

Manejo práctico de la terapia hipolipemiante en el ictus y ataque isquémico transitorio:

CONSENSO Y RECOMENDACIONES PRÁCTICAS.

Marimar Freijo-Guerrero, Pere Cardona, Mar Castellanos, Reyes De Torres-Chacón, Antonio Gil-Núñez, Marta Guillán, Patricia Martínez-Sánchez, Enrique Jesús Palacio-Portilla, Francisco Purroy, Tomás Segura, Jaime Masjuan Vallejo.

Neurología 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2026.502076>

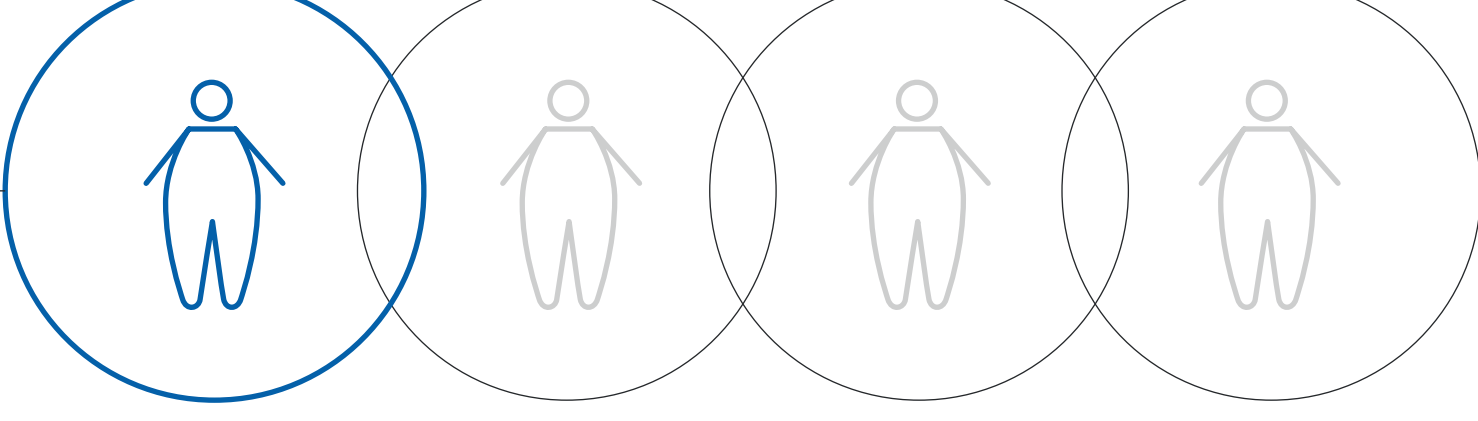
CONTEXTO CLÍNICO DEL ICTUS

120.000 casos/año en España.¹

1 de cada 4 personas **padecerá un ictus**.²

3ª causa de muerte (después de cardiopatía isquémica y del cáncer de bronquios y pulmón).³

1ª causa de discapacidad adquirida en adultos⁴ (50% sufren secuelas **discapacitantes o fallecen**).^{5,6}



OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE c-LDL EN EL ICTUS/AIT

- El **objetivo terapéutico de c-LDL** se debe establecer en función del **riesgo vascular global del paciente** (Figura 1).⁷
- Se recomienda realizar una **planificación de la estrategia hipolipemiante**, en función del **nivel basal de c-LDL** y del **objetivo a lograr** dependiendo del perfil de riesgo del paciente, **ajustando la intensidad del tratamiento en el inicio y en la primera visita post-alta**.^{8,9}
- Esta estrategia **permite optimizar la prevención secundaria** y garantizar una **reducción rápida y efectiva del riesgo de recurrencia**.^{10,11}

Subtipo de ictus	Riesgo vascular	Objetivo terapéutico de c-LDL
Ictus isquémico/AIT aterotrombótico/lacunar	Muy alto	<55 mg/dL
Ictus isquémico/AIT no aterotrombótico/no lacunar (cardioembólico, indeterminado, inusual) asociado a otra EVA/AIT/HF o dos FRV alto*	Muy alto	<55 mg/dL
Ictus isquémico/AIT no aterotrombótico/no lacunar (cardioembólico, indeterminado, inusual) asociado a un FRV alto*	Alto	<70 mg/dL
Ictus isquémico/AIT no aterotrombótico/no lacunar (cardioembólico, indeterminado, inusual) sin asociar EVA/AIT/HF o FRV alto*	Moderado	<100 mg/dL
Hemorragia cerebral hipertensiva	Muy alto	<70 mg/dL

