

●

Congreso **ISPAD**

Lisboa, Portugal

2024



●

sanofi

●

ISPAD 2024

Del 16 al 19 de octubre de 2024 se llevó a cabo la 50ª Conferencia anual de la **Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y del Adolescente (ISPAD)**, por sus siglas en inglés) en **Lisboa, Portugal**. En la novena Reunión Científica de la Sociedad Argentina de Diabetes se resumieron los temas de mayor relevancia.

Datos sobre incidencia y prevalencia de diabetes tipo 1 (DM1)

La **Dra. Lidia Caracotche** habló sobre la incidencia creciente en todo el mundo de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Según los últimos datos:

- Prevalencia global en menores de 0 a 19 años: 1.211.900 casos.
- Incidencia anual en menores de 0 a 19 años: 149.500 casos.

Europa lidera como la región con la mayor prevalencia de niños con DM1, mientras que dentro de los 10 países con mayor incidencia se destaca India en el primer lugar, seguido por Estados Unidos. Se comentaron otros datos importantes para tener en cuenta desde el punto de vista epidemiológico:

- Solo el 45% de los países reportan información confiable sobre la incidencia de DM1.
- No se evidencian diferencias significativas entre hombres y mujeres.
- La mayor incidencia de DM1 se observa en personas de etnia blanca no hispana.

El debut suele ocurrir con mayor frecuencia **entre los 10 y 14 años**, salvo excepciones como Finlandia, donde el pico ocurre entre los 5 y 9 años. Además, se ha documentado que, a menor edad de diagnóstico, mayor es la pérdida de expectativa de vida, reflejando la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo óptimo desde el inicio.

Como conclusión se mencionó que los números cuentan una historia dinámica: entender la incidencia, prevalencia y mortalidad de la DM1 no solo proporciona información epidemiológica, sino que también es clave para planificar acciones en salud y evaluar estrategias de pesquisa. En países como el nuestro, es prioritario fortalecer los sistemas de recolección de datos para mejorar la atención médica y garantizar una prestación de servicios adecuada.

DetECCIÓN TEMPRANA DE DIABETES TIPO 1 ¿CON QUÉ HERRAMIENTAS CONTAMOS?

La **Dra. Marcela Raggio**, habló sobre las principales ventajas y desventajas del monitoreo continuo de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) y de la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG).

En cuanto al uso del **CGM**, presentaron datos y evidencia actualizada sobre la utilización en estadios preclínicos de DM1, incluyendo utilidad, exactitud y aceptabilidad en el monitoreo de la progresión de DM1. Los métodos usados en la actualidad para la vigilancia de estadios tempranos de DM1 son la PTOG (a los 120 minutos) y Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) cada 3 a 6 meses, dependiendo de la edad y categoría de riesgo. Numerosos estudios demuestran que el CGM presenta ventajas prácticas y debería ser incluido en el curso del monitoreo y estadificación temprano de DM1.

Métricas como **Tiempo arriba de rango (TAR) de 140 mg/dl > 10%** debería ser un criterio oficial para estadio 2 de DM1. Los criterios basados en CGM son necesarios para el seguimiento de la DM1 presintomática y el diagnóstico de estadio 3 de DM1, ya que la PTOG no resulta práctica en la clínica.

En ausencia de interurrencias o medicación que pueda influir en los valores de glucemia, la evidencia actual apoya los siguientes criterios basados en CGM:

- **Estadio 2: TAR 140 mg/dl >10%** con uso de CGM al menos de 5 a 7 días
- **Estadio 3: TAR 140 mg/dl >25%** con uso de CGM al menos de 5 a 7 días, en ausencia de síntomas de DM1, el diagnóstico debe ser confirmado con otro test (HbA1c, PTOG o glucemia).

Es conveniente usar CGM ciego y los resultados deben ser interpretados por un especialista

En cuanto a la **PTOG**, cuenta con muchos años de experiencia y actualmente es el "gold standard" establecido. Presenta algunas características que pueden dificultar su uso:

- Las personas tienen que limitar el ejercicio el día anterior
- Consumir al menos 150 g de hidratos por día y ayuno previo a la prueba
- Para niños, la carga de glucosa es 1,75g/kg (máx. 75g) en solución al 25/30%
- La glucosa debe ser consumida en 5 minutos
- Deben permanecer sentados durante dos horas

Entre los beneficios resaltaron que la evaluación de la curva de respuesta puede evidenciar la declinación de las células beta y el área de glucosa bajo la curva tiene utilidad para cálculo del índice glucémico y evaluar eficacia de medicaciones en la glucemia postprandial.

Nuevos enfoques para la inclusión en niños con diabetes tipo 1

La **Dra. Florencia Grabois** habló sobre aspectos fundamentales sobre la inclusión de niños y adolescentes con DM1, abordando tanto los retos clínicos como los sociales que enfrentan estos pacientes.

Este año, un consenso global reconoció el estigma como una prioridad en el tratamiento de la DM1, destacando que hasta el 65% de los adolescentes entre 14 y 24 años lo experimentan debido a su diabetes, lo que impacta negativamente en su adherencia al tratamiento. El estigma contribuye a que muchos pacientes oculten su condición, salteen dosis de medicación, reduzcan el automonitoreo o accedan tarde a nuevas tecnologías que podrían mejorar su salud.

En relación con la educación en las escuelas, se presentó una recomendación sobre la DM1 en el entorno escolar, destacando que la educación y el entrenamiento deben cumplir con los requisitos y regulaciones locales. Un aspecto crucial mencionado fue el manejo de la **hipoglucemia**, una situación común durante el horario escolar que requiere que tanto el personal educativo como los estudiantes estén preparados para identificar los síntomas y actuar rápidamente.

