6.2. Dislipemia en la persona con DM2

PUNTOS CLAVE

1. El c-LDL es un factor causal de la aterosclerosis y los hipolipemiantes reducen el riesgo cardiovascular precisamente porque lo disminuyen.
2. En la DM2 el c-LDL puede no estar muy elevado y aun así ser muy aterogénico: partículas pequeñas y densas, c-HDL bajo e hipertrigliceridemia. La cifra engaña.
3. Se trata el riesgo cardiovascular global, no un número aislado. En DM2 sin enfermedad cardiovascular establecida, estimarlo con SCORE2-Diabetes.
4. La combinación de estatina y ezetimiba consigue más eficacia con más seguridad que subir la estatina hasta el límite.
5. Evitar la inercia terapéutica y comprobar la adherencia son tan determinantes como elegir bien el fármaco.

1. Qué tiene de particular la dislipemia del paciente con DM2

Las personas con DM2 presentan un perfil lipídico característico, la dislipemia aterogénica: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) bajo, hipertrigliceridemia y un colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) que a menudo no está muy elevado pero cuyas partículas son pequeñas y densas, con gran capacidad de penetrar bajo el endotelio vascular. De ahí la importancia de no dejarse tranquilizar por una cifra de c-LDL aparentemente aceptable y de ser intensivos desde el diagnóstico (Tabla 1).

Tabla 1. Características de la dislipemia aterogénica en la DM2

Tipo de alteración	Hallazgos	Implicación clínica
Cuantitativas	Descenso del c-HDL, la alteración más frecuente. Elevación de triglicéridos y de VLDL. Aumento discreto del c-LDL y del colesterol total.	Menor efecto cardioprotector, mayor transporte de triglicéridos y aterogénesis, e incremento moderado del riesgo cardiovascular.
Cualitativas	Partículas de LDL pequeñas y densas, y LDL modificadas estructuralmente, que se eliminan por macrófagos en lugar de por el receptor hepático.	Mayor capacidad aterogénica, formación de células espumosas y progresión de la placa de ateroma.

c-HDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; LDL: lipoproteínas de baja densidad; VLDL: lipoproteínas de muy baja densidad.

Fuente: Elaboración propia.

2. Cribado y estimación del riesgo

En personas adultas con diabetes debe obtenerse un perfil lipídico completo —colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos— en el momento del diagnóstico y, después, anualmente (o con mayor frecuencia si se considera necesario). También al iniciar el tratamiento con estatinas o tras un cambio de dosis, entre las 4 y las 12 semanas,

y anualmente durante el mantenimiento. Se recomienda, además, determinar la lipoproteína(a) al menos una vez en la vida (Mach F, 2025; ADA, 2026, secc. 10).

El abordaje debe hacerse siempre en el contexto del riesgo cardiovascular global. En personas con DM2 sin enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida se recomienda estimar el riesgo a 10 años con el algoritmo SCORE2-Diabetes, calibrado para población europea (SCORE2-Diabetes Working Group, 2023). En España, el 93 % de las personas con DM2 tiene un riesgo cardiovascular alto o muy alto, y solo el 7 % un riesgo moderado (tabla 2; Cebrián-Cuenca A, 2022).

Tabla 2. Objetivos de c-LDL según el nivel de riesgo cardiovascular

Nivel de riesgo	Objetivo de c-LDL
Muy alto riesgo	Menos de 55 mg/dl y reducción ≥ 50 % respecto al valor basal
Alto riesgo	Menos de 70 mg/dl y reducción ≥ 50 % respecto al valor basal
Riesgo moderado	Menos de 100 mg/dl

Código de colores: rosa intenso, muy alto riesgo; rosa, alto riesgo; amarillo, riesgo moderado. c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

Para el colesterol no-HDL, se debe añadir 30 mg/dl al objetivo de c-LDL, y, para la apoB, añadir 10 mg/dl. Se omite la categoría de bajo riesgo de la tabla original de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), porque una persona con DM2 prácticamente nunca se clasifica en ella.

Fuente: Mach F, 2025.

