

# FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (Dislipemia, Hipertensión arterial, Obesidad, etc) EN LA DIABETES TIPO 2 2026.

## MODIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Es necesario un enfoque multifactorial para la reducción global del riesgo de las complicaciones de la DM. (Control de la glucemia, PA y lípidos y la incorporación de terapias específicas con beneficios CV y renales)

### CONTROL DE LÍPIDOS (EVALUAR LOS DIFERENTE COMPONENTES DEL PERFIL LÍPIDICO (Si el c-LDL >190 mg/dl considerar hipercolesterolemia familiar))

#### MANEJO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

##### CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA:

Incrementar la fibra en la dieta, las grasas saludables. Disminuir las grasas saturadas, los glúcidos simples y los azucares añadidos. Aumentar la actividad física. Control del peso

##### EN DIABETES TIPO 2 CON FACTORES DE RIESGO: USAR LA CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS.

Factores de riesgo ateroesclerótico cardiovascular elevados: Edad >40 años, HTA, Enfermedad renal crónica de más de 3 años de evolución, Fumar, Historia familiar de enfermedad ateroesclerótica cardiovascular prematura, Bajo C-HDL y Alto No C-HDL.

#### INICIAR TERAPIA CON ESTATINAS

NIVELES DE RIESGO		RIESGO ALTO < 10% < 10 años de evolución de la DM2 < 2 otros factores de riesgo No daños en órganos diana	RIESGO MUY ALTO 10 – 20% > 10 años de evolución de la DM2 > 40 años de edad No enfermedad ateroesclerótica cardiovascular establecida No daños en órganos diana ≥2 de factores de riesgo adicionales	RIESGO EXTREMO > 20% Daños severos en órganos diana: FG < 45 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ; Cociente microalbumina/ creatinina > 300; índice tobillo brazo <0,9; Disfunción sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo.
ESTATINA		ESTATINA DE MODERADA POTENCIA <b>Baja intensidad:</b> Simvastatina 10 mg, Pravastatina 10-20 mg, Lovastatina 20 mg, Fluvastatina 20-40 mg; Pitavastatina 1 mg. <b>Moderada intensidad:</b> Simvastatina 20-40 mg, Pravastatina 40-80 mg, Lovastatina 40 mg, Fluvastatina 40 -80 mg liberación prolongada; Pitavastatina 2-4 mg. Atorvastatina 10-20 mg, Rosuvastatina 5-10 mg	ESTATINA DE ALTA POTENCIA Atorvastatina 40-80 mg, Rosuvastatina 20-40 mg	
OBJETIVOS	LDL-C (mg/dL)	<100	<70	<55
	No-HDL-C (mg/dL)	<130	<100	<80
	TG (mg/dL)	<150	<150	<150
	Apo B (mg/dL)	<90	<80	<70

#### MONITORIZAR Y TITULAR EL TRATAMIENTO CADA 3 A 6 MESES PARA CONSEGUIR LOS OBJETIVOS EN LÍPIDOS DE ACUERDO CON EL RIESGO

Si intolerancia a estatinas usar estatinas alternativas con baja incidencia de miopatía (Pitavastatina y Fluvastatina de larga duración) o disminuir la dosis/ frecuencia, usar otro hipolipemiante no-estatina, valorar sus interacciones, considerara CoQ10.

**INTENSIFICAR LA ESTATINA Y OPTIMIZAR LOS CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA Y EL CONTROL GLUCÉMICO. AÑADIR EZETIMIBA**

