

Estrategias integrales para el manejo de la dislipemia en pacientes con diabetes en Atención Primaria

Jose Luis Pardo Franco

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Orihuela I, Alicante

RESUMEN

Describiremos las medidas no farmacológicas recomendadas, para mejorar la dislipemia y el riesgo cardiovascular en la diabetes. El género femenino esta infratratado farmacológicamente. Los mayores de 75 años necesitan consideraciones especiales según su calidad de vida y perspectivas de la misma. La ERC plantea diferentes objetivos de LDL a medida que el deterioro renal avanza. La inercia y la insuficiente adherencia dificultan los objetivos lipídicos. Todo ello plantea numerosos retos a la Atención Primaria.

Palabras clave: diabetes mellitus, riesgo cardiovascular, SCORE2-Diabetes.

DIETA Y RIESGO CARDIOVASCULAR¹

La alimentación es fundamental en el tratamiento no farmacológico de las dislipemias y del riesgo cardiovascular. Hay que modificar la visión centrada en nutrientes aislados (grasas, hidratos de carbono y proteínas) y hablar de **patrones alimentarios**, que son los que han demostrado una reducción de las enfermedades cardiovasculares.

La ADA¹ recomienda la dieta mediterránea y la dieta DASH; la reducción de grasa saturadas y *trans*, además de un incremento de la ingesta de fibra y del ejercicio físico. Con descenso de peso, si lo necesita.

Dieta mediterránea:

El estudio PREDIMED demostró que la dieta mediterránea, asignada a 7.447 pacientes con alto riesgo cardiovascular en prevención primaria (49 % con diabetes mellitus tipo 2), y comparada con una dieta baja en grasas recomendada por la American Heart Association, se asoció, tras casi cinco años de seguimiento, con una menor incidencia de diabetes mellitus y de eventos cardiovasculares.

La dieta mediterránea fue suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos variados.

Dieta DASH:

Diseñada para reducir la hipertensión, es rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa, y limita la ingesta de sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos.

Los estudios que incluían personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) mostraron una reducción de eventos CV⁵.

Dieta vegetariana:

Los estudios muestran una disminución de la incidencia de enfermedad coronaria fatal y no fatal⁶. Señalan menor prevalencia de DM2 que en la población general.

La elección de la dieta dependerá de las características del paciente, el tratamiento de la DM2, su estilo de vida, su capacidad de aprendizaje, los objetivos clínicos, la cultura a la que pertenece, costumbres, religión, etc.

¹Artículo basado en los consensos de la ADA, la SEA, la SED y la SEMI (Asociación Americana de Diabetes¹, Sociedad Española de Arteriosclerosis^{2,3}, Sociedad Española de Diabetes^{2,3}, Sociedad Española de Medicina Interna^{2,3}).

Aspectos de la dieta y los lípidos:

La sustitución de ácidos grasos saturados (AGS) por polinsaturados (aceites de maíz, girasol y soja) o monoinsaturados (aceite de oliva, canola, girasol alto oleico) reduce tanto la colesterolemia total como el c-LDL y beneficia el RCV.

Los AGS son grasas de origen animal como el ácido palmítico, mirístico, láurico, esteárico y butírico y también aceites vegetales como los de coco, palma y palmiste.

Es recomendable restringir las grasas animales, los alimentos procesados y los productos de pastelería y bollería industrial. Aunque en la etiqueta conste grasa vegetal, ello no supone que sean saludables (aceite de coco, palma, palmiste).

Aceite de oliva:

El estudio PREDIMED en pacientes de alto RCV, demuestra que el aceite de oliva virgen extra reduce la morbimortalidad CV.

Los aceites de girasol, maíz y soja, a temperaturas elevadas, experimentan fenómenos oxidativos por lo que son mejores como aderezo y no para fritura. Esto no ocurre con el aceite de oliva virgen.

Grasas hidrogenadas:

Las grasas trans industriales (no de los alimentos) están asociadas a un incremento de la mortalidad total y la mortalidad por cardiopatía isquémica⁶. Los ácidos grasos trans son abundantes en productos procesados, como la bollería y los aperitivos comerciales:

- **Margarina:** aunque antiguamente se empleaba la hidrogenación, en la actualidad el método de producción industrial es el de transesterificación, que hace que la margarina prácticamente no contenga ácidos grasos trans y sea rica en AGP n-6 (ácido linoleico) y n-3 (ácido α -linolénico).
- **Carnes:** menor ingesta de carne roja, especialmente de carne procesada, puede ocasionar beneficios cardiometabólicos.
- **Huevos:** un huevo diario ejerce un efecto protector frente al accidente cerebrovascular (ACV)⁷. No se ha encontrado evidencia de que sea perjudicial para el RCV ni con relación a la DM2.
- **Pescado:** tiene efectos de prevención CV. Es recomendable la ingesta de pescado o marisco, al menos, tres veces por semana, dos de ellas en forma de pescado azul.

