

# Síndrome cardiovascular-reno-metabólico: la nueva gran apuesta de la prevención cardiovascular

Karin Kopitowski

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires; Unidad Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

A través de un análisis crítico, la autora de este artículo examina la guía de 2026 que define el síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM) como un continuo biológico interrelacionado, situando a la obesidad como su componente central. Si bien destaca innovaciones, como la calculadora de riesgo PREVENT y la inclusión de determinantes sociales, cuestiona la expansión de las fronteras de la enfermedad. Desde la perspectiva de la medicina familiar y la prevención cuaternaria, esta reclasificación corre el riesgo de derivar en una medicalización excesiva, un sobrediagnóstico y la saturación de los recursos sanitarios al etiquetar prematuramente a una proporción muy amplia de la población.

## Un cambio de paradigma

En junio de 2026, la Asociación Americana del Corazón (*American Heart Association*, AHA), el Colegio Americano de Cardiología (*American College of Cardiology*, ACC), la Asociación Americana de Diabetes (*American Diabetes Association*, ADA) y la Sociedad Americana de Nefrología (*American Society of Nephrology*, ASN) publicaron la primera guía conjunta para la prevención, detección, evaluación y manejo del síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM, por sus siglas en inglés)<sup>1</sup>. Más que una actualización de recomendaciones sobre obesidad, diabetes o enfermedad cardiovascular, el documento propone un cambio conceptual profundo: dejar de abordar estas condiciones por separado y entenderlas como manifestaciones de un mismo continuo biológico que evoluciona a lo largo de la vida<sup>1</sup>.

La idea central es que la adiposidad excesiva, las alteraciones metabólicas, la enfermedad renal crónica y la enfermedad cardiovascular no son entidades independientes sino procesos estrechamente interrelacionados. Según los autores, identificar y tratar estas alteraciones de manera integrada permitiría intervenir más precozmente y reducir la progresión hacia eventos cardiovasculares, insuficiencia renal y mortalidad prematura<sup>1</sup>.

## La clasificación en estadios

La principal novedad de la guía es la creación de una clasificación por estadios que describe la evolución de este continuo cardiovascular-reno-metabólico.

**Estadio 0:** corresponde a personas sin exceso de adiposidad, sin factores de riesgo metabólicos ni enfermedad renal ni cardiovascular. En este grupo las recomendaciones son las clásicas medidas de promoción de la salud: alimentación saludable, actividad física regular, prevención del tabaquismo, sueño adecuado y mantenimiento de un peso saludable.

**Estadio 1:** incluye a las personas con exceso de adiposidad, aun cuando no presenten diabetes, ni

hipertensión ni enfermedad cardiovascular. Este es uno de los cambios conceptuales más relevantes del documento. La obesidad deja de ser un simple factor de riesgo y pasa a considerarse un componente central del síndrome CKM. La guía recomienda evaluar no solo el índice de masa corporal, sino también la distribución de la grasa corporal, en especial la adiposidad abdominal. Las recomendaciones propuestas incluyen programas estructurados de cambios en el estilo de vida, intervenciones conductuales, farmacoterapia para la obesidad, cuando corresponda, y cirugía metabólica en situaciones seleccionadas.

**Estadio 2:** incluye a las personas que presentan factores de riesgo metabólicos o enfermedad renal temprana. Aquí se ubican quienes tienen prediabetes, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome metabólico, albuminuria o enfermedad renal crónica en etapa inicial. En este grupo la guía propone intensificar las intervenciones preventivas y otorga un papel destacado a los tratamientos que han demostrado beneficios cardiovasculares y renales, entre ellos los inhibidores de SGLT2 y los agonistas del receptor GLP-1, además del control de la presión arterial, los lípidos y el peso corporal.

**Estadio 3:** corresponde a la presencia de enfermedad cardiovascular o renal subclínica. Son personas que aún no han desarrollado manifestaciones clínicas evidentes, pero ya presentan signos de daño orgánico, como calcificación coronaria, hipertrofia ventricular izquierda, aterosclerosis subclínica o deterioro renal más avanzado. En esta etapa la guía propone estrategias preventivas intensivas y una evaluación más detallada del riesgo cardiovascular.

