

Conferencias y Simposios

MINICONFERENCIA: Muerte súbita y diabetes

Coordinadora: Lucía Poggio

Relación entre diabetes y enfermedad cardiovascular, ¿qué priorizamos los cardiólogos?

Sergio Baratta (Sociedad Argentina de Cardiología)

Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La evaluación cardiovascular debe trascender el diagnóstico de diabetes e incorporar una estratificación dinámica y multidimensional que permita individualizar objetivos terapéuticos e intensidad de tratamiento.

Identificación inicial del paciente de muy alto riesgo

Esta categoría incluye a los pacientes con: enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) establecida, ya sea clínica o documentada por imágenes, enfermedad renal crónica relevante; enfermedad microvascular en al menos tres territorios distintos (p. ej., microalbuminuria, retinopatía y neuropatía).

La prioridad clínica deja de ser la estimación del riesgo y pasa a ser la implementación intensiva de estrategias preventivas.

Cuantificación del riesgo mediante SCORE2-Diabetes.

En ausencia de ECVA establecida o daño orgánico avanzado, la estimación cuantitativa del riesgo constituye el siguiente paso. Actualmente, SCORE2-Diabetes representa la herramienta más específica para evaluar el riesgo cardiovascular aterosclerótico en personas con diabetes.

Considerando las tasas nacionales de mortalidad cardiovascular, Argentina podría interpretarse como un país de riesgo intermedio-alto.

Refinamiento de la estratificación

- La presencia de: duración de la diabetes ≥ 10 años; insulinoterapia; retinopatía; neuropatía; nefropatía diabética, define un fenotipo de alto riesgo cardiovascular. Asimismo, la presencia de nefropatía temprana (UACR > 30 mg/g), retinopatía o neuropatía debe considerarse como un potente amplificador del riesgo cardiovascular global.

- La cuantificación directa de la carga aterosclerótica constituye uno de los instrumentos más útiles para reclasificar el riesgo. Entre las herramientas más valiosas destacan: score de calcio coronario e identificación de placas mediante ultrasonido.

- Los biomarcadores (NT-proBNP ≥ 125 pg/mL o BNP ≥ 35 pg/mL, troponina ultrasensible) permiten detectar de forma temprana miocardiopatía diabética y disfunción ventricular izquierda. Por otra parte, una proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) > 2 mg/L identifica un estado inflamatorio persistente asociado con mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Biomarcadores lipídicos y riesgo residual

La evaluación lipídica moderna debe ir más allá del colesterol LDL. Particular importancia tienen: triglicéridos > 175 mg/dL; lipoproteína(a) [Lp(a)] > 50 mg/dL; apolipoproteína B (apoB) > 130 mg/dL.

Comorbilidades y factores amplificadores de riesgo

Numerosas condiciones clínicas influyen adicionalmente sobre el riesgo cardiovascular: enfermedades inflamatorias crónicas; infección por VIH; cáncer; otras. Asimismo, los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, variantes genéticas de alto riesgo y la hematopoyesis clonal de potencial indeterminado representan elementos emergentes de gran relevancia pronóstica.

Factores no tradicionales

La estratificación moderna debe incorporar determinantes frecuentemente subestimados: obesidad visceral; grasa ectópica; apnea obstructiva; fragilidad; enfermedad periodontal; bajo peso al nacer; factores psicosociales, contaminación ambiental y vulnerabilidad socioeconómica. Finalmente, existen condiciones específicas de la mujer a tener en cuenta: menopausia precoz; síndrome de ovario poliquístico; preeclampsia; hipertensión gestacional; diabetes gestacional.

La estratificación del riesgo cardiovascular en el paciente con diabetes debe evolucionar desde un enfoque basado exclusivamente en el diagnóstico hacia un modelo integral centrado en la magnitud del riesgo individual.

Bibliografía

- . Vrints CJM, Bax JJ, Cosyns B, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025.
- . Marx N, Federici M, Schütt K, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44:4043-4140.
- . SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44:2434-2452.
- . Khan SS, Matsushita K, Sang Y, et al. Development and Validation of the American Heart Association PREVENT Equations. Circulation. 2024;149:430-449.

Palabras clave: enfermedad cardiovascular; diabetes.

MINI-CONFERENCE: Sudden death and diabetes

Coordinator: Lucía Poggio

The relationship between diabetes and cardiovascular disease: what do cardiologists prioritize?

Sergio Baratta

President of the Argentine Society of Cardiology, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Cardiovascular evaluation must go beyond the diagnosis of diabetes and incorporate a dynamic and multidimensional stratification that allows for the individualization of therapeutic goals and treatment intensity.

Initial Identification of the Very High-Risk Patient

This category includes patients with: established atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD), whether clinical or documented by imaging; relevant chronic kidney disease; or microvascular disease in at least three different territories (e.g., microalbuminuria, retinopathy, and neuropathy). In these cases, the clinical priority shifts from estimating risk to the intensive implementation of preventive strategies.

Risk Quantification via SCORE2-Diabetes

In the absence of established ASCVD or advanced organ damage, quantitative risk estimation is the next step. Currently, SCORE2-Diabetes is the most specific tool for evaluating atherosclerotic cardiovascular risk in people with diabetes. Based on national cardiovascular mortality rates, Argentina can be interpreted as an intermediate-high risk country.

Refinement of Stratification

A high cardiovascular risk phenotype is defined by factors such as: diabetes duration ≥ 10 years; insulin therapy; retinopathy; neuropathy; or diabetic nephropathy. Furthermore, early nephropathy (UACR >30 mg/g), retinopathy, or neuropathy serve as potent amplifiers of global cardiovascular risk.

Directly quantifying the atherosclerotic burden is one of the most useful tools for reclassifying risk. Among the most valuable instruments are the coronary calcium score and the identification of plaques via ultrasound.

Biomarkers and Residual Risk

- Cardiac Biomarkers: Tools like NT-proBNP (≥ 125 pg/mL), BNP (≥ 35 pg/mL), and high-sensitivity troponin allow for the early detection of diabetic cardiomyopathy and left ventricular dysfunction.
- Inflammation: A high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) >2 mg/L identifies a persistent inflammatory state associated with a higher risk of cardiovascular events.
- Lipid Biomarkers: Modern lipid evaluation must go beyond LDL cholesterol, paying particular attention to: triglycerides >175 mg/dL; lipoprotein(a) [Lp(a)] >50 mg/dL; and apolipoprotein B (apoB) >130 mg/dL.

Comorbidities and Risk Amplifiers

Additional clinical conditions influencing cardiovascular risk include chronic inflammatory diseases, HIV infection, and cancer. Furthermore, a family history of premature cardiovascular disease, high-risk genetic variants, and clonal hematopoiesis of indeterminate potential (CHIP) are emerging elements of great prognostic relevance.

Non-traditional factors that should be incorporated into modern stratification include:

- Visceral obesity, ectopic fat, and obstructive apnea.
- Frailty, periodontal disease, low birth weight, and psychosocial factors.
- Environmental pollution and socioeconomic vulnerability.

Specific conditions for women must also be considered: early menopause, polycystic ovary syndrome, preeclampsia, gestational hypertension, and gestational diabetes.

Cardiovascular risk stratification in patients with diabetes must evolve from an approach based exclusively on diagnosis toward a comprehensive model centered on the magnitude of individual risk.

Key words: diabetes; cardiovascular disease.