

El análisis de regresión logística múltiple denotó que el logro del objetivo glucémico se asoció con: adherencia a medicamentos (OR: 1.63, IC 95% 1,09-2,41; $p < 0,015$) y edad > 65 años (OR: 2.50, IC 95% 1,29-4,90; $p < 0,006$). El peor alcance de la meta con polifarmacia (OR: 0,57, IC 95% 0,36-0,88; $p < 0,013$), tener obra social (OR: 0.6, IC 95% 0,40-0,91; $p < 0,016$), mayor tiempo de DM (OR: 0.96, IC 95% 0,93-0,99; $p < 0,011$) y tratamiento con insulina (OR: 0.17, IC 95% 0,10-0,28; $p < 0,0001$).

Conclusiones: los más jóvenes tuvieron peor control glucémico y menor adherencia a los medicamentos. Las personas con DM2 con obra social, polimedicaadas, menos adherentes, con mayor tiempo de DM y tratadas con insulina lograron menos la meta. En ellas intensificar el tratamiento más tempranamente permitiría mejores resultados.

Palabras clave: diabetes tipo 2, hemoglobina glicosilada, tratamiento, calidad de vida, complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Fang M, Wang D, Coresh J, Selvin E. Trends in diabetes treatment and control in U.S. Adults, 1999-2018. *N Engl J Med* 2021;384:2219-28.
- Houssay S, López-González E, Luongo A, Milrad A, Linari MA. Diabetes tipo 2: ¿en la vida real es posible lograr la meta glucémica? *Medicina (Buenos Aires)* 2022;82:714-721.
- Światoniowska-Lonc N, Tański W, Polański J, Jankowska-Polańska B, Maz G. Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes. A review. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2021;14:2701-2715.
- Inoue K, Liu M, Aggarwal R, et al. Prevalence and control of diabetes among adults, 2013 to 2023. *JAMA* 2025;333(14):1255-1257. doi:10.001/jama.2024.28513.

PRIMER REGISTRO MULTICÉNTRICO DE LA SITUACIÓN DEL CUIDADO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES EN LA ARGENTINA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE TRATAMIENTO

Lidia Caracotche¹, Carmen Mazza², Gabriela Kochik², Ángela Figueroa Sobrero³, Guadalupe Pietropaolo⁴, Adriana Flores¹³, Marcela Raggio⁵, Adriana Roussos⁶, María Eugenia Andrés⁷, Edit Scaiola¹, Verónica Versace¹, Ángeles Arrigo⁸, María Laura Major¹⁴, Fabio Palacios Porta⁹, Paula Paz Povedano¹⁰, Andrea Escalante¹, Verónica Vaccarezza¹, Gabriel Eiberman¹, Miriam Tonietti¹, Mariana Jarovsky¹, Esther Ibáñez de Pianesi¹¹, Florencia Grabois¹², Florencia Miari⁶, Laura Gaete⁶, Mariana Prieto², Carolina Martínez Mateu², Consuelo Barcala², Nuria Grimberg⁷, Patricia Taberner⁷, Carla Mannucci⁷, Irene Strasnoy⁷, Verónica Jiménez⁷, María Gandolfo⁷, Viviana Balbi⁴, Andrea Reinoso⁴, Franco Sabino⁴, Ernesto Bogado³

¹CÓMITE DE PEDIATRÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES (SAD), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ²HOSPITAL GARRAHAN, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ³HOSPITAL SAN ROQUE PARANÁ, ARGENTINA, ⁴HOSPITAL SOR LUDOVICA DE LA PLATA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL PILAR, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ⁶HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ⁷HOSPITAL PEDRO ELIZALDE, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ⁸HOSPITAL NIÑOS DE SAN JUSTO, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ⁹HOSPITAL NACIONAL POSADAS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ¹⁰CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA, CÓRDOBA, ARGENTINA, ¹¹PEDIÁTRICO FERNANDO BARREYRO, MISIONES, ARGENTINA, ¹²HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN, ARGENTINA, ¹³FUNDACIÓN HOSPITALARIA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, ¹⁴HOSPITAL DE TIGRE, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Introducción: diferentes estudios muestran que solo el 30% los de niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) alcanza los objetivos metabólicos. Desde el Comité de Pediatría de la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) nos propusimos realizar un registro multicéntrico con el objetivo de identificar barreras, armonizar el cuidado e identificar inequidades para mejorar el tratamiento de esta población con DM1.

