6.5. Estimación del riesgo cardiovascular en la DM2

PUNTOS CLAVE

1. La reducción del riesgo cardiovascular es hoy el objetivo principal del manejo de la DM2, por delante del control glucémico aislado.
2. Antes de calcular nada, comprobar si la persona ya está en la categoría de muy alto riesgo: con enfermedad cardiovascular establecida o daño grave de órgano diana, la escala no aporta y solo retrasa la decisión.
3. En el resto, la escala recomendada en España es SCORE2-Diabetes, calibrada para las regiones de riesgo europeas.
4. SCORE2-Diabetes no utiliza las complicaciones microvasculares: emplea la edad al diagnóstico, la HbA1c y el filtrado glomerular estimado, además de los factores clásicos.
5. Estimar el riesgo solo sirve si cambia la decisión: intensidad del objetivo lipídico, de presión arterial y elección de fármacos con beneficio cardiorrenal demostrado.

1. Por qué el riesgo cardiovascular ocupa el centro

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica engloba el antecedente de síndrome coronario agudo, infarto de miocardio, angina estable o inestable, revascularización coronaria o de otro territorio arterial, ictus, ataque isquémico transitorio, enfermedad arterial periférica y aneurisma aórtico, y es la principal causa de morbilidad y mortalidad en las personas con diabetes (Joseph JJ, 2022). Los adultos con diabetes tienen entre dos y cuatro veces más riesgo cardiovascular que los adultos sin ella, y ese riesgo aumenta al empeorar el control glucémico (Dal Canto E, 2019). En España, el 93 % de las personas con DM2 presenta un riesgo cardiovascular alto o muy alto, y solo el 7 % un riesgo moderado (Cebrián-Cuenca AM, 2022).

De ahí que las guías recientes hayan desplazado el foco desde la hiperglucemia hacia el manejo intensivo y simultáneo de todos los factores de riesgo: glucemia, presión arterial, lípidos, peso y tabaco. A ello se añade que fármacos como los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT-2) y los agonistas del receptor de GLP-1 (arGLP-1) reducen los eventos cardiovasculares por mecanismos que van más allá del descenso de la glucemia (Dal Canto E, 2019; Joseph JJ, 2022; Marx N, 2023).

2. Cómo estratificar el riesgo

La estratificación se hace en dos pasos. Primero se identifica a quien ya está en la categoría más alta por su situación clínica, sin necesidad de calcular nada. Solo en el resto se aplica la escala (Tabla 1).

Tabla 1. Los dos pasos de la estratificación

Paso	A quién se aplica	Qué hacer
Paso 1	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida, o daño grave de órgano diana: filtrado glomerular por debajo de 45 ml/min/1,73 m² con independencia de la albuminuria; filtrado de 45-59 con microalbuminuria (cociente albúmina/creatinina 30-300 mg/g); proteinuria (cociente superior a 300 mg/g); o complicaciones microvasculares en al menos tres territorios (por ejemplo, microalbuminuria, retinopatía y neuropatía).	Muy alto riesgo por definición. No procede calcular la escala: se pasa directamente a los objetivos más exigentes.
Paso 2	Resto de personas con DM2, sin enfermedad cardiovascular ni daño grave de órgano diana.	Calcular el riesgo a 10 años con SCORE2-Diabetes y clasificar según el resultado.

Según SCORE2-Diabetes, el riesgo a 10 años se clasifica en bajo (menos del 5 %), moderado (5-10 %), alto (10-20 %) y muy alto (20 % o más).
Fuente: Marx N, 2023.

SCORE2-Diabetes es la escala recomendada en España: se desarrolló ampliando el algoritmo SCORE2 con datos de 229 460 personas con DM2 sin enfermedad cardiovascular previa, y está recalibrada para las cuatro regiones europeas de riesgo, una de ellas España (SCORE2-Diabetes Working Group, 2023). Otras escalas de uso habitual son QRISK3 y Framingham, pero no están calibradas para la población española con diabetes. La Tabla 2 recoge las variables que utiliza SCORE2-Diabetes.

La escala no recoge algunos modificadores que elevan el riesgo estimado y que conviene tener en cuenta al decidir la intensidad del tratamiento, sobre todo en quienes quedan cerca de un umbral: una lipoproteína(a) superior a 50 mg/dl (unos 105 nmol/l) y la presencia de calcio en las arterias coronarias en la tomografía (puntuación de calcio coronario) (Mach F, 2025).

