CARTA AL EDITOR / LETTER TO THE EDITOR

Detección temprana del riesgo cardiometabólico y prevención de alteraciones vasculares

Recibido: 03/10/2026 **Revisado: 19/10/2026** **Aceptado: 26/10/2026**

Lilian Brítez Enciso; 0009-0001-9525-4948

Paola Toffoletti; 0000-0002-5964-2775

Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora, Mariano Roque Alonso, Paraguay.

Autora para correspondencia: Lilian Brítez Enciso; lbritez7@gmail.com
Conflictos de interés: Las autoras declaran no poseer conflictos de interés.

Estimado editor:

El síndrome metabólico reúne alteraciones cardiometabólicas interrelacionadas, como adiposidad central, hipertensión arterial, dislipidemia e hiperglucemia. La resistencia a la insulina y la inflamación crónica de bajo grado pueden contribuir a su fisiopatología, sin constituir mecanismos únicos ni uniformes. Su identificación temprana permite intervenir sobre factores de riesgo modificables y reducir la probabilidad de complicaciones metabólicas y cardiovasculares (1).

El riesgo cardiometabólico no se limita a quienes presentan obesidad según el índice de masa corporal. Existen personas con peso normal y alteraciones metabólicas asociadas con resistencia a la insulina y distribución desfavorable del tejido adiposo (2). Del mismo modo, una glucemia en ayunas normal no excluye, por sí sola, resistencia a la insulina; su valoración debe integrar antecedentes, antropometría y otros factores de riesgo.

En la exploración clínica, la acantosis nigricans puede constituir una señal cutánea de resistencia a

la insulina, mientras que los acrocordones pueden coexistir con alteraciones metabólicas, aunque son inespecíficos. Ninguno de estos hallazgos permite establecer un diagnóstico aislado; su presencia debe interpretarse en contexto y puede justificar una evaluación cardiometabólica dirigida (3).

En atención primaria, la circunferencia de cintura, la presión arterial, la glucemia y el perfil lipídico son herramientas accesibles. La declaración armonizada de 2009 reconoce síndrome metabólico ante al menos tres de cinco componentes: circunferencia de cintura elevada con puntos de corte pertinentes para la población; triglicéridos ≥150 mg/dL o tratamiento específico; colesterol HDL <40 mg/dL en varones o <50 mg/dL en mujeres, o tratamiento específico; presión arterial sistólica ≥130 mmHg o diastólica ≥85 mmHg, o tratamiento antihipertensivo; y glucemia en ayunas ≥100 mg/dL o tratamiento por hiperglucemia (1). Estos criterios no demuestran por sí mismos

disfunción endotelial, y el umbral de cintura debe explicitarse según el criterio poblacional adoptado.

La pertinencia de este enfoque para nuestro medio encuentra respaldo contextual en un estudio paraguayo de pacientes jóvenes atendidos en el Hospital de Clínicas, que describió la frecuencia del síndrome metabólico y sus componentes (4). Sus resultados no deben extrapolarse como estimaciones de prevalencia nacional, pero ilustran la utilidad de estudiar estos factores de riesgo en poblaciones asistenciales locales.

La prevención requiere medidas sostenibles e individualizadas. Una alimentación de calidad, basada en alimentos mínimamente procesados, fibra y adecuación del aporte energético, forma parte de las estrategias de reducción del riesgo metabólico. La regularidad de los horarios de alimentación puede considerarse cuando resulte apropiada, sin presentar las ventanas de ingesta temprana como un requisito universal (5).

La actividad física regular es otro componente esencial. La Organización Mundial de la Salud recomienda, para adultos, entre 150 y 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada o entre 75 y 150 minutos de actividad vigorosa, junto con fortalecimiento muscular al menos dos días por semana. También recomienda disminuir el tiempo sedentario y reemplazarlo por movimiento, sin imponer una pausa obligatoria exactamente cada 60 minutos (6). Los mecanismos musculares relacionados con la translocación de GLUT-4 ayudan a comprender parte de sus beneficios metabólicos, pero no justifican una duración diaria fija de entrenamiento contra resistencia (7).

La duración y la calidad del sueño también deben considerarse en la evaluación cardiometabólica. El sueño insuficiente y algunos trastornos del sueño se asocian con resultados metabólicos desfavorables, sin que ello implique que la prevención dependa de suprimir el incremento fisiológico matutino del cortisol (8).

En suma, detectar precozmente el riesgo cardiometabólico implica reconocer que el peso corporal aislado no describe todo el riesgo, interpretar correctamente los criterios clínicos y considerar señales adicionales de sospecha. Una evaluación integral y medidas preventivas adaptadas a cada paciente son opciones razonables para el primer nivel de atención, sin equiparar los marcadores clínicos de riesgo con daño endotelial establecido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement. Circulation. 2009;120(16):1640-1645. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644.

2. Ruderman N, Chisholm D, Pi-Sunyer X, Schneider S. The metabolically obese, normal-weight individual revisited. Diabetes. 1998;47(5):699-713. doi:10.2337/diabetes.47.5.699.

3. González-Saldivar G, Rodríguez-Gutiérrez R, Ocampo-Candiani J, González-González JG, Gómez-Flores M. Skin manifestations of insulin resistance: from a biochemical stance to a clinical diagnosis and management. Dermatol Ther (Heidelb). 2017;7(1):37-51. doi:10.1007/s13555-016-0160-3.

4. Ortiz Galeano I, Chirico CE. Frecuencia de síndrome metabólico y sus componentes en pacientes jóvenes del ambulatorio de la Primera Cátedra de Clínica Médica del Hospital de Clínicas. An Fac Cienc Med (Asunción). 2022;55(2):40-46. doi:10.18004/anales/2021.055.02.40.

5. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 3. Prevention or delay of diabetes and associated comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S50-S60. doi:10.2337/dc26-S003.

6. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566046/.

7. Hansen PA, Nolte LA, Chen MM, Holloszy JO. Increased GLUT-4 translocation mediates enhanced insulin sensitivity of muscle glucose transport after exercise. J Appl Physiol (1985). 1998;85(4):1218-1222. doi:10.1152/jappl.1998.85.4.1218.

8. St-Onge MP, Grandner MA, Brown D, Conroy MB, Jean-Louis G, Coons M, et al. Sleep duration and quality: impact on lifestyle behaviors and cardiometabolic health. Circulation. 2016;134(18):e367-e386. doi:10.1161/CIR.0000000000000444.