

Es conocida la falta de concordancia entre estas determinaciones diagnósticas; el paciente puede tener PDT2 por uno u otro criterio, por dos o por los tres la vez^{10,11}. La calificación de PDT2 por GAA, HbA1c y TGA tiene una correlación de baja a mediana y una concordancia pobre en las poblaciones estudiadas, por lo que sería recomendable realizar todas las determinaciones aceptadas, interpretando los resultados en conjunto con el genotipo y el fenotipo del paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brannick B, Wynn A, Dagogo-Jack S. Prediabetes as a toxic environment for the initiation of microvascular and macrovascular complications. *Exp Biol Med* (Maywood) 2016 Jun; 241(12):1323-31. doi: 10.1177/1535370216654227.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2025. *Diabetes Care* 2025 Jan 1; 48(Supplement_1):S27-S49. doi: 10.2337/dc25-S002
3. Commendatore V, Faingold C, Fenili C, Frechtel G, González CD, Llanos I, Lucarelli C, et al. Opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes. Glucemia en ayunas alterada: ¿es oportuno utilizar el punto de corte en 100 mg/dl en Argentina? *Rev Soc Arg Diab* 2023; 57(1):9-19. doi: 10.47196/diab.v57i1.676.
4. Maselli MC, Llanos I, Fenilli C, et al. Opiniones y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Diabetes. Hemoglobina A1c. *Rev Soc Arg Diab* 2023; 57(1).
5. Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay/ Sociedad Argentina de Diabetes. Convergencias, divergencias, variabilidad, puntos de corte e indicación de la glucemia de ayuno, la hemoglobina glucosilada e insulinemia. *Arch Med Int* 2010; 32(2-3). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2010000200005.
6. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998 Jul; 15(7):539-53. doi: 10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S.
7. World Health Organization. Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/68614>.
8. Schmidt MI, et al. Intermediate hyperglycaemia to predict progression to type 2 diabetes (ELSA-Brasil): an occupational cohort study in Brazil. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019 Apr; 7(4):267-277. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30058-0.
9. Bergman M, Tuomilehto J. International Diabetes Federation Position Statement on the 1-hour post-load plasma glucose for the diagnosis of intermediate hyperglycaemia and type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2024 Apr; 210:111636. doi: 10.1016/j.diabres.2024.111636.
10. Menke A, Casagrande S, Cowie CC. Contributions of A1c, fasting plasma glucose, and 2-hour plasma glucose to prediabetes prevalence: NHANES 2011-2014. *Ann Epidemiol* 2018 Oct; 28(10):681-685.e2. doi: 10.1016/j.annepidem.2018.07.012.
11. Commendatore V, González C. Datos no publicados.

Identificación temprana de riesgo macro y microvascular en personas con prediabetes

Dr. Carlos Buso

Prediabetes es un término muy utilizado en la práctica clínica, con un profundo impacto psicosocial, que neutraliza su verdadero potencial de alarma en los pacientes y el personal de salud.

Es que se refiere a solo un componente posible: el desarrollo o no de diabetes mellitus (DM), cuando en realidad constituye un estado de toxicidad e inflamación hepato-cardio-reno-metabólica que se corresponde con un marcado aumento del riesgo cardiovascular, con una base fisiopatológica probada hace muchos años, explicable por el acúmulo, diseminación y disfunción del tejido adiposo visceral y sus modificaciones secretorias proinflamatorias que cierra su círculo (no virtuoso) en la caída del consumo periférico de glucosa: la disglucemia.

Constituye en sí un verdadero síndrome (metabólico) y una oportunidad de pesquisa temprana de factores de riesgo y de manejo temprano de los mismos para reducir la morbimortalidad de origen cardiovascular.

Solo se necesitan elementos básicos para categorizar el riesgo, la semiología, los mínimos requerimientos de laboratorio y la valoración cardiológica (ECG-ECO2D), por lo cual resulta estratégico internalizar este concepto en todo médico de primer contacto.

BIBLIOGRAFÍA

- Perreault L, Tempresa M, Mather KJ, et al. The Diabetes Prevention Program Research Group Regression from prediabetes to normal glucose regulation is associated with reduction in cardiovascular risk: results from the Diabetes Prevention Program outcomes study. *Diabetes Care* 2014;37:2622-2631. doi: 10.2337/dc14-0656.
- Brannick B, Dagogo-Jack S. Prediabetes and cardiovascular disease. Pathophysiology and interventions for prevention and risk reduction. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2018 Mar;47(1):33-50. doi: 10.1016/j.ecl.2017.10.001.
- Colaïori I, Izzo R, Barbato E, et al. Severity of coronary atherosclerosis and risk of diabetes mellitus. *J Clin Med* 2019 Jul 21;8(7):1069. doi: 10.3390/jcm8071069.
- Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2019 Aug 31. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486.

¿Cómo, cuándo y con qué intervenir en prediabetes?

Dr. Claudio González

La prediabetes se asocia no solamente con un riesgo incrementado en el desarrollo de diabetes mellitus (DM), sino también con una mayor incidencia de eventos micro y macrovasculares. A menudo se asocia con comorbilidades que requieren atención y tratamiento.

Quitando el subconjunto de pacientes que necesita tratamiento farmacológico por la presencia de estas entidades comórbidas o asociadas (p. ej., hiperlipemia, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca o renal, entre otras), el manejo de las alteraciones glucémicas características de los estados prediabéticos ofrece dificultades y preguntas aún no resueltas: no todos los pacientes responden de igual manera al tratamiento farmacológico y no lo hacen por períodos igualmente prolongados.

El tratamiento adecuado de la obesidad y los cambios del estilo de vida resultan críticos. Pero diversas incógnitas persisten en los resultados a largo plazo:

- ¿Cómo potenciar y hacer más persistentes los efectos de los cambios en el estilo de vida?
- ¿Quiénes deben recibir tratamiento farmacológico?
- ¿Cuáles son los objetivos de estas intervenciones farmacológicas? ¿Lo son la reversión a la normalidad de los niveles glucémicos?
- ¿Qué rol juegan estas intervenciones en la prevención del desarrollo de la DM clínica y de las manifestaciones micro y macrovasculares prediabéticas?
- ¿Hasta qué punto se logra?
- ¿Qué puede esperarse de los nuevos desarrollos farmacológicos en el área y en el tratamiento de la obesidad?

Una discusión relevante, de fuerte impacto no solo clínico sino social, y en particular, dentro del capítulo de la economía relacionada con la salud en una entidad clínica de enorme prevalencia.