

Síndrome metabólico. Declaración conjunta, octubre 2009

JOSÉ A. GUTIÉRREZ FUENTES

*Instituto DRECE de Estudios Biomédicos. Madrid. España.
Fundación Lilly. Madrid. España.*

Una nueva declaración conjunta de varias organizaciones profesionales identifica los criterios específicos para el diagnóstico clínico del síndrome metabólico, ajustando la definición de éste, que previamente difería de una organización a otra.

La declaración, hecha pública en la revista *Circulation* el pasado mes de octubre¹, con participación de la International Diabetes Federation (IDF), el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), la World Heart Federation, la International Atherosclerosis Society y la American Heart Association (AHA), representa un intento de eliminar parte de la confusión relativa a cómo identificar los pacientes con síndrome metabólico.

Concretamente, la nueva definición para el síndrome metabólico trata de minimizar las diferencias relacionadas con la obesidad abdominal definida a través de la medida del perímetro abdominal (cintura). Hasta ahora, persistían diferencias sustanciales (hasta de 8 cm) entre las definiciones de la IDF y del NHLBI (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel –ATP III–) para la medición del perímetro abdominal, que ahora se han visto corregidas. En la actual definición, la medida de la cintura intenta ajustarse a las diferentes poblaciones o regiones y podrá irse ajustando según se conozcan mejor las características antropométricas de cada una de ellas y su relación con el riesgo de presentar diabetes o cardiopatía isquémica.

Debe hacerse notar que la American Diabetes Association y la European Association for the Study of Diabetes no se han sumado a esta declaración al no aceptar que se considere el síndrome metabólico como un factor de riesgo para la diabetes mellitus o la cardiopatía isquémica, y respaldar que el énfasis debe hacerse en el tratamiento decidido de los factores de riesgo individuales. Ambas asociaciones publicaron en 2005 su propia declaración conjunta al respecto, mostrándose críticas incluso con el concepto de síndrome metabólico y su utilidad clínica².

En realidad, el síndrome metabólico no representa una enfermedad, sino el agregado de una serie de factores de riesgo, y la intención primaria de definirlo como tal no fue otra que atraer la atención de médicos y pacientes sobre la importancia de unos hábitos correctos de vida. No obstante, el concepto ha arraigado y recibido notable atención dado que los que lo presentan son portadores de una situación proinflamatoria, junto con alteraciones lipídicas (triglicéridos elevados, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad disminuido, y frecuentemente apoB y lipoproteínas de baja densidad aumentadas), que conjuntamente pueden duplicar el riesgo de presentar cardiopatía isquémica en un plazo de 5 a 10 años,

Correspondencia: Dr. J.A. Gutiérrez Fuentes.
Correo electrónico: j_a_gutierrez@lilly.com

TABLA 1. Criterios para el diagnóstico clínico de síndrome metabólico

Medición	Puntos de corte
Perímetro abdominal aumentado	Definiciones específicas según población/región*
Triglicéridos elevados (o en tratamiento por triglicéridos elevados)	≥ 150 mg/dl
cHDL reducido (o en tratamiento por cHDL reducido)	< 40 mg/dl para varones y < 50 mg/dl para mujeres
Presión arterial elevada (o en tratamiento por presión arterial elevada)	Sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 85 mmHg
Glucosa en ayunas elevada (o en tratamiento por glucosa en ayunas elevada)	> 100 mg/dl

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

*Véase tabla 2.

TABLA 2. Perímetros abdominales actualmente recomendados para la consideración de obesidad abdominal por diferentes organizaciones

