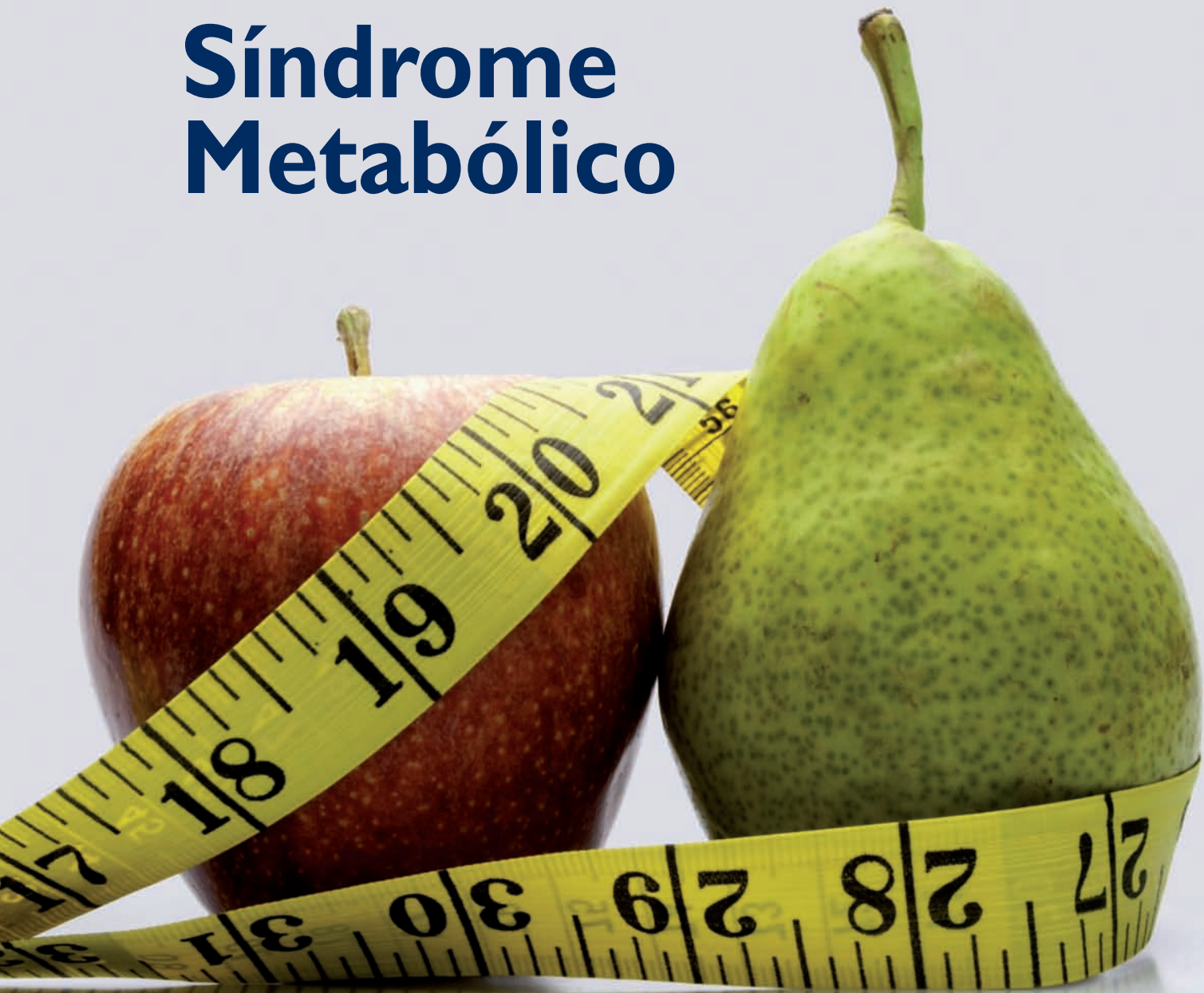


SELECCION

Número 45
Año XV
Octubre 2011

VIDA

Síndrome Metabólico



Nacional de Reaseguros S.A.

SÍNDROME METABÓLICO

El Síndrome metabólico se ha definido como un conjunto de factores que, teniendo como base una resistencia a la insulina, aumenta el riesgo cardiovascular.

Es una entidad de gran interés por su frecuencia, puesto que si nos atenemos a esta definición vemos que en las sociedades industrializadas entre el 20 y el 25% de la población padece este síndrome.

Fue reconocido hace más de 80 años en la literatura médica y ha recibido diferentes denominaciones a través del tiempo. No se trata de una enfermedad única y bien definida, sino de una asociación de factores que pueden aparecer de forma simultánea o secuencial en un mismo individuo. Está causada por una combinación de factores genéticos y ambientales asociados al estilo moderno de las sociedades industrializadas. Esa asociación determina el elemento primordial de esta entidad, la resistencia a la insulina.

