



RESUMEN

XII Jornadas Nacionales de Diabetes 2025



Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

sanofi



Resumen XII Jornadas Nacionales de Diabetes 2025

Las **XII Jornadas Nacionales de Diabetes** de la Sociedad Argentina de Diabetes se llevaron a cabo con gran éxito los días 20, 21 y 22 de agosto de 2025 en el Hotel Marriott de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El miércoles se realizaron las Prejornadas, destinadas principalmente a la comunidad y complementadas con talleres para médicos, que contaron con una destacada participación.

El evento reunió a colegas de todo el país en un espacio de actualización científica, aprendizaje y reflexión sobre los últimos avances en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la diabetes. La amplia convocatoria y el activo intercambio académico permitieron generar estrategias innovadoras orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad, reafirmando el compromiso de la **Sociedad Argentina de Diabetes** en la promoción de la excelencia en la práctica clínica y la investigación. A continuación, resumiremos los temas más destacados.

CONFERENCIA INAUGURAL: MEDICINA DE PRECISIÓN Enfoque actual en el manejo personalizado de la diabetes

La conferencia inaugural estuvo a cargo del **Dr. Gustavo Frechtel**, quien presentó el enfoque de medicina de precisión en diabetes, cuyo objetivo es identificar fenotipos y subtipos mediante biomarcadores clínicos, biológicos, genéticos e inmunológicos, con el fin de implementar tratamientos personalizados de mayor eficacia y menos efectos adversos. Se revisaron ejemplos como el MODY, donde destacó la importancia de la historia familiar, y la heterogeneidad de la diabetes autoinmune, desde la DM1 clásica hasta la LADA, diferenciadas por edad, IMC, presencia de otras enfermedades autoinmunes y evolución de la reserva pancreática.

Asimismo, se destacaron los biomarcadores inmunológicos (autoanticuerpos, HLA) y los genéticos mediante genetic risk scores, que permiten estratificar riesgo y orientar el inicio oportuno de insulino terapia o terapias no insulínicas. En diabetes tipo 2, se repasó la clasificación que define cinco subtipos: diabetes grave por deficiencia de insulina (SIDD), diabetes grave por resistencia a la insulina (SIRD), diabetes leve relacionada con obesidad (MOD), diabetes leve relacionada con la edad (MARD) y diabetes autoinmune severa (SAID). Finalmente, se subrayó la importancia de integrar biomarcadores clínicos (edad de inicio, IMC, HOMA, HbA1c, perfil lipídico, comorbilidades) con marcadores genéticos e inmunológicos para optimizar la estratificación y proponer tratamientos verdaderamente personalizados.

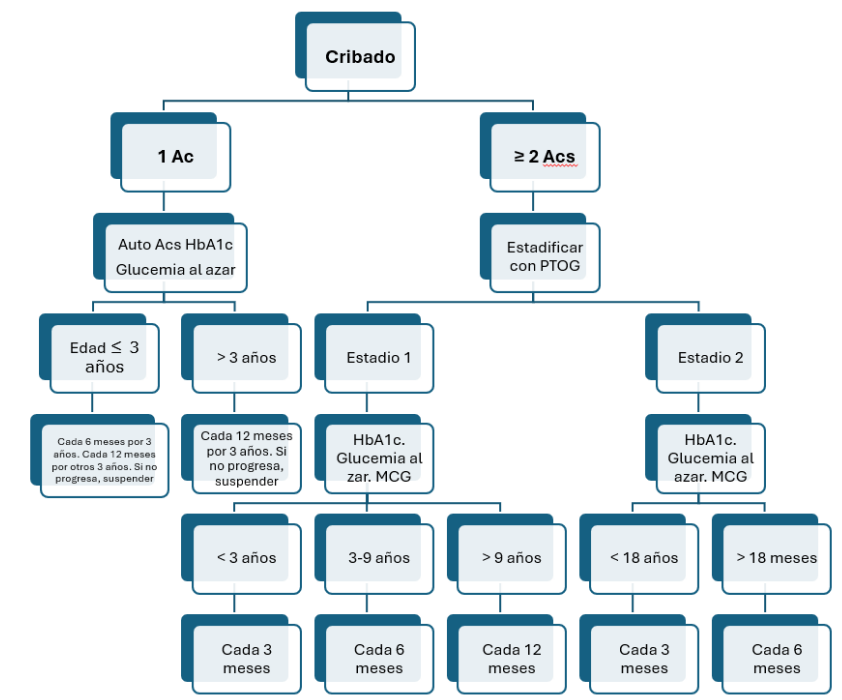
PREDIABETES 1

Hace un tiempo comenzamos a hablar de prediabetes en diabetes tipo 1 (DM1) y la importancia que este nuevo enfoque tiene en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de dicha enfermedad. Este simposio contó con la participación de cuatro expertos que destacaron lo siguiente:

