



RESUMEN

Congreso Argentino de Diabetes Sociedad Argentina de Diabetes



24-26 de octubre de 2024
Mendoza

sanofi



Congreso Argentino de Diabetes

Sociedad Argentina de Diabetes

Los días 24, 25 y 26 de octubre de 2024 se llevó a cabo el **XXIV Congreso Argentino de Diabetes** en la ciudad de Mendoza. Este año la SAD celebró su 70° aniversario y la Escuela de Graduados su 50° aniversario. Contó con una excelente convocatoria con la participación de más de 3000 profesionales y un programa de excelencia. A continuación, vamos a destacar algunos de los temas que se trataron.

Diabetes tipo 1 ¿Qué está cambiando?

En sintonía con lo presentado en los congresos internacionales, en este simposio se habló sobre el avance en la última década en la **prevención y tratamiento de la diabetes tipo 1 (DM1)**, destacando nuevas intervenciones en etapas presintomáticas, como el uso de teplizumab y verapamilo para retrasar su progresión. La detección de autoanticuerpos permite identificar a individuos en riesgo y definir su estadio, lo que facilita la implementación de estrategias preventivas. Un consenso reciente recomienda el monitoreo en personas con riesgo de DM1 para reducir complicaciones y optimizar intervenciones tempranas.

También se destacó que gracias a los avances en genética y estudios de asociación amplia del genoma (GWAS), se están desarrollando scores de riesgo genético (GRS) para diabetes tipo 1, basados en aproximadamente 70 polimorfismos de nucleótido único (SNPs, por sus siglas en inglés) de genes HLA y no HLA.

Se habló además de la medicina de precisión en diabetes mellitus (DM) refiriéndose al uso de información genética, molecular, clínica y de estilo de vida para personalizar el tratamiento y prevenir la DM1. Con inteligencia artificial y herramientas inmunológicas, se apunta a identificar el riesgo antes de que la enfermedad se desarrolle y a optimizar los tratamientos para mejorar el control glucémico y prevenir complicaciones.

Novedades en insulinización en Diabetes tipo 1

La insulinización en la era del monitoreo continuo de glucosa (MCG) representa un enfoque innovador en el manejo de la DM. El MCG permite un seguimiento detallado de los niveles de glucosa en tiempo real, facilitando la optimización de la terapia insulínica. Admite ajustes precisos de dosis de insulina basados en **patrones de glucosa**, identifica momentos críticos de hipoglucemia e hiperglucemia, mejora la educación del paciente sobre su enfermedad y facilita la detección de errores en la administración de la insulina.

Para implementar estrategias de insulinización con MCG se puede iniciar con perfiles de glucosa basal y ajustar según sea necesario. Los beneficios incluyen una mejoría en el control glucémico, reducción de la frecuencia de las hipoglucemias, incremento de la confianza y autonomía del paciente, y una mejor calidad de vida.

Se mostraron resultados de los estudios de insulina de aplicación semanal en diabetes tipo 1. El estudio **ONWARDS 6** evaluó la eficacia y seguridad de la **insulina icodec**, una insulina basal de administración semanal, en adultos con diabetes tipo 1. Este ensayo clínico de fase 3a, abierto y aleatorizado, comparó la insulina icodec administrada una vez por semana con la insulina degludec administrada diariamente, ambas en combinación con insulina de acción rápida para las comidas. El estudio incluyó una fase principal de 26 semanas, seguida de una extensión de 26 semanas para evaluar la seguridad a largo plazo. Los resultados mostraron que la insulina icodec logró una reducción en la hemoglobina glicosilada (HbA1c) comparable a la de la insulina degludec, cumpliendo con el criterio de no inferioridad. Sin embargo, se observó una tasa más alta de eventos hipoglucémicos clínicamente significativos o severos en el grupo de insulina icodec en comparación con el grupo de insulina degludec.

