

DIRECTO AL OBJETIVO: sé el primero en ACTUAR, promueve la ADHERENCIA, lucha CONTRA la INERCIA



DISLIPEMIA⁵



Objetivo cLDL:
 • RV alto: <70 mg/dL + reducción ≥ 50 %
 • RV muy alto: <55 mg/dL + reducción ≥ 50 %
 • RV extremo: <40 mg/dL + reducción ≥ 50 %

		cLDL Basal		
		cLDL <100 mg/dL	cLDL 100-155 mg/dL	cLDL >155 mg/dL
Tratamiento previo	Sin estatina	EAI	EAI+/-EZE	EAI+EZE+tdPCSK9
	Con estatina	EAI+EZE+/-ABP Si riesgo extremo y cLDL >70 ml/dL EAI+EZE+tdPCSK9+/-ABP	EAI+EZE+tdPCSK9	EAI+EZE+tdPCSK9+/-ABP
	Intolerancia total a estatina	EZE+ABP Si riesgo extremo y cLDL >70 ml/dL EZE+ABP+tdPCSK9	EZE+tdPCSK9+/-ABP	EZE+tdPCSK9+ABP

Si no hay control en la siguiente visita (4-6 semanas), intensificar el tratamiento.

IPE si TG > 150 mg/dL (si EV o DM).

a. Riesgo extremo si ≥ 2EVA; EVA+HF; EVA y ≥ 2 de los siguientes: EVA aguda en paciente joven (a/a <55/65 años); revascularización previa; enfermedad polivascular; DM; ERC moderada-severa (TFGe < 44 ml/min/1,73 m² o albúmina/creatinina 30-300 mg/gr orina; lp(a) > 50 mg/dL/125 nmol/L).



DIABETES MELLITUS^{6,7}



Objetivo:
 • HbA1c < 7 %
 • HbA1c < 8 % en paciente frágil

Objetivo: Reducción del riesgo vascular y renal en personas de alto riesgo con DM tipo 2^a

PACIENTES CON EVA ^b	PACIENTES IC	PACIENTES CON ERC
<p>αGLPI^c o iSGLT2^a</p> <p>Con beneficio vascular demostrado</p>	<p>iSGLT2^a</p> <p>con beneficio vascular demostrado en esta población</p>	<p>Si TFGe <60 ml/min/1,73 m² o albúmina/creatinina >30mg/g: repetir prueba para confirmar</p> <p>En ERC a dosis máximas toleradas de IECA o ARAII</p> <ul style="list-style-type: none"> iSGLT2^a como primera elección para progresión de ERC. Iniciar si TFGe ≥20 ml/min/1,73 m² Continuar si el paciente se inicia en diálisis o trasplante renal si TFGe <45 O usar αGLP-1^c con beneficio renal probado
<p>Si HbA1c está por encima de objetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el paciente está con αGLP-1, considerar agregar iSGLT2 con beneficio vascular probado o viceversa • Pioglitazona^d 	<p>PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO</p> <p>αGLPI</p> <p>con beneficio vascular demostrado en esta población</p>	<p>Si HbA1c está por encima de objetivo en pacientes con iSGLT2 considerar incorporar αGLPI o viceversa</p>