Figura 1. Objetivos terapéuticos de c-LDL según el riesgo vascular de los pacientes con ictus/AIT. Adaptada de Freijo-Guerrero M, et al. Neurología. 2026.⁷

*FACTORES DE RIESGO VASCULAR (FRV) ALTO:⁷

**Edad >65 años.**

**Diabetes mellitus (DM).**

**Hipertensión arterial.**

**Tabaquismo actual.**

**Insuficiencia renal crónica**
(tasa de filtrado glomerular: 15-59 mL/min/1,73m²).

**Antecedentes de cirugía de derivación de la arteria coronaria previa o intervención coronaria percutánea** fuera del episodio principal de enfermedad vascular aterosclerótica (EVA).

**Historia de insuficiencia cardíaca congestiva.**

**c-LDL persistentemente elevado** (c-LDL >100 mg/dL) **a pesar del tratamiento con estatinas a la máxima dosis tolerada ± ezetimiba.**

POSICIONAMIENTO DE LOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES

El consenso nacional multisociedad sobre el manejo de terapias hipolipemiantes en la práctica clínica recomienda:⁷

**Abandonar la estrategia escalonada tradicional en favor de un enfoque individualizado, abogando por una planificación terapéutica y una intervención intensiva desde el inicio** para alcanzar los objetivos de reducción del c-LDL.⁷

**Este enfoque, denominado “Fire to Target”, es fundamental en pacientes de riesgo vascular muy alto y extremo y con c-LDL basal elevado (>160 mg/dL), en los que no es esperable alcanzar el objetivo terapéutico de c-LDL <55 mg/dL únicamente con terapia oral y sea necesario el inicio de inclisiran o iPCSK9.**⁷

**Añadir terapia dirigida a PCSK9 en pacientes con tratamiento previo de estatina de alta intensidad (EAI) y/o ezetimiba, o con intolerancia/contraindicación a estatinas, y un c-LDL basal ≥100 mg/dL (Figura 2).**⁷



MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS/AIT

EVALUACIÓN ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA

- Revisión neurológica:** evaluación del estado neurológico y pronóstico funcional.⁵⁸
- Control de FRV:** c-LDL, presión arterial, diabetes, obesidad, fibrilación auricular.²⁷
- Plan de terapia antitrombótica:** según la etiología de ictus.²⁷
- Optimización del tratamiento hipolipemiante:**
 - Pacientes sin tratamiento previo: iniciar **EAI ± ezetimiba**.
 - Pacientes con tratamiento previo de **EAI**:

Si c-LDL >100 mg/dL Considerar añadir terapia dirigida a PCSK9 (inclisiran o iPCSK9), desde hospitalización o en primera revisión post-alta	Si c-LDL entre 55-100 mg/dL Considerar añadir ezetimiba y/o ácido bempedoico	Si c-LDL <55 mg/dL Mantener el tratamiento actual
---	---	--

Análisis pre-alta:^{27,49} Perfil lipídico: c-LDL, c-HDL, triglicéridos, Lp(a)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO/ POST-ALTA

- Atención primaria:** a los 7-14 días para monitorizar la adherencia al tratamiento y evolución clínica.⁴⁸
- Análisis pre-consulta.**
- Consulta de Neurología vascular:** virtual o presencial por Neurólogo o EPA (4-6 semanas post-alta) para **seguimiento y monitorización del c-LDL e intensificación del tratamiento** si es necesario.
- Seguimiento coordinado:** entre niveles asistenciales a los 3 meses y cada 6-12 meses según control lipídico.
- Ajuste de tratamiento según nivel de c-LDL:**

Si c-LDL >100 mg/dL Terapia dirigida a PCSK9 (inclisiran o iPCSK9)	Si c-LDL entre 55-100 mg/dL Considerar añadir ezetimiba , ácido bempedoico y/o terapia dirigida a PCSK9 (inclisiran o iPCSK9)	Si c-LDL entre 70-100 mg/dL y paciente de riesgo extremo Considerar terapia dirigida a PCSK9 (inclisiran o iPCSK9)	Si c-LDL <55 mg/dL Mantener el tratamiento actual
--	---	---	--

- Evaluación de adherencia:** Reforzar educación en pacientes y familiares sobre la importancia del tratamiento.
- Confirmar persistencia al tratamiento** en cada revisión post-alta hospitalaria.