Se enfatizó la inclusión también para pacientes con condiciones del neurodesarrollo, como el síndrome de Down, que es la condición genética más asociada con DM1, así como los trastornos del espectro autista (TEA) y el déficit de atención e hiperactividad (TDAH), condiciones que se encuentran en aumento y que pueden dificultar el manejo adecuado de la diabetes.

Complicaciones micro y macrovasculares: el desafío de la intervención temprana en pediatría.

La **Dra. Carla Mannucci** habló sobre la importancia de la pesquisa oportuna de complicaciones y el tratamiento precoz.

Indicaciones de pesquisa para complicaciones micro y macrovasculares:

- ➔ **Nefropatía:** Se recomienda comenzar a investigar la nefropatía a los cinco años de evolución de la diabetes, con un análisis de la microalbuminuria.
- ➔ **Retinopatía:** Se debe iniciar la pesquisa a los siete años de evolución de la diabetes.
- ➔ **Complicaciones vasculares (hipertensión y dislipidemia):** Se debe tomar la presión arterial en cada consulta, comenzando tratamiento en caso de pre-hipertensión. Se investiga la dislipidemia desde los dos años.

Prevalencia de Complicaciones:

- La prevalencia de **neuropatía diabética y microalbuminuria** aumenta significativamente a partir de los 10 años de evolución de la diabetes.
- La prevalencia de **retinopatía** también crece con el tiempo, alcanzando casi el 30% a los 14 años de edad, según estudios recientes.

Métodos de Detección:

- La **neuropatía periférica** se detecta mediante un examen físico y el uso de microfilamento para verificar la sensibilidad en los pies.
- Para la **nefropatía**, se recomienda la medición de microalbuminuria en una muestra de orina aislada. Un método práctico implementado en algunos hospitales consiste en revisar las historias clínicas antes de las consultas para identificar a los pacientes en riesgo y facilitar la recolección de muestras el día de la consulta.
- En cuanto a la **retinopatía diabética**, los factores de riesgo incluyen el control metabólico deficiente, la hipertensión y la dislipemia.

Se mencionaron los beneficios de la utilización de **inteligencia artificial** en la detección de retinopatía mediante fotos digitales de la retina, disminuyendo la necesidad de derivación masiva a oftalmólogos, aumentando así la posibilidad de pesquisa.

Los jóvenes con DM1 llegan a adultos con arterias más rígidas, paredes vasculares más engrosadas y con mayor disfunción endotelial. Identificar manifestaciones precoces y biomarcadores de complicaciones y tratar oportunamente a los pacientes evita este daño vascular temprano. Se resaltó la importancia de evitar la inercia terapéutica y asegurar una adecuada transición para garantizar un mejor cumplimiento de metas.

Destacaron además la importancia de cumplir con todas las metas y reevaluarlas en cada consulta:

- **HbA1c** <6.5-7%
- **LDLc** <130 mg/dl
- **TA** < percentilo 90
- **IMC** < Percentilo 85
- **No tabaco ni vapeo**
- **Actividad física** 150 minutos/semana
- **Dieta DASH/Mediterránea**
- **Sueño** entre 7 – 9 horas



Life's Essential 8™ AHA 2022 (American Heart Association)

Diabetes tipo 2 en pediatría: intensificando el control

Finalmente, la **Dra. Adriana Roussos**, habló sobre el diagnóstico y la intensificación del control en diabetes tipo 2 (DM2).

Diagnóstico:

Se discutió la relevancia de reconocer la carga genética de **MODY** (Maturity Onset Diabetes of the Young) en los casos de DM2. Realizar un diagnóstico preciso en estos casos podría mejorar significativamente las decisiones terapéuticas, como es el caso de la diabetes neonatal, en la que las sulfonilureas pueden ser una opción de tratamiento efectiva. Sin embargo, se señaló que, desde un punto de vista fenotípico, no se logró en algunos estudios diferenciar claramente a los portadores de mutaciones patogénicas en comparación con los pacientes que desarrollan DM2 de forma convencional, lo que resalta la necesidad de técnicas de diagnóstico más avanzadas y específicas.

Tratamiento:

→ Uno de los avances más significativos discutidos fue el uso de CGM en pacientes pediátricos con DM2. Se comentó evidencia que muestra que la implementación de CGM aumenta el tiempo en rango (TIR), reduce tanto el tiempo arriba de rango (TAR) como el tiempo en bajo rango (TBR). Además, se observó una reducción en las hospitalizaciones por complicaciones agudas, lo que avala su costo-efectividad. El tiempo en rango estrecho fue destacado como una herramienta crucial no solo para el control óptimo de la enfermedad, sino también para la remisión de la misma.

En cuanto a las recomendaciones, se sugirió el uso de CGM a todos los pacientes con DM2 en el debut, de manera intermitente para la educación de los pacientes, y de manera continua para aquellos que requieren insulina.

Con respecto al tratamiento farmacológico se planteó la inclusión de fármacos como los agonistas del GLP-1 (AR-GLP1) y los inhibidores del SGLT2 (iSGLT2) en el tratamiento de la DM2 pediátrica. Estos medicamentos están especialmente indicados para los pacientes que no alcanzan la meta de 6,5% de HbA1c con metformina, ofreciendo una alternativa efectiva para el control metabólico.

Se planteó que la elección del 2º fármaco se debería basar en preferencias individuales, como la vía de administración y en otros puntos como los efectos adversos (ej. gastrointestinales, infecciones urinarias frecuentes), el grado de reducción de la glucemia requerido, los costos, la cobertura y la presencia de comorbilidades.