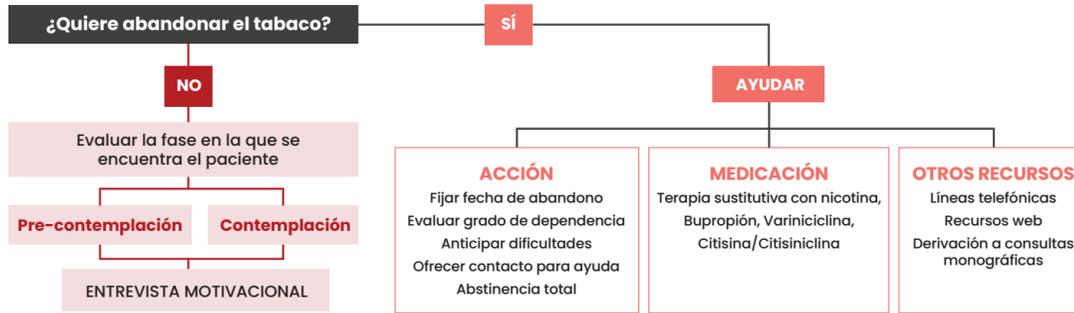
a. En personas con EVA, IC o ERC la decisión de usar un αGLPI o un iSGLT2 con beneficio CV demostrado debe hacerse independientemente del uso previo de metformina o del valor de HbA1c. b. EVA: Personas con EVA establecida (por ejemplo, infarto de miocardio, ictus y/o procedimiento de revascularización arterial) y condiciones con riesgo variable como isquemia transitoria, angina inestable, amputación, y enfermedad arterial periférica sintomática. c. Para los αGLP-1, los ensayos RCVs han demostrado su eficacia en la reducción de resultados cardiovasculares compuestos (MACE), muerte CV, mortalidad total, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, y puntos renales en individuos con DM2 y ECV o alto riesgo de ECV. Un estudio reciente también mostró beneficio renal en la reducción de la progresión de enfermedad renal y muerte renal en personas con ERC y DM2. d. Dosis bajas de pioglitazona pueden ser mejor toleradas e igual de eficaces que dosis altas. e. Para los iSGLT2, los ensayos de RCVs y renales han demostrado su eficacia en la reducción de los riesgos de MACE, muerte CV, mortalidad total, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, y resultados renales en personas con DM2 y ECV establecida o alto riesgo de ECV.



TABACO⁸



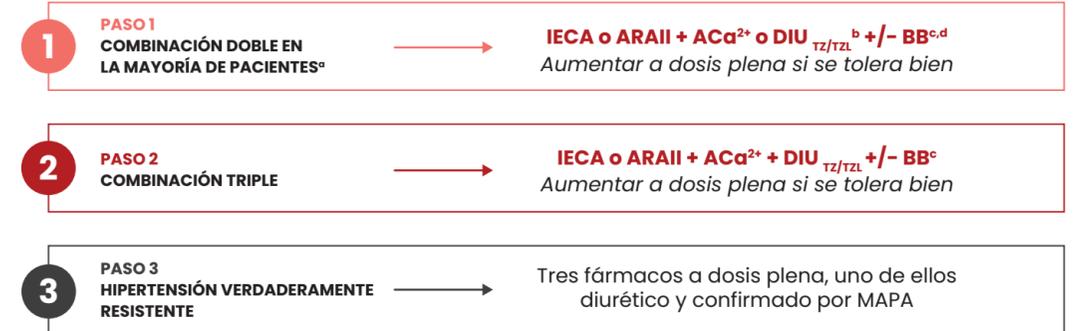
Objetivo: • Cese del hábito tabáquico



HIPERTENSIÓN ARTERIAL⁹



Objetivo: • Ideal <130/80 mmHg si lo tolera (individualizar)



