Carta al editor

Predictores de riesgo cardiometabólico

Predictors of Cardiometabolic Risk

Pedro Enrique Miguel Soca[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Holguín, Holguín, Cuba, CP: 80100

Cómo citar este artículo:
Miguel-Soca P. Predictores de riesgo cardiometabólico. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 12]; 5(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/357

Recibido: 2015-04-06 14:23:26
Aprobado: 2015-04-06 14:52:51

Correspondencia: Pedro Enrique Miguel Soca. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. soca@ucm.hlg.sld.cu

Estimado Director:

Un interesante trabajo realizado en Cienfuegos por Cedeño Morales y cols.[1] demuestra una correlación significativa del perímetro abdominal, con los criterios del síndrome metabólico (SM) como: hipertensión arterial, hipertrigliceridemia e hiperglucemia. En este comentario se discutirá sobre los predictores del riesgo cardiometabólico; un tema estudiado tanto en Cuba como en otros países, sometido a debate, y que tiene además muchos aspectos polémicos y controversiales, que amerita un análisis más profundo.[2,3]

El perímetro abdominal constituye el principal predictor de obesidad abdominal, un estado que favorece la resistencia a la insulina (RI) y la aterosclerosis. El tejido adiposo visceral es más resistente a la insulina que el tejido subcutáneo, lo que provoca una hiperinsulinemia compensadora que, a largo plazo, produce disfunción de las células β del páncreas, la aparición de diabetes mellitus y un aumento del riesgo cardiovascular.[2]

Por las limitaciones del índice de masa corporal para evaluar el grado de adiposidad corporal, sobre todo en personas musculosas y en ancianos, se han ensayado otras mediciones antropométricas como los pliegues cutáneos; y a partir de ellos, el cálculo de la masa grasa, masa magra, entre otros. En el trabajo analizado[1] no se mencionan, cuáles pliegues se midieron y cómo se calculó la masa grasa, aunque pensamos que se utilizó alguna ecuación de predicción.

La dislipidemia aterógena que acompaña a la RI y el SM se caracteriza por hipertrigliceridemia, HDL-colesterol bajo y LDL pequeñas y densas, que aceleran la aterosclerosis coronaria y el riesgo cardiometabólico.[3] El grupo de Cedeño Morales[1] no determinó LDL-colesterol, una medición simple que se puede calcular con la fórmula de *Friedewald*, si se considera que no es posible la determinación precisa del patrón de lipoproteínas en las áreas de salud del país por requerir métodos de laboratorio complejos. Del perfil lipídico se pueden calcular los índices aterogénicos colesterol total/HDL-colesterol, LDL-colesterol/HDL-colesterol y triglicéridos/HDL-colesterol, útiles en la valoración del riesgo cardiovascular.

La reducción de HDL-colesterol aumenta el riesgo cardiovascular por una disminución del transporte inverso de colesterol, la principal función protectora de estas partículas, encargadas de la eliminación del exceso de colesterol de los tejidos y paredes arteriales, aunque otros efectos protectores de las HDL son la inhibición de la oxidación de las LDL, la reducción de la viscosidad de la sangre, la regulación de la síntesis de prostanglandinas y tromboxano, la activación de la fibrinólisis y su papel antiinflamatorio.[4]

El proceso inflamatorio de bajo grado que acompaña al SM es otro factor de riesgo

cardiovascular, por la gran cantidad de citoquinas proinflamatorias que secreta el tejido adiposo visceral, lo que acelera la aterosclerosis y sus secuelas. La aterosclerosis es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida que se relaciona también con otros fenómenos inflamatorios, como la activación de los macrófagos, la secreción excesiva de factores de crecimiento y la activación local de linfocitos.[5]

Las determinaciones antropométricas y del perfil lipídico constituyen biomarcadores de riesgo cardiometabólico, de relativamente fácil realización en la Atención Primaria de Salud, cuya utilidad clínica se ha demostrado en diversos estudios, aunque todavía existen aspectos controversiales y polémicos que deberán ser esclarecidos en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cedeño R, Castellanos M, Benet M, Mass L, Mora C, Parada JC. Indicadores antropométricos para determinar la obesidad, y sus relaciones con el riesgo cardiometabólico. Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 4 Abr 2015];5(1):[aprox. 11p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/247

2. Castellanos M, Benet M, Morejón AF, Colls Y. Obesidad abdominal, parámetro antropométrico predictivo de alteraciones del metabolismo. Finlay [revista en Internet]. 2011 [citado 6 Abr 2015];1(2):[aprox. 9p]. Disponible en: http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/40

3. Hernández M, Miguel PE, Marrero MM, Pérez LM, Peña I, Rivas M. Comportamiento de variables clínicas, antropométricas y de laboratorio en pacientes con síndrome metabólico. Medisur [revista en Internet]. 2011;9(2):[aprox. 8p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1260/716

4. Tarragó E, Miguel PE, Cruz LA, Santiesteban Y. Factores de riesgo y prevención de la cardiopatía isquémica. CCM [revista en Internet]. 2012 [citado 5 Abr 2015];16(2):[aprox. 16p]. Disponible en: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/505/69

5. Kucharz EJ. Chronic inflammation-enhanced atherosclerosis: Can we consider it as a new clinical syndrome?. Med Hypotheses. 2012;78(3):396-7