La **Dra. Silvina Valdez** abordó el uso de algoritmos basados en predisposición inmunogenética para la detección temprana de DM1. Destacó el rol de los **haplotipos HLA** (DR3-DQ2, DR4-DQ8) y **genes no HLA** en el riesgo hereditario,

así como la utilidad de los genetic risk scores para mejorar sensibilidad y especificidad en la predicción. La presencia de **múltiples autoanticuerpos** (IAA, GADA, IA-2A, ZnT8A) permite identificar estadios preclínicos, y su integración con parámetros metabólicos posibilita modelos predictivos más precisos. Los programas de pesquisa poblacional y familiar, junto con intervenciones como **teplizumab**, demostraron reducir la incidencia de debut con cetoacidosis y retrasar la progresión a diabetes clínica. En conclusión, estos algoritmos representan una herramienta clave de medicina de precisión para anticipar la enfermedad y facilitar intervenciones preventivas.

Detección temprana en niños con > riesgo genético



Adaptado de ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024: Screening, Staging, and Strategies to Preserve Beta-Cell Function in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. Horm Res Paediatr. 2024;97(6):529-545.

La **Dra. Nuria Grimberg** analizó la relación entre obesidad e incidencia de DM1. Presentó la “hipótesis del acelerador”, que plantea que la resistencia a la insulina inducida por el exceso de peso impone una sobrecarga sobre las células beta en individuos con predisposición genética, acelerando la destrucción autoinmune. Estudios de cohorte, como TrialNet, mostraron que las personas con sobrepeso u obesidad tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar DM1 y de progresar más rápido de un único a múltiples autoanticuerpos, especialmente con IMC elevado. La obesidad y la insulinoresistencia generan inflamación crónica de bajo grado y estrés en las células beta, aumentando la liberación de citocinas, la formación de neoantígenos y la apoptosis, lo que potencia la respuesta inmunitaria contra los islotes. Se destacó que intervenciones dirigidas a reducir la obesidad podrían contribuir a retrasar o disminuir el riesgo de progresión tanto de DM1 como de DM2.

El **Dr. Alejandro de Dios** presentó la heterogeneidad en el estadio de prediabetes tipo 1, repasando la clasificación desde Eisenbarth hasta la actual, que contempla los estadios 0 a 3 y la posibilidad de preservar función beta residual. Señaló que la velocidad de progresión varía entre individuos, explicada no solo por el número de autoanticuerpos, sino también por factores genéticos e inmunopatológicos. Introdujo el concepto de **endotipos en DM1**, que busca clasificar a los pacientes según patrones biológicos y de respuesta inmune, lo que podría guiar estrategias terapéuticas específicas. Destacó que la estratificación de fenotipos y endotipos, mediante biomarcadores inmunológicos, genéticos y metabólicos, se perfila como estrategia clave de medicina personalizada para identificar con mayor precisión a los sujetos en riesgo y optimizar intervenciones preventivas.

La **Dra. Gabriela Krochik** expuso sobre la personalización terapéutica en DM1 a partir del concepto de endotipos, definidos por biomarcadores inmunológicos, perfiles genéticos y la velocidad de pérdida de células beta. Se describieron cuatro principales: autoinmune rápido, autoinmune lento, idiopático/genético y con resistencia a la insulina coexistente, cada uno con implicancias terapéuticas específicas (desde insulino terapia intensiva e inmunomoduladores como teplizumab, hasta el uso de metformina o agonistas GLP-1 en presencia de insulino resistencia). Se destacó el aporte de estudios como TEDDY, TrialNet e INNODIA en la detección temprana y seguimiento de la enfermedad, así como las perspectivas futuras en terapias celulares, inteligencia artificial y regeneración de células beta, con gran potencial para transformar el manejo de la DM1.

