

XIV

CONGRESO DE LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Te ayudo a calcular el riesgo cardio renal metabólico vascular plus de esa persona?

Miguel Ángel María Tablado
CS Canillejas Madrid
GdT Diabetes SoMaMFyC



Conflicto de interés

- **GdT Diabetes SoMaMFyC**
- **GdT Nefro urología SoMaMFyC**
- **GdT Diabetes semFYC**
- **GdT Hipertensión semFYC**
- **GdT Mujeres y Diabetes SED (Sociedad Española de Diabetes)**
- **GdT Lípidos y Riesgo Cardio Vascular SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición)**
- **Miembro SEH-LELHA**
- **Miembro AMAREVA**

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿A QUIÉN REALIZAMOS EL CÁLCULO DE RIESGO VASCULAR, CON QUÉ HERRAMIENTA Y CUANDO?

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR QUE DEBO TENER EN CUENTA?

Cribado riesgo vascular (PAPPS 24)

Recomendación	Calidad de la evidencia	Fuerza de recomendación
Se recomienda el cálculo del riesgo vascular a todos los adultos de ≥ 40 años que no tengan una enfermedad vascular o que, por sus características, no sean de alto riesgo, mediante SCORE2 o SCORE2-OP (70 y 90 años).	Moderada	Fuerte a favor
Las tablas de riesgo constituyen una información complementaria y útil para ayudar a estratificar el riesgo y a tomar decisiones en el tratamiento de la dislipemia y de la HTA	Moderada	Fuerte a favor

XIV

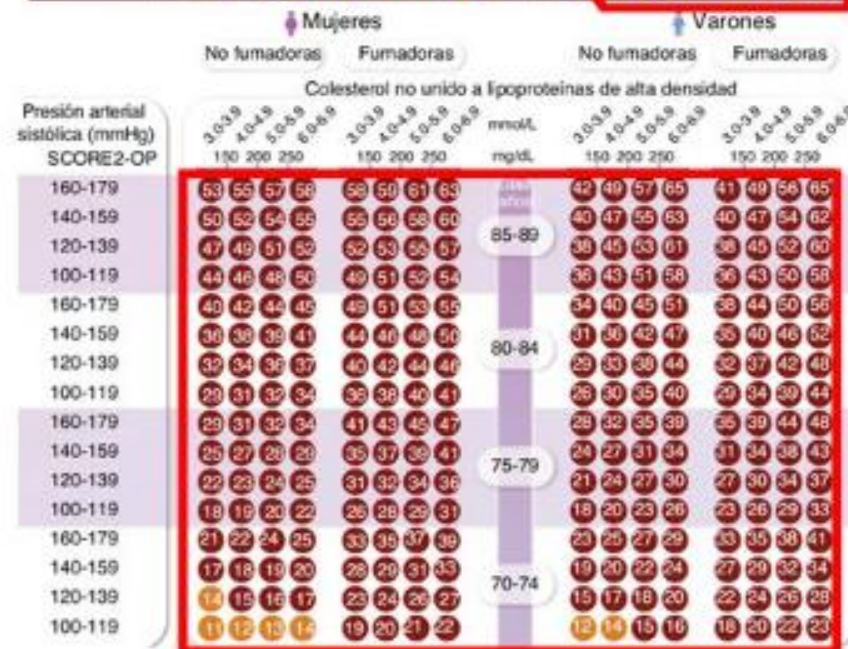
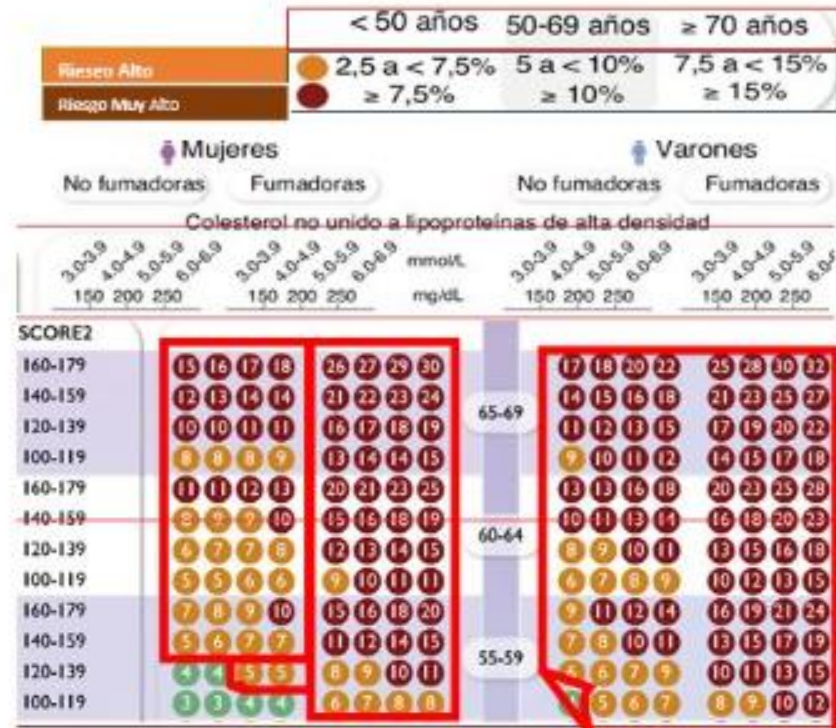
CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



SCORE 2 SCORE OP





CASOS CLÍNICOS

- **Mujer 62 años.**
 - **No fumadora.**
 - **PAS 153 mm Hg**
 - **Colesterol no HDL 183**
- **Varón 56 años**
 - **Fumador**
 - **PAS 139 mm Hg**
 - **Colesterol no HDL 175**