Tabla 2. Variables que utiliza SCORE2-Diabetes

Bloque	Variables
Factores clásicos	Edad. Sexo, mediante ecuaciones específicas para hombres y mujeres. Tabaquismo actual. Presión arterial sistólica. Colesterol total y colesterol HDL.
Variables propias de la diabetes	Edad en el momento del diagnóstico de la diabetes. HbA1c. Filtrado glomerular estimado a partir de la creatinina.
Calibración	Región europea de riesgo. No es un dato clínico de la persona, sino el factor que ajusta el modelo al país.

HbA1c: hemoglobina glicada; HDL: lipoproteínas de alta densidad. Obsérvese que el modelo no incluye la presencia de complicaciones microvasculares como variable de entrada, y sí el filtrado glomerular.
Fuente: SCORE2-Diabetes Working Group, 2023.

3. Qué hacer con el resultado

La estimación del riesgo solo tiene sentido si modifica una decisión. En la práctica condiciona tres aspectos: la exigencia del objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), que baja a menos de 70 mg/dl en alto riesgo y a menos de 55 en muy alto riesgo; la intensidad del control de la presión arterial; y la elección de fármacos con beneficio cardiovascular o renal demostrado, iSGLT-2 y arGLP-1, que en el algoritmo de la redGDPS de 2026 prevalece sobre el valor de la hemoglobina glicada (HbA1c). El detalle de cada uno de estos apartados se desarrolla en los capítulos 5.4, 6.2 y 6.3.

La Fundación redGDPS mantiene actualizados varios materiales de apoyo directamente aplicables a este abordaje: la infografía sobre el manejo de las dislipemias (2025), el algoritmo de tratamiento de la DM2 de 2026, el algoritmo de obesidad (2027) y el algoritmo de tratamiento de la enfermedad renal crónica en personas con DM2 (Fundación redGDPS, 2027).

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Comprobar primero si ya hay enfermedad cardiovascular o daño grave de órgano diana: si los hay, no hace falta calcular, sino actuar.
2. Para calcular SCORE2-Diabetes se necesitan la edad al diagnóstico, la HbA1c y el filtrado glomerular, además de los datos clásicos: conviene tenerlos a mano antes de abrir la calculadora.
3. Recalcula el riesgo cuando cambie algo relevante: un abandono del tabaco, un deterioro renal o un cambio en el control glucémico lo modifican.
4. Si el resultado no cambia lo que ibas a hacer, probablemente no hacía falta calcularlo.

Bibliografía

1. Cebrián-Cuenca AM, Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Mauricio D, Orozco-Beltrán D, Consuegra-Sánchez L. Half of patients with type 2 diabetes mellitus are at very high cardiovascular risk according to the ESC/EASD: data from a large Mediterranean population. Eur J Prev Cardiol. 2022;28(18):e32-e34. doi:10.1093/eurjpc/zwaa073
2. Dal Canto E, Ceriello A, Rydén L, Ferrini M, Hansen TB, Schnell O, et al. Diabetes as a cardiovascular risk factor: an overview of global trends of macro and micro vascular complications. Eur J Prev Cardiol. 2019;26(2_suppl):25-32. doi:10.1177/2047487319878371
3. Fundación redGDPS. Algoritmos e infografías de la redGDPS: manejo de dislipemias (2025), tratamiento de la DM2 (2026), obesidad (2027) y enfermedad renal crónica en personas con DM2 (2027) [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS; 2027 [citado 6 oct 2026]. Disponible en: https://www.redgdps.org
4. Joseph JJ, Deedwania P, Acharya T, Aguilar D, Bhatt DL, Chyun DA, et al. Comprehensive management of cardiovascular risk factors for adults with type 2 diabetes: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2022;145(9):e722-59. doi:10.1161/CIR.0000000000001040
5. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46(42):4359-78. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190
6. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44(39):4043-140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
7. SCORE2-Diabetes Working Group and the ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2-Diabetes: 10-year cardiovascular risk estimation in type 2 diabetes in Europe. Eur Heart J. 2023;44(28):2544-56. doi:10.1093/eurheartj/ehad260