

El uso de fármacos antihiper glucemiantes -como terapias complementarias que promueven la pérdida de peso y favorecen la reducción de la dosis diaria de insulina- podría proporcionar beneficios para la salud de las personas con DM1 que tienen obesidad, con mejoras en el control metabólico<sup>1,2</sup>.

En la actualidad existe un solo agente no insulínico aprobado (*Food and Drug Administration, FDA*) para su uso a largo plazo en personas con DM1: el pramlintide<sup>3</sup>.

Hay evidencia de que los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (SGLT-2) y los inhibidores duales SGLT-1/SGLT-2 demostraron alta eficacia en el control glucémico y menor variabilidad en DM1, pero con tasas más altas de cetoacidosis, por lo cual su indicación se ha suspendido<sup>3</sup>.

Ensayos clínicos con agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (GLP-1) en la DM1 se han realizado con liraglutida 1,8 mg diarios, y mostraron reducción ponderal y de la dosis de insulina. Su uso clínico no ha sido aprobado por el incremento de las hipoglucemias y la cetosis<sup>3</sup>.

Los riesgos y beneficios de los agentes coadyuvantes aún están en evaluación, y las declaraciones de consenso proporcionan orientación sobre la selección de pacientes y precauciones<sup>2</sup>. Agregar agentes no insulínicos ofrece la capacidad de tratar otras anomalías fisiopatológicas de la DM1<sup>1</sup>.

Existe una necesidad insatisfecha de abordar simultáneamente los problemas duales de la hiperglucemia y la obesidad en DM1. Los medicamentos para perder peso no están contraindicados en DM1, pero los datos sobre su uso son limitados<sup>2</sup>.

La cirugía bariátrica en personas con DM1 y obesidad alcanza una significativa pérdida de peso, resolución de comorbilidades y reducción de las dosis de insulina, pero no se observa un control glucémico sostenido en una gran proporción de pacientes<sup>4</sup>. La brecha de conocimiento en el tratamiento efectivo de la DM1 y la obesidad se debe a la ausencia de estudios sistemáticos en esta población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oboza P, Ogarek N, Olszanecka-Glinianowicz M, Kocelak P. Can type 1 diabetes be an unexpected complication of obesity? *Front Endocrinol* 2023;14:1121303. doi: 10.3389/fendo.2023.1121303.
2. ElSayed NA, et al. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Care in Diabetes 2023. *Diabetes Care* 2023;46(Suppl 1):S140-S157. doi: 10.2337/dc23-S009
3. Holt RI, Hans DeVries J, Hess-Fischl A, Hirsch IB. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2021;44:2589-2625. doi: 10.2337/dci21-0043.
4. Mahawar KK, De Alwis N, Carr WJR, Jennings N, et al. Bariatric surgery in type 1 diabetes mellitus. A systematic review. *Obes Surg* 2016;26(1):196-204. doi: 10.1007/s11695-015-1924-z 2015.

## Tecnología para la baja adherencia: ¿sí o no?

**Dra. María Lidia Ruiz Morosini**

*Médica de Familia, especializada en Diabetes, Directora Médica del Centro CODIME, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

En los últimos años el cambio de paradigma en la era digital ha rotado de la atención centrada en el médico y en la *compliance* del paciente utilizando un glucómetro y basado en el rol protagónico de la hemoglobina glicosilada, a un cuidado centrado en el empoderamiento de la persona con diabetes mellitus (DM) con varios dispositivos interoperables hacia el logro de un buen tiempo en rango. La tecnología como aporte al tratamiento de la DM demostró mejorar la calidad de vida e impactar en el control glucémico con disminución de las complicaciones agudas.

En 1989 Fred Davis propuso el modelo de aceptación de tecnología (*technology acceptance model, TAM*) y sugirió que existe una serie de factores que influyen en la decisión de utilizar una tecnología. Entre estos factores, se destacan la utilidad percibida y la facilidad percibida, lo que genera la actitud de aceptación o discontinuación de la misma.