CASOS CLÍNICOS

- Mujer 62 años.
- No fumadora.
- PAS 153 mm Hg
- Colesterol no HDL 183

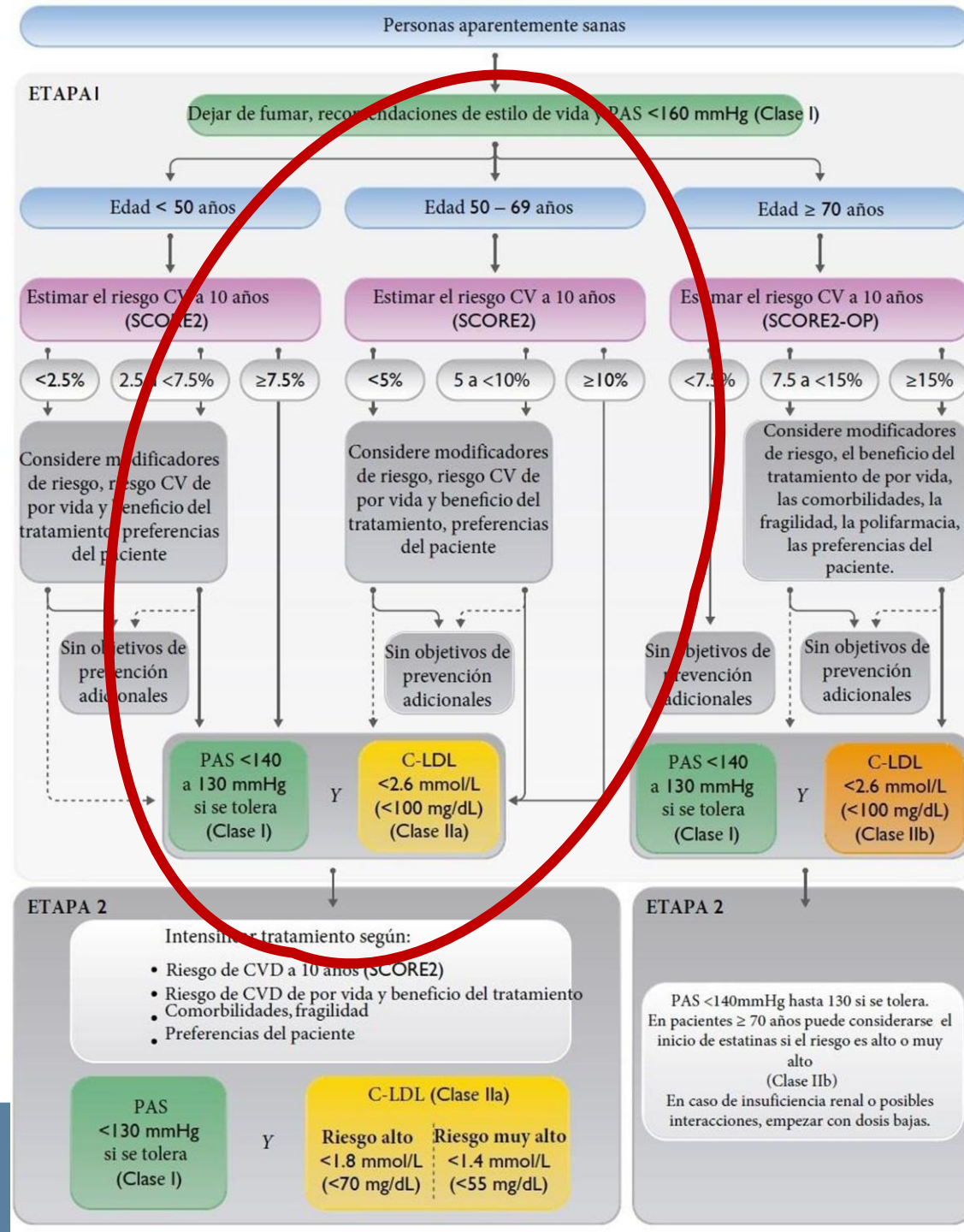
8%



	< 50 años	50-69 años	≥ 70 años
Bajo a moderado riesgo vascular	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
Alto riesgo vascular	2,5 a < 7,5%	5 a < 10%	7,5 a < 15%
Muy alto riesgo vascular	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

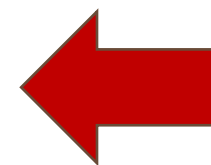
- Varón 56 años
- Fumador
- PAS 139 mm Hg
- Colesterol no HDL 175