- **Lácteos:** independientemente de su contenido graso, no incrementan el RCV⁸. No parece ser mejor la versión desnatada.
- **Cereales integrales:** reducen el riesgo de mortalidad por cualquier causa, mortalidad CV o cáncer⁹. Se aconseja el consumo de cereales integrales frente al de refinados.
- **Legumbres:** se asocian con menor RCV total y de cardiopatía isquémica. Es recomendable consumir una ración de legumbres al menos, cuatro veces por semana. La combinación de legumbres y cereales es una fuente completa de proteína. Ambos cuentan con evidencia positiva en cuanto a su efecto en el RCV y la DM2.
- **Tubérculos:** recomendable de dos a cuatro raciones a la semana, preferentemente asados o cocidos, limitando a un consumo muy ocasional las patatas fritas industriales.
- **Frutos secos:** el consumo de frutos secos en cantidades moderadas (30 g/día) se ha asociado a una menor morbimortalidad CV. En personas con DM2, el consumo habitual de un puñado de frutos secos crudos (equivalente a unos 30 g) reduce el riesgo de mortalidad CV y la mortalidad total¹⁰, se debe evitar que sean salados.
- **Verduras:** se asocian a beneficios en el riesgo CV.
- **Chocolate:** negro con cacao ≥ 70 % reduce el riesgo de IAM, ACV, DM2 y de mortalidad por ECV¹¹. Recomendable en cantidades moderadas (hasta 30 g/día).
- **Alimentos procesados:** se relaciona con un mayor riesgo de DM2, ECV total, coronaria y cerebrovascular, y mortalidad por cualquier causa.
- **Café:** es beneficioso para la salud cardiovascular el consumo de hasta cinco tazas por día de café¹², está inversamente asociado con el riesgo de DM2¹³.
- **Alcohol:** se desaconseja totalmente el consumo en hipertrigliceridemias severas, hepatopatía, historia de pancreatitis o comorbilidades relevantes, historia de adicción. No se debe promover el consumo de alcohol en aquellas personas que no tienen el hábito.
En comparación con la abstinencia, el consumo moderado de alcohol se asocia a una reducción del RCV y de DM2¹⁴.
- La **levadura de arroz rojo** contiene monacolina K, similar a la lovastatina. Desciende c-LDL, un 20 %, por cada 5-10 mg de monacolina K. Puede valorarse en pacientes con elevado en c-LDL en las que las recomendaciones actuales no aconsejan el uso de estatinas.

ACTIVIDAD FÍSICA Y LÍPIDOS

El ejercicio regular es una de las intervenciones más potentes y menos utilizadas para mejorar el perfil lipídico y el riesgo CV. Desde el punto de vista cardiovascular, su efecto va mucho más allá de los lípidos: reduce la presión arterial, mejora la sensibilidad a la insulina, disminuye la inflamación, mejora la función endotelial y la capacidad funcional.

Las guías suelen proponer:

- Al menos 150-300 minutos por semana de actividad aeróbica moderada (caminar ligero, bicicleta suave, natación, etc.) o 75-150 minutos de actividad vigorosa repartidos en varios días.
- Ejercicio de fuerza 2-3 días por semana, centrado en grandes grupos musculares.
- Reducir el tiempo total sentado, con pausas activas cada 30-60 minutos.

Efecto sobre el perfil lipídico: descenso modesto de triglicéridos, aumento de colesterol HDL, ligera reducción de LDL; más importante aún, mejora el perfil de partículas (más grandes y menos densas).

El entrenamiento de resistencia (aeróbico) mejora la capacidad de la HDL para el **transporte inverso de colesterol**. Asimismo, el ejercicio de fuerza incrementa la masa muscular, optimizando el depósito de glucógeno y reduciendo la lipogénesis de novo hepática.

En pacientes con hipertrigliceridemia, el efecto puede ser especialmente relevante si se combina con pérdida de peso y control dietético del azúcar.