En el ensayo clínico de fase 3 **QWINT-5**, se evaluó la eficacia y seguridad de **efsitora alfa**, insulina basal de administración semanal, en comparación con la insulina degludec, administrada diariamente, en adultos con diabetes tipo 1. Los resultados mostraron que efsitora alfa logró una reducción de la HbA1c comparable a la de la insulina degludec, cumpliendo con el criterio de no inferioridad. Sin embargo, se observó una mayor incidencia de eventos hipoglucémicos graves en el grupo tratado con efsitora alfa, especialmente durante las primeras 12 semanas de tratamiento. Estos hallazgos sugieren que, aunque la insulina semanal efsitora alfa ofrece una opción prometedora para el manejo de la diabetes tipo 1, es esencial considerar cuidadosamente el perfil de seguridad, especialmente en relación con el riesgo de hipoglucemia.

Debate: Fármacos no insulínicos en Diabetes Autoinmune

SI

La insulinoterapia sigue siendo la piedra fundamental para el tratamiento de la DM1. Sin embargo, la mayoría de las personas con DM1 no logra alcanzar metas de control glucémico. En las últimas décadas se han visto incrementos del índice de masa corporal (IMC), acompañados de un aumento de la resistencia a la insulina, muchas veces consecuencia de una insulinoterapia inadecuada. Además, este grupo de pacientes presenta un elevado riesgo cardiovascular y disminución de la expectativa de vida.

La DM1 es una enfermedad compleja y por lo tanto se debe plantear una terapéutica más acorde desde el punto de vista fisiopatológico, que acompañe al reemplazo hormonal. Estos son argumentos que justifican los estudios con fármacos no insulínicos complementarios como metformina, inhibidores de DPP-4, agonistas GLP-1 (AR-GLP1), tiazolidinedionas, inhibidores de alfa glucosidasa, inhibidores de SGLT-2 (iSGLT2) y miméticos de amilina. Algunos de estos estudios han mostrado beneficios sobre la HbA1c, el IMC, la variabilidad glucémica y la reducción del requerimiento de insulina, aunque como toda terapia farmacológica no están exentos de efectos adversos.

El uso de algunos de estos fármacos podría además aportar beneficios sobre eventos cardiovasculares y renales.

NO

En el manejo de la DM1, el uso de medicamentos distintos a la insulina se propuso para mejorar el control glucémico y otros parámetros metabólicos. Sin embargo, existen argumentos sólidos para mantener la terapia basada exclusivamente en insulina.

- Eficacia limitada de medicamentos distintos a la insulina. Diferentes estudios muestran que proporcionan mejoras marginales en el control de la glucosa con reducciones promedio en la HbA1c de solo 0,2-0,5%.
- Aumento del riesgo de hipoglucemia y efectos secundarios. El uso de medicamentos distintos a la insulina junto con insulina ha demostrado un incremento en el riesgo de hipoglucemia y efectos secundarios, lo que podría complicar aún más el manejo de la DM1.
- Evidencia insuficiente para el beneficio a largo plazo. Los estudios actuales sobre la adición de medicamentos distintos a la insulina son de corta duración y con pocos participantes, resultando en evidencias insuficientes y clínicamente insignificantes para respaldar su uso generalizado.
- Complicaciones asociadas a nuevas terapias. Medicamentos como los iSGLT2, aunque prometedores, están asociados con riesgos como la cetoacidosis diabética eglucémica.
- Estrategias individualizadas y monitoreo cercano. Se debe llevar a cabo una evaluación cuidadosa de las características específicas del paciente y un monitoreo cercano para ajustar las dosis de insulina y minimizar los riesgos.

CONTROVERSIA: Diabetes mellitus tipo 2: individualizando el plan alimentario. ¿Cuándo elegir dieta cetogénica versus ayuno intermitente?

En esta mesa se planteó un debate muy interesante sobre estos dos patrones alimentarios tan difundidos en la actualidad.