8%





Riesgo muy alto	• Enfermedad vascular documentada, ya sea clínicamente o a través de imágenes, incluyendo infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o de otras arterias, ictus y accidente vascular transitorio, y enfermedad vascular periférica, aneurisma de aorta, así como la presencia de placas en la arteriografía coronaria o en la ecografía carotídea. No incluiría aumento del grosor de la íntima media carotídea. • Pacientes con DM con enfermedad vascular o con lesión severa de órgano diana, la presencia de filtrado glomerular estimado (FGe) $< 45 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ o FGe $45\text{-}59 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e índice albúmina/creatinina (IAC) $30\text{-}300 \text{ mg/g}$ o IAC $> 300 \text{ mg/g}$; de igual manera la presencia de complicaciones microvasculares en tres sitios diferentes (MA, retinopatía, neuropatía), confiriendo una situación de muy alto RV (afectación órgano diana grave). • Enfermedad renal crónica (ERC) grave, FGe $< 30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ o FGe $30\text{-}44 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e índice albúmina/creatinina (IAC) $> 30 \text{ mg/g}$ o FGe $45\text{-}59 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e IAC $> 300 \text{ mg/g}$ (Fig. 4). • Puntuación SCORE2 $\geq 7,5\%$ (< 50 años), $\geq 10\%$ ($50\text{-}69$ años), $\geq 15\%$ (≥ 70 años).
Riesgo alto	• Enfermedad Renal Crónica (ERC) moderada, FGe $30\text{-}44 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e IAC $< 30 \text{ mg/g}$ o FGe $45\text{-}59 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e IAC $30\text{-}300 \text{ mg/g}$ o FGe $> 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ e IAC $> 300 \text{ mg/g}$. • Valores muy elevados de colesterol ($> 8 \text{ mmol/l}$ (310 mg/dl), o de PA $> 180/110 \text{ mmHg}$. • Pacientes con DM sin enfermedad vascular ni afectación de órganos diana que no cumplan criterios de riesgo moderado. • Pacientes con hipercolesterolemia familiar. • Puntuación SCORE2 $2.5 - < 7.5\%$ (< 50 años), $5 - < 10\%$ ($50\text{-}69$ años), $7,5 - < 15\%$ (70 años).
Riesgo de bajo a moderado	• Pacientes con DM bien controlados de menos de 10 años de evolución, sin afectación de órganos diana ni la presencia de otros factores de riesgo. • Puntuación SCORE2 $< 2.5\%$ (< 50 años), $< 5\%$ ($50\text{-}69$ años), $< 7,5\%$ (70 años).



XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿CUALES SON LOS MODIFICADORES DE RIESGO VASCULAR QUE DEBO TENER EN CUENTA?

MODIFICADORES DE RIESGO

Estrés psicológico

El riesgo vascular aumenta con el estrés, desde la aparición de síntomas de estrés hasta eventos trágicos de la vida (RR 1,2 a 2,0)

Etnia

En Reino Unido, en donde se corrigen los riesgos relativos al alza en asiáticos (excepto China), y a la baja en afrodescendientes y chinos

Fragilidad

La capacidad de las medidas de fragilidad en mejorar la predicción del riesgo no se ha evaluado formalmente

Historia Familiar

Los antecedentes familiares de enfermedad vascular prematura

Genética

Existe una falta de consenso sobre la utilidad de la genética y sobre la elección del marcador.

Determinantes socioeconómicos

El bajo nivel socioeconómico y el estrés laboral se asocian de forma independiente

Ambientales

Aire, suelo y ruido

Composición corporal

Las asociaciones entre el IMC, la circunferencia abdominal y el índice cintura-cadera

Técnicas de Imagen

Calcio coronario, calcio carotideo, femoral

Género

Diabetes gestacional, Abortos. Parto prematuro. Ovario Poliquístico, Menopausia precoz.....

XI

CONG
LA SI

MADRID 13-

SOMOS A
MURO Y
SOMOS N
DE FAMIL
COMUNIT



#MAD
CONG

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿QUÉ ES EL SINDROME CARDIO RENAL METABOLICO +?