PREDIABETES 2

- **Diagnóstico en prediabetes:** esta charla estuvo a cargo del **Dr. Víctor Commendatore**. Destacó la importancia de identificar la prediabetes tipo 2 (PDT2), dado su impacto en la progresión hacia diabetes tipo 2 (DM2) y en el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares. Se repasaron los criterios diagnósticos de la ADA: glucemia en ayunas alterada (100–125 mg/dl), tolerancia alterada a la glucosa (140–199 mg/dl a las 2 h de la PTOG) y HbA1c entre 5,7% y 6,4%. Se señaló que existen discrepancias internacionales: mientras la OMS establece el punto de corte de glucemia en ayunas en 110 mg/dl, el Comité Internacional de Expertos (IEC) fija la HbA1c en $\geq 6,0\%$, y la IDF ha oficializado la determinación de PTOG a los 60 minutos como parámetro adicional, por su correlación con complicaciones y progresión a diabetes. El expositor subrayó la falta de concordancia entre estas pruebas diagnósticas: un paciente puede cumplir criterios de PDT2 por una, dos o las tres determinaciones, con una correlación baja a mediana entre ellas. Por este motivo, recomendó realizar todas las determinaciones posibles e interpretar los resultados en conjunto de cada paciente, para lograr una caracterización más precisa del riesgo y una estrategia de seguimiento más personalizada.
- **Identificación temprana de riesgo macro y microvascular en personas con prediabetes:** el Dr. Carlos Buso remarcó que la prediabetes no debe entenderse como un estado benigno, sino como una condición de toxicidad metabólica con fuerte impacto en el riesgo cardiovascular. Explicó que este proceso se asocia al acúmulo de tejido adiposo visceral, que genera un ambiente inflamatorio sistémico (hepato-cardio-reno-metabólico) con secreción de citoquinas proinflamatorias, disfunción en la utilización periférica de glucosa y progresión hacia disglucemia y diabetes. Subrayó que la prediabetes constituye en sí un síndrome metabólico y una oportunidad estratégica para la pesquisa temprana de factores de riesgo y la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Señaló que para categorizar el riesgo se requieren solo elementos básicos: valoración clínica, laboratorio mínimo y evaluación cardiológica y destacó la importancia de que todo médico de primer contacto internalice este concepto, para intervenir precozmente y frenar la progresión hacia la diabetes y sus complicaciones.
- **¿Cómo, cuándo y con qué intervenir en prediabetes?:** el Dr. Claudio González subrayó que la prediabetes no solo incrementa el riesgo de progresión a diabetes tipo 2, sino que también se asocia a una mayor incidencia de comorbilidades micro y macrovasculares que requieren atención temprana. Resaltó que la discusión trasciende lo clínico y tiene un fuerte impacto social y sanitario, ya que la prediabetes representa una entidad de enorme prevalencia cuyo tratamiento temprano puede reducir sustancialmente la carga futura de diabetes y sus complicaciones. Se remarcó que los cambios en el estilo de vida son la primera intervención recomendada y han demostrado eficacia sostenida en la reducción de riesgo, aunque persisten dificultades en la adherencia y en la duración de los resultados.

En sus conclusiones, enfatizó que el tratamiento farmacológico de la disglucemia en la prediabetes requiere aún mayor evidencia para su plena justificación. Habló de los beneficios demostrados en prediabetes con metformina o pioglitazona en grupos seleccionados. Menciona además que la capacidad de los nuevos fármacos para reducir el peso corporal merece especial atención, sobre todo si sus efectos son sostenidos en el tiempo. Si bien la pérdida de peso suficiente para disminuir la resistencia a la insulina no está completamente establecida, existen fundamentos razonables para esperar beneficios relevantes en la reducción del riesgo cardiometabólico. Finalmente, remarcó que se necesita más evidencia en este campo, dada la relevancia clínica de la prediabetes en nuestra población.

