

La circunferencia abdominal. Su inestimable valor en la Atención Primaria de Salud

Waist circumference values in Primary Health Care

MSc. Jorge B. Vega Abascal^{1*}

MSc. Yamila Leyva Sicilia¹

MSc. Rolando Teruel Ginés²

¹ Policlínico Docente José Ávila Serrano. Velasco. Holguín. Cuba.

² Facultad de Salud Pública. Carrera de Medicina. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). Ecuador.

Durante los últimos años, la humanidad ha experimentado cambios drásticos en su entorno, comportamiento y estilo de vida, los que provocan un incremento global alarmante de la incidencia de la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2.

La obesidad es uno de los problemas de salud pública más serios del siglo XXI. Este trastorno comienza en la infancia, se desarrolla en la edad adulta y origina múltiples problemas de salud.¹ En los Estados Unidos de América (USA), se predice un incremento del 35% en la actualidad y de hasta el 50% para el año 2030.² Un estudio en la provincia de Holguín, Cuba muestra una prevalencia de la obesidad del 45,2% en los adultos mayores.⁽³⁾

En la década del 80 del siglo pasado, se introdujo el concepto de Índice de Masa Corporal (IMC) y se delimitaron los puntos de corte para definir el sobrepeso y la obesidad, en mujeres y hombres adultos.

Las cifras elevadas de IMC, se asocian con perfiles de riesgo adversos de morbilidad y mortalidad; en especial con la diabetes mellitus tipo 2 y la enfermedad cardiovascular⁽⁴⁾ se describen algunos subtipos de obesidad, que complementan la relación aparente dosis-respuesta que existe entre el IMC y sus consecuencias para la salud.

Los casos clásicos corresponden a la obesidad androide (abdominal o del tren superior) y la ginoide o gluteofemoral (tren inferior).

Se ha observado la existencia de un fenotipo correspondiente a individuos con peso normal, pero metabólicamente obesos (en inglés, *metabolically obese normal-weight* [MONW]); es decir, tienen un IMC normal, no obstante presentar las alteraciones metabólicas de los pacientes obesos, como resistencia a la insulina, adiposidad central, bajas cifras de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), altas concentraciones de triglicéridos e hipertensión arterial.

Al mismo tiempo, existen los que se han denominado obesos metabólicamente sanos (*metabolically healthy obese* [MHO]), que tienen un IMC ≥ 30 sin las alteraciones metabólicas típicas de los individuos obesos.

La grasa abdominal puede ser un problema, porque el exceso de peso en la zona media del cuerpo aumenta el riesgo de muerte prematura, incluso para las personas que se considera que tienen un peso normal, debido a que el tejido adiposo, ya no se considera un órgano de almacenamiento de los ácidos grasos, sino que desempeña un rol importante en el metabolismo de los lípidos y la glucosa, donde son liberadas numerosas hormonas y citoquinas pro- inflamatorias de los adipocitos.⁽⁵⁾

La cantidad de tejido adiposo visceral se correlaciona de manera directa, tanto en mujeres como en hombres, con un perfil de riesgo metabólico gravemente alterado; por lo que, aunque la obesidad general incrementa el riesgo de enfermedades crónicas parece claro que los pacientes con obesidad visceral forman el subgrupo de individuos con las alteraciones más graves del metabolismo.

De esta forma queda demostrado que la acumulación regional de grasa en los depósitos viscerales es un factor predictivo de riesgo cardiovascular más fiable que la cantidad total de grasa corporal.

Los adultos con un peso normal y grasa abdominal adicional tienen una menor supervivencia a largo plazo, independientemente del IMC, pues es posible que no sean obesas, según IMC, pero son portadores de una obesidad abdominal con todas sus consecuencias negativas. Este índice tampoco evalúa adecuadamente la obesidad en personas con desarrollo de la masa muscular como los atletas o adultos mayores con sarcopenia.

Los trastornos metabólicos que acompañan a la obesidad abdominal se vinculan con la resistencia a la insulina, la cual incrementa la llegada de ácidos grasos al hígado desde la grasa abdominal y aumenta la síntesis de triglicéridos en este órgano. Como consecuencia, se produce esteatosis hepática y se eleva la liberación sanguínea de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Estas VLDL, ricas en triglicéridos, producen hipertrigliceridemia.

La hipertrigliceridemia se nutre de la baja actividad de la lipoproteína lipasa, enzima endotelial que degrada a las VLDL y los quilomicrones. Este aumento de triglicéridos en sangre repercute en otras lipoproteínas y aumenta las lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas, además de producir una disminución de las HDL. Esta tríada dislipidemia aterogénica, asociada a un estado proinflamatorio y protrombótico, aumenta el riesgo cardiovascular de los pacientes afectados.

Para determinar la circunferencia abdominal o de la cintura, también conocida como perímetro de cintura, se toma la intercepción de la línea axilar media y el borde superior de la cresta ilíaca, con la cinta métrica perpendicular al eje longitudinal del cuerpo y la persona de pie. Se considera obesidad abdominal cuando la circunferencia de cintura es ≥ 102 cm para los hombres, y ≥ 88 cm para las mujeres.

Para evaluar el grado de adiposidad abdominal también existe el índice de conicidad, el índice cintura-cadera, donde se toma en cuenta la adiposidad total, y el índice cintura-altura con distribución de la medida de la grasa corporal; todos de inestimable valor en la identificación de los pacientes con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La medición de la circunferencia abdominal permite diagnosticar la obesidad abdominal y realizar acciones de prevención y tratamiento con mejores resultados, pues se maximizan los beneficios y se minimizan los daños.

Los profesionales de la Atención Primaria de Salud deben observar más allá del IMC, el cual es un buen comienzo, pero no es suficiente en el contexto actual.

Referencias Bibliográficas

1. Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A. Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica. Rev Española Cardiol. 2008 [citado 14 ene 2017]; 61(7):752-764. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/obesidad-sindrome-metabolico-diabetes-implicaciones/articulo/13123996/>
2. Rohla M, Weiss T. Adipose Tissue, Inflammation and Atherosclerosis. Clin Lipidology. 2014. [citado 30 jun 2017]; 9(1):71-81. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/821020>
3. Miguel Soca PE, Sarmiento Teruel Y, Mariño Soler AL, Llorente Columbié Y, Rodríguez Graña T, Peña González M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. Rev Finlay. 2017 [citado 3 oct 2018]; 7(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/526>
4. Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, *et al.* Association of Body Mass Index With Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Compression of Morbidity. JAMA

Cardiol. 2018[citado 14 may 2018]; 3(4):280-287. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/article-abstract/2673289>

5. Vega Abascal J, Guimara Mosqueda MR, Vega Abascal L. Más allá de la definición de síndrome metabólico: ácido úrico, proteína c reactiva de alta sensibilidad y riesgo cardiovascular global. CCM. 2017 [citado 7 abr 2017]; 21(1): 70-86. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000100007&lng=es

Recibido: 13/07/2018.

Aprobado: 03/10/2018.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: vegabascalhg@infomed.sld.cu