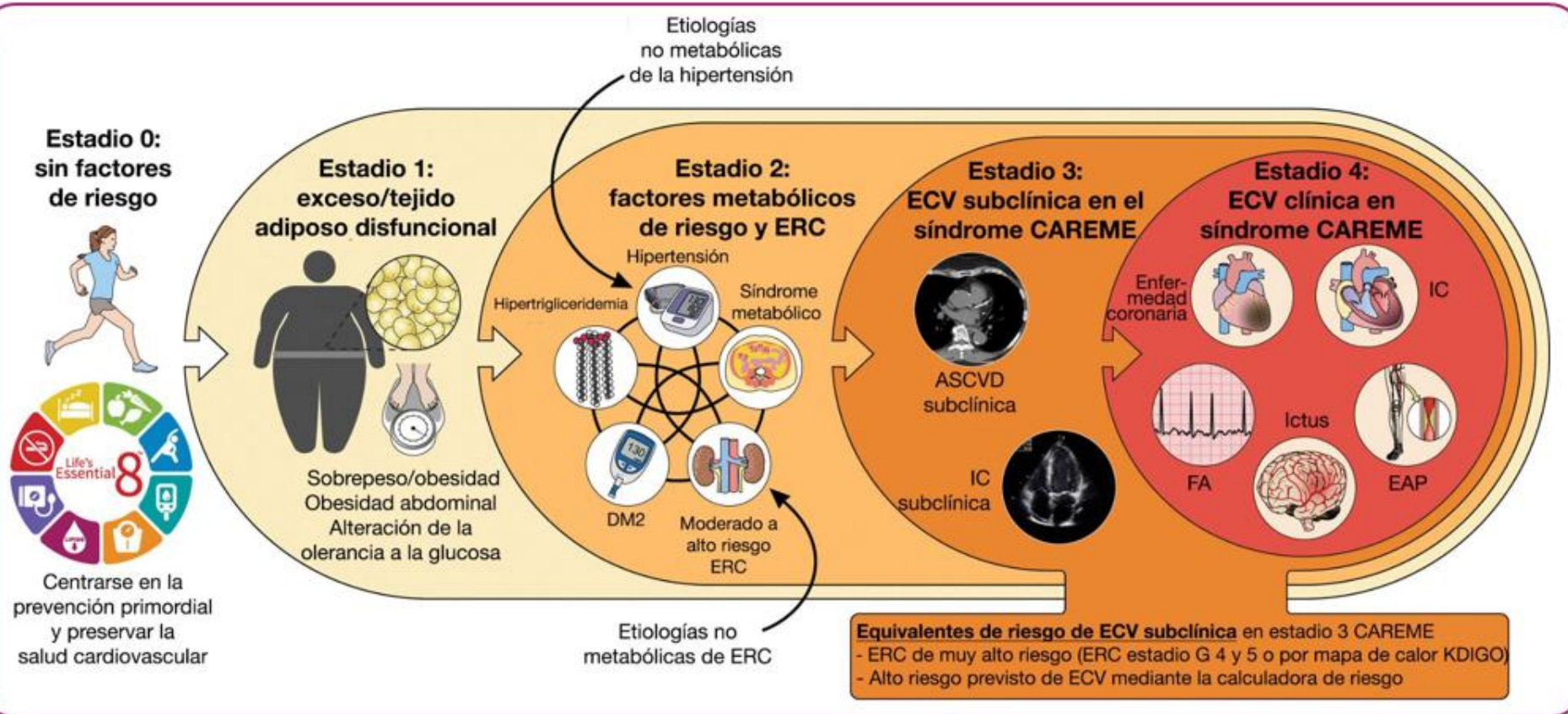


Figura 1. Estadios del síndrome CAREME.

CAREME: cardio-renal-metabólico; DM2: diabetes *mellitus* tipo 2; ERC: enfermedad renal crónica; ECV: enfermedad cardiovascular; ASCVD: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; IC: insuficiencia cardíaca; FA: fibrilación auricular.

Ndumele CE, Neeland IJ, Turtle KR, Chow SL, Mathew RO, Khan SS, et al. A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148(20):1636-64.

Enfoques de cribado para el síndrome CAREME

Período	Enfoque de cribado
<21 años	• Detección de sobrepeso y obesidad mediante tablas de específicas para el sexo y la edad: anualmente. • Evaluación de la presión arterial (evidencia/recomendación más sólida para aquellos con factores CAREME): a partir de los 3 años, anualmente para niños sin factores de riesgo; en cada visita de salud para niños con sobrepeso/obesidad, diabetes, enfermedad renal o enfermedad cardíaca estructural. • Detección de determinantes sociales adversos y salud mental y conductual para todos los niños. • Se recomienda un perfil de lípidos en ayunas: una vez entre los 9 y 11 años de edad y luego nuevamente entre los 17 y 21 años. Se recomienda la detección a partir de los 2 años de edad de los antecedentes familiares de una ECV temprana o hipercolesterolemia primaria significativa. • Además, controle la glucosa plasmática en ayunas (FPG)/PTGO/HbA1c, ALT: a partir de los 9-11 años de edad. Si es normal, puede repetirse cada 2-3 años para todos los niños con obesidad. Si es normal, puede repetirse cada 2-3 años para los niños con sobrepeso. si existen factores de riesgo adicionales (antecedentes familiares de enfermedades relacionadas con la obesidad, presión arterial elevada o niveles de lípidos, consumo de tabaco).
Adultos ≥21 años	• Detección de determinantes sociales de la salud. • Medición del IMC y la circunferencia de la cintura: anualmente. • Detección de componentes del síndrome metabólico (presión arterial elevada, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo e hiperglucemia). Anualmente para aquellos con CAREME en estadio 2. Cada 2-3 años para aquellos con CAREME en estadio 1 o antecedentes de diabetes gestacional. Cada 3-5 años para aquellos con CAREME en estadio 0. • Detección de fibrosis hepática avanzada relacionada con MASLD cada 1-2 años para individuos con diabetes, prediabetes o ≥2 factores de riesgo metabólico usando el índice FIB-4. • Evaluación de UACR junto con creatinina sérica/cistatina C para una estadificación precisa de KDIGO: Anualmente para aquellos con CAREME en estadio 2 o superior. Con mayor frecuencia para aquellos con mayor riesgo de KDIGO • Detección de calcio en la arteria coronaria razonable en aquellos con riesgo intermedio de ASCVD a 10 años para guiar la intensificación de terapias preventivas. • Detección de IC subclínica con ecocardiograma y/o biomarcadores cardíacos probablemente basados en edad/comorbilidades/puntuación de riesgo, pero aún no definidos

CAREME: cardio-renal-metabólico; ECV: enfermedad cardiovascular; FPG: glucosa en plasma en ayunas, por sus siglas en inglés; PTGO: prueba de tolerancia a la glucosa oral; HbA1c: hemoglobina glucosilada; ALT: alanina aminotransferasa; IMC: índice de masa corporal; MASLD: enfermedad hepática asociada con disfunción metabólica; UACR: cociente de microalbúmina-creatinina en orina, por sus siglas en inglés; ASCVD: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; IC: insuficiencia cardíaca.

Ndumele CE, Neeland IJ, Turttle KR, Chow SL, Mathew RO, Khan SS, et al. A Synopsis of the Evidence for the Science and Clinical Management of Cardiovascular-Kidney-Metabolic (CKM) Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2023;148(20):1636-64.

Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow: moderately increased risk; orange: high risk; red: very high risk.

