

Estos y otros mecanismos en estudio parecen afianzar que los iSGLT-2 predisponen a la CADE². 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 ≥ 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 inicial³.

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 prevención⁴.

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

de forma continua. Es crucial que la población especialista en DM eduque a los pacientes y a sus familias sobre los beneficios del MCG, y les brinden el apoyo necesario para superar esta barrera.

Otro desafío importante es la interpretación de los datos del MCG. Los médicos deben ser capaces de analizar las tendencias de glucosa y de tomar decisiones informadas sobre la dosis de insulina y la alimentación. La capacitación por parte de profesionales de la salud especializados en DM es esencial para evitar errores y optimizar el control glucémico.

Otro tema candente actualmente es el costo de los dispositivos y su cobertura social, por lo cual los sensores de glucosa pueden ser una limitación para muchas familias. Es necesario buscar alternativas para garantizar el acceso equitativo al MCG, como programas de apoyo financiero o la cobertura por parte de los sistemas de salud.

Finalmente, la integración del MCG en la vida cotidiana puede ser un desafío. Los niños y adolescentes deben aprender a manejar el dispositivo en la escuela, durante la práctica de deportes y en otras actividades sociales. Es importante contar con el apoyo de los educadores y de otros profesionales para facilitar esta transición.

BIBLIOGRAFÍA

- American Diabetes Association. 7. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes 2024. *Diabetes Care* 2024;47(Supp1):S126-S144.
- European Association for the Study of Diabetes (EASD). Disponible en: www.journals.sagepub.com/home/dst
- Diabetes Technology & Therapeutics. Disponible en <https://home.liebertpub.com/publications/diabetes-technology-and-therapeutics/11>.

El futuro en la administración de insulina (*smart pen*, infusores)

Dr. Rodrigo Carnero

Los sistemas de administración automática de insulina (*automated insulin delivery*, AID) han experimentado avances significativos hacia el *fully closed-loop* (FCL), que busca eliminar completamente la intervención manual para anuncios de comidas o ejercicio, ofreciendo un control glucémico totalmente automatizado y personalizado.

Principales enfoques de los sistemas AID

- *Sistemas bihormonales*. Representan un paso crucial hacia el control autónomo, combinando insulina con otras hormonas para imitar la fisiología pancreática:

- Insulina + glucagón: sistema totalmente reactivo que no requiere anuncios de ingestas o ejercicio, mejorando significativamente el TIR. Sin embargo, presenta complejidad operativa ya que el glucagón debe reconstituirse y requiere la calibración de dos sensores.

- Insulina + pramlintida: utiliza este análogo de amilina para mejorar el control posprandial. Los estudios de fase 2 muestran resultados prometedores, ayudando a mitigar las excursiones glucémicas después de las comidas.

- *Sistemas basados solo en insulina*. Aunque más simples, enfrentan retos por el retraso en la absorción subcutánea y la detección intersticial:

- Insulinas ultrarrápidas: buscan acelerar la acción para responder mejor a la variabilidad glucémica, con mayor impacto en el desayuno y la cena.

- Administración intraperitoneal: permite una acción más rápida, mayor captación hepática y detección glucémica más temprana que los sensores subcutáneos.