

SÍNDROME METABÓLICO

Por: Dr. Julio Mora Campos
Dra. Ana León Solano

La evolución de la definición del síndrome metabólico ha presentado un desafío para la comunidad científica internacional, ya que los factores claves para identificar este síndrome presentan una alta prevalencia e incidencia y se encuentran altamente asociados al riesgo de enfermedad cardiovascular. Las primeras referencias datan de la década de 1920 cuando los científicos Hitzenger y Richter reportan interdependencia entre el metabolismo con la hipertensión y de esta última con la presencia de diabetes Mellitus.^{1,2}

Posterior a esta publicación se dan una serie de investigaciones y trabajos epidemiológicos, sin embargo el lograr consenso para definir el síndrome y establecer los lineamientos claros para el diagnóstico ha sido sumamente complejo. Esto ha propiciado la aparición de varias definiciones, entre ellas la que establece la Organización Mundial de la Salud, quienes en 1999 establecen que la insulina resistencia es la causa común de los componentes individuales del síndrome.^{1,2,3}

Además la OMS indica la presencia de otros parámetros relacionados y agregan que cada uno de forma individual es un factor de riesgo cardiovascular sin embargo cuando se presentan en conjunto su potencial es mayor. De igual forma orienta el concepto a una función educativa enfocado en problemas de salud complejos y multifactoriales, considerándolo una condición premorbida más que un diagnóstico clínico.^{3,4}

En el 2001 el Panel de Expertos en la Detección, Evaluación y Tratamiento de Colesterol Elevado en Sangre propuso en el tercer reporte del Programa Nacional de Educación del Colesterol (ATP III 2001), en este caracterizan al Síndrome Metabólico como una serie de factores de riesgo para enfermedad coronaria. Además lo relacionan con la resistencia a la insulina señalando como la causa raíz del síndrome.⁵

Junto a estos también se presentaron otras definiciones y criterios, sin embargo no han contado con el mismo protagonismo a lo largo de la historia, tanto por similitudes entre ellos como por falta de aplicabilidad en la práctica.

Junto a estos también se presentaron otras definiciones y criterios, sin embargo no han contado con el mismo protagonismo a lo largo de la historia, tanto por similitudes entre ellos como por falta de aplicabilidad en la práctica.

Estas razones propiciaron que la definición de la OMS y ATP III sean las más utilizadas, sin embargo si se toma en consideración que según el criterio de la OMS los pacientes deben presentar siempre resistencia a la insulina demostrada o diabetes mellitus ya diagnosticada.^{4,5}

Por lo tanto el criterio de la OMS presenta un sesgo importante, ya que pacientes con los demás criterios de riesgo cardiovascular no estarían siendo diagnosticados.

Referencias:

1. Sarafidis P, Nilsson P. (2006) The metabolic syndrome: a glance at its history. *J Hypertens.* 24:621–626
2. Pineda CA. (2008) Síndrome metabólico: Definición, historia, criterios. *Colombia Médica.* 39(1): 96-106
3. Organización Mundial de la Salud. (1999) Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO consultation.
4. Simmons R. et al. (2006) The metabolic syndrome: useful concept of clinical tool? Report of a WHO expert consultation. *Diabetologia.* 53: 600-605
5. National Cholesterol Education Program. (2006) Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Final report circulation.* 106: 3143-3421



Esto plantea una ventaja en el caso del criterio de la ATP III, ya que todos los criterios tienen la misma importancia lo que permite aplicabilidad a toda la población y una mayor capacidad para detectar un mayor número de casos lo que implica un mayor número de pacientes con cambios positivos en su estilo de vida y largo plazo menos pacientes con riesgo cardiovascular.

4,5

Independientemente a la cantidad de criterios y definiciones existentes es importante considerar que independiente al eje central del Síndrome metabólico, ya sea obesidad o insulino resistencia, se presentan factores capaces de desencadenar

enfermedad cardiovascular de forma individual y de forma conjunta su potencial es mayor, los cuales si se presentan estrategias de cambios de estilo de vida se pueden disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

CRITERIO	ATP III	OMS
TRIGLICÉRIDOS	TRIGLICÉRIDOS > 150 MG/DL	TRIGLICÉRIDOS ≥ 150 MG/DL
HDL-COLESTEROL	HOMBRES <40 MG/DL EN MUJERES <50 MG/DL	HDL-COLESTEROL EN HOMBRES <35 MG/DL EN MUJERES <39 MG/DL
GLUCOSA	AYUNO > 110 MG/DL	CRITERIO MAYOR: INTOLERANCIA A LA GLUCOSA O DM TIPO 2, GLICEMIA DE AYUNO >110 MG/DL Y /O 2 HORAS POST CARGA ≥ 140 MG/DL
PRESIÓN ARTERIAL	> 130/85 MMHG	HIPERTENSIÓN ARTERIAL ≥ 140/90 MMHG
OBESIDAD ABDOMINAL	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA EN HOMBRES > 102 CM MUJERES > 88 CM	CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (CRESTA ILIACA) EN HOMBRE > 102 CM EN MUJERES >88 CM O IMC >30 KG/M2
MICROALBUMINURIA	NO INDICA	EXCRECIÓN URINARIA DE ALBÚ- MINA ≥ 20 µG/MIN
DIAGNÓSTICO	3 O MÁS DE LOS CRITERIOS	CRITERIO MAYOR MÁS DOS DE LOS OTROS