- **Factores desencadenantes de una descompensación metabólica en una persona con prediabetes:**
El Dr. Osvaldo Fretes explicó que, a diferencia de la diabetes tipo 2 establecida, en la prediabetes el riesgo de hiperglucemia extrema y de cetoacidosis diabética es bajo. Sin embargo, la exposición a ciertos fármacos en contextos de predisposición individual puede favorecer descompensaciones metabólicas. Se destacó el rol de los iSGLT2 y los agonistas de GLP-1 (con agonismo doble o triple), ampliamente utilizados por sus beneficios en la protección cardiovascular, renal y en la reducción de peso, pero que en situaciones particulares se han asociado a eventos adversos graves como cetoacidosis euglucémica. En prediabetes, estos cuadros podrían aparecer frente a con factores desencadenantes adicionales como deshidratación, vómitos, diarrea, inanición o la acumulación de cuerpos cetónicos que conllevan una caída de la reserva alcalina y empeoran la función renal. El orador remarcó que estos síntomas deben ser considerados señales de alarma en personas con prediabetes bajo tratamiento con estos agentes, ya que pueden precipitar la progresión a un cuadro metabólico severo, especialmente en presencia de otros factores concurrentes.

INSUFICIENCIA CARDÍACA EN DIABETES ¿Estamos llegando tarde?

El Dr. **Hugo Sanabria** inició su exposición destacando la reducción sostenida de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) desde la década de 1970, atribuida al uso de estatinas, aspirina en prevención secundaria, fibrinolíticos y cirugía de bypass coronario. En contraposición, señaló el aumento progresivo de la insuficiencia cardíaca (IC), particularmente la forma con fracción de eyección preservada (ICFEp), que hoy representa aproximadamente la mitad de las internaciones. Este incremento se relaciona principalmente con el envejecimiento poblacional y el aumento del índice de masa corporal. El disertante remarcó que la tasa de mortalidad por IC continúa en ascenso, explicando los mecanismos fisiopatológicos tanto de la IC con fracción de eyección reducida (ICFEr) como preservada, con énfasis en el rol de la **inflamación de bajo grado** vinculada a alteraciones metabólicas. Asimismo, subrayó la participación de la grasa epicárdica en la génesis de la ICFEp y analizó el papel de la autofagia y del intercambiador sodio-hidrógeno tipo 1 (NHE1).

En cuanto al diagnóstico, mencionó que un electrocardiograma normal posee un alto valor predictivo negativo para descartar IC. El ecocardiograma Doppler color permite evaluar presiones de llenado, alteraciones estructurales, establecer el diagnóstico y clasificar el tipo de IC, destacando la utilidad de la relación $E/e' \geq 15$ como marcador de aumento de la presión de fin de diástole (con la salvedad de su limitación en presencia de calcificación mitral). Además, recomendó el uso de péptidos natriuréticos como herramientas diagnósticas, resaltando que el NT-proBNP es más estable al no modificarse por la inhibición de neprilisina y posee elevado valor predictivo negativo. Aclaró la necesidad de ajustar los valores según frecuencia cardíaca, índice de masa corporal y función renal. También hizo referencia al **score H2FPEF** como herramienta práctica para sospechar ICFEp en pacientes con disnea, y al **score PREVENT**, que predice IC aunque aún no está validado en nuestra población.

En el plano terapéutico, subrayó la importancia de los “cuatro fantásticos” (IECA/ARA-II/ARNI, betabloqueantes, antagonistas de mineralocorticoides e iSGLT2) y la necesidad de alcanzar su titulación dentro del primer mes. Añadió un “quinto pilar”: **la rehabilitación cardiovascular**, cuyo impacto en la reducción de mortalidad es especialmente relevante en pacientes con sarcopenia, quienes presentan peor pronóstico.

Obesidad sarcopénica e insuficiencia cardíaca

Masa muscular baja vs preservada y riesgo de mortalidad

Estudio	HR	IC 95%	Peso
Konishi (2021)	1,74	1,08-2,81	15,3%
Konishi (2021) HFpEF	2,46	1,39-4,36	12,5%
Konishi (2021) HFrEF	1,34	0,71-2,52	1,2%
Lopez (2019)	4,48	1,75-11,51	6,4%
Von Haehling (2020)	1,80	1,01-3,20	12,6%
Saito (2022)	2,31	1,24-4,31	11,4%
Uchida (2023)	0,85	0,48-1,52	12,5%
Mirzai (2023)	1,49	1,00-2,22	18%
	1,73	1,32-2,26	100%

Random effects model: heterogeneity: I2 = 47%, t2 = 0,0622, p = 0,07. HR 1,73. 3100 pacientes con insuficiencia cardíaca

Adaptado de Mendonca et al. JACC Heart Fail.2025; 13: 943-954

Finalmente, enfatizó el valor pronóstico de los biomarcadores, señalando que concentraciones elevadas de troponina T o NT-proBNP se asocian a mayor riesgo de eventos adversos y mortalidad en IC.