ICTUS ISQUÉMICO/AIT

Nivel Hospitalario ↔ **Nivel Atención Primaria** (Continuidad asistencial)

Informe de alta:

- Diagnóstico etiológico
- Nivel de riesgo vascular
- Objetivos terapéuticos
- Tratamiento
- Seguimiento

Consultas: Consulta Neurología Vascular, Unidad de Riesgo Vascular, Consulta Atención Primaria.

Enfermera de Terapia Avanzada (EPA): Teleconsulta/Sistema de alertas

Figura 4. Continuidad asistencial en la prevención vascular tras el ictus isquémico/AIT. Diagrama de flujo de seguimiento del paciente. Adaptada de Freijo-Guerrero M, et al. Neurología. 2026.⁷

Figura 3. Esquema del seguimiento intra- y extrahospitalario del paciente con ictus/AIT. Adaptada de Freijo-Guerrero M, et al. Neurología. 2026.⁷

- ✓ Para **optimizar el tratamiento hipolipemiante**, se proponen **ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS** basadas en los **NIVELES de c-LDL**.⁷
- ✓ La **REVISIÓN POST-ALTA (a las 4-6 semanas)** asegura la **OPTIMIZACIÓN del tratamiento** y la **ADHERENCIA del paciente**. Durante esta consulta, se recomienda:⁷
 - Realizar un **perfil lipídico** y evaluación de la **función hepática**.⁷
 - **Confirmar una reducción ≥50% del c-LDL** y que se hayan alcanzado los **niveles objetivo de c-LDL**.⁷
- ✓ Se recomienda utilizar **CHECK-LISTS** específicos enfocados en el **control lipídico** y la **educación sanitaria** en cada visita para **asegurar el cumplimiento terapéutico y la seguridad del paciente** (ver **Anexo 1**).⁷

Preguntas prácticas clave

1 ¿ES SEGURO BAJAR EL NIVEL DE c-LDL EN LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO?

La seguridad de la reducción intensiva del c-LDL en pacientes con ictus isquémico ha sido evaluada en múltiples estudios y **no se han obtenido evidencias** que **contraindiquen el objetivo terapéutico de c-LDL <55 mg/dL**.⁷

✓ **No hay evidencia de que alcanzar niveles muy bajos de c-LDL tenga impacto negativo sobre la función cerebral.**⁷

2 ¿ES SEGURO BAJAR EL NIVEL DE c-LDL EN LOS PACIENTES CON ICTUS HEMORRÁGICO?

Un ensayo clínico evaluó el **riesgo** en pacientes con **historial previo de ictus hemorrágico**, mostrando un **incremento no significativo del riesgo** al ser tratados con **estatinas a dosis alta**.^{17,18}

✓ En pacientes con **antecedentes de sangrado cerebral** de etiología **no hipertensiva** o pacientes de **edad avanzada** (>75 años), sería **recomendable** determinar el **objetivo de c-LDL de forma individualizada en función de los FRV listados previamente**.⁷

3 ¿CUÁLES SON LOS CONDICIONANTES DE RIESGO EXTREMO PARA LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE?

Un **episodio vascular aterosclerótico** previo en los **últimos dos años** (en cualquier territorio vascular).⁷

Estenosis carotídea o intracraneal con alteraciones hemodinámicas significativas (estenosis >50%) o en progresión.^{19,20}

Hipercolesterolemia familiar (HF).⁷

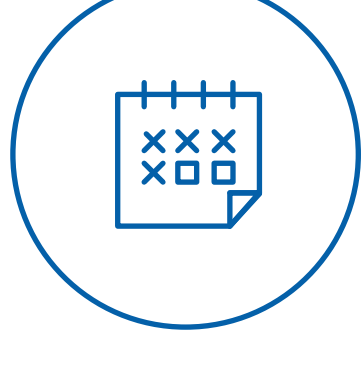
Presencia de, al menos, **dos de los siguientes factores de alto riesgo vascular**:⁷

- **Síndrome coronario agudo (SCA) en paciente joven** (varón/mujer <55/65 años).
- **Revascularización coronaria previa.**
- **Diabetes mellitus (DM).**
- **Enfermedad renal crónica (ERC), moderada-grave.**
- **Enfermedad polivascular.**
- **Niveles de Lp(a) elevada** >50 mg/dL.

