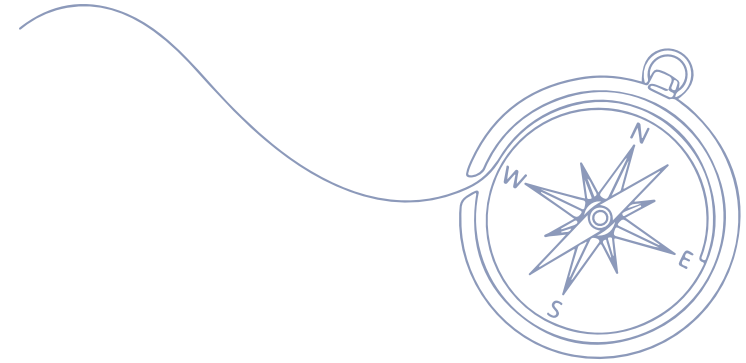


DISLIPEMIA Y RIESGO CARDIOVASCULAR



Fuente

Reyes-García R, Moreno-Pérez O, Rozas P, et al. HTA, dislipemia y riesgo cardiovascular en personas con DT2 2026. SEEN; 2026

Hipertensión arterial

Diagnóstico

Medir en cada visita (o al menos cada 6 meses)
Confirmar diagnóstico si PA elevada (PAS 120-129 mmHg y PAD <80 mmHg)

HTA confirmada si:

-PA $\geq$ 130/80 mmHg (promedio $\geq$ 2 mediciones en momentos distintos)
-PA $\geq$ 180/110 mmHg y ECV (una sola determinación)

Tratamiento

Recomendar autocontrol en domicilio
Individualizar objetivos (GENERAL < 130/80 mmHg)
Implementar MEV

Reforzar dieta baja en sal
Actividad física / Evitar alcohol-tabaco
Seleccionar tratamiento farmacológico según albuminuria o enfermedad coronaria

SI:
IECA/ARA-2

NO:
IECA/ARA-2
BCC
Diuréticos Tiazídicos

Si PA inicial $\geq$ 150/90 mmHg:
iniciar con doble terapia

Si no se alcanzan objetivos:

- Añadir fármacos con acción complementaria.
- No asociar IECA con ARA-2 ni estos con IDR.

Si triple terapia:
valorar ARM y/o derivar a especialista

Si efecto adverso: considerar cambio (si IECA/ARA-2/Diuréticos control creatinina y K)

Antiagregación

ECV:

- AAS (75-162 mg/d)*
- SCA/ACVisquémico: AAS + iP2Y12**
- EC estable y/o AP: AAS + rivaroxabán***

No ECV:

AAS (75-162 mg) valorar si $\geq$ 50 años
+ FRCV + bajo riesgo de sangrado.

* Clopidogrel 75 mg si alergia a AAS.
** Individualizar la duración.
*** Si bajo riesgo de sangrado

Dislipemia

Medir: LDL-c, HDL-c, TG, c-no HDL, apoB, Lp(a)*

Objetivos de control según nivel de riesgo	LDL-c (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	ApoB (mg/dl)
Riesgo moderado	<100	<150	<110
Riesgo alto	<70	<150	<80
Riesgo muy alto	<55	<150	<65
Riesgo extremo	<40	<150	<5

*Una vez en la vida: >50 mg/dL (105 nmol/L) aumenta el RCV
Cuanto mayor la Lp(a), mayor el riesgo cardiovascular

Categorías de riesgo cardiovascular

RCV Moderado

DTI <35 años
o DT2 <50 años
con <10 años evolución
sin otros FR

RCV Alto

FR marcados
LDL-c >190 / PA $\geq$ 180/110 / CT >310
HF sin otros FR
DM $\geq$ 10 años evolución o FR
ERC G3 (FG 30-59)

RCV Muy Alto

ASCVD (clínica o imagen) ·
DM + daño órgano diana
o $\geq$ 3 FR · DTI > 20 años evolución.
ERC G4-5 (FG <30) · HF + FR