INSULINIZACIÓN EN TIEMPOS DE MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA

El **Dr. Matías Ré** y La **Dra. Carolina Gomez Martin** presentaron un caso interactivo de un paciente con DM2, mal control metabólico y enfermedad renal crónica, en quien inicialmente se indicó insulina NPH y automonitoreo glucémico, discutiéndose los riesgos de hipoglucemia y la necesidad de intensificación con bolos prandiales. A los diez años de evolución, se analizaron los cambios en las estrategias terapéuticas disponibles, destacando el **rol del monitoreo continuo de glucosa (CGM)** como herramienta para prevenir la sobrebasalización. El estudio MOBILE demostró que el monitoreo capilar aislado llevaba a dosis excesivas de basal, mientras que el CGM permitió un control más preciso. Asimismo, se revisaron los objetivos de TIR y TBR en distintas poblaciones, así como la evidencia del estudio REPLACE, que respalda el beneficio del CGM en diabetes tipo 2.

En relación con las insulinas basales, se presentó evidencia sobre los **análogos de segunda generación**. La **glargina U300** mostró menor riesgo de hipoglucemia frente a NPH y glargina U100, y en pacientes con enfermedad renal crónica presentó mejor control metabólico en comparación con degludec, manteniendo un riesgo similar de hipoglucemias. Se subrayaron además ventajas adicionales de las insulinas concentradas, como la preservación del tejido subcutáneo, la prevención de lipohipertrofias y la mejora en la calidad del tratamiento. Finalmente, se resaltó la importancia de contemplar el descanso como parte del manejo integral, dada su influencia sobre las métricas glucémicas y la prevención del deterioro cognitivo asociado a la hipoglucemia.

DIABETES EN LA ERA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Esta conferencia la dio el **Dr. Alejandro Dain** quien destacó el impacto de la IA en el manejo de la diabetes mediante el análisis de grandes volúmenes de datos generados por el monitoreo continuo de glucosa. Explicó los avances en páncreas artificial con neural networks capaces de anticipar necesidades metabólicas y algoritmos de **machine learning** que predicen hipoglucemias con alta precisión. Se mencionaron además plataformas como Mediktor y SocialDiabetes, que automatizan decisiones terapéuticas incluso en pacientes sin bombas de insulina. Finalmente, resaltó la integración de datos clínicos, genómicos y de dispositivos portátiles para una medicina personalizada, y las tendencias emergentes como los **gemelos digitales (digital twins)**, réplicas virtuales del paciente que permiten simular escenarios terapéuticos y anticipar respuestas individuales. El mensaje final fue que la IA no reemplazará al médico, sino que potenciará la capacidad de ofrecer atención de calidad y tratamientos verdaderamente personalizados.

ADIPOSOPATÍA Y DIABETES:

Un llamado a la acción

La **Dra. Adriana Roussos** presentó la charla “**Influencia de la obesidad en la progresión de las complicaciones**”, donde remarcó que la obesidad es un factor de riesgo modificable que impacta no solo en la génesis de la DM2, sino también en la progresión de complicaciones micro y macrovasculares a través del tejido adiposo disfuncional. Mecanismos como la resistencia a la insulina, inflamación crónica, estrés oxidativo y secreción alterada de adipocinas afectan vasos y órganos, agravando la retinopatía, nefropatía, neuropatía y enfermedad cardiovascular. Se destacó también el papel del tejido adiposo visceral y la relevancia en DM1, donde el sobrepeso puede dificultar el tratamiento con insulina y favorecer complicaciones. Las estrategias dirigidas a reducir grasa visceral y modular vías inflamatorias se plantean como clave para disminuir el riesgo y la progresión de las complicaciones.

