



Clínica cotidiana

Abordaje integral del síndrome metabólico en paciente con riesgo cardiovascular elevado

Isabel M^a Paúles Cuesta^{a,*}, Laura Cardona Monzón^b, Paola Martínez Ibáñez^c,
 María Asunción Gracia Aznar^d, Cristina Ruiz Morollón^e, Jonatan Alonso Morte^f

^aCentro de Salud Amando Loriga. Caspe, Zaragoza. ^bCentro de Salud de Tauste. Tauste, Zaragoza. ^cCentro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza. ^dCentro de Salud Delicias Norte. Fuentes de Ebro, Zaragoza. ^eCentro de Salud de Híjar. Híjar, Zaragoza. ^fCentro de Salud de María de Huerva. María de Huerva, Zaragoza.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de abril de 2025
 Aceptado el 9 de enero de 2026
 On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Síndrome metabólico
 Estilo de vida saludable
 Medicina de la conducta

Keywords:

Metabolic syndrome
 Healthy lifestyle
 Behavioral medicine

R E S U M E N

Se describe el caso de un hombre de 48 años con hipertensión, dislipemia, diabetes tipo 2, obesidad y tabaquismo, con mala adherencia al tratamiento y alto riesgo cardiovascular. Entre junio de 2021 y junio de 2022 se aplicó un enfoque integral que combinó cambios en el estilo de vida y ajuste farmacológico, con el objetivo de mejorar su perfil cardiovascular y reducir el riesgo asociado a su enfermedad.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Comprehensive approach to metabolic syndrome in a patient with high cardiovascular risk

A B S T R A C T

We describe the case of a 48-year-old man with hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes, obesity, and a history of smoking, who had poor treatment adherence and a high cardiovascular risk. Between June 2021 and June 2022, a comprehensive approach combining lifestyle changes and medication adjustments was implemented to improve his cardiovascular profile and reduce the risk associated with his disease.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
 Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: impaules@salud.aragon.es (I.M. Paúles-Cuesta).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.002>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 48 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia, diabetes tipo II, asma, obesidad y tabaquismo intenso (46,5 paquetes/año), que acudió a consulta con un índice de masa corporal (IMC) de 35,29 kg/m², perímetro abdominal de 119 cm, hábitos alimentarios inadecuados y elevado sedentarismo. Sus análisis mostraban un perfil lipídico muy alterado (colesterol total 329 mg/dl, LDL 134 mg/dl, triglicéridos 1134 mg/dl y HDL 30 mg/dl), hipertensión no controlada (145/91 mmHg) y glucemia elevada (glucemia basal 257 mg/dl, HbA1c 11,9 %), lo que le situaba en un alto riesgo cardiovascular. Además, presentaba estrés elevado y síntomas de ansiedad y depresión, y tenía mala adherencia al tratamiento previamente pautado (enalapril, metformina y simvastatina).

Se recomendó una dieta hipocalórica, con 5 comidas al día, rica en frutas, verduras, carne y pescado bajos en grasas, ácidos grasos insaturados (aceite de oliva, aguacate, frutos secos) y baja en grasas saturadas, azúcares refinados y sal, restringiendo los alimentos ultraprocesados, las bebidas carbonatadas y el alcohol. Se implementó un programa de actividad física supervisada que consistió en 30 minutos de ejercicio aeróbico (caminar) al menos 5 veces por semana, con el objetivo de reducir peso e IMC. Técnicas de manejo del estrés como la meditación y respiración profunda fueron recomendadas para mejorar el bienestar emocional.

El tratamiento farmacológico se ajustó a su perfil de riesgo cardiovascular: Atorvastatina 80 mg/día para colesterol y LDL, fenofibrato 160 mg/día para triglicéridos, dapagliflozina/metformina 5/1.000 mg/12 h y dulaglutida 1,5 mg/semana para optimizar el control glucémico, y olmesartán/hidroclorotiazida 40/25 mg para hipertensión. Se programaron controles analíticos trimestrales y seguimiento antropométrico mensual, junto con evaluación del bienestar emocional, mediante la escala Goldberg¹.

Tras un año de intervención, el paciente adoptó hábitos alimentarios más saludables y mejoró progresivamente su capacidad física, pasando de caminar 30 minutos con disnea a una hora y media sin síntomas. En cuanto al hábito tabáquico, el paciente redujo el IPA de 46,5 paquetes/año (30 cigarrillos/día o 1,5 paquetes/día) a 0,25 paquetes al año de la intervención (5 cigarrillos/día).

Se consiguió reducir el riesgo cardiovascular de alto a moderado y hubo una disminución de un 50 y 90 % de riesgo según las escalas SCORE² y REGICOR³, respectivamente. La TA sistólica, diastólica y el IMC disminuyeron en un 13,79, 9,89 y 8,81 % respectivamente, así como los niveles analíticos de glucemia (-52,14 %), HbA1c (-40,33 %), colesterol total (-60,48 %), LDL (-47,61 %) y triglicéridos (-88,53 %). Los niveles de HDL aumentaron un 66,66 %. Aunque no se alcanzó el IMC < 30 kg/m², se logró una pérdida de peso significativa y un cambio hacia hábitos más saludables. Además, se observó una mejora en el estado anímico, con niveles de ansiedad y depresión escasos al final del seguimiento (tablas 1 y 2).

Comentario

El síndrome metabólico (SM) es una condición clínica caracterizada por varios factores de riesgo con elevada morbimortalidad cardiovascular: obesidad abdominal (perímetro abdominal ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres), hipertensión arterial (HTA) (cifras superiores a 140/90 mmHg o toma de fármacos antihipertensivos, alteraciones del perfil lipídico (triglicéridos ≥ 150 mg/dl y HDL < 40 mg/dl en hombres < 50 mg/dl en mujeres) y alteraciones en el metabolismo de la glucosa (glucosa basal alterada ≥ 100 mg/dl)⁴.