Objetivos: confeccionar un registro multicéntrico de niños, adolescentes y adultos jóvenes de 1 a 25 años atendidos por profesionales del Comité de Pediatría de la SAD con el propósito de evidenciar la situación actual del cuidado de la DM1.

Materiales y métodos: registro multicéntrico nacional de pacientes con DM1 de 1 a 25 años con diagnóstico de más un año de evolución, asistidos en centros de atención de diabetes infantojuvenil del país. El registro contó con la aprobación de los Comités de Ética de cada centro interviniente. Variables: demográficas, de tratamiento, control metabólico, complicaciones agudas y crónicas, tipo de cobertura. Los datos se recopilaron en formularios vía *web* diseñados en el programa RedCap (Research Electronic Data Capture versión 12.4.1). El procesamiento y el análisis estadístico estuvieron a cargo del Hospital Garrahan.

Resultados preliminares: en el período 1/02/24 al 29/03/25 participaron 40 centros de 15 provincias y de CABA. Se analizaron 2399 pacientes, de los cuales 2239 (93,3%) con una edad de 12,26 (R 2 a 18), 50,4% mujeres, tiempo de evolución 3,16 años (R 1,6 -6,07 a) y 160 adultos jóvenes con edad 21,5 (R18-25 a) el 57,7% de sexo masculino. Tipo de tratamiento: convencional 50 (2,2%). Intensificado con 2349 (97,91%), de estos 239 (10%) utilizaban bomba, el resto múltiples dosis. Monitoreo capilar 59% con 4 monitoreos/día (R 3-5), continuo 39%. La HbA1c 8% (R 7,10-9,05%), TIR fue de 56% (R42-68), TBR de 3% (R2-7), TAR de 37% (R24-50). Media de uso del sensor 90%. La Tabla muestra los valores media y la mediana de HbA1c de acuerdo al tratamiento y la cobertura.

	Media	Mediana	Rango	IC 95%
Edad	12,6	12,8	1,4-21	12,4-12,8
Edad debut	7,5	7,6	0,3	7,3-7,7
Tiempo de evolución	5,1	3,9	1- 17,5	4,9-5,2
HbA1c (%) n=2112	8,3	8	5-15,6	8,2-8,35
TIR (n=743) (%)	55	56	7-99	53,7-56,3
TAR (n=733) (%)	37,3	35	1-91	10-91
TBR (n=735) (%)	7,3	3	0-85	6,4-8,27
CV (597) (%)	38	38	3,7-64	37,5-38,6
HbA1c según el tipo de tratamiento				
Múltiples dosis + monitoreo capilar (n865)	8,79	Anova p=0,0006		
Múltiples dosis + sensor (n=582)	7,75			
Bomba + monitoreo capilar (n=13)	7,57			
Bomba + sensor (n189)	7,26			
HbA1c según el tipo de cobertura				
Sistema estatal (n=582)	8,89	Anova p=0,0006		
Obra social (n=777)	8,06			
Prepaga (n=332)	7,67			
Sin cobertura (n=10)	9,27			

Conclusiones: los resultados preliminares aportan información relevante del tipo de tratamiento y la cobertura para mejorar la calidad de los pacientes con DM1.

BIBLIOGRAFÍA

- Ogle GD, James S, Dabelea D, et al. Global estimates of incidence of type 1 diabetes in children and adolescents: results from the International Diabetes Federation Atlas 10 (th) Edition. *Diabetes Res Clin Prac* 2021;183:109083.
- American Diabetes Association. Professional Practice Committee. Classification and Diagnosis of Diabetes. Standards of Medical Care in Diabetes 2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl.1):1738.
- Libman I, Haynes A, Lyons S, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022. Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 2022;23:1160-1174.
- Cengiz E, Danne T, Ahmad T, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022. Insuline treatment in children and adolescents with diabetes *Pediatr Diabetes* 2022;23:1277-1296.