## **AJUSTE DE TRATAMIENTO CON FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES. (Massana L 2019)**

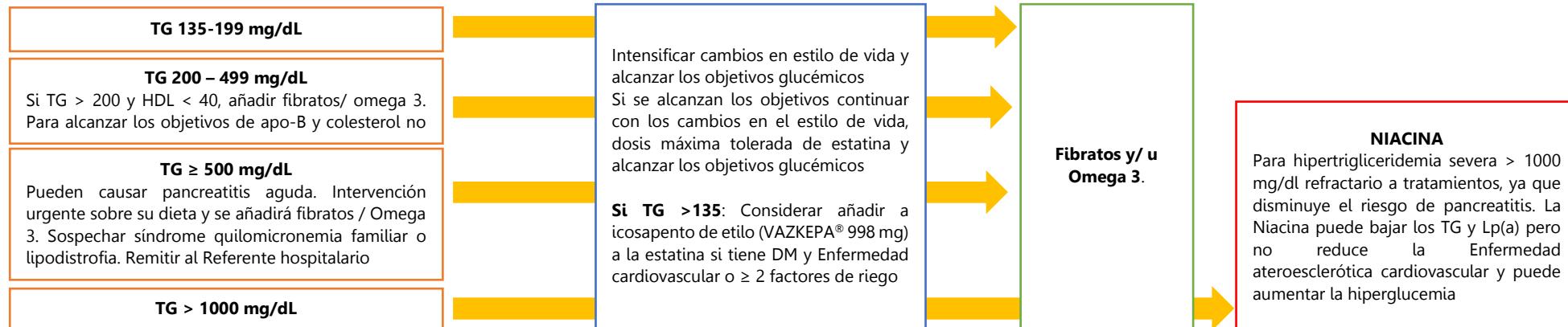
## **CONSIDERAR TERAPIAS ADICIONALES**

<b>Para bajar LDL-C:</b>	Ácido bempedoico, PCSK9i, Colesevelam y/o Niacina.
<b>Para bajar No-HDL-C, TG</b>	Añadir ácidos grasos Omega 3, fibratos y/o Niacina.
<b>Para bajar Apo B, LDL-P:</b>	Añadir Ezetimiba, PCSK9i, Colesevelam y/o Niacina.
<b>Para bajar LDL-C en Hipercolesterolémia familiar:</b>	Ácido bempedoico, PCSK9i, Inclisiran

DM intolerantes a las estatinas, se recomienda el tratamiento con ácido bempedoico para reducir las tasas de Enfermedad cerebro vascular (EvCV) como plan alternativo para reducir el colesterol

Para las personas que reciben tratamiento con estatinas, no se recomienda la adición de fibrato, niacina o suplementos dietéticos que contengan ácidos grasos n-3, ya que no confieren una reducción adicional del RCV (A).

## MANEJO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA



En los pacientes DM2 con ECVa (enfermedad cardiovascular ateroesclerótica) o ERC establecida, se recomienda un iSGLT2 o un aGLP-1 con beneficio CV demostrado para reducir el riesgo CV o como pauta hipoglucemiante (A).

En personas con DM2 y ECVa, o con múltiples factores de riesgo de ECVA o ERC, se recomienda un iSGLT2 con beneficio CV demostrado para reducir el riesgo de EvCV mayores (MACES) y/o hospitalización por IC (A).

En personas con DM 2 y ECVa establecida o con múltiples factores de riesgo de ECVA o ERC, se recomienda un arGLP-1 con beneficio CV demostrado para reducir el riesgo de EvCV (A).

En personas con DM2 y ECVA establecida o múltiples FRCV de ECVa, combinar un iSGLT2 y un aGLP-1 con beneficio CV demostrado para la reducción del riesgo EvCV y renal (B).

En personas con DM2 e IC establecida ICFER o ICFEP, se recomienda un iSGLT2 (incluido el iSGLT1/2) con beneficio demostrado en esta población de pacientes para reducir el riesgo de empeoramiento de la IC y muerte cardiovascular (MCV) (A)

En personas con DM2 e IC asintomática (estadio B), o con alto riesgo de ECV o ECV establecida, se recomienda el tratamiento con un iSGLT2 con beneficio demostrado en la prevención de la IC (A) o un AR GLP-1 con beneficio demostrado en la prevención de la IC (B) para reducir el riesgo de hospitalización por IC.