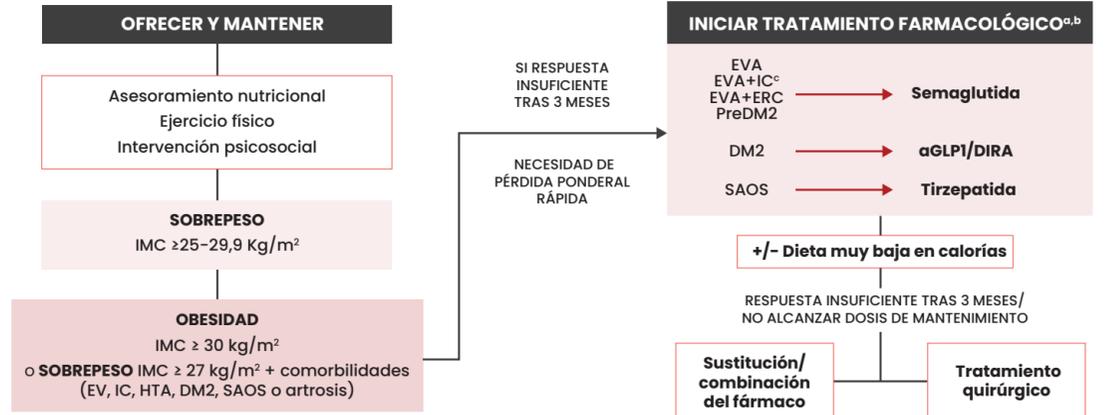
a. Considerar monoterapia en casos seleccionados: Hipertensión leve con PA <150/95, PA en el límite alto con muy alto RV, fragilidad moderada a severa, edad >85 años.
 b. Uso de diuréticos: Si la TFGe es ≥ 45 ml/min/1,73 m², usar diurético tiazídico o similar. Si la TFGe está entre 30-45 ml/min/1,73 m², considerar cambiar a un diurético de asa.
 c. Si la TFGe < 30 ml/min/1,73 m² o hay retención de líquidos/edema, usar diurético de asa.
 d. BB: deben utilizarse según indicaciones clínicas específicas o pueden considerarse en diversas situaciones.
 e. Favorecer combinaciones en 1 solo comprimido.



SOBREPESO OBESIDAD¹⁰



Objetivo:
 • IMC < 25 kg/m²
 • Perímetro abdominal: ♀ < 88 ♂ < 102 cm



a. Debe alcanzarse la dosis máxima o de mantenimiento, o bien la dosis máxima tolerada. b. El tratamiento farmacológico puede iniciarse también en pacientes con un IMC > 27 kg/m² y al menos una comorbilidad asociada con la obesidad. c. IC incluye ICFp e ICFr.



DIETA¹¹



Objetivo: • Dieta mediterránea (baja en sal, <5 gr/día)



EJERCICIO FÍSICO^{12,13}



Objetivo:
 • Aeróbico: 150 min de intensidad moderada o 75 min de intensidad alta a la semana.
 • Entrenamiento de resistencia isométrica, 2 días/semana.
 • Rehabilitación específica ante evento vascular agudo.



PRINCIPALES DETERMINANTES DEL RV¹

HISTORIA VASCULAR

- EVAA en paciente joven (σ/φ <55/65 años)
- Revascularización previa
- Enfermedad polivascular

DISLIPEMIA

- HF
- cLDL fuera de objetivos según RV
- TG > 150 mg/dL
- Lp(a) > 50 mg/dL / 125 nmol/L si > 180 mg/dL / 450 nmol/L riesgo equivalente a HF

DIABETES MELLITUS TIPO 2

HbA1c \geq 6,5%

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

> 130/80 mmHg

OBESIDAD/SOBREPESO

- IMC > 25 Kg/m²
- Perímetro abdominal: φ >88 σ >102 cm

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

TFGe < 60 ml/min/1,73 m² o albuminuria >30 mg/gr

TABAQUISMO

Fumador activo

OTROS FACTORES A TENER EN CUENTA^{2,3}

- **Factores propios de la mujer:** síndrome de ovario poliquístico, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, parto pretérmino, parto con recién nacido pequeño para la edad gestacional, desprendimiento de placenta, pérdida fetal, parto gemelar, menarquia/menopausia precoz/tardía.
- **Determinantes sociales de la salud:** pobreza, nivel socio-económico, soledad, discriminación, racismo, aislamiento social.
- **Sedentarismo, inflamación, contaminación ambiental, VIH y otras infecciones crónicas, SAOS.**

Enfermedad Vascular Ateroesclerótica Aguda (EVAA)

Enfermedad Vascular Ateroesclerótica Significativa (EVA)^a

PRUEBAS A REALIZAR⁴

IMPRESCINDIBLES

- PA, FC, ECG.
- IMC, Perímetro abdominal.
- Analítica completa: hemograma, TFGe, perfil lipídico (CT, cHDL, cnoHDL, cLDL, ApoB, Lp(a)), perfil hepático (bilirrubina, ALT, AST, GGT, FAL), glucemia, ionograma (Na⁺, K⁺, Ca²⁺), ácido úrico, HbA1c, TSH, CPK, orina (albuminuria).