**Estadio 4:** incluye a quienes ya presentan enfermedad cardiovascular clínica, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica, con o sin enfermedad renal avanzada. En este escenario se aplican las estrategias clásicas de prevención secundaria integradas con el abordaje metabólico y renal.

## **PREVENT y la estimación del riesgo**

Otro de los pilares de la guía es la **adopción formal de la [calculadora PREVENT](#)** para la estimación del riesgo cardiovascular. A diferencia de los modelos tradicionales, estas ecuaciones incorporan variables relacionadas con la salud metabólica y renal y permiten estimar tanto el riesgo a 10 años como el a 30 años. Los autores consideran que esta aproximación permitiría identificar a personas jóvenes con un riesgo acumulado elevado que podrían beneficiarse de intervenciones más tempranas<sup>1</sup>.

La guía también refleja claramente el impacto que han tenido los nuevos tratamientos para la obesidad y diabetes en la medicina cardiovascular contemporánea. Los agonistas de GLP-1 y los inhibidores de SGLT2 aparecen a lo largo del documento como herramientas capaces de modificar de manera simultánea los riesgos metabólicos, renales y cardiovasculares. De hecho, resulta difícil separar la aparición del concepto CKM del creciente protagonismo de los tratamientos que actúan sobre varios de estos dominios simultáneamente.

## **Determinantes sociales y atención primaria**

Un aspecto particularmente interesante es la **incorporación explícita de los determinantes sociales de la salud**. La guía recomienda evaluar sistemáticamente factores como la inseguridad alimentaria, las barreras económicas, el acceso a medicamentos, la estabilidad habitacional y las oportunidades de realizar actividad física. Aunque estos factores forman parte habitual de la mirada de la medicina familiar, siguen siendo relativamente poco frecuentes en los documentos de alto impacto elaborados por sociedades cardiovasculares.

En nuestro contexto, esta discusión encuentra un antecedente regional relevante en la iniciativa HEARTS en las Américas, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como

adaptación regional del paquete técnico HEARTS de la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup>. HEARTS —cuyo acrónimo alude a estilos de vida saludables (*Healthy lifestyle*), protocolos de tratamiento basados en evidencia (*Evidence-based treatment protocols*), acceso a medicamentos y tecnología esenciales (*Access to essential medicines and technology*), manejo basado en el riesgo (*Risk-based management*), trabajo en equipo (*Team-based care*) y sistemas de monitoreo (*Systems for monitoring*)— se propone como modelo de manejo del riesgo cardiovascular, incluida la hipertensión y la diabetes, en el primer nivel de atención. Su abordaje es deliberadamente sencillo y escalable: medición estandarizada y precisa de la presión arterial con dispositivos validados, protocolos de tratamiento simples y consensuados con preferencia por combinaciones de dosis fijas, acceso sostenido a un núcleo de medicamentos asequibles, reorganización del cuidado en equipos con redistribución de tareas hacia personal no médico, y un sistema de monitoreo y evaluación a nivel de los servicios de salud. La OPS articula este componente clínico con medidas poblacionales (tabaco, sal, alcohol y grasas trans), en línea con el modelo de cuidado crónico.

Desde la mirada de la medicina familiar, este antecedente ofrece también un contrapunto conceptual al discurso del síndrome CKM. El enfoque integrado propone mirar “todo junto” —obesidad, diabetes, enfermedad renal y cardiovascular— como un continuo único, y suele presentarse como una forma más centrada en las personas. Sin embargo, integrar las enfermedades no equivale a centrarse en las personas. Reclasificar a un individuo dentro de un nuevo continuo diagnóstico puede, paradójicamente, alejarnos de su subjetividad: reduce su experiencia a un estadio y a un riesgo calculado, y tiende a organizar el cuidado en torno a la enfermedad más que en torno a quien la vive. Centrarse de verdad en las personas implica partir de su contexto, sus valores y sus preferencias; reconocer lo que cada una puede y quiere hacer con su salud; evitar etiquetar prematuramente a quienes no se beneficiarán de las intervenciones; y construir el cuidado junto a ellas, en lugar de asignarlas a una clasificación. En este sentido, la incorporación de los estadios CKM y de la calculadora PREVENT debería fortalecer las estrategias de atención primaria y poblacionales ya existentes en la región —como HEARTS—, y no superponer nuevas categorías diagnósticas, circuitos o intervenciones que aumenten la carga asistencial y la medicalización sin demostrar beneficios clínicamente relevantes para quienes atendemos.

