

Circunferencia de la cintura y riesgo cardiovascular en población española

Xavier Hormiguera

Unidad de Obesidad Mórbida. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

En el curso de los últimos años, la prevalencia de la obesidad en todo el mundo ha ido aumentando de forma progresiva y, hasta ahora, imparable. Paralelamente a este aumento de la obesidad, ha ido aumentando también la prevalencia de diversas enfermedades de tipo metabólico-vascular, tales como la diabetes mellitus tipo 2, la dislipemia y la hipertensión arterial.

Existen numerosas evidencias clínicas de que la asociación de estas enfermedades con el riesgo cardiovascular (RCV) está mediada por la obesidad y, muy especialmente, por la obesidad abdominal o visceral, caracterizada por un aumento de los depósitos de grasa en el tejido adiposo intraabdominal o visceral. Es decir, que la obesidad visceral debe considerarse hoy día como un nuevo factor de RCV que hay que considerar junto con los llamados factores clásicos de RCV como la edad, el sexo, tabaquismo, etc.

Por otra parte, diversos estudios clínicos demuestran como la grasa visceral, medida mediante tomografía computarizada a nivel de L₄-L₅, presenta una excelente correlación con la circunferencia de la cintura (en cm) y que esta correlación no está influida por el sexo ni por el grado de obesidad¹. Este hecho ha resucitado el interés por los parámetros antropométricos y, en especial, por aquellos que miden la grasa visceral.

Sin embargo no existe un acuerdo unánime sobre cuál debe ser el punto de corte para el valor de la circunferencia de la cintura a partir del cual el exceso de grasa visceral se acompaña de un aumento claro del RCV. Así, en una de las primeras publicaciones que alertaron sobre la importancia de establecer unos valores de la circunferencia de

la cintura en relación al RCV a partir de los cuales este riesgo aumenta de forma significativa se propusieron los ya clásicos puntos de corte, correspondientes a los índices de masa corporal (IMC) de 25 y 30 kg/m², de 80 y 88 cm para las mujeres y 94 y 102 cm para los varones².

Pero estudios poblacionales posteriores demuestran como estos puntos de corte pueden variar en función, por ejemplo, de factores étnicos. Así, en población asiática, se observa un incremento claro de RCV a partir de valores inferiores del perímetro de la cintura de los observados en individuos de raza caucásica. Esta confusión se observa también si miramos las distintas definiciones de síndrome metabólico (SM) propuestas (OMS, EGIR, ATPIII, IDF) en las que no existe unanimidad a la hora de establecer valores de circunferencia de la cintura indicadores de RCV y de la existencia de SM.

Parece pues una necesidad que, de cara a evaluar correctamente el RCV, cada población debería establecer sus propios puntos de corte tanto para el IMC como para la circunferencia de la cintura. Esto es lo que se hace en el estudio de Millán et al³, publicado en este número de la revista. El diseño y la metodología empleada en el estudio son impecables y la muestra analizada (datos procedentes del estudio DORICA⁴) es representativa de la población española y muy amplia (14.616 individuos).

Los resultados demuestran claramente como, en población española y por lo que respecta al IMC, los puntos de corte para la asociación con uno o más factores de riesgo son de 27 kg/m² para las mujeres y de 30 kg/m² para los varones. Por lo que respecta a la circunferencia de la cintura, los puntos de corte encontrados para mujeres son de 80 cm para un IMC de 25 kg/m² y de 90 cm para un IMC de 30 kg/m². En el caso de los varones estos valores están situados en 88 y 98 cm respectivamente.

Estos resultados confirman pues la hipótesis de que existen diferentes puntos de corte de acuerdo con diferencias poblacionales y étnicas. Los valores

Correspondencia: Dr. X. Hormiguera.
Unidad de Obesidad Mórbida. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Carretera de Canyet s/n. 08916 Badalona. Barcelona. España.
Correo electrónico: xformiguera.germanstrias@gencat.net.

encontrados en el estudio de referencia, se corresponden mejor con los propuestos para población europea del EGIR⁵ que con los que propone ATPIII⁶.

Nos sumamos pues a la propuesta de Millán et al³ y proponemos, de acuerdo con los autores que de ahora en adelante, se utilicen estos puntos de corte para IMC y circunferencia de la cintura a la hora de evaluar el RCV en la población española.

La correcta identificación de estos puntos de corte tiene una gran trascendencia a la hora de establecer los objetivos razonables de tratamiento y, hoy en día, probablemente, deberíamos prestar más atención a la reducción de la circunferencia de la cintura como objetivo de tratamiento que no a la reducción del IMC o, aún más simplemente, del peso. Deberíamos olvidar la mera reducción de peso y dirigir toda nuestra atención a reducir centímetros de cintura. Este debe ser el verdadero objetivo del tratamiento. Disminuyendo la grasa visceral mejoran todos los componentes del síndrome metabólico, aunque no se pierda mucho peso⁷.

Es precisamente por esto que es importantísimo conocer los puntos de corte de la circunferencia de la cintura de nuestra población a partir de los cua-

les empieza el riesgo cardiovascular. Conociéndolos podremos establecer para cada paciente el mejor objetivo de tratamiento: su "cintura de seguridad".

Bibliografía

1. Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Després JP. A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Am J Clin Nutr.* 1996;64:685-93.
2. Lean MEJ, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ.* 1995;311:158-61.
3. Millán J, Mantilla T, Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, et al. Parámetros antropométricos asociados al riesgo cardiovascular en España. Estudio DORICA. *Clin Invest Arterioscl.* 2007;19:61-9.
4. Aranceta J, Pérez C, Serra L, Vioque J, Tur JA, Mataix J, et al. Estudio DORICA: Dislipemia, Obesidad y Riesgo Cardiovascular. En Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J, et al. (eds). *Obesidad y Riesgo Cardiovascular.* Madrid: Ed. Med. Panamericana; 2004. p. 125-56.
5. Balku M, Charles MA. Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet Med.* 1999;16:442-3.
6. Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive Summary of the 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). *JAMA.* 2001;285:2486-97.
7. Després JP, Lemieux I. Abdominal Obesity and metabolic syndrome. *Nature.* 2006;444:881-7.