Table 12 Categories for conventionally measured seated office blood pressure^a

Category	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High-normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^b	≥140	and	<90

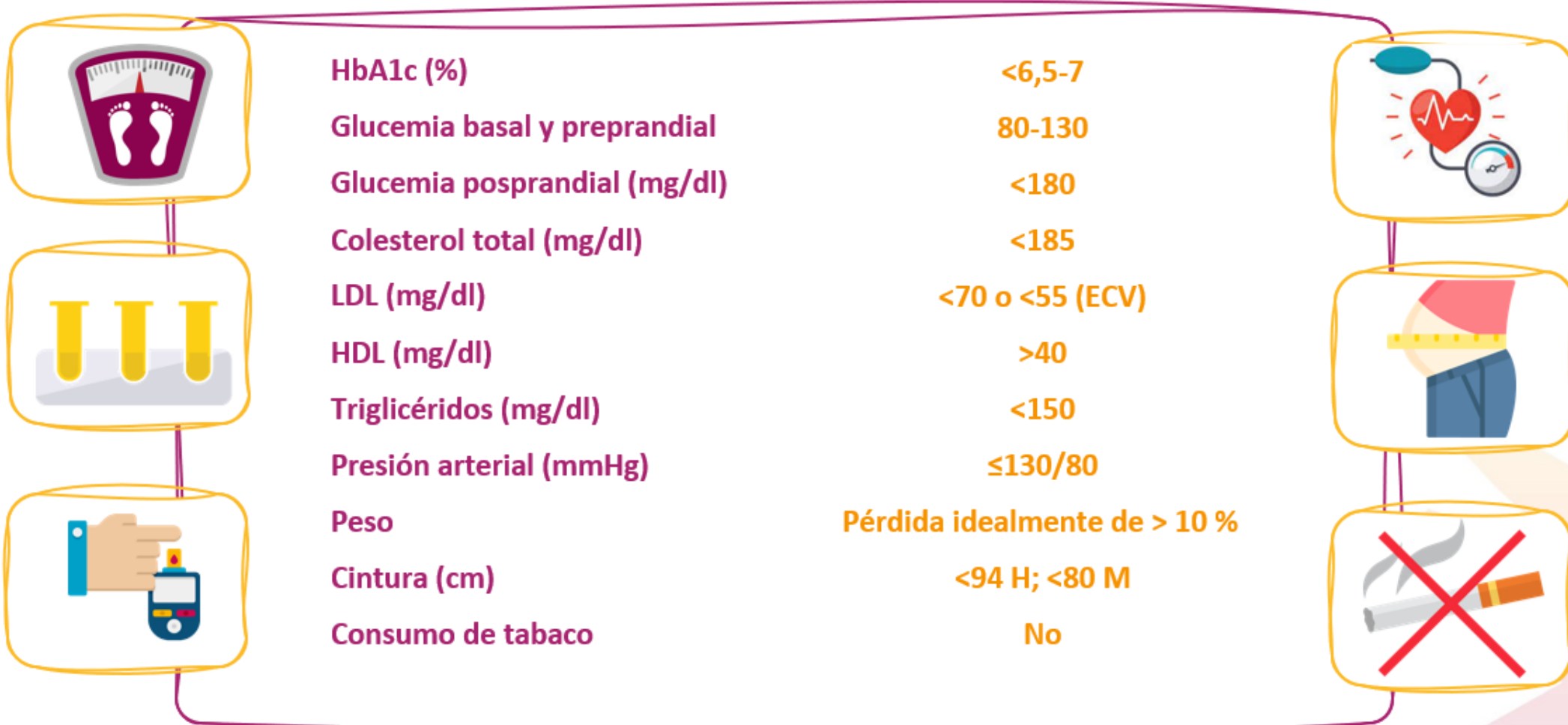
© ESC 2021

BP = blood pressure; DBP = diastolic blood pressure; SBP = systolic blood pressure.

^aBP category is defined according to seated clinic BP and by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.

^bIsolated systolic hypertension is graded 1, 2, or 3 according to SBP values in the ranges indicated.

ERC: enfermedad renal crónica.



HbA1c: hemoglobina glucosilada; LDL: lipoproteínas de baja densidad, por sus siglas en inglés; HDL: lipoproteínas de alta densidad, por sus siglas en inglés; ECV: enfermedad cardiovacular.

American Diabetes Association. Diabetes Care. 2023;43(Suppl 1):S1-S212.

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID | 13-14-15 NOVIEMBRE | 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Cual es su riesgo vascular ahora que conozco todos estos datos?

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Qué posibilidades tienen ambos de tener una Insuficiencia Cardíaca?

¿Que riesgo tienen de fibrosis hepática? ¿Son síndrome metabólico y resistentes a la insulina? ¿Merece la pena Lp(a)?



Calculadoras

SCORE 2, SCORE OP	QRISK 3	PREVENT
Edad Sexo PAS Colesterol no HDL Tabaquismo	Edad, sexo, Tabaquismo Fibrilación auricular HTA IMC Diabetes Mellitus tipo 2 Colesterol no HDL y total Etnia Disfunción eréctil Antecedentes familiares Ev prematuro VIH Migrañas Artritis Reumatoide, lupus ERC Glucocorticoides Antipsicóticos	Edad, sexo Raza Colesterol no HDL y total PAS Diabetes Mellitus tipo 2 Tabaco Albuminuria (CAC) HbA1c IMC Filtrado Glomerular Medicación antihipertensiva Tratamiento lípidos Código postal



CASOS CLINICOS

- **Mujer 62 años.**
- **No fumadora. Diabetes Gestacional**
- **PAS 153 mm Hg**
- **Colesterol Total 223 mg/dl no HDL 183 mg/dl, Tg 160 mg/dl**
- **IMC 28 kg/m²**
- **Glucemia basal 118 mg/dl**
- **HbA1c 5,6%**
- **FGe 79 ml/min/1,73m²**
- **CAC 34 mg/g**
- **Sin empleo y divorciada con un mayor a cargo**
- **Varón 56 años**
- **Fumador**
- **PAS 139 mm Hg**
- **Colesterol total 231 mg/dl no HDL 175 mg/dl, Tg 170 mg/dl**
- **IMC 31kg/m²**
- **Glucemia basal 115 g/dl**
- **Hb A1c 5,9%**
- **FGe 70 ml/min/1,73m²**
- **CAC 5 mg/g**
- **Casado. CEO en una multinacional**