El **ayuno intermitente (AI)** surge de tradiciones antiguas, practicado por diferentes comunidades por razones culturales o religiosas. El AI se diferencia de la restricción calórica (RC) y si bien a corto plazo demostró mejorar diferentes factores de riesgo cardiovascular, mantenerla durante periodos prolongados es difícil y produce reganancia de peso. El AI consiste en un patrón de periodos de tiempo desde 12 h hasta varios días con consumo de pocas o ninguna caloría. Existen diferentes tipos, con horarios o días de ayuno y el resto de horas o días con ingesta isocalórica o hipocalórica. Esta propuesta terapéutica debe ser consensuada con el paciente y se considera que imita patrones de alimentación humanos de ingesta, la intermitencia.

En personas con DM2 mejora la sensibilidad a la insulina y la homeostasis de la glucosa por disminución de la adiposidad y de la resistencia a la insulina. Disminuye la ingesta calórica y por ello la producción de insulina, aumenta los niveles de AMPK y la reprogramación metabólica en relación con el sistema circadiano que interviene en la

regulación de la homeostasis energética en el contexto de los ciclos día/noche y, a su vez, dirige a relojes moleculares codificados genéticamente, cerebrales y en otros órganos, desarrollados en la evolución y cuya función es alinear el metabolismo con la hora del día.

La **dieta cetónica (DC)**, también denominada dieta Keto, es un tipo de dieta que restringe la cantidad diaria total de hidratos de carbono a <50 g, o a menos del 10% de las calorías diarias, con un 70-80% de calorías derivadas de las grasas, fuente primaria de combustible. Como resultado, se establece un estado de cetosis con la consecuente disminución de los niveles de glucemia. Recientes metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados demostraron consistentemente la eficacia de la DC en el control y la estabilidad glucémica, la reducción del peso corporal y el aumento de la sensibilidad a la insulina en personas con DM2 y sobrepeso/obesidad en comparación con otras dietas.

Un riesgo posible es la hipoglucemia que implica supervisión médica periódica y ajuste del plan de insulinoterapia y fármacos antidiabéticos para minimizar su aparición. Un desafío importante es la adherencia a largo plazo y compromete a su reevaluación regular.

En adultos con DM2, la evidencia muestra que la DC es segura, y el enfoque se individualiza valorando los riesgos y beneficios, por lo que puede ser una opción en este grupo poblacional.

Diabetes mellitus tipo 2 en Pediatría

La DM2 era considerada una patología del adulto. En la actualidad, quizás como consecuencia de la epidemia de la obesidad, de la inactividad física y de los hábitos sedentarios, parece presentar un incremento a nivel mundial a edades cada vez más tempranas. En nuestro país el 41% de los niños, niñas y adolescentes de entre 5 a 17 años, presenta exceso de peso (prevalencia de sobrepeso 20,7% y de obesidad 20,4%). La forma de presentación de la DM2 en esta población es muy amplia, desde descompensaciones severas en cetoacidosis; hasta formas compensadas diagnosticadas por una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). En ocasiones estos pacientes ya presentan complicaciones y/o comorbilidades al momento del diagnóstico. Comparados con adultos con DM2, los jóvenes tienen una trayectoria glucémica más adversa.

Los **factores de riesgo personales y familiares** suelen estar presentes en la población pediátrica. Es importante identificarlos en forma precoz para realizar una intervención de prevención o de detección y tratamiento temprano. La presencia de comorbilidades y/o complicaciones al diagnóstico podría impactar en forma negativa en el pronóstico, incluso afectar la calidad de vida de estos pacientes.

El exceso de peso trae aparejado otras comorbilidades que comenzaron a verse en la infancia como el hígado graso metabólico (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*, **MASLD**). Esta es la causa de enfermedad hepática crónica más frecuente en niños en todo el mundo, constituyendo un grave problema desde la perspectiva de la salud pública. En niños, se estima una prevalencia global de 1-3% en la población occidental, y hasta un 38% en la población de niños con obesidad.

Se planteó la problemática de como abordar las barreras que aparecen en el tratamiento de la DM2 en pediatría poniendo énfasis en el cambio de estilo de vida que hay que plantear a nivel familiar y la necesidad de un seguimiento multidisciplinario.