3. Tratamiento

Intervención no farmacológica. Dieta mediterránea o de tipo DASH *(Dietary Approaches to Stop Hypertension),* ejercicio físico de intensidad moderada a intensa varias veces por semana, y evitar el consumo de alcohol y de tabaco. Se aplica a todas las personas, con independencia de si además reciben tratamiento farmacológico.

La decisión más frecuente en la consulta de Atención Primaria no es la del paciente de muy alto riesgo, sino la de la persona sin enfermedad cardiovascular establecida: la ADA recomienda iniciar una estatina de intensidad moderada en toda persona con diabetes de 40 a 75 años, con independencia de otros factores de riesgo (ADA, 2026, secc. 10).

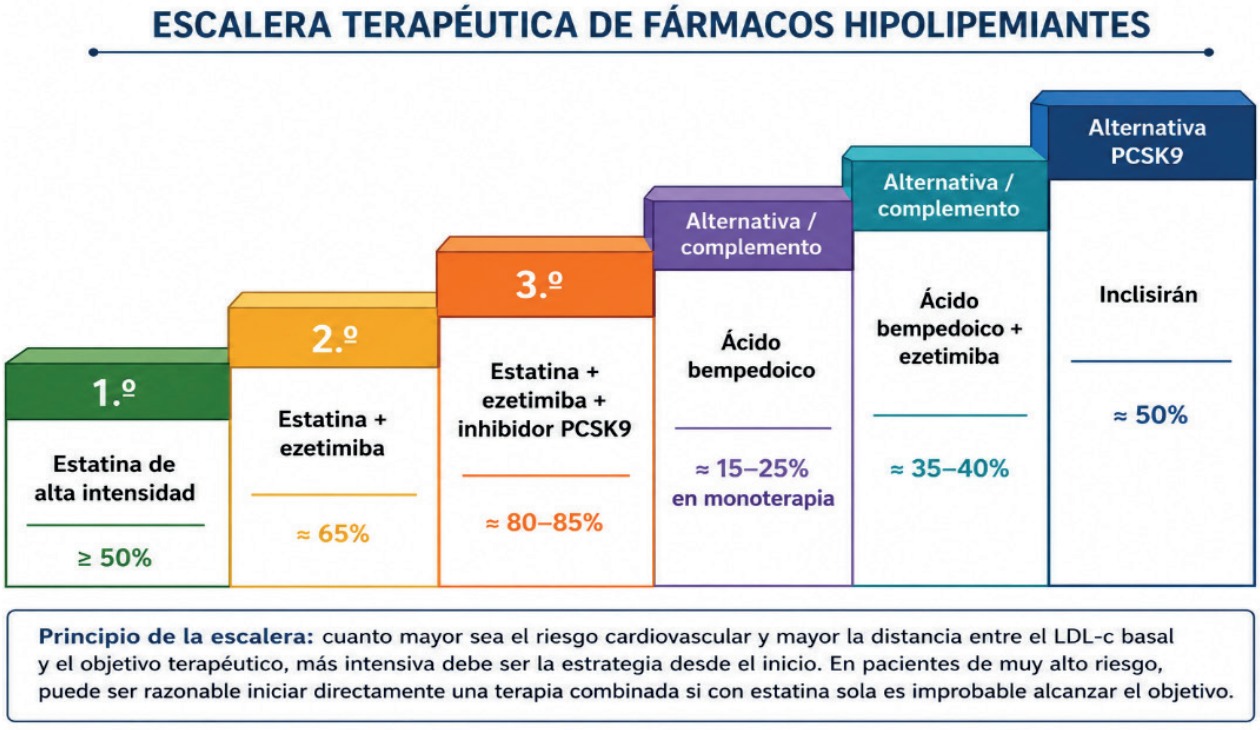
Estatinas. Son el tratamiento de referencia y su intensidad depende del riesgo cardiovascular. En personas con diabetes y riesgo cardiovascular elevado se prescribe una estatina de alta intensidad, con el objetivo de reducir el c-LDL en al menos un 50 % respecto al basal y alcanzar cifras por debajo de 70 mg/dl. Si además ha existido un evento cardiovascular aterosclerótico, el objetivo pasa a ser inferior a 55 mg/dl, también con una reducción de al menos el 50 %; en estos casos conviene iniciar directamente estatina de alta potencia junto a ezetimiba (Mach F, 2025; ADA, 2026, secc. 10).