Las primeras descripciones de la asociación DM (diabetes mellitus), HTA (hipertensión) y DLP (dislipemia) datan de los años 1920. Sin embargo, fue Reaven quien sugirió en su conferencia de Banting, en 1988, que estos factores tendían a ocurrir en un mismo individuo en la forma de un síndrome que denominó "X", y en el que la resistencia a la insulina era lo primario o principal. En el año 1998 un grupo consultor de la OMS propuso que se denominase "Síndrome metabólico", y esta es la denominación hoy dominante.

PRINCIPALES COMPONENTES CLÍNICOS

Obesidad Central. La circunferencia a nivel de cintura es una medida más importante que el IMC (Índice de masa corporal).

Resistencia a la insulina. Debido a factores genéticos y estilo de vida, los receptores de insulina no reconocen la insulina y ello conlleva una hiperglucemia y una hiperinsulinemia.



Según el NCEP-ATPIII (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III), cuando 3 ó más de los siguientes parámetros están presentes podemos hacer el diagnóstico de síndrome metabólico:

- **Diámetro abdominal** > 102 cm en varones o > 88 cm en mujeres
- **Triglicéridos** > 150 mg/dl
- **Colesterol HDL** < 40 mg/dl en varones, o < 50 mg/dl en mujeres
- **Tensión arterial** > 130 mmHg sistólica y/o > 85 mmHg diastólica
- **Glucemia** igual o superior a 110 mg/dl en ayunas

Para el diagnóstico, que en múltiples ocasiones asocia el sobrepeso u obesidad, la distribución de la grasa en forma de manzana, más común en varones, tiene una mayor importancia que el conocido índice de masa corporal.

El origen de este síndrome es complejo y asocia una resistencia a la insulina que tendría influencia genética, conjuntamente con una serie de factores ambientales entre los que destacan el sedentarismo y su consecuencia, la obesidad, el tabaquismo, y algunos medicamentos que aumentan la resistencia a la insulina (beta-bloqueantes, esteroides, diuréticos).

Como es bien conocido, dentro de las fracciones del colesterol contamos con un colesterol protector HDL, que se eleva con la dieta que incluye pescado azul, nueces ..., y un colesterol negativo o “malo”, el LDL, que aumenta el riesgo de aterogénesis o deterioro por depósitos y endurecimiento en la pared de las arterias. Parece ser que el síndrome metabólico nos avanza un paso más en la comprensión de los efectos de las fracciones del colesterol. Y es que en el síndrome metabólico las células grasas o adipocitos situados en el medio del abdomen (tipo de manzana) producen un colesterol LDL de bajo peso molecular que es particularmente dañino desde el punto de vista de la producción de arteriosclerosis y, consecuentemente, de enfermedad coronaria y de

accidentes cerebrovasculares. Además, en este síndrome metabólico se aumenta la destrucción del colesterol protector o HDL, y en conjunto se produce una disfunción o alteración de los componentes grasos en la sangre que ha llevado a hablar de **DISLIPEMIA ATEROGÉNICA**.

Desde el punto de vista de las compañías aseguradoras este síndrome tiene particular importancia por varias razones:

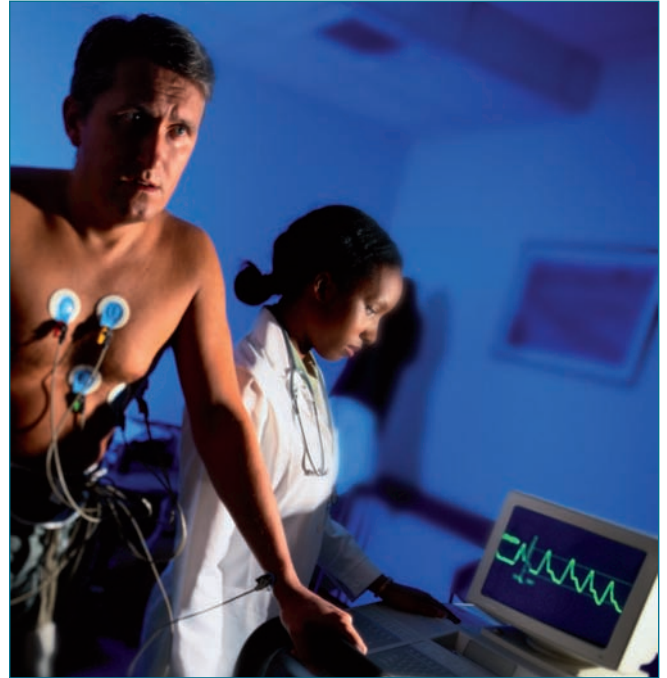
- 1.- Como decíamos, es frecuente y se asocia a un aumento de riesgo general, riesgo que enseguida analizaremos.
- 2.- La asociación de factores de “aparente poca importancia” consiguen que no se diagnostique en la mayoría de los casos, con una carga general del riesgo en las carteras de las compañías.
- 3.- Existe un solapamiento con otras entidades, de forma que al detectar por ejemplo una intolerancia a los carbohidratos, o una diabetes franca del tipo II, o un colesterol elevado, juzgamos por el/los factor/es principal/es y frecuentemente no tenemos en consideración las pequeñas anomalías que pueden existir en la distribución de la grasa corporal o en unos valores de tensión arterial ligeramente elevados.