Objetivo de LDL

< 100 mg/dl

< 70 mg/dl y $\geq$ 50% de reducción del LDL basal

< 55 mg/dl y $\geq$ 50% de reducción del LDL basal

INICIO DE TERAPIA HIPOLIPEMIANTE EN 1 PASO: OBJETIVO DE LDL Y % DE DESCENSO DE LDL ESPERADO SEGÚN LA TERAPIA

Descenso de LDL	20-39%	40-49%	50-69%	70-79%	>80%
Tolerante a estatinas	EBI EMI	EAI EMI+EZE EMI+AB	EAI+EZE EAI+EZE +AB	EAI+ INC	EAI+ INC+ EZE EAI+ IPCSK9 EAI+ IPCSK9+ EZE EAI+EZE+IPCSK9/INC + AB
Intolerante a estatinas	EZE AB EZE+AB	EZE+AB	INC iPCSK9 EZE+INC	EZE+IPCSK9 EZE+IPCSK9 +AB	

Evaluar control

8-12 semanas

6-8 semanas

4-6 semanas

AAS, ácido acetilsalicílico; AB, ácido bempedoico; AP, arteriopatía periférica; ApoB, apolipoproteína B; ARA-2, antagonista de los receptores de la angiotensina II; ARM, antagonista de los receptores mineralocorticoides; ASCVD, enfermedad cardiovascular aterosclerótica; BBCCD, bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridínicos; CT, colesterol total; EAI, estatina de alta intensidad (rosuvastatina 20-40 mg, atorvastatina 40-80 mg); EBI, estatina de baja intensidad (pravastatina 20mg, lovastatina 20mg, simvastatina 10mg, fluvastatina 40mg, pitavastatina 1mg); EC, enfermedad coronaria; ECV, enfermedad cardiovascular; EMI, estatina de moderada intensidad (rosuvastatina 5-10mg, atorvastatina 10-20mg, simvastatina 20-40mg, pravastatina 40mg, lovastatina 40mg, pitavastatina 2-4mg, fluvastatina 80mg); EZE, ezetimiba; FR, factores de riesgo cardiovascular mayores, edad > 55 años, sexo (varón), dislipemia, HTA, hábito tabáquico; FR, factor de RCV; HDL-C, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; HF, hipercolesterolemia familiar; IDR, inhibidor directo de la renina; IECA, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; INC, inclisiran. Financiación SNS iPCSK9 / INC en: Se financia para pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota o enfermedad cardiovascular establecida que no están controlados con la dosis máxima tolerada de estatinas (con o sin ezetimiba) y cuyo LDL-C >100 mg/dl; iPCSK9: inhibidores de la proproteína convertasubtilisina/kexina tipo 9 (alirocumab, evolocumab); iP2Y12, inhibidores del receptor plaquetario P2Y12; LDL-C, colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; Lp(a), lipoproteína(a); PA, presión arterial; RCV, riesgo cardiovascular; TG, triglicéridos; Tratamiento complementario (TG elevados): Icosapento etilo (2 x 2 g/día) a añadir a estatinas en pacientes con riesgo alto o muy alto cuando TG en ayunas 135-499 mg/dL; Fibratos (Fenofibrato) considerar si TG $\geq$ 200 mg/dL pese a estatinas, pero con beneficio CV limitado, solo útil en dislipemia aterogénica (TG+, HDL-c-) (priorizar icosapento etilo); ante TG $\geq$ 500 mg/dl, tratar activamente para prevenir pancreatitis. **Reyes-García y Moreno-Pérez, comparten la primera autoría.**

Autores:

Reyes-García R., Moreno-Pérez O., Rozas P., Tejera C., Rodríguez-Carnero G., Chico A., González N., Bellido V., Quilez R. Fernández-García JC. en representación del Área de Diabetes de la SEEN