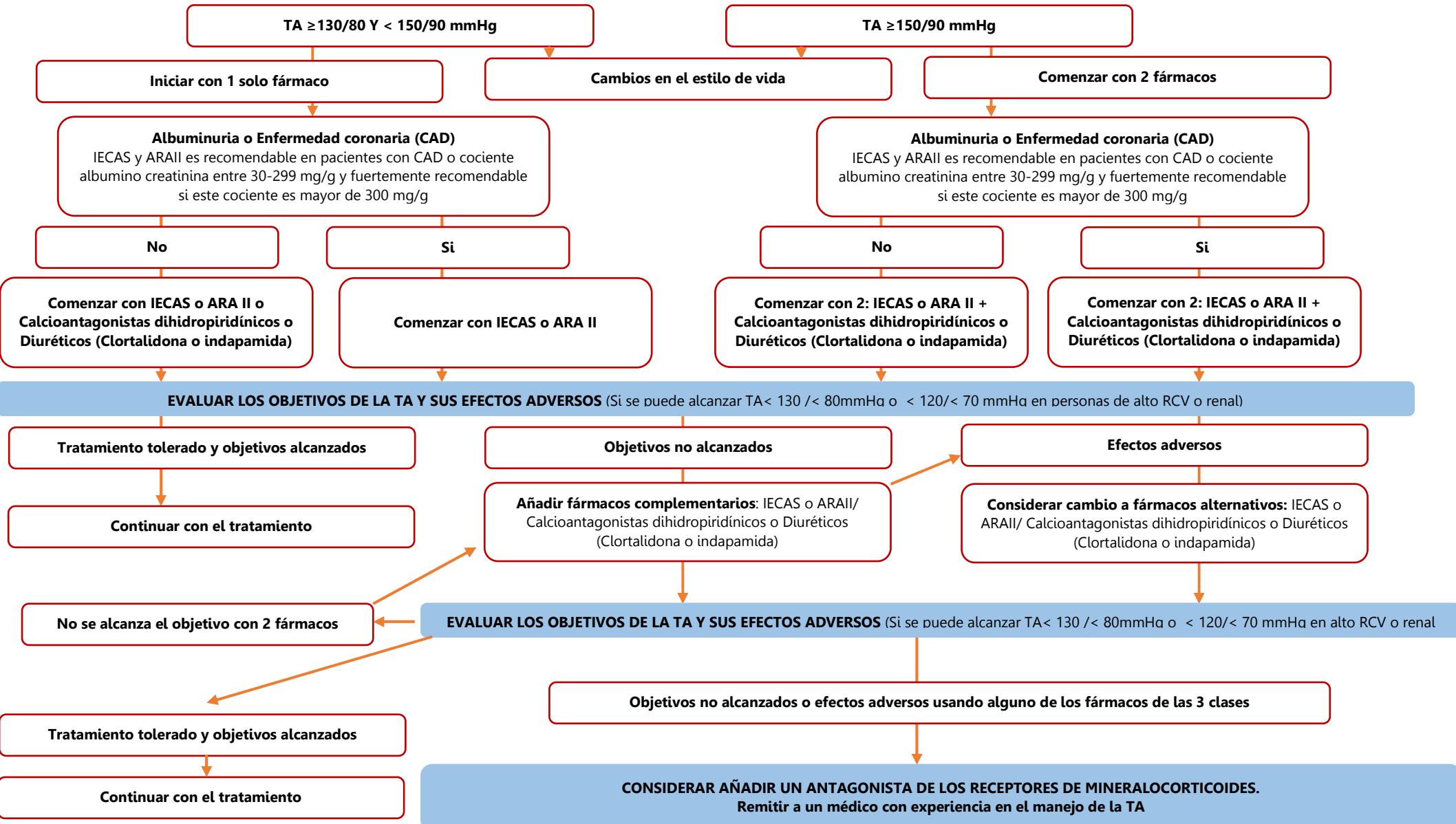
En adultos con DM2, obesidad e IC sintomática con ICFEP, el plan de tratamiento debe incluir un GIP/GLP-1 dual (A) o un arGLP-1 (B) con beneficio demostrado en la reducción de eventos de IC.

En adultos con DM2, obesidad e ICFEP sintomática, el plan de tratamiento debe incluir un dual GIP/GLP-1 o un arGLP-1 con beneficio demostrado para la reducción de los síntomas de IC (A).

## CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL: Objetivo: TAS < 130, TAD < 80mmHg o < 120 mmHg/< 70 mmHg en personas de alto RCV o renal (A)

El Objetivo puede ser más alto en el caso de Neuropatía autonómica, hipotensión ortostática, síndrome coronario agudo, fragilidad e intolerancia a la medicación.  
Intervención sobre los estilos de vida: Disminuir el consumo de sal, uso de dieta mediterránea, aumento de la actividad física y conseguir un peso óptimo.

