INFOGRAFIA TRATAMIENTO DISLIPEMIA EN PERSONAS CON DIABETES

Fundación redGDPS 2025

Fármacos y dosis. Tabla de evidencia según comorbilidad

asociar

	DM2	Intolerancia a estatinas	Prediabetes/SM	DM1/LADA	Dislipemia mixta / aterogénica	ERC no diálisis[5]
Estatina 10 mg / 24h (vía oral) 180 mg / 24h (vía oral)	(IA)	1	(IA)	(IIaB)[3]	(IA)	(IA) ≥ 50 años G3-G5 (IB) G1-G2 (IIaA) < 50 años
Ezetimiba	(IA)	(IA)	(IIaA)	(IIaB)	(IIaB)	(IIa A) ≥ 50 años
Ácido bempedoico alirocumab: 75-150 mg / 14 días ó 300 mg / 28 días (vía subcutánea)	(IB)	(IB)	(IIaB)	(IIaB)[4]		≥ 50 años y G1-G2 (IIa B)
iPCSK9	(IA)[2]	(IA)[2]	(IIaB)		En prevención secundaria o muy alto RCV (IA)	≥ 50 años y G3-G5 (IIaB)
Icosapento de etilo 2 cápsulas de 998 mg 2 veces / 24h	Si TGs elevados y CV alto (IIaB)	Si TGs elevados y CV alto (IIaB)			TGs 150-500 y RCV alto (IA)	
Fenofibrato y ácidos grasos Ω3 fenofibrato 160-200 mg / 24h (vía oral) ácidos grasos 2000-4000 mg / 24h (vía oral)					TGs > 1000 añadir fenofibratos y ácidos grasos w3 (IIaB)	≥ 50 años y G3-G5: Fibratos están contraindicados

1- Intentar reducción de dosis, dosis intermitentes, cambio a una estatina diferente (IA).
2- O Inclisiran (IB). 284 mg (dosis inicial), otra a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses. Vía subcutánea.
3- & Estatinas de alta potencia si DM1 > 35 años y/o 10 años evolución o Dm1 > 20 años evolución independientemente de la edad.
4- SI Dm1 > 35 años y/o 10 años evolución o Dm1 > 20 años evolución independientemente de la edad.
5- Diálisis: Si no tratados con THL no iniciar tratamiento. Si ya en tratamiento con estatinas con o sin ezetimiba mantenerlo.

ESTATINAS DE INTENSIDAD MODERADA	
Atorvastatina 10-20 mg	Lovastatina 40 mg
Fluvastatina 80 mg	Pitavastatina 2-4 mg
Pravastatina 20-40 mg / 24h	Rosuvastatina 5-10 mg
Simvastatina 20-40 mg	
ESTATINAS DE ALTA INTENSIDAD	
Atorvastatina 40-80 mg	Rosuvastatina 20-40 mg

En adultos receptores de trasplante renal, se sugiere tratamiento con estatina. (IIbA)

Clasificación y objetivos

ESTRATIFICACIÓN GLOBAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

MODERADO	ALTO	MUY ALTO
PERSONAS CON		

• SCORE2/SCORE2-OP ≥2 % y <10 %
• Pacientes jóvenes (DM1 < 35 años; DM2 < 50 años) con duración de DM < 10 años sin otros factores de riesgo
	• SCORE2/SCORE2-OP ≥10% y <20%
	• Un FRCV único notablemente elevado:·
	  • Colestero total > 310 mg/dL)
	  • LDL-C >190 mg/dL)
	  • Presión Arterial > 180/110 mmHg
	• IC sin otros factores de riesgo importantes.
	• ERC moderada (TFGe 30–59 ml/min)
	• DM sin daño órganos diana, con una duración ≥ 10 años y otro factor de riesgo adicional.
	• Paciente con hipercolesteronemia familiar
		• ECV (confirmado por por clínica/o por imagen**)
		• SCORE2/SCORE2-OP ≥20%
		• IC con ECV o con otro factor de riesgo mayor.
		• ERC severa (TFGe <30 ml/min)
		• DM con daño órganos diana (retino neuro-nefropatía) o ≥3 factores de riesgo: *(Obesidad, Tabaco, MASLD, HTA, Sedentarismo)*
		• DM1 de inicio temprano y larga duración (> 20 años)
		• Hipercolesteronemia familiar con ECV o con otro factor de riesgo importante

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS		
• c-LDL < 100 mg/dL • Colesterol no-HDL < 130 mg/dL • ApoB < 100 mg/dL Grado evidencia IA	• c-LDL < 70 mg/dL y reducción de al menos un 50% del c-LDL basal • Colesterol no-HDL < 100 mg/dL • ApoB < 80 mg/dL Grado evidencia IA	• c-LDL < 55 mg/dL y reducción de al menos un 50% del c-LDL basal • Colesterol no-HDL < 85 mg/dL • ApoB < 65 mg/dL • Si eventos recurrentes intensificar el tratamiento hasta c-LDL < 40 mg/dL Grado evidencia IA

RCV: Riesgo Cardio Vascular, SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation, DM1: Diabetes tipo 1, DM2: Diabetes tipo 2, DM: Diabetes Mellitus, FRCV: Factor Riesgo Cardiovascular, IC: Insuficiencia cardíaca, ERC: Enfermedad renal crónica

**incluye: Síndrome coronario agudo (I M o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria, accidente cerebrovascular/TIA, y Enfermedad arterial periférica.
ECV en imágenes: placa significativa diagnosticada por angiografía coronaria, tomografía computarizada o ultrasonido carotídeo.

Recomendaciones generales

- Prescribir ejercicio físico adaptado individualmente
- Capacitación del paciente mediante Educación diabetológica
- Optimizar control de glucemia y demás FRCV
- Importancia de adherencia y evitar la inercia terapéutica
- Dieta ↓ grasas saturadas y ↓ grasas trans. ↑ omega 3 y ↑ fibra. Dieta mediterránea y/o atlántica.
- 1 **Estatinas** a la máxima dosis tolerada.
- 2 Si no se alcanzan objetivos: **ezetimiba**
- 3 Personas con **DM y síndrome metabólico** → Considerar **características específicas** de la dislipemia
- 4 **OPTIMIZAR OBJETIVOS DE CONTROL** — **6-8 semanas** desde el inicio. Individualizar seguimiento según riesgo