Taller SANOFI: Innovando en el manejo de la diabetes Sarcopenia e insulinoterapia personalizada

En este interesante taller, se presentó un caso clínico de un paciente de 76 años con diabetes de larga data, hipertensión y cáncer de próstata, donde se destacó el diagnóstico y manejo de sarcopenia en adultos mayores. Para detectar **sarcopenia**, se recomendó el cuestionario SARC-F, que evalúa el riesgo en cinco preguntas claves. Pruebas funcionales como el apretón de manos, el test de levantarse de una silla y la dinamometría fueron sugeridas para valorar la fuerza y funcionalidad.



Para confirmar el diagnóstico, se consideraron métodos como bioimpedanciometría, antropometría, DEXA o resonancia magnética. El tratamiento incluyó un aporte proteico de 1.2 g/kg de peso y ejercicio de resistencia progresivo. En cuanto a las opciones farmacológicas, se mostró que la insulinoterapia puede mejorar la masa muscular y que en adultos mayores es una excelente opción pensar en análogos de segunda generación como GLA-U300 por su flexibilidad en el horario de colocación, reducir la variabilidad glucémica, minimizando riesgos de hipoglucemia.

aleidoscopio del diagnóstico en la diabetes gestacional

¿Qué valor tiene el *screening* temprano?

Las epidemias de obesidad y DM afectan desde edades tempranas, impactando en las mujeres en edad fértil. Publicaciones recientes señalan a la DM gestacional (DMG) como una condición heterogénea en la que diferentes fenotipos (y genotipos) podrían requerir distintos enfoques de diagnóstico y tratamiento.

La estrategia de detección actual no refleja la patogénesis de la DMG y varias publicaciones comienzan a referirse a la **DMG temprana (eDG)** como la diagnosticada antes de la semana 20 de gestación, diferenciándola de la tardía, esta última diagnosticada según normas entre la semana 24 a 28 de gestación. De hecho, el **screening temprano** nos permite descubrir una DM2 no diagnosticada. La DMG temprana complica entre el 30 al 70% de las mujeres y se asocia con mayor morbilidad que la diagnosticada más tardíamente. No siempre sigue presente entre las 24 y 28 semanas de gestación, ya que puede ocurrir regresión por implementación de estrategias de cambios de estilo de vida.

Es interesante repensar la necesidad de una detección de la DM2 preexistente no diagnosticada en la primera consulta prenatal para que no queden sin diagnóstico hasta la semana 24-28. En aquellas con factores de riesgo como obesidad, antecedentes familiares de DM, DMG o macrosomía, realizar una PTOG más temprana de las 24 semanas de gestación. Una oportunidad de prevención de enfermedades cardiometabólicas en la mujer y en sus hijos exige cambiar la mirada de la DMG de una patología a corto plazo a una que enfatice la prevención con medidas de cambio de estilo de vida y terapéutica si es necesario.

Heterogeneidad al diagnóstico

Desde el punto de vista etiopatogénico, es un grupo heterogéneo, aunque la mayoría de ellas comparten características fenotípicas y factores de riesgo con la DM2. Sin embargo, hay otras embarazadas que también integran esta población cuya etiopatogenia se asemeja a la DM1, LADA (latent autoimmune diabetes in adults) o DM monogénicas (por ej MODY). En la mayoría de los casos, hay elementos diagnósticos que nos orientan para establecer la etiopatogenia, como el fenotipo de la paciente, determinados parámetros bioquímicos y los antecedentes familiares.

¿Qué sabemos de MODY en el embarazo?