### Recomendaciones para el tratamiento de confirmación en personas con diabetes no embarazadas 2026 (Reevaluar cada 3 a 6 meses)



Vigilar la disminución de la TFG<sub>e</sub> y el aumento de los niveles séricos de potasio al inicio y periódicamente, cuando se utilicen IECA, ARA 2 y ARM (B). Vigilar la hipopotasemia cuando se utilicen diuréticos en las visitas de rutina y entre 7 y 14 días después del inicio o después de un cambio de dosis, y periódicamente, según sea clínicamente apropiado (B).

## OTRAS RECOMENDACIONES INCLUIDAS EN EL CONTROL DE PACIENTE CON DIABETES EN 2026

### Agentes antiplaquetarios

Se mantiene la aspirina (75-162 mg/día) en prevención secundaria en pacientes con DM y ECV previa (A)

la terapia combinada con 81 mg de aspirina al día más 2,5 mg de rivaroxabán dos veces al día en personas con enfermedad coronaria o enfermedad arterial periférica (EAP) estable y bajo riesgo de sangrado para prevenir eventos adversos graves en las extremidades y CV (A)

### Anomalías cardíacas

Las personas con DM tienen un mayor riesgo de desarrollar anomalías cardíacas estructurales o funcionales asintomáticas (IC en estadio B) o IC sintomática (estadio C).

Considerar la medición del péptido natriurético (BNP o NTproBNP) para facilitar la prevención de la IC en estadio C

Para reducir la progresión de la enfermedad renal y el RCV en personas con DM2 y ERC, se recomienda un arGLP-1 con un beneficio demostrado en esta población (A).

Se puede considerar el inicio simultáneo de un iSGLT2 y un ARM no esteroideo (Finerenona) en adultos con DM2 y CAC  $\geq 100$  mg/g con una TFG<sub>e</sub> de 30-90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> que reciben un IRA debido a la evidencia de seguridad y efectos beneficiosos sobre la albuminuria (B).

Valorar el **tratamiento para la osteoporosis** en los adultos mayores con DM que presentan un mayor riesgo de fractura, incluyendo aquellos con baja densidad mineral ósea (puntuación T  $\leq -2,5$ ), antecedentes de fractura por fragilidad o una puntuación elevada en el FRAX ( $\geq 3\%$  para fractura de cadera o  $\geq 20\%$  para fractura osteoporótica mayor) (B). También considerar el tratamiento en los adultos con DM con una puntuación T entre -2,0 y -2,5 en presencia de factores de riesgo adicionales de fractura (C).

Se actualiza la terminología para la **Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD/ MASLD) y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH/ MASH) a enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) y esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH)**, respectivamente.

Se recomienda examinar a los adultos, particularmente aquellos con obesidad u otros FRCV o ECV establecida, para determinar su **riesgo de tener o desarrollar cirrosis relacionada con MASH utilizando el FIB-4** (derivado de la edad, ALT, AST y plaquetas), incluso si tienen enzimas hepáticas normales (B). Cualquier valor  $>2,67$  deberá ser derivado a hepatología

Utilizar terapia complementaria para la pérdida de peso en adultos con **DM2, con MASH y con MASLD**,

**En el MASLD** se puede utilizar los arGLP-1 utilizado sea específicamente uno con beneficio en MASH (A) o agonistas duales del receptor del polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa (GIP) y agonistas del péptido similar arGLP1 (B) También iSGLT2 (Empagliflozina y Canagliflozina) y Pioglitazona

**En adultos con MASH** comprobado por biopsia o aquellos con alto riesgo de fibrosis hepática (según pruebas no invasivas), se prefiere un arGLP1 para el control glucémico debido a sus efectos beneficiosos sobre el MASH. Se puede considerar una **pioglitazona (B) o un agonista dual (B)**.

## OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica y a menudo progresiva que conlleva numerosas complicaciones médicas, físicas y psicosociales, y un riesgo mayor de padecer DM2. Tanto las pequeñas como las grandes pérdidas de peso deben considerarse objetivos en cada caso. En particular una pérdida de peso mayor (10% o más) puede tener efectos modificadores de la enfermedad remisión de la DM, y puede mejorar los resultados cardiovasculares a largo plazo.