✓ **¿Qué se recomienda en estos pacientes?**

- **La implementación precoz de terapia hipolipemiente combinada intensiva desde el ingreso hospitalario** para alcanzar el objetivo terapéutico lo antes posible.¹³
- **Realizar un seguimiento estrecho con analíticas periódicas para garantizar que se mantienen en objetivo de c-LDL**, ajustando el tratamiento si es necesario.¹³

4 ¿CÓMO INCREMENTAR LA ADHERENCIA A LA TERAPIA HIPOLIPEMIANTE?



Implementar estrategias más eficaces, como el uso de fármacos de administración menos frecuente^{21,22} y la optimización del seguimiento clínico.^{21,23}

➔ **Inclisirán reduce la carga anual de medicación** y beneficia especialmente a **pacientes con escasa movilidad, dependencia o dificultad geográfica**.⁷



Asegurar el cumplimiento adecuado a través de la administración supervisada por un profesional sanitario.⁷

➔ Permite **reforzar la concienciación** del paciente sobre la importancia del control lipídico, proporcionando **información clara, resolviendo dudas y abordando barreras de adherencia**.⁷

5 ¿CÓMO ENCAJA INCLISIRÁN EN EL CIRCUITO DE MANEJO DEL PACIENTE?

En un **círculo asistencial óptimo** para el manejo de la dislipemia se debería **incluir un registro estructurado** que contemple el **inicio del tratamiento con inclisirán**, asegurando su **correcta administración y seguimiento**.⁷

El circuito debería **integrar un programa de refuerzo de hábitos de vida saludable**.⁷

	1ª Consulta día 0	Consulta a los 3 meses (+3)	Consulta a los 6 meses (+9)	Consulta a los 6 meses (+15) y sucesivas
	Neurología Vascular*			Consulta Hospital/ Atención Primaria
	Solicitud analítica previa a la próxima visita			
	Informe médico Prescripción Analítica basal	Consecución objetivos c-LDL Control FRV Adherencia	Seguimiento Control FRV Adherencia Educación	Control FRV Adherencia Educación
	Dispensación inclisirán (Farmacia Hospitalaria)			
	Administración inclisirán (Profesional sanitario)			
	Citación (alerta en historia clínica, SMS recordatorio)			

*En su defecto, el seguimiento se debe realizar en una consulta de riesgo vascular y remitir a otras especialidades vasculares cuando sea preciso.

Figura 5. Propuesta de seguimiento del paciente tratado con inclisirán. Adaptada de Freijo-Guerrero M, et al. Neurología. 2026.⁷

✓ La **administración semestral supervisada del fármaco** representa una **oportunidad para reforzar la adherencia** a la terapia basal, **maximizando los beneficios del tratamiento y optimizando el control del perfil lipídico**.⁷

6 IMPLEMENTACIÓN: ¿QUÉ NO DEBEMOS HACER Y QUÉ NO SE NOS PUEDE OLVIDAR?

Aumentar la conciencia del neurólogo sobre los niveles de c-LDL para mejorar la prevención secundaria.¹²

Que el **especialista**:⁷

- **Valore la necesidad de monitorizar sistemáticamente** el c-LDL.
- **Identifique a los pacientes que requieren intensificación terapéutica.**
- **Priorice la consecución de los objetivos lipídicos** recomendados en las guías.



Recordar qué hacer:

- **Informe de alta con:**
 - Diagnóstico etiológico
 - Nivel de riesgo vascular
 - Objetivos terapéuticos
 - Tratamiento
 - Cita de seguimiento
- **Concienciarse de la importancia de la prevención**
- **Implementar guías de prevención vascular**
- **Seguimiento hospitalario:**
 - Consulta neurología vascular
 - Consulta alto riesgo vascular
 - Especialidades que precise
- **Continuidad asistencial con atención primaria**
- **Adherencia del paciente. Confirmar:**
 - Cumplimentación y persistencia
 - Educación paciente y familia/cuidador
 - Reforzar la importancia de la prevención
- **Conseguir y mantener los objetivos terapéuticos**
- **Mantener medicación cuando se consigue el objetivo**



