

Conferencias y Simposios

SIMPÓSIO: Redefiniendo el riesgo cardiorenal, una mirada integral

Coordinador: Carlos Buso

Riesgo cardiovascular del paciente con diabetes: ¿cómo estratificar mejor y actuar a tiempo?

Inés Argerich

Médica Diabetóloga, Hospital Perrupato, San Martín, Mendoza, Argentina

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) presenta tasas de prevalencia de hasta el 13-14% en ciertos países. Se estima que hasta el 50% de las personas con DM no está diagnosticada, lo que retrasa la estratificación y el tratamiento oportuno. Los pacientes con DM2 enfrentan un riesgo de 2 a 4 veces mayor de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV), las cuales ocurren hasta 12 años antes en comparación con la población general.

El uso de herramientas validadas desde el diagnóstico ayuda a cuantificar el riesgo de eventos que comprometen la vida, optimizando decisiones terapéuticas para disminuir la morbimortalidad. Entre ellas se destacan:

- SCORE2-Diabetes (ESC): estima el riesgo de ECV a 10 años en población europea, incorporando factores tradicionales y específicos (edad al diagnóstico, HbA1c y tasa de filtración glomerular estimada [TFGe]).
- PREVENT (AHA): estima el riesgo a 10 y 30 años, incorporando factores contemporáneos para una intervención dirigida.

Evaluación integral desde el diagnóstico

La evaluación formal debe realizarse al momento del diagnóstico de la DM2, independientemente de la edad, incluyendo el cribado de enfermedad renal, retinopatía, enfermedad hepática (MASLD), insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Los parámetros esenciales son:

- Clínicos y demográficos: edad, sexo, tiempo de evolución, IMC, relación cintura/cadera, tabaquismo y presión arterial.
- Laboratorio: HbA1c, glucemia basal, perfil lipídico, creatinina y hepatograma.
- Daño de órgano y biomarcadores: relación albúmina/creatinina urinaria (UACR), ECG, fondo de ojo y estudios para detectar aterosclerosis subclínica (NT-proBNP, índice tobillo-brazo, Doppler carotídeo/femoral o score de calcio).

Correlación y concordancia de los scores

Al comparar el rendimiento de múltiples puntajes para un mismo paciente (Framingham, ACC/AHA 2018, PREVENT, SCORE2-Diabetes y las ecuaciones de UKPDS), el riesgo estimado fue considerable para la mayoría. Se observó una adecuada correlación y una muy buena capacidad discriminativa para la detección de placa aterosclerótica carotídea (PAC); sin embargo, la concordancia entre los distintos puntajes fue regular, lo que evidencia que la estimación del riesgo puede variar según la herramienta utilizada.

Bibliografía

. Lobo L, et al. Evaluación del riesgo cardiovascular en prevención primaria en pacientes con diabetes tipo 2: comparación de múltiples puntajes y detección de ateromatosis subclínica. Rev Argent Cardiol. 2025;93(3):202-212. doi:10.7775/rac.es.v93.i3.20899.

. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S216-S245. doi:10.2337/dc26-S010.

. Gourdy P, et al. Atherosclerotic cardiovascular disease risk stratification and management in type 2 diabetes: Review of recent evidence-based guidelines. Front Cardiovasc Med. 2023;10:1227769. doi:10.3389/fcvm.2023.1227769.

. Ndumele CE, et al. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of cardiovascular-kidney-metabolic syndrome: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2026;153. doi:10.1161/CIR.0000000000001453.

Palabras clave: diabetes tipo 2; riesgo cardiovascular.

SYMPOSIUM: Redefining cardiorenal risk: a comprehensive approach

Coordinator: Carlos Buso

Cardiovascular risk in patients with diabetes: how can we better stratify risk and take timely action?

Inés Argerich

Diabetologist, Hospital Perrupato, San Martín, Mendoza, Argentina

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) has prevalence rates of up to 13–14% in certain countries. It is estimated that up to 50% of people with diabetes remain undiagnosed, which delays risk stratification and timely treatment. Patients with T2DM face a 2- to 4-fold higher risk of developing cardiovascular disease (CVD), which occurs up to 12 years earlier compared to the general population. The use of validated tools from the time of diagnosis helps quantify the risk of life-threatening events, optimizing therapeutic decisions to reduce morbidity and mortality. Notable among these are:

- SCORE2-Diabetes (ESC): Estimates the 10-year risk of CVD in the European population, incorporating both traditional and specific risk factors (age at diagnosis, HbA1c, and estimated glomerular filtration rate [eGFR]).
- PREVENT (AHA): Estimates 10- and 30-year risk, incorporating contemporary factors to guide targeted intervention.

Comprehensive evaluation at diagnosis

A formal evaluation should be conducted at the time of T2DM diagnosis, regardless of age, including screening for kidney disease, retinopathy, liver disease (MASLD), heart failure, and atrial fibrillation. The essential parameters are:

- Clinical and demographic: Age, sex, duration of disease, BMI, waist-to-hip ratio, smoking status, and blood pressure.
- Laboratory: HbA1c, fasting blood glucose, lipid profile, creatinine, and liver function tests.
- Organ damage and biomarkers: Urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR), ECG, fundus examination, and tests to detect subclinical atherosclerosis (NT-proBNP, ankle-brachial index, carotid/femoral Doppler, or calcium score).

Correlation and agreement of scores

When comparing the performance of multiple scoring systems for the same patient (Framingham, ACC/AHA 2018, PREVENT, SCORE2-Diabetes, and the UKPDS equations), the estimated risk was considerable for most of them. Adequate correlation and very good discriminative ability for the detection of carotid atherosclerotic plaque (CAP) were observed; however, agreement among the different scores was fair, indicating that risk estimation may vary depending on the tool used.

Key words: type 2 diabetes; cardiovascular risk.