Para diagnosticarlo se deben de realizar mediciones antropométricas adicionales además del IMC, como son: circunferencia de la cintura, relación cintura-cadera y/o relación cintura-altura) para fomentar las evaluaciones individualizadas de la masa y la distribución de la grasa corporal

Una pérdida de peso del 5-7% del peso corporal inicial mejora la glucemia y otros FRCV intermedios (A). Los beneficios son mayores en perdidas de >10% de peso

Se recomienda individualizar la dosis y el enfoque de ajuste de dosis de la farmacoterapia para la obesidad para equilibrar la eficacia, los beneficios para la salud y la tolerabilidad; la dosis óptima de tratamiento puede no ser la dosis máxima aprobada (B).

Si se alcanzan los objetivos de pérdida de peso, se recomiendan programas de mantenimiento del peso a largo plazo ( $\geq 1$  año) que incluyan contacto y apoyo mensual, seguimiento continuo del peso corporal (semanal o más frecuentemente) y otras estrategias de autocontrol, y fomentan la actividad física regular (200-300 min/semana).

Se deben valorar los riesgos de estas medicaciones frente a los potenciales beneficios (A). Si la respuesta del paciente al fármaco es efectiva (>5% de pérdida de peso después de 3 meses), es probable que se pierda más peso manteniendo el medicamento. Sin embargo, cuando la respuesta es insuficiente (<5% de pérdida de peso después de 3 meses), o si hay problemas significativos de seguridad o tolerabilidad, se debe considerar la suspensión del fármaco y valorar otros tratamientos alternativos. (A)

Para evitar la inercia terapéutica, en el caso de las personas que no alcancen los objetivos, reevaluar las terapias de control del peso e intensificar el tratamiento con enfoques adicionales (p. ej., cirugía metabólica, agentes farmacológicos adicionales y programas estructurados de gestión del estilo de vida)

Se debe considerar la Cirugía metabólica para controlar peso y glucemia en personas con DM con IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> (2024).

### PERFIL DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA PERDIDA DE PESO DISPONIBLES EN ESPAÑA

	SEMAGLUTIDA	TIRZEPATIDA	LIRAGLUTIDA	ORLISTAT
CLASE	ArGLP-1	ArGLP-1 + ArGIP	ArGLP-1	Inhibidor de la lipasa gastrointestinal
PERDIDA DE PESO	15-18%	18-20%	5-6%	4%
MECANISMO	Disminuye el apetito Retraso del vaciado gástrico	Reducción las concentraciones de glucosa en ayunas y posprandiales por aumento de la secreción de insulina Regulación del apetito y metabolismo energético.	Disminuye el apetito Retraso del vaciado gástrico	Disminuye la absorción de las grasas
DISPENSACIÓN	Inyecciones subcutáneas semanales	Inyecciones subcutáneas semanales	Inyecciones subcutáneas diarias	Oral diario
DOSIS DE COMIENZO	0,25 mg/ semana	2,5 mg/ semana	0,6 mg/ día	120 mg/ 3 veces al día
DOSIS DE TRATAMIENTO	Hasta 2,4 mg/ semana	Hasta 15 mg/ semana	Hasta 3 mg/ día	120 mg/ 3 veces al día
POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS	Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento. Dolor de cabeza, fatiga	Mareos, hipotensión; náuseas, diarrea; dolor abdominal, vómitos, dispepsia, distensión abdominal, eructos, flatulencia,	Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento. Dolor de cabeza, fatiga	Flatulencias, urgencia fecal, heces grasas, malabsorción de fármacos y de vitaminas solubles en grasa
PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES	Probable relación con carcinoma medular de tiroides/ MEN2. Taquicardias Pancreatitis Enfermedades de la vesícula Retinopatía diabética	Probable relación con carcinoma medular de tiroides Pancreatitis aguda. Elevaciones de enzimas pancreáticas. Riesgo de deshidratación, debido a las reacciones adversas gastrointestinales que podría llevar a un deterioro de la función renal.	Hipoglucemias Pancreatitis Usar con cuidado en pacientes con enfermedad renal que al disminuir dosis presenten alteraciones gástricas	Possible mala absorción de las grasas y vitamina liposolubles. Rare cases of severe hepatic damage Colestasis and Nefrolitiasis
COSTE	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Alto