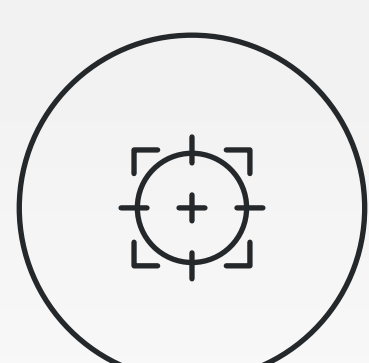
Recordar qué no hacer:

- **Realizar informe de alta incompleto**
- **Infravalorar el riesgo del paciente**
- **Infravalorar la prevención vascular**
- **No formarse en prevención vascular**
- **Caer en la inercia médica**
- **No realizar seguimiento hospitalario**
 - Remitir el control inicial al médico de cabecera
 - Dejar al paciente 'huérfano' en el seguimiento
- **No gestionar la continuidad asistencial**
- **No considerar la adherencia ni la educación del paciente y familia/cuidador**
- **No conseguir los objetivos terapéuticos**
- **Retirar medicación cuando se consigue el objetivo**

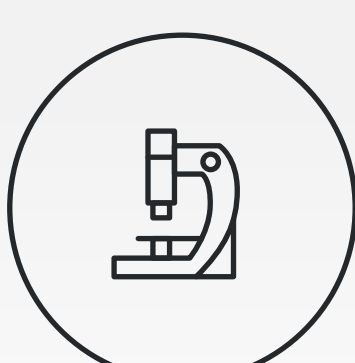
Figura 6. Recomendaciones para el neurólogo de qué hacer y qué no hacer tras el ictus/AIT. Adaptada de Freijo-Guerrero M, et al. Neurología. 2026.⁷

✓ **Incluir el manejo de la dislipemia en la práctica clínica neurológica es un paso clave para optimizar el pronóstico vascular a largo plazo.**⁷

Conclusiones



El manejo integral del c-LDL en el paciente con ictus/AIT requiere **estrategias terapéuticas intensivas, enfoques individualizados y una continuidad asistencial sólida** para optimizar la **prevención secundaria**.⁷



Inclisirán surge como una nueva **terapia clave para mejorar el control lipídico y la adherencia** en estos pacientes, alineándose con las **recomendaciones nacionales e internacionales para reducir la carga de la enfermedad vascular**.⁷



Integrar de forma óptima esta **nueva herramienta terapéutica** podría ayudar significativamente a **mejorar el pronóstico del paciente afectado por ictus/AIT**.⁷

Abreviaturas:

AB: ácido bempedoico; **AIT:** ataque isquémico transitorio; **c-HDL:** colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; **c-LDL:** colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; **DM:** diabetes mellitus; **EAI:** estatina de alta intensidad; **EPA:** enfermedad de próstata; **ERC:** enfermedad renal crónica; **EV:** evento vascular; **EVA:** enfermedad vascular aterosclerótica; **EZE:** ezetimiba; **FRV:** factores de riesgo vascular; **HF:** hipercolesterolemia familiar; **IPCSK9:** inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; **Lp(a):** lipoproteína (a); **PCSK9:** proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9; **SCA:** síndrome coronario agudo.

Referencias:

- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus_del_SNS_Actualizacion_2024_accesible.pdf; 2. Global, Regional, and Country-Specific Lifetime Risks of Stroke, 1990 and 2016. New England Journal of Medicine. 2018;379(25):2429-37; 3. (España) INdE. Defunciones según la causa de muerte más frecuente - Resultados definitivos 2024 2025. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175; 4. Simal-Hernández P, et al. Logros y retos en la atención del ictus en España: desde la estrategia del sistema nacional de salud al plan de acción europeo 2018-2030. Revista Española de Salud Pública. 2021;95: 5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Ageing 2017 (ST/ESA/SER.A/408). Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa/pd/files/documents/2020/May/un_2017_worldpopulationageing_report.pdf (2025); 6. Sociedad Española de Neurología (SEN). Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2024/Informe_sociosanitario_2024.pdf (2025, acceso en marzo 2025); 7. Freijo-Guerrero M, et al. Manejo práctico de la terapia hipolipemiente en el ictus y ataque isquémico transitorio: consenso y recomendaciones prácticas. Neurología 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2026.502076>; 8. Palacio-Portilla EJ, et al. Dislipidemias y prevención del ictus: recomendaciones del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Neurología 2022; 37: 61-72. DOI: [10.1016/j.nrl.2020.07.027](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.027); 9. Fernández-Olmo R, et al. Planificación del tratamiento hipolipemiente en la enfermedad vascular aterosclerótica. Consenso SEC/SEA/SEEN/SEMFYC/SEMERGEN/SEMG/SEN/SEACV/S.E.N. REC: CardioClinics. 2024;59(4):310-21. DOI: [10.1016/j.rcccl.2024.06.002](https://doi.org/10.1016/j.rcccl.2024.06.002); 10. Wang N, et al. Intensive LDL cholesterol-lowering treatment beyond current recommendations for the prevention of major vascular events: a systematic review and meta-analysis of randomised trials including 327 037 participants. Lancet Diabetes Endocrinol 2020; 8: 36-49. 2019/12/22. DOI: [10.1016/S2213-8587\(19\)30388-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30388-2); 11. Sabatine MS, et al. Efficacy and Safety of Further Lowering of Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Patients Starting With Very Low Levels: A Meta-analysis. JAMA Cardiology 2018; 3: 823-828. DOI: [10.1001/jamcardio.2018.2258](https://doi.org/10.1001/jamcardio.2018.2258); 12. Vivas D, et al. Uso de nuevas terapias hipolipemientes en la práctica clínica. Consenso SEC/SEA/SEEN/SEMFYC/SEMERGEN/SEMG/SEN/SEACV/S.E.N. REC: CardioClinics. 2024;59(4):310-21. DOI: [10.1016/j.rcccl.2024.06.002](https://doi.org/10.1016/j.rcccl.2024.06.002); 13. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020; 41:111-188. DOI: [10.1093/eurheartj/ehz455](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455); 14. Lam JKW, et al. siRNA Versus miRNA as Therapeutics for Gene Silencing. Mol Ther Nucleic Acids. 2015 Sep 15;4(9):e252. DOI: [10.1038/mtna.2015.23](https://doi.org/10.1038/mtna.2015.23); 15. Naylor AR. Occam's razor: Intervene early to prevent more strokes! J Vasc Surg Med Biol. 2008; 18: 1053-1059. 2008/08/30. DOI: [10.1007/s10342-008-0044-1](https://doi.org/10.1007/s10342-008-0044-1); 16. Societat Catalana de Cardiologia. Optimització de la prevenció secundària de la síndrome coronària aguda. Versió 2024. <https://catcardio.cat/uploads/publicacions/pdf/201d838252ae892937f2716eb98c4139.pdf> (último acceso: Marzo 2025); 17. Sanz-Cuesta BE, Saver JL. Lipid-Lowering Therapy and Hemorrhagic Stroke Risk: Comparative Meta-Analysis of Statins and PCSK9 Inhibitors. Stroke. 2021;52(10):3142-50. DOI: [10.1161/STROKEAHA.121.034576](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034576); 18. Goldstein MR, et al. Hemorrhagic stroke in the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels study. Neurology. 2008 Jun 10;70(24 Pt 2):2364-70. DOI: [10.1212/01.wnl.0000296277.63350.77](https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000296277.63350.77); 19. Nohara R, et al. Effect of long-term intensive lipid-lowering therapy with rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness--Justification for Atherosclerosis Regression Treatment (JART) extension study. Circ J. 2013;77(6):1526-33. DOI: [10.1253/circj.cj-12-1149](https://doi.org/10.1253/circj.cj-12-1149); 20. Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal 2025. DOI: [10.1093/eurheartj/ehaf190](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190); 21. Brandts J, Ray KK. Low Density Lipoprotein Cholesterol-Lowering Strategies and Population Health: Time to Move to a Cumulative Exposure Model. Circulation. 2020;141(11):873-6. DOI: [10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043406](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043406); 22. Anguita Sánchez M, et al. Necesidades no cubiertas con el tratamiento hipolipemiente oral: documento de posición de la Sociedad Española de Cardiología. Revista Española de Cardiología. 2016;69(11):1083-7. DOI: [10.1016/j.recesp.2016.05.013](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.013); 23. Masana L, et al. Lipid lowering combination therapy: From prevention to atherosclerosis plaque treatment. Pharmacol Res. 2023;190:106738. DOI: [10.1016/j.phrs.2023.106738](https://doi.org/10.1016/j.phrs.2023.106738).

PROPUESTA DE *CHECK-LIST* DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO PARA EL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA DIRIGIDA A PCSK9.