Se estima que las pacientes con MODY representan hasta el 5% de los casos de DMG encontrados en la detección sistemática de la misma. La sospecha de MODY debe considerarse en mujeres delgadas, con antecedentes familiares positivos de DM en uno de los padres. La diferenciación de MODY de DMG es de particular importancia no solo por el diferente manejo y los objetivos de la terapia antidiabética, la planificación de controles ecográficos del crecimiento fetal, sino también por el riesgo de hipoglucemia hiperinsulinémica en los recién nacidos. Una herramienta adicional, útil para determinar el riesgo de este tipo de DM, es la calculadora de riesgo clínico de MODY, accesible a través de *Exeter Diabetes App*.

4 VOCES EN 10 MINUTOS: Innovación en pie diabético

En esta mesa se habló sobre diferentes opciones de tratamientos y estrategias innovadoras para el manejo del pie diabético:

- **Termometría:** La termografía multiespectral de alta resolución (TMAR) ofrece una novedosa herramienta de diagnóstico por imágenes al captar con una cámara térmica ultrasensible (76.800 píxeles o puntos de medición) los

pequeños e imperceptibles cambios en la temperatura de la microcirculación de la piel y transformarlos a imágenes coloridas para una fácil interpretación y análisis. Estos cambios térmicos se manifiestan mucho tiempo antes de presentar clínica o ser evidenciables por métodos diagnósticos habituales.

- **Membrana amniótica:** se trata de la utilización de apósitos de membrana amniótica homogeneizada y liofilizada (hAMpe) para la cicatrización de heridas en pie diabético, que presentan gran efectividad y permite a los pacientes aplicarlos en su domicilio.
- **Plantillas inteligentes:** se presentaron dispositivos avanzados que incorporan sensores y tecnología para monitorizar el estado del pie y ayudar a prevenir complicaciones asociadas a la diabetes, como úlceras y lesiones.
- **Liposucción, fibrinógeno e impresiones en 3D:** se refiere a la técnica de extracción celular mediante liposucción para poder organizar sobre una malla de impresión 3D del tamaño de la herida para poder lograr una adecuada cicatrización.

Si bien la mejor estrategia es la prevención de las lesiones, es motivador saber que contamos cada vez con más herramientas para lograr disminuir el riesgo de amputaciones, históricamente asociadas al paciente con diabetes.

Síndrome metabólico-reno-vascular

Se habló del **síndrome metabólico-reno-vascular (SMRV)**, de la fisiopatología a las implicancias clínicas. Se detalló que todo se inicia con la carga genética, se suma la epigenética intrauterina (programación fetal), la epigenética en la infancia y la adolescencia (entorno social, ambiental, polución, nivel socioeconómico, comunidad, barrio), las cuestiones del comportamiento (alimentación, ejercicio, peso, tabaquismo, calidad del sueño) y finalmente los factores de riesgo clásicos (hipertensión, dislipidemia, adiposidad, disglucemia).

Esta trayectoria que comienza en los primeros años de vida con una vulnerabilidad individual de distinto grado, inicia en las arterias el inevitable destino de la aterosclerosis y la arteriosclerosis. Si bien existen desde la segunda década de la vida, son casi indetectables. Silenciosamente, progresan durante 20 o 30 años y se constituirán en la primera causa de muerte en el mundo a partir de los 35-40 años.

Los mecanismos íntimos o fisiopatológicos precoces radican genéricamente en la adiposidad y la disglucemia, pero se concentran en la resistencia a la insulina, la inflamación de bajo grado, el estrés oxidativo, la disfunción endotelial, las especies reactivas del oxígeno, todos relacionados a otros intermediarios muy necesarios que son la disposición de grasa ectópica, el rol clave de la microbiota y el hígado.

Reconocer sus factores de riesgo e iniciar tempranamente estrategias para reducirlos es clave para tomar medidas para disminuir la morbimortalidad que trae aparejado.

Estrategias de reducción del riesgo cardiovascular en personas con diabetes: ¿qué hemos aprendido?

