

## COMENTARIO EDITORIAL

# Síndrome metabólico: una oportunidad más para realizar intervenciones integrales en salud

Elena Aguilar Hurtado

Medicina Familiar. EAP General Fanjul. Madrid. España.

El síndrome metabólico es una entidad clínica definida como el conjunto de alteraciones debidas a una situación de resistencia a la insulina. Dicha situación provoca trastornos del metabolismo de la glucosa, cifras elevadas de tensión arterial, alteraciones lipídicas y obesidad<sup>1</sup>.

En su etiología, no completamente aclarada, se identifica un componente genético predisponente y una serie de factores ambientales, entre los que encontramos factores de riesgo cardiovascular «clásicos», como obesidad central, sedentarismo, dieta hipercalórica y tabaquismo, y factores «emergentes», como elevación de la proteína C reactiva, elevación del fibrinógeno y del inhibidor del activador del plasminógeno, hiperuricemia, resistencia a la leptina e hiperhomocisteinemia.

La importancia del síndrome metabólico radica en la mayor probabilidad de presentarse complicaciones cardiovasculares a largo plazo. Sus componentes son factores de riesgo cardiovascular independientes, y algunos –en concreto la obesidad y la resistencia a la insulina– son factores que predisponen el desarrollo de otros factores de riesgo, como la diabetes mellitus tipo 2.

Aunque no se ha determinado el riesgo absoluto de complicaciones cardiovasculares en pacientes con síndrome metabólico, hay datos de prevalencia de enfermedad coronaria en adultos afectados de aproximadamente un 14%<sup>2</sup>, y hay estudios que arrojan cifras de morbimortalidad cardiovascular bastante superiores a las de la población general<sup>3</sup>.

Según los estudios y el método diagnóstico empleado, la prevalencia del síndrome metabólico en España oscila en un 24-30%, aunque son necesarios más estudios para poder establecer estas cifras con seguridad. En este sentido, el estudio presentado contribuye a darnos un dato más al estimar los datos de prevalencia en su población.

Puesto que actualmente conocemos no sólo el riesgo de complicaciones cardiovasculares de cada uno de los componentes del síndrome metabólico por separado, sino la eficacia de las intervenciones realizadas sobre cada uno de ellos<sup>4</sup>, está clara la necesidad de una oportuna detección de

## Puntos clave

- El síndrome metabólico es una entidad que comporta un incremento de morbimortalidad cardiovascular en los pacientes que lo presentan.
- Los criterios diagnósticos del síndrome metabólico no son homogéneos.
- Los clínicos deben evaluar las distintas herramientas diagnósticas a su alcance para averiguar su utilidad real en la población. Sólo de ese modo se podrán diseñar intervenciones efectivas.

esta entidad y el diseño de intervenciones adecuadas sobre los pacientes que la presenten, con el fin de reducir su riesgo cardiovascular global.

En este punto, este estudio realiza dos aportaciones muy interesantes: por una parte, pone de manifiesto la necesidad de homogeneizar los criterios diagnósticos del síndrome metabólico, al comprobar la escasa concordancia existente entre los que utilizan las diferentes sociedades científicas. Este hecho también se ha comprobado en otros trabajos.

Por otro lado, estudia la asociación de las variables que pueden predecir la resistencia a la insulina –anomalía metabólica implicada en el síndrome metabólico, en la obesidad, en la diabetes tipo 2 y en la enfermedad vascular arteriosclerótica– y comprueba la validez diagnóstica de estas variables para poder diseñar futuras intervenciones sobre su población. El síndrome metabólico es una buena oportunidad para diseñar intervenciones específicas fundamentalmente de cambios de hábitos de vida y farmacológicas cuando sea necesario, personalizando en cada paciente según su riesgo cardiovascular.

Se debe reflexionar sobre el hecho de que en la prevención de complicaciones cardiovasculares queda mucho camino por recorrer. Y no tanto en el aspecto meramente teórico, como en el de la aplicabilidad diagnóstica y terapéutica.

La profusión de guías y protocolos –el síndrome metabólico es un buen ejemplo, pero ocurre también, aunque en menor medida, en el caso de la hipertensión o las dislipemias–, todas absolutamente rigurosas y con la misma finalidad, pero con variaciones en criterios diagnósticos y puntos de corte, hace a veces difícil el quehacer diario en la consulta del clínico, máxime en situaciones de sobrecarga asistencial.

La calidad alcanzada en los últimos años en cuanto a formación científica y capacitación técnica debe acompañarse de actuaciones e intervenciones adecuadas que, de verdad, sirvan para mejorar la salud de la población a la que se atiende. En este sentido, conviene recordar el hecho de que, pese a contar con los conocimientos y los medios necesarios para controlar los factores de riesgo cardiovascular, no siempre se diagnostica ni controla adecuadamente a los pacientes<sup>5,6</sup>.

Es bueno que desde las propias consultas surja la iniciativa de evaluar la utilidad diagnóstica y terapéutica de las distintas herramientas que la medicina basada en la evi-

dencia pone a nuestro alcance, para poder diseñar intervenciones adecuadas para la población real, con peculiaridades y necesidades específicas y reales.

Sólo así se podrá cumplir el objetivo final de nuestro trabajo, que es mejorar la salud de las personas a las que atendemos.

## Bibliografía

1. Reaven, GM. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988;37:1595-607.
2. Haffner S, Taegtmeier H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome. *Circulation*. 2003;108:1541-5.
3. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpulao E, Tuomilehto J, et al. The metabolic syndrome and total-disease mortality in the middle age men. *JAMA*. 2002;288:2709-16.
4. Pearson TA, Fuster V. Executive summary. 27th Conference. Matching the intensity of risk management with the hazard for coronary disease events. *JACC*. 1996;227:961-3.
5. García Puig J, Ruilope LM, Fernández J, Ortega R, Darre R. Glucose metabolism in patients with essential hypertension. *Am J Med*. 2006;119:318-26.
6. Tamayo Marco B, Faure Noguerras E, Roche Asensio MJ, Rubio Calvo E, Sánchez Oriz E, Salvador Oliván JA. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in Aragon, Spain. *Diabetes Care*. 1997;20:534-6.