## Una mirada desde la prevención cuaternaria

Como suele ocurrir con los cambios de paradigma, la guía también plantea interrogantes importantes. Pocos discuten hoy la estrecha relación entre la obesidad, la diabetes, la enfermedad renal y la enfermedad cardiovascular. La controversia surge cuando esa relación se transforma en una nueva entidad diagnóstica. **Al incorporar la adiposidad como punto de partida del síndrome CKM y utilizar herramientas de estratificación cada vez más sensibles, una proporción muy amplia de la población podría quedar incluida en algún estadio de la clasificación que implique intervenciones.**

Desde la perspectiva de la medicina familiar y la prevención cuaternaria, esto obliga a preguntarse si estamos ante una estrategia que permitirá identificar más tempranamente a quienes realmente se beneficiarán de intervenciones preventivas, o si estamos ampliando nuevamente las fronteras de la enfermedad. Del mismo modo, el uso de estimaciones de riesgo a 30 años podría favorecer intervenciones oportunas en personas jóvenes, pero también incrementar el número de individuos considerados de alto riesgo pese a tener un riesgo absoluto bajo a corto plazo.

La guía CKM 2026 probablemente no sea recordada por introducir un nuevo medicamento ni por modificar radicalmente conductas clínicas específicas. Su verdadera innovación consiste en proponer una nueva forma de organizar el pensamiento preventivo, integrando la obesidad, la diabetes, la enfermedad renal y la enfermedad cardiovascular en un continuo. Queda por ver si este marco conceptual logra traducirse en mejores resultados para las personas sin incrementar innecesariamente la medicalización, el sobrediagnóstico ni el uso de recursos sanitarios.

Recibido el 06/07/2026, aceptado el 07/07/2026 y publicado el 14/07/2026

## **Declaración de uso de inteligencia artificial**

Durante la preparación de este manuscrito fue utilizada la herramienta Gemini (Google) con el fin de sintetizar y refinar el resumen (abstract) a partir del contenido original del artículo. La autora revisó y editó el resultado de manera crítica, asumiendo la responsabilidad total del contenido final y de la precisión de la información presentada.

## **Fuentes de financiamiento / Conflicto de interés de los autores**

Este artículo no contó con fuentes de financiamiento específicas. La autora declaró no tener conflictos de interés.

## **Declaración de revisión editorial**

Artículo no evaluado por pares externos. Por sus características, este artículo fue evaluado por el Comité Editorial de Evidencia

## **Referencias**

1. Khan SS, Vaduganathan M, de Boer IH, et al. 2026 AHA/ACC/ADA/ASN Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic Syndrome. Circulation [Internet]. 2026 Jun 9 [cited 6 jul 2026]. DOI: <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001453>. Epub ahead of print. PMID: [42263157](#)
2. American Heart Association. The American Heart Association PREVENT™ Online Calculator [Internet]. Dallas: American Heart Association; c2026 [cited 6 jul 2026]. Available from: <https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements/prevent-calculator>
3. Ordunez P, Rosende A, Grande Ratti MF, et al. Evidence-Informed Prioritization of Interventions for Integrating Hypertension Management into Cardiovascular-Kidney-Metabolic Care in Primary Health Care: HEARTS 2.0 Phase 3. Am J Hypertens [Internet]. 2026 Apr 22[cited 13 jul 2026]:hpag033. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajh/hpag033>. Epub ahead of print. PMID:[42018750](#)