- **Plan alimentario equilibrado y saludable**, así como la práctica de actividad física regular.
- El manejo de la **hipertensión arterial** es crucial, utilizando medicamentos antihipertensivos como iECA o ARAII. Se recomienda mantener la presión arterial por debajo de 140/90mmHg o incluso tensión arterial sistólica entre 130-120mmHg en algunos pacientes.
- Control de los **lípidos**. Las estatinas son la piedra angular del tratamiento para reducir el colesterol LDL (LDLc) y en personas con DM de alto riesgo cardiovascular se deberían considerar objetivos estrictos, por lo que puede ser necesario utilizar terapias combinadas desde el comienzo del tratamiento (estatinas, ezetimibe, ac. bempedoico, iPCSK9, inclisiran).

Se debe **calcular el riesgo individual** y establecer un objetivo de LDLc según el mismo. LDLc <70 mg/dL, en pacientes con alto riesgo cardiovascular y objetivos <55 mg/dl para aquellos con muy alto riesgo cardiovascular.

- El uso precoz de medicamentos antidiabéticos con beneficios cardiovasculares, como los **ISGLT2** y los **AR-GLP1**, puede proporcionar una protección adicional y lograr la reducción global de los factores de riesgo.

Esteatosis hepática metabólica: lo que el diabetólogo necesita saber

La esteatosis hepática metabólica (**MASLD**) es una epidemia que afecta a $\geq 70\%$ de los pacientes con DM2 y que aumenta el riesgo de cirrosis y enfermedad cardiovascular.

Existe la necesidad de que todos los miembros del equipo diabetológico tengan presente esta complicación y hagan un diagnóstico temprano. Se recomienda realizar el score **FIB-4** en todos los pacientes y en aquellos con valores mayores a 1.3 se sugiere evaluar la necesidad de realizar una **elastografía** (Fibroscan).

La intervención con un plan nutricional que promueva la pérdida de peso (si existe sobrepeso) y el uso de agentes farmacológicos con efectividad en esteatohepatitis es clave. La pioglitazona, los AR-GLP-1 (liraglutida, semaglutida con evidencia en estudios randomizados) y la tirzepatida, pueden revertir la esteatohepatitis en un significativo número de pacientes.

La cirugía bariátrica también es de utilidad realizada en centros de excelencia. Finalmente, **resmetirom** es la primera droga aprobada para MASLD, aunque potenciales efectos endocrinos (hipotiroidismo, hipogonadismo y metabolismo óseo) exigen monitoreo y su prescripción debe hacerse dentro del marco de un equipo multidisciplinario que involucre al hepatólogo.

Nuevos tópicos en tecnología y diabetes mellitus

Lapiceras inteligentes/integración con monitoreo continuo de glucosa

Se presentaron estos novedosos dispositivos que permiten:

- Rastrear y registrar automáticamente el tiempo y la cantidad de cada dosis de insulina, lo que ayuda a identificar patrones y errores en la dosificación, como dosis perdidas o mal temporizadas.
- Integrar datos del MCG para proporcionar una imagen completa de los niveles de glucosa en sangre en tiempo real, lo que permite ajustes precisos en las dosis de insulina.
- Facilitar la comunicación entre el paciente y el equipo de atención médica, ya que los datos se pueden compartir y analizar conjuntamente, lo que lleva a estrategias de asesoramiento más efectivas.
- Reducir la carga de la gestión de la DM al ofrecer recordatorios de dosis, alertas de omisión y recomendaciones de dosis basadas en algoritmos inteligentes.
- Mejorar el control glucémico al promover una dosificación más frecuente y precisa, lo que se ha asociado con una mejor gestión de la glucemia, especialmente cuando la frecuencia de las dosis de corrección es alta.

Sistemas abiertos versus closed loop (de asa cerrada)

Los sistemas de infusión de insulina de asa cerrada representan un avance significativo en el manejo de la DM1. Estos dispositivos integran un monitor continuo de glucosa, una bomba de insulina y un algoritmo de control que ajusta automáticamente la administración de insulina en función de los niveles de glucosa en tiempo real. Esta tecnología ofrece ventajas sustanciales sobre los sistemas de infusión convencionales y los regímenes de inyecciones múltiples.

