el uso de esta tecnología y resistirse a usarla