**BIBLIOGRAFÍA:** Adaptado de:

- ✓ Standards of Care in Diabetes—2026. American Diabetes Association. Diabetes Care 2026 january;49(Supplement\_1): [https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement\\_1/S6/163930/Summary-of-Revisions-Standards-of-Care-in-Diabetes](https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S6/163930/Summary-of-Revisions-Standards-of-Care-in-Diabetes)
- ✓ Alan J. Garber, Yehuda Handelsman, George Grunberger, Paul D. Rosenblit, Susan Samson, Guillermo E. Umpierrez.Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2020 Executive Summary. DOI: <https://doi.org/10.4158/CS-2019-0472>
- ✓ Susan L. Samson, Priyathama Vellanki, Lawrence Blonde. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2023 Update. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.02.001>
- ✓ SCORE. 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 Jul 21;44(28):2544-2556. doi: 10.1093/eurheartj/ehad260
- ✓ Calculadora RCV. ESC CVD Risk Calculation App. Individual cardiovascular risk assessment for healthcare professionals <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app>
- ✓ Masana L, Plana N. Actualización de las tablas de planificación terapéutica hipocolesterolimante orientadas a la obtención de los objetivos terapéuticos. Clin Invest en Arteriosclerosis. Vol. 31. Núm. 6. Páginas 271-277 (Noviembre- Diciembre 219). <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-actualizacion-las-tablas-planificacion-terapeutica-S0214916819300555>. DOI: [10.1016/j.arteri.2019.04.005](https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.04.005)
- ✓ Proyecto MIRA [Internet]. Redgdps.org. [citado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/proyectomira/materiales.php> (Todas las Ilustraciones del documento proceden de Proyecto MIRA [Internet]. Redgdps.org. [citado el 9 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.redgdps.org/proyectomira/materiales.php>)
- ✓ Barrot J, Franch J, Mundet X, Romero P. Atlas en retinopatía diabética y lectura de retinografías [Internet]. Available from: <https://www.redgdps.org/proyectomira/Atlasretinodiab2019.pdf>
- ✓ Romero-Aroca P, Sagarra R, Figura. Anatomía de la retina La retinopatía diabética e hipertensiva Los principales problemas de salud Anatomía de la retina normal. AMF [Internet]. 2018;14(7):382-93. Available from: <https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2018/08/La-retinopat%C3%A9tica-diab%C3%A9tica-e-hipertensiva.-AMF-2018.pdf>
- ✓ Proceso asistencial integrado diabetes mellitus tipo 2 Actualización 2023 [Internet]. [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/PAI%20DM2%20 CASTELLANO DEF.pdf>
- ✓ Kdigo 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney International (2022) 102 (55); <https://www.kidney-international.org/action/showPdf?pii=S0085-2538%2822%2900507-5>
- ✓ de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care 2022;45: 3075-3090
- ✓ Bolcan (Boletín Canario de uso de racional del medicamento de SCS) FARMACOTERAPIA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL (1ª parte). Vol 11 (3). Diciembre 2019. [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cae7bdb-49b3-11ea-88ac-e3f0d66df59b/BOLCAN\\_Farmacoterapia%20en%20ERC\\_Vol11n%C2%BA3\\_2019.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/cae7bdb-49b3-11ea-88ac-e3f0d66df59b/BOLCAN_Farmacoterapia%20en%20ERC_Vol11n%C2%BA3_2019.pdf)
- ✓ redGDPS. Resumen y Novedades de Standards of Care in Diabetes- 2024. <https://redgedaps.blogspot.com/2023/12/resumen-y-novedades-de-standards-of.html>
- ✓ Fichas técnicas de los productos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Revisadas diciembre de 2023.
- ✓ Informe Nacional de Estadísticas de la Diabetes 2020. Estimaciones sobre la diabetes y su carga en los EEUU. [https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/NDSR\\_2020\\_Spanish-508.pdf](https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/NDSR_2020_Spanish-508.pdf)