



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica Unidad 4to año

UNIDAD TEMÁTICA 3: EVALUACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL (RCV). SÍNDROME METABÓLICO

Autor: Roberto Parodi (Clínica Médica – UDA Hospital Centenario)

OBJETIVOS:

Evaluación de riesgo cardiovascular global. Desarrollar un enfoque integrador de los factores de riesgo cardiovascular. Scores de riesgo CV clínico. Pros y contras de los scores. Factores psicosociales de riesgo CV. Definiciones de síndrome metabólico, su significado clínico. Conocer la fisiopatología, formas de presentación, principales definiciones e implicancias del síndrome metabólico.

Impacto de cambios de estilo de vida. Estudios vasculares no invasivos para detección de enfermedad vascular subclínica.

Conocer los métodos de detección de lesión subclínica de órganos blancos. Breve referencia de métodos, utilidad y aplicabilidad. Marcadores serológicos (PCR ultrasensible), marcadores estructurales (score de calcio coronario, espesor mio-intimal, índice tobillo-brazo, rigidez arterial por velocidad de onda de pulso), marcadores funcionales (disfunción endotelial)

Establecer metas de tratamiento de los principales factores de riesgo.

Considerar la influencia del estilo de vida en la fisiopatología de la enfermedad: la alimentación y la actividad física. Tabaquismo, evaluación y estrategias de deshabitación. Considerar el impacto de los cambios en el estilo de vida como parte fundamental de cualquier tratamiento. Conocer estrategias de prevención en el nivel de atención primaria.

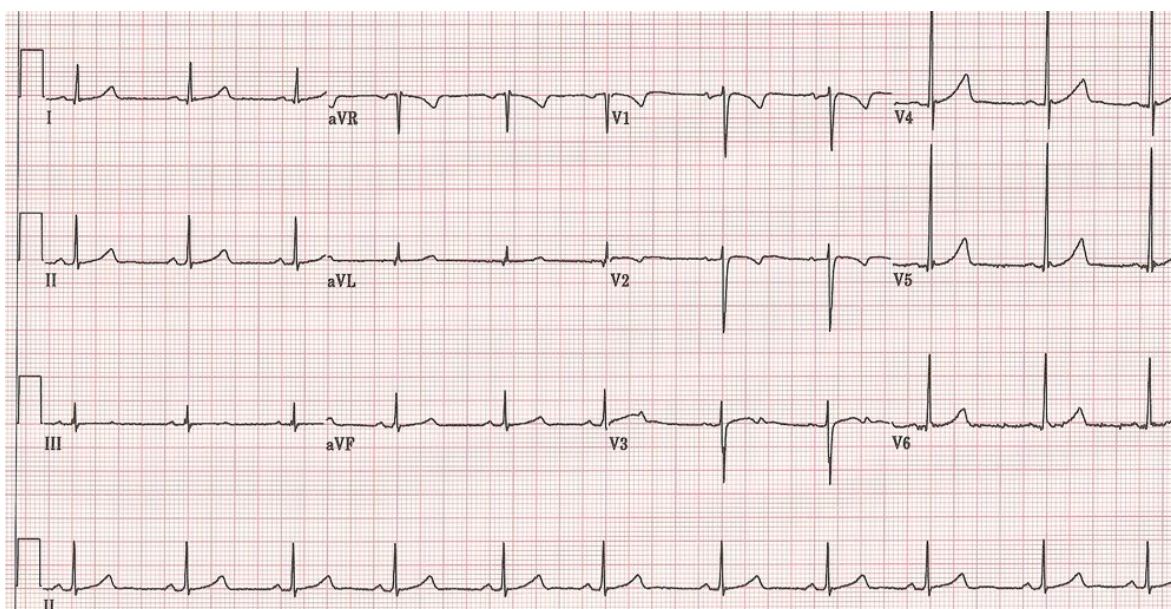
Contenidos a recuperar: *Biología molecular. Patrones de herencia humana (Crecimiento y desarrollo e Injuria) Evolución humana (Crecimiento y desarrollo) Nutrición normal: nutrientes, índices de masa corporal, etc. (Nutrición) La influencia de las condiciones sociales y culturales en la alimentación (Nutrición) El valor del ejercicio físico (Trabajo y tiempo libre) Fisiopatología de la resistencia a la insulina (Injuria) Dislipemias. Fisiopatología de las lesiones arteriales de vasos grandes y pequeños (Injuria). El tabaco como noxa (Injuria)*

CASO CLÍNICO

Mario acude a la consulta con Antonela a los dos meses del control inicial, trae estudios solicitados y controles de presión arterial. Refiere sentirse “triste” porque no quedó seleccionado en el trabajo de la constructora (“tomaron empleados más jóvenes a mi edad es más difícil quedar en blanco”), no tuvo sintomatología alguna.

Los controles que trae de presión arterial, aproximadamente unas 15 mediciones realizados en el centro de salud a diferentes horarios, tomados por diferentes enfermeros con el mismo presurómetro aneroide (no automático) del centro de salud, en distintos momentos del día, con tres mediciones por vez, promediando segunda y tercera. Se verifica que las condiciones de toma de presión hayan sido las adecuadas. Los valores oscilan entre 130 y 160 mmHg de presión sistólica (PAS), y entre 86 y 100 mmHg de presión diastólica (PAD), con promedios de 144/92 mmHg para PAS y PAD respectivamente.

