

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.

BIBLIOGRAFÍA

- Redondo MJ, Hagopian WA, Oram R, et al. The clinical consequences of heterogeneity within and between different diabetes types. *Diabetologia* 2020 Oct;63(10):2040-2048. doi: 10.1007/s00125-020-05211-7.
- Hattersley AT, Patel KA. Precision diabetes: learning from monogenic diabetes. *Diabetologia* 2017;60:769-777.
- Buzzetti R, Tuomi T, Mauricio D, Pietropaolo M, Zhou Z, Pozzilli P, Leslie RD. Management of latent autoimmune diabetes in adults. A consensus statement from an international expert panel. *Diabetes* 2020;69(10):2037-2047. doi: 10.2337/dbi20-0017.
- Ahlqvist E, et al. Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018 May;6(5):361-369. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30051-2.

VIERNES 22

9:05 a 10.30 h

SALA PACÍFICO

4 VOCES EN 15 MINUTOS: PREDIABETES Y OBESIDAD

Coordinador: Dr. Isaac Sinay

Apnea del sueño en prediabetes y obesidad

Dr. Daniel Schönfeld

Médico especialista en Medicina Clínica y Neumonología, Consultorio privado, Chubut, Argentina

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una condición muy prevalente con múltiples comorbilidades asociadas. Entre ellas, se encuentran la obesidad, la resistencia a la insulina y la diabetes mellitus (DM), con una relación directa entre su severidad y el grado de sus complicaciones. Esta entidad genera, con los sucesivos ciclos de obstrucción y liberación de la vía aérea superior (VAS), modificaciones en el sistema nervioso autónomo, estrés oxidativo con activación de la inflamación, liberación de mediadores químicos y acción sobre componentes hormonales que generan un círculo de retroalimentación patológica con las alteraciones antes mencionadas¹.

La obesidad es quizá el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la AOS. La prevalencia de la AOS en los pacientes obesos puede ser tan alta como un 90% en aquellos con obesidad mórbida. Se ha visto que la ganancia de peso aumenta el índice apnea/hipopnea (IAH), mientras que una reducción del mismo puede mejorar la severidad de la AOS. El cuello y los músculos de la VAS están infiltrados con grasa, disminuyendo su tamaño y perdiendo tono muscular, propendiendo al colapso. Los pacientes con AOS pueden tener cambios en los niveles de leptina, grelina, adiponectina, hormonas relacionadas con el aumento del apetito y la ingesta calórica. Asimismo, presentan resistencia a la insulina y disminución de la respuesta cardíaca al ejercicio, todos factores que propenden a la obesidad².

Respecto del papel de la AOS en el desarrollo de la DM, se encontró que la hipoxia intermitente actúa sobre el páncreas causando disminución de células beta, con mayor apoptosis de las mismas, y en el hígado incrementando los depósitos de glucagón e incrementando la gluconeogénesis. Incluso asociada a los efectos de la fragmentación del sueño, genera resistencia a la insulina actuando en el posreceptor y alterando los transportadores GLUT-4. Los pacientes con DM y neuropatía pueden favorecer la AOS actuando en los nervios de la VAS, y a la aparición de apneas centrales actuando a nivel del centro respiratorio³.

El tratamiento con presión positiva continua en la vía respiratoria (*continuous positive airway pressure*, CPAP), si bien demostró mejorar los niveles de leptina, orexina y neuropéptido Y, no ha resultado, hasta ahora, ser eficaz para disminuir el peso. En relación a su papel en el metabolismo de la glucosa, se han publicado trabajos con diferentes resultados y parecería ser que el tiempo de uso de estos dispositivos sería la clave para mejorar el control metabólico⁴.