P. ASCHNER

La importancia de estimar la obesidad abdominal

The importance of estimating abdominal obesity

Ver artículo: página 118

Dr. Pablo Aschner: MSc. Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C. (Colombia).
E-mail: paschner@cable.net.co

Desde mediados del siglo pasado se viene demostrando que la distribución de la grasa corporal es tan o quizás más importante que su acumulación en todo el cuerpo. Los estudios del grupo canadiense liderado por JP Després, han encontrado que la grasa acumulada dentro del abdomen en forma de tejido adiposo visceral (VAT por sus siglas en inglés) medido mediante tomografía axial computadorizada (TAC), se asocia con resistencia a la insulina e hiperinsulinemia compensatoria que pueden conducir a diabetes, así como a dislipidemia, hipertensión arterial y mayor riesgo cardiovascular (1). La mejor forma de estimar la cantidad de VAT en la práctica clínica, es la medición del perímetro de cintura (PC) a nivel de la línea media entre la cresta ilíaca y el reborde costal, utilizando un metro que rodee la cintura en posición horizontal. Tener un PC que indique un exceso de VAT se ha considerado diagnóstico de obesidad abdominal (OA), pero la forma de determinar el punto de corte de PC se ha prestado a controversia y aún no existe un método estandarizado para hacerlo. El panel de tratamiento del colesterol en adultos (ATP III) fue el primero que propuso un valor de PC para definir OA, que para entonces se había establecido como uno de los componentes fundamentales del síndrome metabólico (SM). Ellos adoptaron un PC >102 cm en hombres y >88 cm en mujeres, porque tenían una óptima sensibilidad y especificidad para identificar personas con un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m² en un estudio escocés, donde la correlación entre PC e IMC fue muy alta (2). Basado en ese mismo estudio, el grupo europeo de resistencia a la insulina (EGIR) prefirió usar un PC >94 cm en hombres y >80 cm en mujeres por su capacidad para identificar personas con IMC ≥ 25 kg/m². Es claro que en ambos casos el PC solo vendría a reflejar la grasa corporal total estimada por el IMC. En asiáticos, el riesgo asociado a exceso de peso se empieza a observar con un IMC inferior al del resto del mundo (alrededor de 23

kg/m²) y por consenso se establecieron también unos PC menores (90 cm para hombres y 80 cm para mujeres). Cuando la Federación Internacional de Diabetes propuso una nueva definición del SM que colocó la OA como el componente cardinal, fue enfática en destacar que los puntos de corte de PC debían ser establecidos regionalmente en las diferentes etnias (3). Como no existía un acuerdo para Latino América, se sugirió preferir los criterios asiáticos a los del ATP III, pero estudios posteriores han demostrado que aquellos son inapropiados para nuestra población. Recientemente varios grupos han buscado unos puntos de corte de PC aplicables a población Colombiana, utilizando diferentes referentes (variables de clasificación) para construir curvas que miden la característica operativa del receptor (ROC por su sigla en inglés). Algunos han escogido los puntos de corte de PC que mejor discriminan personas con factores de riesgo cardiometabólicos, y otros hemos buscado aquellos que identifiquen mejor a las personas con exceso de VAT medido directamente por TAC (4,5). El grupo de Medellín cuyo artículo aparece publicado en este número de Acta Médica, ha preferido buscar el punto de corte de PC que discrimine mejor a las personas con resistencia a la insulina (6). Todos los enfoques son válidos pero pueden dar valores diferentes. En el caso de utilizar la medición de la resistencia a la insulina, los valores del PC dependen en buena parte de la forma como se establezcan los criterios para definir dicha resistencia. Se recomienda tomar como punto de corte para resistencia a la insulina el correspondiente al percentil 75 de una muestra local, siempre y cuando ésta represente a la población no-diabética. Pareciera que en el estudio de Medellín se siguió este proceso, aunque no está claro si excluyeron a las personas con diabetes. Al final encontraron que el punto óptimo de corte del PC para identificar personas con resistencia a la insulina fue de 92 cm en hombres

