

Novedades en el síndrome metabólico, envejecimiento poblacional y visión del clínico de las nuevas guías en fibrilación auricular

Xavier Borrás^a, Vivencio Barrios^b, Carlos Escobar^b y Milagros Pedreira^c

^aHospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

^bHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

^cHospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España.

Este artículo es una revisión de las principales novedades que se han publicado en el último año sobre el síndrome metabólico, el envejecimiento de la población y las nuevas guías de fibrilación auricular.

Nuestro objetivo ha sido ofrecer al cardiólogo clínico una revisión sobre las últimas conferencias y publicaciones de 2006 relacionadas con estos temas que hemos seleccionado como de gran utilidad para todos.

Palabras clave: *Síndrome metabólico. Envejecimiento. Guías fibrilación auricular. Novedades.*

Recent Developments in Metabolic Syndrome, Population Aging, and the Clinical Interpretation of New Atrial Fibrillation Guidelines

This article reviews the main developments reported during the last year concerning metabolic syndrome, population aging, and new atrial fibrillation guidelines. The principal aim was to provide the clinical cardiologist with an overview of recent 2006 publications and conference reports on these topics, which have been selected for their broad clinical implications.

Key words: *Metabolic syndrome. Aging. Atrial fibrillation guidelines. Recent developments.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

Los avances en cardiología clínica siguen normalmente la aceptación y diseminación de los avances realizados en las parcelas más especializadas de la cardiología, pero nos gustaría resaltar en este artículo las áreas que, por su importancia, han sido foco de actualidad durante el último año. Por ello, revisaremos brevemente los avances publicados sobre el síndrome metabólico (SM) y su importancia en la enfermedad cardiovascular, el impacto del envejecimiento poblacional sobre las diferentes cardiopatías, especialmente la insuficiencia cardíaca y la estenosis aórtica, algunos aspectos relevantes en la enfermedad valvular, y la importancia que para el cardiólogo clínico representa la publicación de las nuevas guías sobre la fibrilación auricular (FA).

SÍNDROME METABÓLICO

El SM supone un reto de salud pública en todo el mundo y se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (hasta 5 veces) y enfermedad cardiovascular y cerebrovascular (hasta 2-3 veces). Además, su prevalencia está aumentando en todo el mundo, lo que puede provocar un incremento en la mortalidad cardiovascular en los próximos años¹. Si bien el SM fue descrito hace ya casi 2 décadas por Reaven² y desde entonces se han establecido diversas definiciones, en los últimos años esta entidad ha suscitado un enorme interés en la comunidad científica^{3,4}. En el año 2005 se han producido importantes novedades que a continuación comentamos.

Definición de síndrome metabólico

Aunque ya antes se aceptaba la existencia del concepto de SM, e incluso se investigaba sobre sus causas, no fue hasta 1998 cuando se dieron los primeros pasos para lograr una definición universalmente reconocida. En un intento por alcanzar un consenso en esta

Correspondencia: Dr. X. Borrás Pérez.
Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Avda. Sant Antoni M. Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: xborras@santpau.es

ABREVIATURAS

AAS: ácido acetilsalicílico.
 ACV: accidente cerebrovascular.
 FA: fibrilación auricular.
 FC: frecuencia cardíaca.
 SM: síndrome metabólico.

definición, y así proporcionar una herramienta útil para los clínicos e investigadores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso un sistema de criterios⁵. Posteriormente, el NCEP-ATP III⁶ y el Grupo Europeo para el estudio de la Resistencia a la Insulina (EGIR)⁷ formularon sus definiciones. Estas definiciones coinciden en los componentes esenciales (intolerancia a la glucosa, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia), pero difieren en ciertos detalles y criterios. La definición de la OMS y la del EGIR coinciden en que ambas incluyen la intolerancia a la glucosa o la resistencia a la insulina como un componente esencial del SM^{5,7}, mientras que el NCEP-ATP III⁶ no incluye este criterio. Además, los puntos de corte para los distintos componentes de cada criterio difieren según la OMS, el EGIR y la definición del NCEP-ATP III.