Población	Organización	Dintel recomendado de perímetro abdominal para obesidad abdominal	
		Varones	Mujeres
Europea	IDF ³	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Caucásica	World Health Organization ⁴	≥ 94 cm (riesgo elevado)	≥ 80 cm (riesgo elevado)
		≥ 102 cm (riesgo más elevado)	≥ 88 cm (riesgo más elevado)
Norteamericana	AHA/National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel –ATP III– ^{5*}	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Canadiense	Health Canada ^{6,7}	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Europea	European Cardiovascular Societies ⁸	≥ 102 cm	≥ 88 cm
Asiática (incluye población japonesa)	IDF ³	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Asiática	WHO ⁹	≥ 90 cm	≥ 80 cm
Japonesa	Japanese Obesity Society ^{10,11}	≥ 85 cm	≥ 90 cm
China	Cooperative Task Force ¹²	≥ 85 cm	≥ 80 cm
Oriente Medio, mediterránea	International Diabetes Federation ³	≥ 94 cm	≥ 80 cm
África Sub-Sahariana	International Diabetes Federation ³	≥ 94 cm	≥ 80 cm
Etnias centro y sudamericanas	International Diabetes Federation ³	≥ 90 cm	≥ 80 cm

AHA: American Heart Association.

*Las guías recientes para el síndrome metabólico (AHA/NHLBI) reconocen un incremento del riesgo para enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus para dinteles de perímetro abdominal de ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres, e identifican a éstos como puntos de corte para individuos o poblaciones con aumento de la resistencia insulínica.

o multiplicar por 5 el de presentar diabetes mellitus tipo 2.

La actual declaración científica intenta clarificar la definición de síndrome metabólico. Los factores primarios para el diagnóstico de síndrome metabólico han sido la dislipemia aterogénica, la hipertensión arterial y la hiperglucemia, centrándose la controversia en la inclusión de la obesidad abdominal. La definición de obesidad abdominal permanece controvertida y los criterios predictores (perímetro abdominal) de riesgo cardiovascular o diabetes mellitus varían con el sexo o la etnia del sujeto. En regiones extensas (Oriente Medio o África) el problema es mayor, centrándose en la carencia de información propia al respecto.

Haciendo uso de las recomendaciones de diferentes organizaciones, los autores de esta nueva declaración científica definen 5 criterios y puntos de corte para el diagnóstico clínico del síndrome metabólico, admitiendo que los sujetos que cumplan al menos 3 de ellos deben ser diagnosticados (tabla 1). En las poblaciones o regiones en que se disponga de información suficiente, se adecuará el riesgo atribuido a la obesidad abdominal según la medida del perímetro abdominal (tabla 2).

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Para más información sobre el síndrome metabólico: Serrano-Ríos M, Caro JF, Carraro R, Gutiérrez-Fuentes JA. The metabolic syndrome at the beginning of the XXIst century. A genetic and molecular approach. Elsevier (Fundación Lilly); 2005. ISBN: 84-8174-892-7. Disponible en: www.fundacionlilly.com > Biblioteca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640-5.

2. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:2289-304.
3. Grundy SM, Cleeman JJ, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005;112:2735-52 [published corrections appear in *Circulation*. 2005;112:e297 and e298].
4. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report on a WHO consultation (WHO Technical Report Series 894). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
5. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes Res*. 1998;6 Suppl 2:51S-209S [published correction appears in *Obes Res*. 1998;6:464].
6. Health Canada. Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults. Ottawa, Canada: Health Canada Publications Centre; 2003.
7. Khan NA, McAlister FA, Rabkin SW, et al. Canadian Hypertension Education Program. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension, part II: therapy. *Can J Cardiol*. 2006;22:583-93.
8. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. ESC Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Atherosclerosis*. 2007;194:1-45.
9. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363:157-63 [published correction appears in *Lancet*. 2004;363:902].
10. Oka R, Kobayashi J, Yagi K, Tanii H, Miyamoto S, Asano A, et al. Reassessment of the cutoff values of waist circumference and visceral fat for identifying Japanese subjects at risk for the metabolic syndrome. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;79:474-81.
11. Examination Committee of Criteria for "Obesity Disease" in Japan; Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for "obesity disease" in Japan. *Circ J*. 2002;66:987-92.
12. Zhou BF; Cooperative Meta-Analysis Group of the Working Group on Obesity in China. Predictive values of body mass index and waist circumference for risk factors of certain related diseases in Chinese adults: study on optimal cut-off points of body mass index and waist circumference in Chinese adults. *Biomed Environ Sci*. 2002;15:83-96.