Su prevalencia ha aumentado de forma notable, afectando en España a cerca del 30 % de los adultos, con una incidencia creciente que afecta a más de 94.000 personas anualmente y representa un importante problema de salud pública. Se asocia

Tabla 2 – Resultados de la intervención.

Parámetro	Basal	3 meses	6 meses	12 meses
Perímetro abdominal (cm)	119	110	104	102
Peso (kg)	102	99	95	93
IMC (kg/m ²)	35,29	34,26	32,87	32,18
TA (mmHg)	145/91	140/90	130/85	125/82
Glucosa en ayunas (mg/dl)	257	133	148	123
HbA1c (%)	11,9	7	7,3	7,1
Colesterol total (mg/dl)	329	189	156	130
LDL (mg/dl)	134	84,4	74,8	70,2
HDL (mg/dl)	30	32	36	50
Triglicéridos (mg/dl)	1.134	363	226	130
Riesgo cardiovascular (REGICOR) (%)	20	11	4	2
Riesgo cardiovascular (SCORE) (%)	4	3	3	2
Riesgo cardiovascular (ESC)	Alto	Moderado	Moderado	Moderado
Nivel de ansiedad en la escala de Goldberg (puntos)	7	4	3	1
Nivel de depresión en la escala de Goldberg (puntos)	5	2	2	1

Tabla 2 – Diferencia y % de cambio tras la intervención.

Parámetro	Diferencia	%
Perímetro abdominal (cm)	17	-14,28
Peso (kg)	9	-8,82
IMC (kg/m ²)	3,11	-8,81
TAS (mmHg)	20	-13,79
TAD (mmHg)	9	-9,89
Glucosa en ayunas (mg/dl)	134	-52,14
HbA1c (%)	4,8	-40,33
Colesterol total (mg/dl)	199	-60,48
LDL (mg/dl)	63,8	-47,61
HDL (mg/dl)	20	66,66
Triglicéridos (mg/dl)	1.004	-88,53
Riesgo cardiovascular (REGICOR) (%)	18	-90
Riesgo cardiovascular (SCORE) (%)	2	-50
Nivel de ansiedad en la escala de Goldberg (puntos)	6	-85,71
Nivel de depresión en la escala de Goldberg (puntos)	4	-80

a un marcado incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2^{4,5}.

El tratamiento del SM debe ser multifactorial, combinando cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico. La evidencia reciente muestra que las intervenciones integrales basadas en dieta saludable, aumento de la actividad física y abandono del tabaco mejoran significativamente parámetros como la glucemia, la presión arterial y el perfil lipídico⁷. En este contexto, la dieta mediterránea ha demostrado beneficios relevantes en la reducción de los factores de riesgo del SM⁸.

En cuanto al tratamiento farmacológico, las guías actuales recomiendan el uso de estatinas, inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona y metformina o iSGLT2 y aGLP-1. Se ha demostrado que estos últimos reducen el peso corporal y la circunferencia de la cintura. Todos estos tratamientos han demostrado beneficios cardiovasculares y metabólicos significativos⁹.

La intervención integral, basada en la modificación del estilo de vida y el tratamiento farmacológico personalizado, es eficaz para revertir o controlar los componentes del SM, reduciendo el riesgo cardiovascular global^{7,10,11}. En el caso presentado, la aplicación de este enfoque permitió una mejora sostenida en el control glucémico, el perfil lipídico, la tensión arterial y el peso corporal, junto con la reducción del riesgo cardiovascular estimado. La replicabilidad de este modelo en

entornos clínicos reales puede contribuir a la reducción de la carga global de enfermedad metabólica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín Carbonell M, Pérez Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*. 2016;15(1):177-92.
- Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R, Graham I. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(5):476-85.
- Rodríguez Ruiz T, Rigo Carratalá F, Mairata Bosch S, García Sánchez B, Escriche Erviti L, et al. Grupo de trabajo de Riesgo Cardiovascular de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. *Riesgo Cardiovascular: Guía de actuación en Atención Primaria. Guía rápida. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut. Balears*.
- Cuesta M, Fuentes M, Rubio M, Bordiu E, Barabash A, García de la Torre N, et al. Incidence and regression of metabolic syndrome in a representative sample of the Spanish population: results of the cohort di@bet.es study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 2020;8:e001715.
- Carvajal Carvajal C. Síndrome metabólico: definiciones, epidemiología, etiología, componentes y tratamiento. *Med Leg Costa Rica*. 2017;34(1):1-19.
- National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. *Metabolic syndrome*. 2022.
- Park S, Lee J, Seok JW, Park CG, Jun J. Comprehensive lifestyle modification interventions for metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2024;56(2):249-59.
- Angelico F, Baratta F, Coronati M, Ferro D, Del Ben M. Diet and metabolic syndrome: a narrative review. *Intern Emerg Med*. 2023;18(4):1007-17.
- Rask Larsen J, Dima L, Correll CU, Manu P. The pharmacological management of metabolic syndrome. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(4):397-410.
- Martemucci G, Khalil M, Di Luca A, Abdallah H, D'Alessandro AG. Comprehensive strategies for metabolic syndrome: How nutrition, dietary polyphenols, physical activity, and lifestyle modifications address diabetes, cardiovascular diseases, and neurodegenerative conditions. *Metabolites*. 2024;14(6):327.
- Guzmán A, Navarro E, Obando L, Pacheco J, Quirós K, Vásquez L, et al. Efectividad de las intervenciones para revertir el diagnóstico del síndrome metabólico: actualización de un metaanálisis de comparación mixta de tratamientos. *Biomed*. 2019;39(4):647-62.