CONSIDERAR SI RESULTADO MODIFICA ACTITUD TERAPÉUTICA:

Doppler carotídeo/femoral/transcraneal, ecocardiografía, score de calcio, ITB.

CLAVE EN INFORME DE ALTA/CONSULTA

- Definir todos los objetivos terapéuticos.
- Registrar el riesgo vascular del paciente en la historia clínica y en todos los niveles asistenciales.
- Asegurar la **continuidad asistencial**: indicar al paciente la **necesidad de solicitar cita con su médico de AP**, aunque la siguiente cita sea con el especialista.
- Solicitar **analítica de control** para siguiente revisión tras valoración inicial o modificación de tratamiento.
- Conciliación con la medicación previa.
- Destacar la importancia de la adherencia.

a. Enfermedad demostrada en un lecho vascular; ITB < 0,9; Estenosis carotídea > 50%; Enfermedad coronaria demostrada; Estenosis de arterias intracraneales >50%; Estenosis de arteria renal.

ABREVIATURAS

ABP: Ácido bempedoico
aGLP1: Agonistas del receptor similar al glucagón tipo 1
ALT: Alanina aminotransferasa
ApoB: Apolipoproteína B
ARAI: Antagonista del receptor de la angiotensina II
AST: Aspartato aminotransferasa
BB: Betabloqueantes
ACA2+: Antagonista de los canales de Ca²⁺
cHDL: Colesterol HDL
cLDL: Colesterol LDL
cnoHDL: Colesterol no HDL
CPK: Creatinfosfoquinasa
CT: Colesterol total
CV: Cardiovascular
DIU: Diurético
TZ/TZL: Tiazídico/ tipo tiazídico
DIRA: Agonista dual del receptor de incretinas
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
EAI: Estatinas de alta intensidad
ECG: Electrocardiograma
EV: Enfermedad vascular
ERC: Enfermedad renal crónica
EVA: Enfermedad vascular aterosclerótica
EVAa: Enfermedad vascular aterosclerótica aguda
EVA: Enfermedad vascular aterosclerótica significativa
EZE: Ezetimiba
FAL: Fosfatasa alcalina

FC: Frecuencia cardíaca
GGT: Gamma-glutamyl transferasa
HbA1c: Hemoglobina glicosilada
HF: Hipercolesterolemia familiar
HTA: Hipertensión arterial
IC: Insuficiencia cardíaca
ICFEP: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada
ICFER: Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida
IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
iSGLT2: Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2
IMC: Índice de masa corporal
IPE: Icosapento de etilo
ITB: Índice tobillo-brazo
Lp(a): Lipoproteína a
MAPA: Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial
PAD: Presión arterial diastólica
PA: Presión arterial
PAS: Presión arterial sistólica
PCSK9: Proconvertasa subtilisina/kexina tipo 9
RV: Riesgo vascular
RCVs: Resultados cardiovasculares
SAOS: Síndrome de apnea obstructiva del sueño
tdPCSK9: Terapia dirigida a PCSK9
TFGe: Tasa de filtrado glomerular estimada
TG: Triglicéridos
TSH: Hormona estimulante del tiroides
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