Varias publicaciones demostraron que los desafíos en el logro de la adherencia a la tecnología son: el manejo de la imagen corporal (el 76% de las personas con DM1 sufre estigmatización por la enfermedad), la educación en el análisis de bajada de datos evaluando la sobrecarga, la infotoxicidad, la frustración y la confianza en el resultado, y el *burnout* de la data aportada que debe ser contrarrestada por el acceso a un programa educativo estructurado brindado por un equipo interdisciplinario. La adquisición de habilidades

y destrezas abordan la complejidad de transformar los datos en información para el logro de la toma de decisiones. La adopción de estrategias innovadoras, como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) o *Apps*, implica beneficios de costo-efectividad y optimiza la autogestión de la enfermedad, impacta en cambios del comportamiento, y mejora los resultados biológicos y los aspectos psicosociales transformándose en una herramienta aliada para fomentar hábitos saludables.

El monitoreo continuo es un componente muy robusto de la educación terapéutica, y la adherencia puede evaluarse con el uso mayor al 70% del tiempo, el número de lecturas (promedio ideal mayor a 10 por día) y con una lectura como mínimo cada 8 h en el caso del intermitente.

La tecnología bien indicada y gestada en la equidad puede ser una oportunidad para educar, motivar, impactar en el futuro y disminuir la carga de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barnard-Kelly KD. Psychosocial aspects of diabetes technology. *Diabet Med* 2020;37: 448-454.
- ElSayed NA. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes 2023. *Diabetes Care* 2023;46(Supp1):S111-S127.
- Litwak L, et al. Monitoreo continuo de glucosa. Utilidad e indicaciones *Medicina* 2019;79:44-52.
- Borges U, Kubisk T. Continuous glucose monitoring in type 1 diabetes human factors and usage. *J Diabetes Sci Technol* 2016;10(3):633-639.

**18:00 a 18:30 h**

**SALA PACÍFICO**

## MINICONFERENCIA: CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICAS, ¿CÓMO ORIENTARNOS EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS?

**Coordinador: Dr. Gustavo Frechtel**

**Disertante: Dr. Alejandro De Dios**

*Médico, División Genética del Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

La clasificación y el diagnóstico del subtipo de diabetes mellitus (DM) en varias circunstancias pueden ser desafiantes. Si bien la DM1 sigue presentándose en la edad infantojuvenil, en personas delgadas, con hiperglucemia severa y tendencia a la cetoacidosis, en la DM2 se puede presentar en adultos con obesidad, asociada a otros factores de riesgo cardiovascular e hiperglucemia progresiva; estos son los extremos del arcoíris.

Todos los días nos enfrentamos con escenarios diagnósticos complejos que seguramente pueden variar de acuerdo al grupo etario que evaluemos. En la etapa infantojuvenil, la DM1 sigue siendo la forma de presentación más frecuente y cuando su presentación es clásica, el diagnóstico puede realizarse solamente con el cuadro clínico. Sin embargo, la presencia de obesidad infantil puede requerir el diagnóstico diferencial con DM2 o, en otras oportunidades, el importante antecedente familiar de DM puede hacernos sospechar formas monogénicas. En la DM de presentación en la edad adulta, el escenario se torna aún más complejo, ya que como se describió en varios trabajos (por ejemplo, de Ahlqvist E, et al.), existen diferentes fenotipos con predominancia de insulinodeficiencia o insulinorresistencia. Asimismo, la DM inmunomediada en el adulto constituye en la actualidad la forma más frecuente de presentación de la DM autoinmune (aún más que en la etapa infantojuvenil). En este caso no se comporta como un grupo tan homogéneo de presentación ya que si bien algunos (el menor porcentaje) pueden debutar en cetoacidosis, la gran mayoría se presenta con hiperglucemias progresivas que en varias circunstancias pueden simular formas de presentación de DM2. Para agregar más dificultades en la edad adulta, las personas con DM y obesidad pueden tener un subtipo de DM llamado "DM con tendencia a la cetosis", donde la glucotoxicidad en ausencia de autoinmunidad causa insulinodeficiencia severa y cetoacidosis. Cuando existen dificultades diagnósticas, la sospecha clínica es de gran importancia para guiar los estudios complementarios que consistirán, según corresponda, en la solicitud de autoanticuerpos, péptido C y/o estudios genéticos. Un correcto diagnóstico nos ayudará a brindar un tratamiento personalizado.