Estudios solicitados:



ECG: Ritmo Sinusal, FC 60 por minuto, Eje eléctrico: + 45°, Onda P normal, Intervalo PR 160 mseg, QRS 60 mseg, QT 380 mseg, Repolarización normal

Laboratorio:

Hematocrito	47%	ASAT	58 UI/L	Colest total	218 mg/dL
Hemoglobina	13,8 g/dL	ALAT	85 UI/L	Colest HDL	32 mg/dL
Leucocitos	5.800 /mm ³	FA	220 UI/L	Colest LDL	128 mg/dL
Plaquetas	228.000/mm ³	GGT	70 UI/L	Triglicéridos	290 mg/dL
Glucemia	104 mg/dL	Natremia	143 mEq/L	Ac. úrico	7,1 mg/dL
Uremia	40 mg/dL	Potasemia	4,2 mEq/L	PSA	1,1 ng/mL
Creatinina	1,2 mg/dL	TSH	3,8 mUI/mL		

Al examen actual presenta una PA 144/94mmHg FC 80x' FR 16x', resto del examen físico sin modificaciones con respecto a consulta anterior.

Interrogantes:

- *En base a los datos de la historia clínica y los exámenes complementarios iniciales, dónde nos situamos con el paciente en cuanto a su presión arterial, y en cuanto a su estado metabólico (metabolismo de la glucosa y lípidos).*
- *Rol patogénico de la obesidad y patrones de distribución del tejido adiposo. Herramientas para evaluar obesidad central (índice de masa corporal, perímetro abdominal o circunferencia de cintura, RMI abdomen, índice HOMA, insulinemia).*
- *¿Tiene Mario un síndrome metabólico?*
- *Definiciones de síndrome metabólico a lo largo del tiempo. Controversias en cuanto a los criterios diagnósticos y utilidad práctica*
- *Distintas presentaciones y hallazgos clínicos orientadores a síndrome metabólico, patologías asociadas en ambos sexos*
- *¿La ausencia de acantosis nigricans descarta el diagnóstico de síndrome metabólico? ¿Y en caso de que hubiésemos detectado en Mario la presencia de acantosis nigricans qué valor la asignaríamos al hallazgo?*
- *¿Qué impacto y significado clínico práctico implica tener síndrome metabólico?*
- *¿Cómo interpreta los hallazgos de laboratorio?*
- *¿Cómo estratificaría su riesgo CV global?*
- *¿Qué herramientas tiene disponible para estratificar riesgo?*
- *¿Utilidad y limitaciones de scores clínicos? ¿Cómo se interpreta los distintos niveles de riesgo?*
- *Buscar modelos de scores clínicos de uso más difundido y con mayor validación. ¿Qué factores de riesgo no considera ni contemplan muchos de los scores difundidos?*
- *Impacto del sedentarismo, obesidad, estilo de vida y factores psicosociales y emocionales en el riesgo, y las implicancias de sus modificaciones como medidas preventivas del desarrollo de diabetes y del riesgo CV.*
- *Recuperar contenidos de proceso de aterosclerosis. Base racional para detección de aterosclerosis subclínica. Métodos disponibles. Estudios vasculares (velocidad de onda de pulso para detección de rigidez arterial, su significado clínico; espesor mio intimal arterial, detección de placas de aterosclerosis y sus características, score de calcio coronario)*
- *¿Qué población seleccionaría para indicar búsqueda de aterosclerosis subclínica para refinar estratificación de riesgo cardiovascular? ¿Qué requisitos debería tener un estudio vascular para ser considerado de aplicación en la práctica cotidiana?*

Plan de Antonela:

Le sugiere modificaciones en estilo de vida, dialoga con Mario acerca de la disponibilidad, factibilidad e iniciativa, para modificar su dieta con disminución de consumo de sodio, descenso calórico y tipo de alimentación. Así mismo como iniciar actividad física reglada, acuerdan en agregar caminatas 4 veces por semana de aproximadamente una hora. Y abandono del tabaquismo, Mario le refiere que lo está pensando pero que no está dispuesto actualmente a dejar de fumar.

Le propone entrevista y seguimiento con Licenciada en Nutrición del centro de Salud, en forma semanal, a lo que accede y se gestiona el turno. Y también le ofrece consulta con

equipo de deshabituación tabáquica en Hospital de 3° nivel de georreferencia del centro de salud.

Le solicita completar analítica de sangre y orina con micro albuminuria, ecocardiograma y prueba ergométrica graduada con evaluación cardiológica para realizar actividad física.

Le solicita que continúe con controles de presión arterial y cita en tres meses.

Interrogantes:

- *¿Le solicitaría algún examen complementario extra?*
- *Si estuviera disponible y accesible, ¿estima que Mario es candidato a realizar estudios vasculares no invasivos como score de calcio coronario o detección de placas en arterias carótidas y femorales?*
- *¿Iniciaría en esta instancia algún tratamiento farmacológico?*
- *¿En qué período de tiempo aproximado citaría a control? ¿Cuánto tiempo esperaría para evaluar los resultados de las modificaciones en estilo de vida?*
- *¿Qué estrategias conoce para abordar la deshabituación del tabaquismo?*
- *¿Cómo actuar ante la negativa de Mario de abandonar el tabaquismo o en caso de que tampoco acceda a otras modificaciones de estilo de vida?*
- *¿Agregaría información importante evaluar factores psicológicos y que repercusiones podrían tener en el riesgo cardiovascular?*