Si no se alcanzan los objetivos, se añade un inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9), ácido bempedoico o inclisirán. En caso de intolerancia a las estatinas puede recurrirse a ezetimiba, ácido bempedoico o, si es necesario, a un inhibidor de PCSK9. El ácido bempedoico cuenta con evidencia en personas con diabetes: en el análisis preespecificado del ensayo CLEAR Outcomes, en 6373 personas con diabetes e intolerancia a las estatinas, redujo un 17 % los eventos cardiovasculares mayores (*hazard ratio* [HR] 0,83; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,72-0,95), con un descenso del c-LDL del 24-26 %, sin empeorar la hemoglobina glicada (HbA1c) ni aumentar la aparición de diabetes en quienes no la tenían (Figura 1; Ray KK, 2024).

Hipertrigliceridemia. Se aborda con cambios nutricionales y de estilo de vida, incluida la pérdida de peso y la abstinencia de alcohol. La hipertrigliceridemia grave, con triglicéridos en ayunas iguales o superiores a 500 mg/dl y especialmente por encima de 1000, puede justificar el tratamiento farmacológico con fibratos o ácidos grasos omega-3 y la reducción de la ingesta de grasa, para disminuir el riesgo de pancreatitis aguda. Con independencia de ello, debe mantenerse la estatina de intensidad moderada o alta según corresponda para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.

La infografía de la redGDPS reúne en una sola imagen la estratificación del riesgo cardiovascular, los objetivos terapéuticos y los fármacos hipolipemiantes con sus dosis y su grado de evidencia según la comorbilidad (Figura 2; Fundación redGDPS, 2025).

Figura 1. Escalera terapéutica de los fármacos hipolipemiantes, con la reducción esperable de c-LDL.