y 84 cm en mujeres. Sin embargo, un PC de 94 cm en hombres y 90 cm en mujeres puede identificar personas con exceso de VAT y un PC alrededor de 88 cm puede ser adecuado para discriminar sujetos con riesgo cardiometabólico. Como es de esperar, estas diferencias se reflejan en diferentes prevalencias del SM que los autores colocan alrededor de 45% en su estudio de Medellín. Estudios con diversos criterios y puntos de corte de PC en Colombia han dado prevalencias del SM entre 20 y 36% (7). Comparar prevalencias requiere tener en cuenta el ajuste por edad y sexo y considerar el año de recolección de la muestra, pero en términos generales estas diferencias sugieren que establecer puntos de corte del PC más bajos puede sobre-estimar la prevalencia del SM y viceversa. Los autores proponen que es preferible bajarlos en aras de aumentar la sensibilidad, pero esto depende de la acción que se va a tomar. En general, una prueba con alta sensibilidad es óptima para hacer la tamización de un problema, siempre y cuando se proceda luego a establecer el diagnóstico mediante una prueba más específica, que en el caso del SM no existe. Si se busca modificar el estilo de vida de las personas con obesidad abdominal, es bueno extender el beneficio a la mayoría. Sin embargo se debe tener suma precaución al momento de considerar medicamentos para

tratar la resistencia a la insulina con base en la estimación del PC, especialmente porque su eficacia para prevenir desenlaces clínicos no está demostrada. La acumulación anormal de tejido adiposo visceral si es un estado patológico que incrementa la resistencia a la insulina y representa un riesgo cardio-metabólico elevado, pero su estimación mediante el PC aún sigue siendo difícil de precisar.

Referencias

1. Despres JP, Lamarche B. Effects of Diet And Physical Activity on Adiposity and Body Fat Distribution: Implications for the Prevention of Cardiovascular Disease. *Nutrition Research Reviews* 1993; 6: 137 -159.
2. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *Br Med J* 1995;311:158-61.
3. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome – a new worldwide definition. *Lancet* 2005;366:1059-62.
4. Perez M, Casas JP, Cubillos-Garzon LA, Serrano NC, Silva F, Morillo CA, et al. Using waist circumference as a screening tool to identify Colombian subjects at cardiovascular risk. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:328-35.
5. Aschner P, Buendía R, Brajkovich I, Gonzalez A, Figueredo R, Juarez XE, Uriza F, Gomez AM, Ponte CL. Determination of the cutoff point for waist circumference that establishes the presence of abdominal obesity in Latin American men and women. *Diab Res Clin Pract* 2011; 93:243-47.
6. Gallo Villegas JA, Ochoa Múnera JE, Balparda Arias JK, Aristizábal Ocampo D. Puntos de corte del perímetro de la cintura para identificar sujetos con resistencia a la insulina en una población colombiana. *Acta Med Col* 2013; 38:118-126.
7. Aschner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Avances Diabetología* 2010; 29: 95-100.

M. N. NIÑO DE ARBOLEDA

Transfusión de plasma y sus efectos adversos

Transfusion of plasma and its adverse effects

Me produjo alegría la solicitud del doctor Eugenio Matijasevic para hacer el comentario editorial sobre los *efectos adversos de la transfusión de plasma*, por tratarse de un tema de actualidad para la seguridad del paciente. Su utilización se ha incrementado para el manejo de situaciones clínicas, como la deficiencia de factores de coagulación en pacientes con sangrado, o antes de un procedimiento invasivo, para revertir la warfarina, o en deficiencia de vitamina K en pacientes con sangrado o

previo a un procedimiento invasivo de urgencia, cuando se presenta una coagulopatía dilucional, por ejemplo, en transfusión masiva, coagulación intravascular diseminada o coagulopatía de consumo en pacientes con hemorragia, en el cambio plasmático para tratamiento de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), en el manejo de deficiencias raras de proteínas, o para el tratamiento de deficiencias de factores de coagulación cuando los concentrados no se encuentran disponibles.

Ver artículo: página 127

Dra. María Nelly Niño de Arboleada: Directora Centro Javeriano de Oncología, Profesora Universidad Javeriana, Hematóloga Clínica del Country, Ex presidente ACMI®. Bogotá, D.C. (Colombia). E-mail: mnarboleada@hotmail.com