***Para el diagnóstico,
que en múltiples ocasiones
asocia el sobrepeso
u obesidad, la distribución
de la grasa en forma
de manzana,
más común en varones,
tiene una mayor
importancia que el conocido
índice de masa corporal.***



En el congreso internacional de Ciudad del Cabo en el pasado 2010, se valoraba que, una vez diagnosticado el síndrome metabólico según los criterios mencionados, se producía un aumento de incidencia de:

- Enfermedad cardiaca: Aumento del riesgo del 50 al 200%
- Diabetes tipo II: Aumento del 400%
- Enfermedad Renal: En este caso la albuminuria estaba presente con una frecuencia 2,5 veces mayor a la de la población general, y la evolución hacia la enfermedad renal crónica era 3,5 veces superior
- Hígado Graso: Aumento de frecuencia sin aportarse valores
- Cáncer: Aumento manifiesto de ciertos tipos de cáncer relacionados con casos de sobrepeso-obesidad (Cáncer de esófago, colón, recto, páncreas, riñón próstata, mama, endometrio, cérvix y ovarios)
- Lógicamente la mortalidad varía según los diferentes estudios analizados, pero de forma conservadora podríamos añadir que existe una sobremortalidad en torno a un 100%



OTROS FACTORES QUE JUSTIFICAN LA MENCIONADA SOBREMORTALIDAD

En el síndrome metabólico, aparte de la resistencia insulínica con aumento marcado de la incidencia de diabetes, la hipertensión arterial y la llamada dislipemia aterogénica, es frecuente observar la asociación de un

IMPORTANCIA DE LA TOPOGRAFÍA GRASA



Vague reconoció, en el año 1956, que el patrón de distribución grasa del varón tiene un mayor riesgo que el habitual en la mujer



aumento del ácido úrico en sangre y un hígado graso que se detecta por ecografía o por un ligero aumento de las pruebas de función hepática. Además, existen factores metabólicos que se asocian a una hipercoagulabilidad o estado pro-inflamatorio de la sangre que, lógicamente, constituyen factores asociados para la elevación del riesgo.

Un concepto que ha tomado fuerza en los últimos años, y que explica el mayor riesgo de las personas con la llamada configuración “TIPO MANZANA”, es que las células grasas o adipocitos en la parte superior del abdomen son las responsables de producir ese tipo de colesterol LDL de alta densidad o moléculas de pequeño tamaño que son las que aceleran el proceso arteriosclerótico.

CONSIDERACIONES PARA LA SELECCIÓN MÉDICA

El colesterol total y colesterol LDL pueden ser normales. Sin embargo el Colesterol LDL de bajo peso molecular, el realmente perjudicial, no se mide hoy por hoy (por ser un estudio limitado a la investigación) en el examen médico para las compañías.

Es importante justificar el diagnóstico de síndrome metabólico mediante la asociación de las características clínicas (sobrepeso y cintura abdominal) con las pruebas complementarias de laboratorio (colesteroles, glucemia en ayunas ...).

Prevalencia: Entre el 20 y el 30% de la población en



edades medias presentan este síndrome en los países industrializados. Es una cifra muy elevada.

De acuerdo a la circunferencia abdominal podemos aplicar las siguientes tarificaciones:

- Diámetro de 102 cm a 112 cm: +25%
- Diámetro de 113 cm a 122 cm: +50%
- Diámetro > 122 cm: +75%

En la práctica cotidiana de la selección de riesgos hay variaciones según países y según la selección propia de las compañías, y sólo el concurso del tiempo irá fijando una metodología más uniforme. Una forma recomendada actualmente es sumar las sobremortalidades independientes (diabetes, dislipemia ...), añadir +25-50% a los factores por asociación de estas patologías, y sobre el resultado total añadir +25 a +50% según los casos (considerar hiperuricemia, hígado graso, aumentos ligeros de transaminasas ...).

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO

El tratamiento del síndrome metabólico asocia, como en muchas otras entidades, la cooperación del paciente (en el sentido de conseguir una modificación en los hábitos de vida) conjuntamente con medidas terapéuticas específicas.