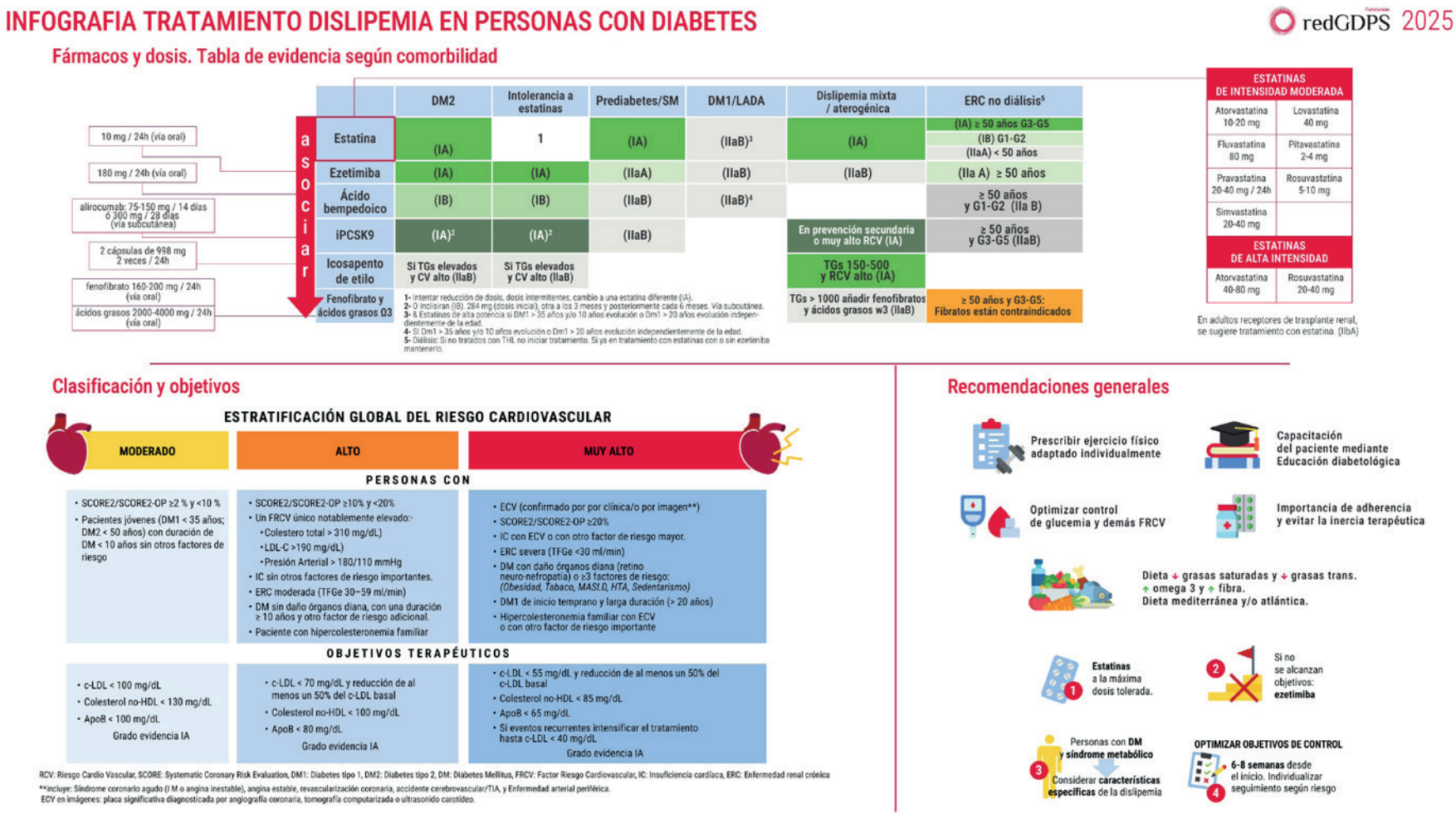


Fuente: Elaboración propia, adaptada de Mach F, 2025, y de la infografía de lípidos de la Fundación redGDPS, 2025.

ERRORES QUE CONVIENE EVITAR

1. Reducir la dosis de estatina una vez alcanzado el objetivo de c-LDL.
2. Solicitar CK en las revisiones a personas sin clínica muscular.
3. No utilizar la terapia hipolipemiante más adecuada a cada situación por comodidad o inercia.
4. Tratar cifras de c-LDL en lugar del riesgo cardiovascular global.

Figura 2. Infografía de tratamiento de la dislipemia en personas con diabetes: fármacos y dosis, evidencia según comorbilidad, clasificación del riesgo y objetivos.



Fuente: Fundación redGDPS, 2025.

PARA LLEVARSE A LA CONSULTA

1. Pedir un perfil lipídico completo al diagnóstico cada año y determinar la lipoproteína(a) al menos una vez en la vida.
2. En la DM2 sin enfermedad cardiovascular establecida, estimar el riesgo con SCORE2-Diabetes; entre los 40 y los 75 años, iniciar al menos una estatina de intensidad moderada.
3. Tras un evento cardiovascular aterosclerótico, empezar directamente con estatina de alta potencia y ezetimiba, con un objetivo de c-LDL inferior a 55 mg/dl y una reducción de al menos el 50 %.
4. Repetir el perfil lipídico a las 4-12 semanas de iniciar o modificar el tratamiento, y comprobar la adherencia antes de intensificar.
5. Con triglicéridos iguales o superiores a 500 mg/dl, descartar causas secundarias y actuar para prevenir la pancreatitis, sin retirar la estatina.

Bibliografía

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1):S216-45. doi:10.2337/dc26-S010
2. 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
3. Fundación redGDPS. Infografía: manejo de los lípidos en la persona con diabetes [Internet]. Madrid: Fundación redGDPS; 2025 [citado 6 sep 2026]. Disponible en: https://www.redgdps.org/gestor/upload/2025/infografia_LIPIDOS_v4-4.pdf
4. 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
5. Ray KK, Nicholls SJ, Li N, Louie MJ, Brennan D, Lincoff AM, et al. Efficacy and safety of bempedoic acid among patients with and without diabetes: prespecified analysis of the CLEAR Outcomes randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12(1):19-28. doi:10.1016/S2213-8587(23)00316-9
6. 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