En el año 2005, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) publicó los nuevos criterios para la

definición de SM⁸. Aunque los autores coinciden en señalar la aplicabilidad que tiene la definición propuesta por el NCEP-ATP III en la práctica clínica habitual, resaltan la importancia de la obesidad abdominal en el diagnóstico de este síndrome. Es más, es tan alta la correlación entre la obesidad abdominal y la resistencia a la insulina que se hace innecesaria la medición de ésta. En consecuencia, la obesidad abdominal debe estar presente en todo paciente con SM. Otro aspecto relevante de esta propuesta es la adaptación de la obesidad abdominal según las características étnicas de población, de tal forma que, según la raza y el lugar de origen, los puntos de corte del perímetro abdominal varían. Finalmente, otro punto interesante es que tanto el tratamiento de la dislipidemia como el de la hipertensión arterial se consideran criterios diagnósticos, hecho sobre el que no se había hecho demasiado hincapié^{9,10}. A raíz de la publicación de esta propuesta, se han realizado varios estudios en los que se compara la prevalencia de SM según la definición del NCEP-ATP III y la de la IDF 2005, objetivando que con la nueva definición hay un incremento significativo de la prevalencia de SM^{11,12}. Todavía es pronto para conocer la implicación de estos resultados.

En la tabla 1 se señalan los diferentes criterios que definen el SM según las distintas sociedades científicas.

TABLA 1. Criterios que definen el síndrome metabólico según las distintas sociedades científicas

OMS 1999	EGIR 1999	NCEP-ATP III 2001	IDF 2005
Diabetes o glucemia alterada en ayunas o intolerancia a la glucosa o resistencia a la insulina (hiperinsulinemia)	Resistencia a la insulina	3 o más de los siguientes:	Obesidad central (circunferencia de de la cadera ≥ 94 cm en varones europeos, y ≥ 80 cm en mujeres europeas) ^a
Más 2 de los siguientes:	Más 2 de los siguientes:	Obesidad central: perímetro de cintura > 102 cm (varones) > 88 cm (mujeres)	Más 2 de los siguientes 4 factores:
Obesidad (IMC > 30 o índice mmol/l	Obesidad central: circunferencia de cintura ≥ 94 cm (varones) o ≥ 80 cm (mujeres)	Triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l (≥ 150 mg/dl)	Hipertrigliceridemia ($\geq 1,7$
de cintura $> 0,9$ (varones) tratamiento	Dislipidemia: triglicéridos $> 1,7$ mmol/l (≥ 150 mg/dl)	cHDL $< 1,0$ mmol/l (< 40 mg/dl) (varones)	(≥ 150 mg/dl) o en
o $> 0,85$ (mujeres)	o cHDL $< 1,0$ mmol/l (< 39 mg/dl)	$< 1,3$ mmol/l (< 50 mg/dl) (mujeres)	específico
Dislipidemia: triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l (≥ 150 mg/dl)	HTA: presión arterial $\geq 140/90$ mmHg y/o medicación	Glucosa en ayunas $\geq 6,1$ mmol/l (≥ 110 mg/dl)	Descenso del cHDL ($< 1,03$ mmol/l (< 40 mg/dl) en varones y $< 1,29$ mmol/l (< 50 mg/dl) en mujeres)
o cHDL $< 0,9$ mmol/l (< 35 mg/dl) (varones)	Glucosa en ayunas $\geq 6,1$ mmol/l (≥ 110 mg/dl)	Presión arterial $\geq 130/85$ mmHg	o tratamiento específico
o $1,0$ mmol/l (39 mg/dl) (mujeres)			HTA (PAS ≥ 130 mmHg o PAD ≥ 85 mmHg)
HTA: $\geq 140/90$ mHg			o tratamiento
Microalbuminuria: excreción de albúmina > 20 μ g/min			Glucemia en ayunas alterada (glucosa en ayunas $\geq 5,6$ mmol/l (≥ 100 mg/dl) o con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2
o cociente albúmina/creatinina ≥ 30 mg/g			

^aSur de Asia: varones ≥ 90 cm, mujeres ≥ 80 cm; japoneses: varones ≥ 85 cm, mujeres ≥ 90 cm; chinos: varones ≥ 90 cm, mujeres ≥ 80 cm; Estados Unidos: varones ≥ 102 cm, mujeres ≥ 88 cm.

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Tomada de OMS 1999⁵, EGIR 1999⁷, NCEP-ATP III 2001⁶ y IDF 2005⁸.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015967>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)