En esta situación de alteración dismetabólica la necesidad de adoptar medidas es particularmente importante. Desde el punto de vista de la persona afectada es elemental que tenga conciencia de un mayor riesgo general, y que trate de compensar esa situación mediante la supresión del tabaco y la reducción de peso (tratando de mantener un índice de masa < 25). En el caso de que el IMC sea superior a 25, debería realizar un mínimo de 30 minutos diarios de ejercicio y seguir una dieta orientada a bajar peso, procurando disminuir los valores de colesterol total y LDL.

Es importante justificar el diagnóstico de síndrome metabólico mediante la asociación de las características clínicas (sobrepeso y cintura abdominal) con las pruebas complementarias de laboratorio (colesteroles, glucemia en ayunas ...)



La acción coordinada de más ejercicio físico y menos calorías tiene una acción más eficaz que cualquier otra medida.

Desde el punto de vista médico se deben tratar las entidades o parámetros particularmente anómalos (tensión, glucosa, lípidos, ácido úrico ...) y asociar como medida preventiva una dosis diaria de 100 mg de ácido acetil-salicílico (Aspirina).

Además se deben considerar los medicamentos que consiguen disminuir la resistencia a la insulina, que como comentábamos parece ser el elemento principal o básico del síndrome. Las glitazonas, utilizadas para el control de la diabetes tipo II, tienen esta acción pero, muy probablemente, la acción coordinada de más ejercicio físico y menos calorías tiene una acción más eficaz.

EJEMPLO DE SÍNDROME METABÓLICO

Se trata de un varón de 52 años que desea asegurar un capital de 200.000€ (anual renovable), con una historia familiar de IAM (infarto agudo de miocardio) por parte de padre que falleció a los 56 años de edad. No es fumador en la actualidad (habiendo dejado el consumo de un paquete diario hace 3,5 años) y bebe entre una y dos cervezas al día. Presenta una tensión arterial de 130/85, y su circunferencia abdominal es de 108 cm.

En la analítica presenta los siguientes valores:

- Glucemia en ayunas = 115mg/dl;
- Glucemia 2 horas post 75 gmos de glucosa oral = 189; HbA1C = 6,9%.
- GOT = 38 u/l; GPT = 45 u/l; GGT = 48 u/l.
- Ácido Úrico = 6 mg/dl
- Colesterol Total = 220 mg/dl; HDL = 50 mg/dl
- Triglicéridos = 520 mg/dl

COMENTARIO:

Síndrome metabólico con aumento de circunferencia abdominal en grado ligero con una diabetes mellitus tipo II bien establecida.

Se le aplicó una sobremortalidad de + 50% por su diabetes mellitus tipo II, un +25% por aumento de circunferencia abdominal y un +25% por hipertrigliceridemia. Por la asociación de patologías +25%. Total= 125%.

Se podría considerar una actitud "más benigna" a la hora de la tarificación, pero en los casos de síndrome metabólico debemos iniciar la aplicación de sobremortalidad por el conjunto de factores, ya que muy probablemente en los años venideros la actitud será más estricta.



El síndrome metabólico es un problema que se puede considerar de la persona más que una alteración exclusivamente orgánica.

Hay sobrepeso y hay una asociación de factores que coinciden con la vida moderna en los países desarrollados, muy especialmente el sedentarismo.

Para combatir este síndrome, o prevenir su aparición, es necesario tener o reforzar la voluntad de limitar la ingesta de calorías y aumentar la tasa de ejercicio.

Una sola de estas medidas no es suficiente.

**INSISTIMOS:
MÁS ejercicio
y MENOS calorías
de FORMA UNIFICADA
mediante el mayor control
de LA VOLUNTAD.**



Comprometidos



Nacional de Reaseguros S.A. CIFRAS MÁS SIGNIFICATIVAS 2010	Miles de Euros	Crecimiento
INGRESOS		
Primas	472.454	1,1%
Rendimientos financieros	19.835	-16,4%
Total ingresos	492.289	0,3%
PROVISIONES TÉCNICAS		
Provisiones técnicas de la suscripción	772.453	5,1%
Provisiones técnicas de la retención % sobre primas retenidas	636.636 190,4%	2,4%
INVERSIONES Y DEPÓSITOS	823.769	4,3%
PATRIMONIO NETO CONTABLE	166.361	8,8%
RESULTADO DEL EJERCICIO	27.118	3,8%

 Nacional de Reaseguros S.A.

www.nacionalre.es

SELECCION

VIDA

Depósito legal: M-344-97

SELECCION VIDA es una publicación editada por el Dpto. Técnico de NACIONAL DE REASEGUROS, S.A. en colaboración con INTERCLINIC.
Zurbano, 8 - 28010 Madrid
www.nacionalre.es - nr@nacionalre.es