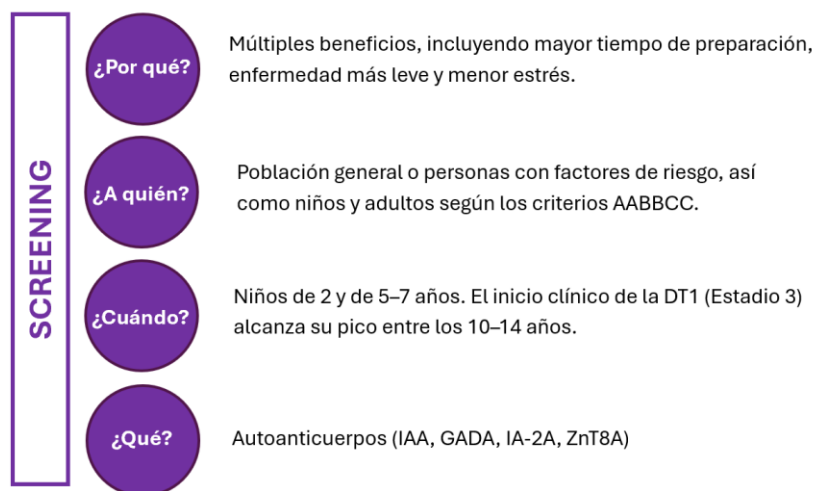
Por su parte, la **Dra. Susana Gutt** en su disertación: “**Tratamiento de la obesidad en personas con diabetes tipo 1 y tipo 2**”, destacó que más de dos tercios de los pacientes con DM1 tienen sobrepeso u obesidad, lo que aumenta el riesgo de complicaciones similares a las de la DM2. El abordaje terapéutico se basa en un cambio integral del estilo de vida (alimentación saludable, actividad física regular, manejo del estrés) y en casos seleccionados se suma farmacoterapia o cirugía metabólica. Los análogos de GLP-1 y GLP-1/GIP mostraron beneficios sobre el peso, la regulación del apetito y parámetros cardiometabólicos, aunque en DM1 su uso aún no está aprobado y se limita a publicaciones y experiencias fuera de indicación.

La **Dra. María Yuma** habló sobre: **Perspectivas innovadoras en el tratamiento de la obesidad**, destacando que el abordaje atraviesa un cambio paradigmático gracias al desarrollo de terapias hormonales estimuladas por nutrientes, que logran reducciones de peso cercanas a la cirugía bariátrica (15–25%) junto con beneficios metabólicos, renales y cardiovasculares. Resalta que el punto de inflexión lo marcaron los agonistas de GLP-1, y el horizonte terapéutico se amplía con moléculas de acción dual y triple sobre GLP-1, GIP y glucagón. Mencionó el avance de fármacos como tirzepatida (primer AR-GLP1/GIP aprobado), retatrutida (agonista triple), y nuevas combinaciones en fase 3 como CagriSema (semaglutida + cagrilintida) y MariTide (agonista GLP-1/GIP mensual). También se destacó la formulación oral de semaglutida en altas dosis como alternativa para mejorar adherencia. La oradora enfatizó que la disponibilidad de múltiples fármacos con distintos mecanismos de acción abre la puerta a una selección personalizada, integrando eficacia, perfil de seguridad y características individuales. El desafío será garantizar acceso equitativo y sostenibilidad a largo plazo, consolidando una estrategia proactiva de prevención y tratamiento de la obesidad desde múltiples dimensiones.

Finalmente, la **Dra. Juliana Mociulsky** presentó la charla “**Estrategias para derribar barreras en las diferentes etapas del tratamiento**”, centrada en la persistencia y adherencia al tratamiento farmacológico de la obesidad. Subrayó que, aunque los nuevos fármacos han revolucionado el abordaje de la enfermedad, la efectividad real depende de que los pacientes los utilicen de manera continua, con la dosis indicada y durante el tiempo suficiente. Definió “**persistencia**” como la continuidad en la toma del medicamento sin interrupciones. Un estudio de cohorte en más de 1900 pacientes mostró que solo el 44% mantenía la terapia a los 3 meses, y apenas un 19% a los 12 meses, reflejando la magnitud del desafío. Según la OMS, la adherencia está influida por factores propios del paciente, de la enfermedad, del profesional de salud y también por determinantes sociales y económicos. La disertante destacó que las barreras cambian en cada etapa del tratamiento —inicio, descenso de peso, estabilización y mantenimiento—, por lo que **las estrategias deben ser dinámicas, personalizadas y acompañadas de educación continua**. Identificar estas causas y abordarlas en forma proactiva resulta clave para mejorar los resultados en la prevención y el tratamiento de la obesidad y la diabetes.