HACIA NUEVOS BIOMARCADORES DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) EN PACIENTES DIABÉTICOS. ESTUDIO DEL MICROBIOMA INTESTINAL, ASOCIACIÓN CON EL GEN PNPLA3, Y UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA ARGENTINA

Bárbara Suarez^{1,2*}, Adriana Mabel Álvarez^{3*}, Ana Laura Manzano^{3*}, Dong Hoon Woo⁴, María Gutiérrez⁴, Guillermo Alzueta⁵, María del Carmen Basbus⁶, Santiago Bruzone⁷, Patricia Cuat⁸, Guillermo Dieuzeide⁹, Teresita García¹⁰, Olga Escobar¹¹, Ramón Diego José Carulla¹², Cristina Oviedo¹³, Natalia Segura¹⁴, Olguita Del Valle Vera¹⁵, Philip Quirke¹⁶, Julieta Trinks^{1,2}

¹INSTITUTO DE MEDICINA TRASLACIONAL E INGENIERÍA BIOMÉDICA (IMTIB), CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET), UNIVERSIDAD DEL HOSPITAL ITALIANO (UHIBA), HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ²CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ³SECCIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (HIBA), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ⁴SECCIÓN DE NUTRICIÓN, SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (HIBA), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ⁵CONSULTORIO PRIVADO, BALCARCE, PROV. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ⁶CENTRO PRIVADO CIDEN, SAN SALVADOR DE JUJUY, JUJUY, ARGENTINA; ⁷CENTRO PRIVADO IDIM, BUENOS AIRES, ARGENTINA; ⁸CENTRO DEL DIAGNÓSTICO, ITUZAINGÓ, CORRIENTES, ARGENTINA; ⁹CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN DIABETES, CHACABUCO, PROV. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ¹⁰CENTRO PRIVADO CMIC, SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, TUCUMÁN; ARGENTINA ¹¹HOSPITAL PÚBLICO "DR. MARIO STIVALA", LA COCHA, TUCUMÁN, ARGENTINA; ¹²CONSULTORIOS MÉDICOS ALBARRACÍN, BARILOCHE, RÍO NEGRO, ARGENTINA; ¹³CONSULTORIO PRIVADO, BUENOS AIRES, ARGENTINA; ¹⁴CENTRO MUNICIPAL DE DIABETES "DR. MAGGIO", MALVINAS ARGENTINAS, PROV. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA; ¹⁵CONSULTORIO PRIVADO, RÍO GALLEGOS, SANTA CRUZ, ARGENTINA; ¹⁶PATHOLOGY & DATA ANALYTICS, LEEDS INSTITUTE OF MEDICAL RESEARCH AT ST JAMES'S UNIVERSITY HOSPITAL, UNIVERSITY OF LEEDS, LEEDS, REINO UNIDO. *AMBOS AUTORES CONTRIBUYERON DE MANERA IGUALITARIA.

Introducción: las medidas actuales para superar la epidemia de MASLD se centran en la estratificación del riesgo¹. Sin embargo, nuestra capacidad para identificar a las personas con mayor riesgo de progresión es limitada debido a la falta de biomarcadores efectivos y no invasivos². En la Argentina, la situación actual es preocupante para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), ya que el 81,2% de ellos presenta MASLD³.

Objetivos: identificar posibles biomarcadores de MASLD derivados del microbioma, y su asociación con factores genéticos y clínicos de progresión en pacientes con DM2 en la Argentina.

Materiales y métodos: se reclutaron 190 pacientes con DM2: Ciudad de Buenos Aires (n=62), Provincia de Buenos Aires (n=40), Patagonia (n=31), Noroeste (n=37) y Noreste (n=20). Se obtuvieron datos antropométricos, clínicos y del estilo de vida, y se realizó una ecografía abdominal para diagnóstico de MASLD e hisopado oral. Se extrajo ADN humano de los hisopados,