11.04 %

10-Year Total CVD Risk

10-Year ASCVD Risk: 7.22%

10-Year Heart Failure Risk: 4.76%

10-Year Coronary Heart Disease Risk: 3.74%

10-Year Stroke Risk: 3.88%

38.23 %

30-Year Total CVD Risk

30-Year ASCVD Risk: 25.54%

30-Year Heart Failure Risk: 21.59%

30-Year Coronary Heart Disease Risk:

15.01%

30-Year Stroke Risk: 14.59%

Copy Results 📄

Next Steps >>>



- Glucemia basal 118 mg/dl
- HbA1c 5,6%
- FGe 79 ml/min/1,73m²
- CAC 34 mg/g
- Sin empleo y divorciada con 1 hijo mayor a cargo

nal

L

- Varón 56 años
- Fumador
- PAS 139 mm Hg
- Colesterol total 231 mg/dl no HDL 175 mg/dl, **Tg 170 mg/dl**
- **IMC 31kg/m²**

6.83 %

10-Year Total CVD Risk

10-Year ASCVD Risk: 4.87%

10-Year Heart Failure Risk: 3.00%

10-Year Coronary Heart Disease Risk: 2.69%

10-Year Stroke Risk: 2.32%

29.22 %

30-Year Total CVD Risk

30-Year ASCVD Risk: 20.37%

30-Year Heart Failure Risk: 17.62%

30-Year Coronary Heart Disease Risk:

12.14%

30-Year Stroke Risk: 10.43%

Copy Results 📄

Next Steps >>>

Check list

Factores demográficos

Edad

Sexo

Raza

Determinantes sociales de salud*

Educación

Ingresos

Deprivación social

Antecedentes

Cardiopatía isquémica

Insuficiencia cardíaca

Ictus

Check list

Predictores clínicos

IMC** / Perímetro abdominal

Test de Epworth

Presión arterial sistólica

Tratamiento antihipertensivo

Perfil Lipídico / Lipoproteína A

Tratamiento con estatinas

Diabetes

HbA1C / Variabilidad glucémica

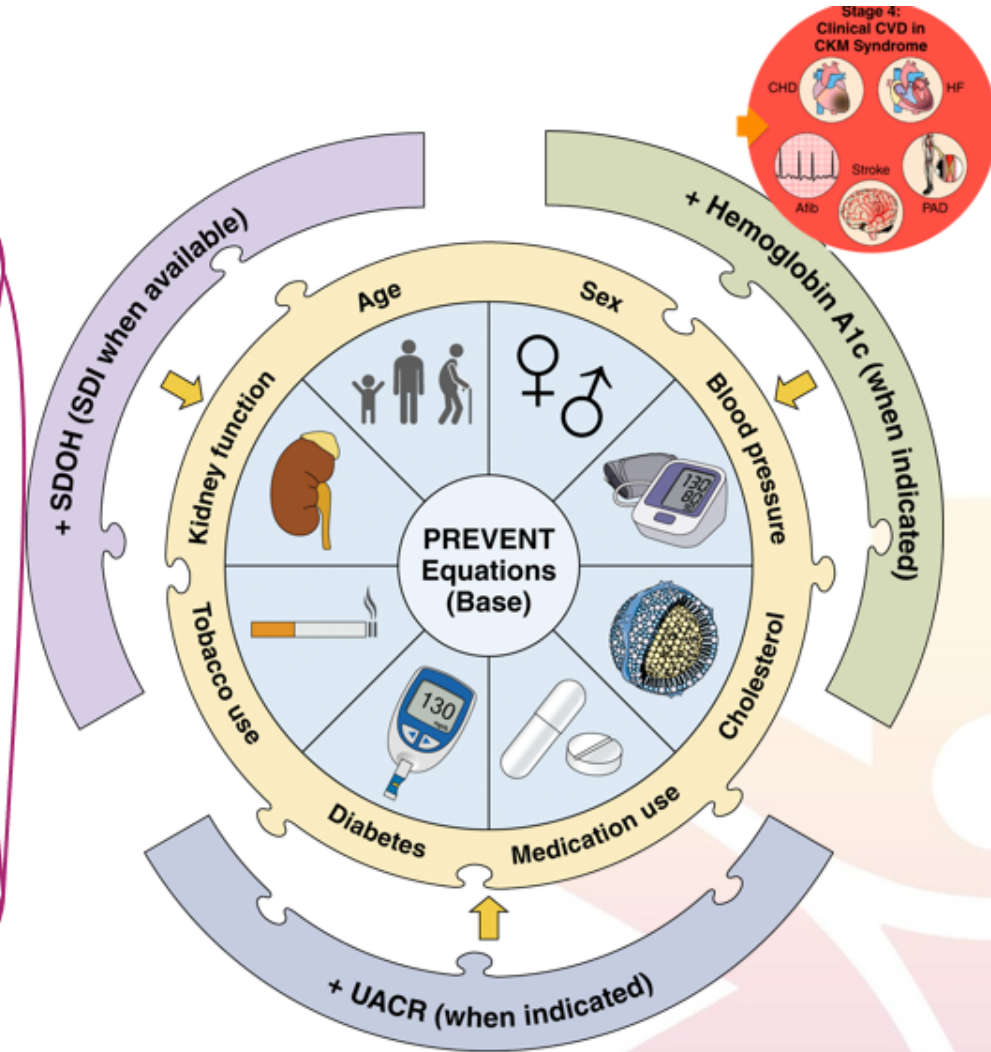
Tabaco

TFG / Cistatina C

Cociente A/C

Péptidos natriuréticos

Perfil Hepático y FIB4



CAREME: cardio-renal-metabólico; IMC: índice de masa corporal; HbA1c: hemoglobina glucosilada; TFG: tasa de filtrado glomerular.

*Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, et al. Novel Prediction Equations for Absolute Risk Assessment of Total Cardiovascular Disease Incorporating Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation.2023;148(24):1982-2004.

La AAFP recomienda evaluar: <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/the-everyone-project/toolkit.html>

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



¿Qué riesgo tienen de fibrosis
hepática?

¿Son síndrome metabólico y
resistentes a la insulina?

¿Merece la pena Lp(a)?

FIB4

- Edad, GOT, GPT, Plaquetas correlacionarse con los niveles de fibrosis de Ishak (por biopsia) con 3 niveles:
 - 0-2 (fibrosis leve)
 - 3-4 (fibrosis moderada)
 - 5-6 (fibrosis grave/cirrosis)

Índice Triglicéridos/Glucosa

- Estimación de HOMA IR
- >8 Resistencia a la Insulina

Niveles Lp(a) nmol/l	Niveles Lp(a) mg/dl	Riesgo	Factore corrector SCORE2
<100 nmol/l	18 mg/dl	Ninguno o leve	No corregir
101-200 nmol/l	19- 36 mg/dl	Moderado	1,5
201-400 nmol/l	37- 72 mg/dl	Alto	2
>400 nmol/l	90 mg/dl	Muy alto	>3





CASOS CLINICOS

- **Mujer 62 años.**
- **No fumadora. Diabetes Gestacional**
- **PAS 153 mm Hg**
- **Colesterol Total 223 mg/dl no HDL 183 mg/dl, Tg 160 mg/dl**
- **IMC 28 kg/m²**
- **Glucemia basal 118 mg/dl**
- **HbA1c 5,6%**
- **GPT 58 GOT 62 Plaq. 250.000**
- **Lp (a) 30 nmol/l**

- **Varón 56 años**
- **Fumador**
- **PAS 139 mm Hg**
- **Colesterol total 231 mg/dl no HDL 175 mg/dl, Tg 170 mg/dl**
- **IMC 31kg/m²**
- **Glucemia basal 115 g/dl**
- **Hb A1c 5,9%**
- **GPT 55 GOT 65 plaquetas 305.000**
- **Lp (a) 235 nmol/l**



CASOS CLINICOS

1,83 puntos

ITGyG 9,15

Se necesita más investigación.

Estadio aproximado de fibrosis: Ishak 2-3 (Sterling et al 2006)

Lp(a) no corregir

Copiar resultados

Próximos pasos >>>

- Colesterol Total 223 mg/dl no HDL 183 mg/dl, Tg 160 mg/dl
- IMC 28 kg/m²
- Glucemia basal 118 mg/dl
- HbA1c 5,6%
- GPT 58 GOT 62 Pla. 250.000
- Lp (a) 30 nmol/l

- Varón 56 años
- Fumador
- PAS 139 mm Hg
- Colesterol total 231 mg/dl no HDL 175 mg/dl, Tg 170 mg/dl
- IMC 31kg/m²
- Glucemia basal 115 g/dl
- Hb A1c 5,9%

1,25 puntos

ITGyG 9,18

Fibrosis avanzada excluida

Estadio aproximado de fibrosis: Ishak 0-1 (Sterling et al 2006)

Lp(a) x 2 SCORE

Copiar resultados

Próximos pasos >>>



Conclusiones

- A pesar de lo limitado de la evidencia su cálculo **debería ser una práctica habitual.**
- El cálculo de RV es una herramienta que contribuye a priorizar **intervenciones preventivas cribando, detectando e intensificando el tratamiento**, y que debe ser complementaria pero no sustitutiva de una la decisión individual del médico ante sus pacientes, consensuada con ellos.
- Entre sus limitaciones sigue estando la **baja sensibilidad, y la infraestimación del riesgo en edades jóvenes, así como la sobreestimación en personas de más edad.**



Conclusiones

- Aunque existen múltiples tablas de RV deberíamos utilizar aquella que **más se ajuste a nuestra población**, con validación y calibración reciente.
- Nuevas aproximaciones a más **variables genéticas** en el cálculo de RV serán bienvenidas, aunque aún queda mucho que desarrollar en este campo.
- La utilización de **tablas a lo largo de la vida** mejorará la apreciación del verdadero pronóstico del riesgo en nuestros pacientes.
- **La comunicación del RV a los pacientes se ha documentado como eficaz para la mejora de los FRV**, y por tanto debe continuar siendo una práctica común en nuestra actividad clínica diaria.



LipidWise®

INICIAR

LipidWise es una aplicación dirigida a profesionales sanitarios para facilitar la toma de decisiones en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Nuestro compromiso es garantizar que **LipidWise** esté actualizada con la última evidencia disponible y alineada con los documentos de consenso de las principales sociedades científicas, facilitando la toma de decisiones informada y promoviendo la práctica médica basada en la evidencia.