FUTURO EN DIABETES: Innovaciones terapéuticas y nuevas moléculas

Remarcó que desarrollar una infraestructura que permita la detección precoz constituye una urgencia sanitaria, y presentó los fundamentos del screening: por qué hacerlo (múltiples beneficios clínicos y psicosociales), a quiénes (población general y grupos de riesgo), cuándo y qué medir (autoanticuerpos como IAA, GADA, IA-2A y ZnT8A). La presentación reforzó la necesidad de implementar estrategias de prevención primaria y secundaria en DM1, con el fin de anticipar la enfermedad y reducir el impacto clínico y emocional en las personas y sus familias.



Además, se presentó un Programa de Diagnóstico LATAM, orientado a la detección temprana de diabetes tipo 1 mediante la determinación en sangre de 4 autoanticuerpos. El programa está dirigido a familiares de primer grado de personas con DM1, residentes en CABA y provincia de Buenos Aires, sin cobertura para este tipo de estudios. Su objetivo es ofrecer un acceso gratuito y ordenado al diagnóstico precoz, facilitando el circuito entre médicos, pacientes y operadores logísticos para la extracción, análisis y entrega de resultados. De esta forma, se busca generar una infraestructura que permita anticipar la enfermedad y planificar intervenciones oportunas, en línea con la importancia del screening resaltada durante el simposio.

El Dr. León E. Litwak repasó los principales desafíos y avances en el tratamiento de la diabetes, destacando el **cambio de paradigma** desde un enfoque limitado a neutralizar complicaciones crónicas hacia uno orientado a la prevención, la curación y la medicina personalizada.

En relación con la **DM2**, señaló el rol central de las nuevas terapias farmacológicas, en particular los análogos de GLP-1 y las moléculas en desarrollo que combinan múltiples hormonas incretínicas, capaces de superar la eficacia de tratamientos existentes. Se incluyeron fármacos como semaglutida, tirzepatida, retatrutida, mazdutida, maritide, efinopegdutada y HM15211, que no solo mejoran el control metabólico, sino que impactan en la pérdida de peso y ofrecen beneficios cardiovasculares y renales.

Respecto a la **DM1**, se destacaron los progresos en terapias celulares y regenerativas. Ensayos con células madre y trasplante de islotes (con sistemas de encapsulación inmunoprotectora) están mostrando resultados alentadores, mientras que la edición genética con CRISPR y la terapia epigenética se perfilan como estrategias para corregir defectos asociados con la enfermedad y revertir la resistencia a la insulina. Se resaltó el potencial de la **harmina**, que junto con agonistas GLP-1 podría incrementar hasta un 700% la masa de células beta, y el impacto de **teplizumab**, aprobado por la FDA, en retrasar la progresión de la DM1 clínica en individuos en estadio 2.

También se mencionó **bimagrumab**, un anticuerpo monoclonal contra el receptor activina tipo II, que en estudios recientes ha demostrado un doble efecto: aumento de masa magra y reducción de masa grasa. Estos hallazgos lo convierten en una molécula prometedora para el tratamiento de la obesidad y la DM2, con beneficios metabólicos adicionales.

Asimismo, se discutió el avance de **nuevas tecnologías**: bombas de insulina más sofisticadas, insulinas inhalatorias de acción rápida (Technosphere) e insulinas basales semanales como Icodec y Efisfora alfa, que representan regímenes menos invasivos y de mayor adherencia. En el campo del monitoreo continuo de glucosa, se resaltó la relevancia de métricas emergentes como el **Time in Tight Range** (TiTR, 70–140 mg/dl) que busca definir con mayor precisión el buen control glucémico más allá del TIR clásico. Aunque aún se debate si el umbral debe establecerse en el 50% o 70% del tiempo en rango, estas métricas ofrecen un marco más estricto para la evaluación de pacientes de alto riesgo y en estudios clínicos.

El Dr. Litwak concluyó que el abordaje de la DM debe avanzar hacia enfoques más holísticos y curativos, eliminando la separación rígida entre DM1 y DM2, y garantizando acceso equitativo a estas innovaciones, con el objetivo último de prevenir y eventualmente curar la enfermedad.

Las Jornadas concluyeron con un balance altamente positivo, destacándose por la calidad científica de las presentaciones, el intercambio entre profesionales y la amplia convocatoria. El encuentro dejó en claro la importancia de continuar generando espacios de actualización y reflexión conjunta en el abordaje de la diabetes. Con la mirada puesta en los próximos desafíos, se espera con gran expectativa el Congreso en 2026.