REFERENCIAS

1. Arrobas T, Gujarro C, Campuzano R, et al. Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles ¿Qué parámetros debe incluir un perfil lipídico básico? *Clin Invest Arterioscler.* 2023;35:91-100. Disponible en Documento de consenso para la determinación e informe del perfil lipídico en laboratorios clínicos españoles | REC: CardioClinics.
2. Goya M, Miserachs M, Suy Franch A, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) y el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Vascular (CEIPV). Ventana de oportunidad: prevención del riesgo vascular en la mujer. Resultados adversos del embarazo y riesgo de enfermedad vascular. *Rev Esp Salud Pública.* 2023 Oct 11;97:e202310084. Disponible en: Documento de consenso de la SEGO y el CEIPV. Ventana de oportunidad: prevención del riesgo vascular en la mujer. Resultados adversos del embarazo y riesgo de enfermedad vascular. e202310084 | Revista Española de Salud Pública.
3. Bushnell C, Kernan W.N., Sharrief A.Z., et al. 2024 guideline for the primary prevention of stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2024;55:e344-e424. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000475>.
4. Mostaza JM, Pintó X, Amario P, et al. Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular. *Clin Invest Arterioscler.* 2024;36:133-194. Disponible en Estándares de la Sociedad Española de Arteriosclerosis 2024 para el control global del riesgo vascular | Clínica e Investigación en Arteriosclerosis.
5. Fernández-Olmo R, Cordero A, Oterino A, et al. Planificación del tratamiento hipolipemiante en la enfermedad vascular aterosclerótica. Consenso SEC/SEA/SEEN/SEMFCY/SEMERGEN/SEMG/SEN/SEACV/S.E.N. *Clin. Investig. Arterioscler.* 2025;37(4):500799. Accesible en: Planificación del tratamiento hipolipemiante en la enfermedad vascular aterosclerótica. Consenso SEC/SEA/SEEN/SEMFCY/SEMERGEN/SEMG/SEN/SEACV/S.E.N - ScienceDirect.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care,* 48(Suppl. 1), S181–S206. Accesible en: <https://doi.org/10.2337/dc25-s009>.
7. Albert S.G., Shrestha E., Ahir V. Stroke Prevention by Antihyperglycemic Drugs in Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocr. Pract.* 2024;30:246–252. doi: 10.1016/j.eprac.2023.12.007.
8. Camarelles G, Barchilon V, Jiménez C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2024. Disponible en: <https://cms.semefyc.es/storage/1243/TABAC2024-WEB.pdf>.
9. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur J Intern Med.* 2024;126:1–15. Accesible en: 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension - ScienceDirect.
10. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Guía española del manejo integral y multidisciplinar de la obesidad en personas adultas (Guía GIRO). 2.ª ed. Madrid: SEEDO; 2024. Disponible en: seedo.es/images/site/giro/GUIA-GIRO-2a-edicin_26-NOV2024.pdf.
11. Ros E, Guasch-Ferré M, Babio N, Becerra-Tomás N, Díaz-López A, Corella D, et al. Recomendaciones dietéticas para el manejo de las dislipemias. Documento de consenso SEA 2024. *Clin Invest Arterioscler.* 2024;36(2):92–109. Disponible en Documento de recomendaciones de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA). La dieta en la prevención cardiovascular. Actualización 2024 | Clínica e Investigación en Arteriosclerosis.
12. Pelliccia A, Sharma S, Gati S et al. Guía ESC 2020 sobre cardiología del deporte y ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular [traducción al castellano]. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2021;74(6):545.e1–545.e73. Accesible en: Guía ESC 2020 sobre cardiología del deporte y el ejercicio en pacientes con enfermedad cardiovascular - Revista Española de Cardiología.
13. AulaRC. Plataforma de formación en cardiología de la Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Madrid: *Sociedad Española de Cardiología*; [citado el 28 de julio de 2025]. Disponible en: <https://aularc.es/>.



ASAP:
Algoritmo para la consecución eficaz y precoz de objetivos en Prevención vascular

Autores: De Haro Joaquín, Escobar Carlos, Gijón Teresa, Guillán Marta, Lahoz Carlos, Pérez Leopoldo, Suárez Carmen.