Un metaanálisis de 40 ensayos, que incluyó a 1027 participantes, demostró que los sistemas de asa cerrada **augmentaron significativamente el tiempo en rango glucémico** (70-180 mg/dL) en un 9,62% (IC 95%: 8,30-10,94) en comparación con los tratamientos estándar. Esto se traduce en aproximadamente 2,3 horas adicionales por día dentro del rango objetivo. Además de mejorar el control glucémico, estos sistemas **reducen la carga cognitiva** asociada con el manejo de la DM. Un estudio de cohorte prospectivo de 12 meses mostró una disminución significativa en la prevalencia de *burnout* relacionado con la DM (del 74% al 59%; $p=0,001$) y una mejora en la calidad de vida ($p<0,0001$) en usuarios de sistemas de asa cerrada.

La superioridad de estos sistemas se extiende también a la reducción de las complicaciones agudas. Un ensayo aleatorizado de 6 meses en 168 pacientes con DM1 reportó una reducción del 68% en el tiempo pasado en hipoglucemia (<70 mg/dL) con el uso de sistemas de asa cerrada en comparación con la terapia con bomba de insulina estándar ($p<0,001$). Es importante destacar que, aunque estos sistemas ofrecen un control más preciso y menos invasivo, requieren una formación adecuada tanto para los

profesionales sanitarios como para los pacientes. A medida que esta tecnología continúe evolucionando, se espera que su adopción se amplíe, y mejore significativamente la calidad de vida y los resultados clínicos de las personas con DM1.

Monitoreo continuo de glucosa en diabetes mellitus tipo 2

El uso de MCG en personas con DM2 se está expandiendo, con claras evidencias de beneficio en quienes usan insulina basal. En el ensayo clínico **Mobile**, el uso del MCG se asoció con una reducción de la HbA1c en 0,4%. Estos datos se confirman en estudios de vida real con reducciones del 1,1 y 1,4% a los 3 o 6 meses de seguimiento. Además, el uso del MCG en DM2 redujo las internaciones por cetoacidosis un 75% y por hipoglucemia severa un 45% luego de un año de uso.

El MCG es una gran herramienta educativa. Un trabajo realizado en Corea evaluó un programa de educación nutricional asociado a monitoreo *flash* de la glucosa o monitoreo capilar, que mediante un algoritmo muy sencillo ayudaba a las personas a tomar decisiones sobre su alimentación según los niveles de glucosa. Los participantes en el grupo de monitoreo *flash* tuvieron una mayor reducción de la glucosa en ayunas (-16,5 mg/dL; $p=0,017$), el peso corporal (-1,5 kg; $p=0,013$) y la HbA1c (-0,50%; $p<0,001$).

En síntesis, la evidencia de los beneficios del MCG en DM2 es creciente y ya no se limita a los usuarios de insulina. Se suman ventajas en el uso como herramienta educativa para mejorar la alimentación y nos permite evaluar exhaustivamente el impacto de las distintas terapias para optimizar el control metabólico.

sanofi

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR O DISPENSAR MEDICAMENTOS. Mayor información disponible a petición.
Argentina: Sanofi-Aventis Argentina S.A. - Tucumán 1, Piso 4º, C1049AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel: (011) 4732-5000 - www.sanofi.com.ar
Chile: Sanofi-aventis de Chile S.A. - Av. Presidente Riesco 5435, of. 1802, Las Condes, Santiago, Chile. Tel: 233408400 - www.sanofi.cl
Paraguay: Sanofi-Aventis Paraguay S.A - Edificio SkyPark, Aviadores del Chaco N° 2581, Torre 2, Piso 13, Asunción, Paraguay.. Tel: (595) 21 288 1000 - www.sanofi.com.py
Uruguay: Sanofi-aventis Uruguay S.A. - Héctor Miranda 2361 Oficina 1001, CP 11300 Montevideo. Tel: 2710 3710 - www.sanofi.com.uy

MAT-AR-2402095 – V1.0 – 11/2024