VISITA DE INICIO

VISITA DE INICIO, FECHA: _____

• **Altura:**

• **Peso actual:**

• **Presión arterial (PA):**

• Último valor de **hemoglobina glicosilada** (HbA1c):

• Último valor de **c-LDL:**

• **Factores de riesgo vascular** (FRV) del paciente (hipertensión [HTA], diabetes mellitus [DM], dislipemia [DLP], etc): _____

• ¿Realiza adecuado **control** de sus **FRV?**: _____

• **Tratamiento actual** (revisar con el paciente): _____

• ¿Reconoce **adherencia** a los tratamientos prescritos?: _____

• ¿Tiene algún **efecto secundario**? Preguntar específicamente por dolores musculares, cansancio, cambio en el color de la orina: _____

Educación para la salud:

✓ Educación sobre **alimentación saludable** según **perfil de paciente** (DM, enfermedad renal crónica [ERC], DLP, etc).

✓ Revisión de **hábito tabáquico** y proporcionar ayuda para dejar de fumar.

✓ Promoción de **actividad física** según perfil de paciente.

✓ Recordar **valores de prevención secundaria** de ictus isquémico/ataque isquémico **transitorio** (AIT) (TA <140/90 mmHg, c-LDL<55 mg/dL, HbA1c <7%).

Formación para inicio de medicación inyectable:

• **Fármaco que inicia:** _____

✓ Realizar **educación específica** sobre el **fármaco inyectable** (de qué se trata, posibles efectos secundarios, posibles interacciones).

✓ Instrucción sobre **técnica para la inyección** del fármaco (si aplica).

✓ **Demostración de la inyección** con el propio paciente (si aplica, primera dosis).

• **Solicitar analítica** con transaminasas, ácido úrico, creatinina fosfoquinasa (CPK), **perfil renal** (con filtrado) **y perfil lipídico**.

• **Fecha próxima analítica de control:** _____

NOTAS A LA VISITA:

VISITA DE SEGUIMIENTO

VISITA DE SEGUIMIENTO, FECHA: _____

• **Peso actual:**

• **Presión arterial (PA):**

• Último valor de **hemoglobina glicosilada** (HbA1c):

• Último valor de **c-LDL:**

• ¿Realiza adecuado **control** de sus **FRV?**: _____

• **Tratamiento actual** (revisar con el paciente): _____

• ¿Reconoce **adherencia** a los tratamientos prescritos?: _____

• ¿Tiene algún **efecto secundario**? _____

• ¿Tiene **reacciones asociadas a la inyección** como picor, hematoma, eritema o erupción? _____

• ¿Tiene como una **gripe con secreción nasal y dolor de huesos** cada vez que se inyecta el fármaco? _____

• ¿Tiene **náuseas** cada vez que se inyecta el fármaco? _____

• ¿Tiene **dolores musculares** o la **orina color coñac**? _____

• **Revisar analítica** de la **visita previa** (c-LDL, transaminasas, CPK y función renal).

Educación para la salud:

✓ Educación sobre **alimentación saludable** según **perfil de paciente** (DM, enfermedad renal crónica [ERC], DLP, etc).

✓ Revisión de **hábito tabáquico** y proporcionar ayuda para dejar de fumar.

✓ Promoción de **actividad física** según perfil de paciente.

✓ Recordar **valores de prevención secundaria** de ictus isquémico/ataque isquémico **transitorio** (AIT) (TA <140/90 mmHg, c-LDL<55 mg/dL, HbA1c <7%).

Seguimiento de medicación inyectable:

• **Fármaco que se administra:** _____

✓ Realizar **educación específica** sobre el **fármaco inyectable** (de qué se trata, posibles efectos secundarios, posibles interacciones).

✓ **Revisar/recordar la técnica para inyección del fármaco**, asegurar que lo hace correctamente (si aplica), o inyección de la medicación.

• **Solicitar analítica** con transaminasas, ácido úrico, creatinina fosfoquinasa (CPK), **perfil renal** (con filtrado) **y perfil lipídico**.

• **Fecha próxima analítica de control:** _____

NOTAS A LA VISITA:

Abreviaturas:

AIT: ataque isquémico transitorio; **c-LDL**: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; **CPK**: creatina fosfoquinasa; **DLP**: dislipidemia; **DM**: diabetes mellitus; **ERC**: enfermedad renal crónica; **FRV**: factores de riesgo vascular; **HbA1c**: hemoglobina glicosilada; **HTA**: hipertensión arterial; **PA**: presión arterial; **PCSK9**: proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9.

FA-11699156 Abril 2026