LipidWise integra las recomendaciones más recientes de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y las sociedades científicas españolas que más frecuentemente se enfrentan al paciente con enfermedad cardiovascular. Puede consultar los documentos de referencia en los siguientes enlaces:

- [Guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica](#) (DOI: 10.1093/eurheartj/ehab484).
- [Documento de consenso sobre el uso de nuevas terapias hipolipemiantes en la práctica clínica](#) (DOI: 10.1016/j.rccl.2024.06.002).
- [Reducción teórica de cLDL con Estatinas](#) (DOI: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a).
- [Reducción teórica de cLDL con Ezetimiba](#) (DOI: 10.1177/11772719241257410).

• [Reducción teórica de cLDL con Estatinas](#) (DOI: 10.1161/01.cir.0000437738.63853.7a).

• [Reducción teórica de cLDL con Ezetimiba](#) (DOI: 10.1177/11772719241257410).

• [Reducción teórica de cLDL con Ácido bempedoico; CLEAR Outcomes Trial](#) (DOI: 10.1056/NEJMoa2215024).

• [Reducción teórica de cLDL con Alirocumab; ODYSSEY OUTCOMES Trial](#) (DOI: 10.1056/NEJMoa1801174).

• [Reducción teórica de cLDL con Evolocumab; FOURIER Trial](#) (DOI: 10.1056/NEJMoa1615664).

• [Reducción teórica de cLDL con Inclisiran; ORION 10/11 Trials](#) (DOI: 10.1056/NEJMoa1912387).

• [Reducción teórica de cLDL según el tratamiento hipolipemiente](#) (DOI: 10.1016/j.recesp.2015.11.016).

• [Dutch Lipid Clinic Network Score \(DLCN\)](#) (DOI: 10.1093/eurheartj/ehz273).

Descargo de responsabilidad:

Los resultados y recomendaciones obtenidos por el uso de la app **LipidWise** son orientativos y no sustituyen el criterio clínico del facultativo responsable.

LipidWise

Informe final

Riesgo Cardiovascular

Alto

Estimado por

SCORE2

Objetivos

LDL	APO B	Col noHDL
<70 mg/dL o <1,8 mmol/L	<80 mg/dL o <2,1 mmol/L	<100 mg/dL o <2,6 mmol/L

DESCARGAR INFORME

LipidWise

Informe final

Tratamiento

Tolera estatinas

EAI +/- Ezetimiba

No tolera estatinas

Inclisiran

Seguimiento

6-8 semanas

DESCARGAR INFORME

Tratamiento hipolipemiente**Sexo, edad, tabaco, PAS****Colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, Triglicéridos****Sano. No EV, no ERC, no DM, no hipercolesterolemia familiar****Zona Europa bajo**



Bibliografía

- Orozco-Beltrán D, Brotons-Cuixart C, Banegas JR, Gil-Guillén VF, Cebrián-Cuenca AM, Martín-Rioboó E, Jordá-Baldó A, Vicuña J, Navarro-Pérez J. **Recomendaciones preventivas vasculares. Actualización PAPPS 2024.** *Aten Primaria*. 2024;56(Supl 1):103123. doi:10.1016/j.aprim.2024.103123. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-vasculares-actualizacion-papps-S0212656724002658>
- Martín Rioboó E, Flores Soler O J, Molinero A V, Divison J A; Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. *Recalculando el riesgo vascular. A propósito de varias publicaciones recientes*. 17 de septiembre de 2024 [Internet]. Disponible en: <https://semergen.es/?idN=2759&idNewsletter=819&seccion=lector&subSeccion=noticia>
- Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, Neeland IJ, Tuttle KR, Khan SS, et al. **Cardiovascular–Kidney–Metabolic Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association.** *Circulation*. 2023;148(20):1606-1635. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001184>
- MDCalc. **MDCalc: Medical calculators, equations, scores, and guidelines for clinical decision support** [Internet]. New York: MDCalc; ©2005–2025 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.mdcalc.com/>



Bibliografía

- MDCalc. **MDCalc: Medical calculators, equations, scores, and guidelines for clinical decision support** [Internet]. New York: MDCalc; ©2005–2025 [citado 2025 oct 13]. Disponible en: <https://www.mdcalc.com/>
- Khan SS, Navar AM, Pencina MJ, Ballantyne CM, Ndumele CE, Pandey A, et al. **Development and validation of the American Heart Association's PREVENT equations for cardiovascular disease risk prediction in U.S. adults.** *Circulation*. 2024;149(20):1563-1579. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626>
- acías J, González J, Tural C, Ortega E, Miralles P, Pulido F, et al. **Development of a simple noninvasive index to predict significant fibrosis in patients with HIV/HCV coinfection.** *Hepatology*. 2006;43(6):1317-1325 <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001184>
- Delgado-Lista J, Mostaza JM, Arrobas-Velilla T, Blanco-Vaca F, Masana L, Pedro-Botet J, Pérez-Martínez P, Civeira F, Cuende-Melero JI, Gómez-Barrado JJ, Lahoz C, Pintó X, Suárez-Tembra M, López-Miranda J, Guijarro C, et al. **Consenso sobre lipoproteína (a) de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Revisión bibliográfica y recomendaciones para la práctica clínica.** *Clin Investig Arterioscler*. 2024. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-consenso-sobre-lipoproteina-a-sociedad-S0214916824000238>

XIV

CONGRESO DE
LA SEMFYC

MADRID 13-14-15 NOVIEMBRE 2025

SOMOS AGUA,
MURO Y FUEGO:
SOMOS MEDICINA
DE FAMILIA Y
COMUNITARIA



Gracias por vuestra atención