El gran desafío: La inercia clínica y el riesgo residual

A pesar de la sólida evidencia, existe una brecha significativa entre las guías de práctica clínica y la realidad de la consulta.

- **El reto:** la percepción del riesgo suele ser menor que el riesgo real. Muchos pacientes no alcanzan los objetivos de c-LDL < 55 en prevención secundaria o <70 mg/dL en prevención primaria.
- **La oportunidad:** la digitalización de la historia clínica en Atención Primaria (AP) permite implementar alertas de decisión clínica. El uso de sistemas que calculen automáticamente el riesgo cardiovascular (como el SCORE2-Diabetes) facilita la estratificación del riesgo y la identificación precoz de pacientes de alto riesgo, optimizando la toma de decisiones terapéuticas y promoviendo intervenciones preventivas más eficaces.

Polifarmacia y adherencia:

- **El reto:** la polifarmacia favorece el abandono del tratamiento. La dislipemia es, a menudo, la primera medicación que el paciente suspende ante el temor a efectos secundarios (como las mialgias).
- **La oportunidad:** el médico de AP tiene la oportunidad de **simplificar regímenes terapéuticos**. El uso de combinaciones en dosis fijas (estatina + ezetimiba) en un solo comprimido mejora la adherencia.
- **Combatiendo la inercia clínica:** el modelo debe ser el tratamiento intensivo inicial, terapia combinada de inicio. La combinación de estatina de alta intensidad + ezetimiba desde el primer día es la herramienta más eficaz para alcanzar objetivos < 55 mg/dL. Son deseables protocolos de escalamiento automático: implementar alertas en la historia clínica electrónica. Si el paciente no está en objetivo en la primera revisión (4-6 semanas), el escalamiento a inhibidores de la PCSK9 o inclisiran debería valorarse. Revalorización del **riesgo residual:** no basta con mirar el c-LDL. La inercia se rompe analizando el colesterol No-HDL y la apolipoproteína B (ApoB), que ofrecen una visión más precisa de la carga aterogénica total, especialmente en pacientes con síndrome metabólico, diabetes e hipertrigliceridemia.

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA Y PRESCRIPCIÓN DE ESTILO DE VIDA

El tiempo limitado en consulta es el mayor obstáculo para la intervención no farmacológica.

- **El reto:** el consejo dietético y de ejercicio a menudo se percibe como una “recomendación genérica” y no como una prescripción médica rigurosa.
- **La oportunidad:** el modelo de **trabajo multidisciplinar en AP (médico-enfermería)**. La enfermería de familia es el pilar para la educación terapéutica. La oportunidad reside en crear “consultas grupales” o talleres de estilo de vida donde se aborde la dieta mediterránea y el ejercicio de fuerza de forma práctica, empoderando al paciente en el autocuidado.

EL PACIENTE ANCIANO

La población con DM2 está envejeciendo, planteando dilemas sobre la intensidad del tratamiento.

- **El reto:** evitar tanto el infratratamiento en ancianos activos (donde la estatina sigue siendo coste-efectiva) como el

sobret ratamiento en pacientes frágiles o con esperanza de vida limitada.

- **La oportunidad:** la **valoración geriátrica integral** en AP permite personalizar los objetivos, pasando de un manejo basado solo en números (c-LDL) a uno basado en la situación funcional y la calidad de vida.
- **Prevención secundaria en ancianos:** el **objetivo c-LDL** se mantiene en **< 55 mg/dL** (y reducción $\geq 50\%$).
- **Prevención primaria:** el uso de tablas **SCORE2-OP** (*Older People*). Estas tablas ajustan el riesgo considerando que la mortalidad competitiva (por causas no cardiovasculares) aumenta con la edad.
- **Recomendaciones ESC/EAS 2025²²:** iniciar estatinas en mayores de 75 años con riesgo muy alto (diabetes, ERC estadio 3 o múltiples factores de riesgo controlables). Considerar inicio en pacientes con riesgo alto tras una decisión compartida.
- **Punto crítico:** si el paciente ya tomaba estatinas antes de los 75 años con buena tolerancia, la recomendación es **continuar el tratamiento** (Clase I), ya que la suspensión aumenta el riesgo de eventos coronarios en un 33%.²³

DISLIPEMIA Y GÉNERO EN LA DM

- **Diferencias metabólicas:** las mujeres tienden a tener mayores niveles de c-HDL-c, pero el riesgo cardiovascular aumenta considerablemente tras la menopausia.²⁰
- **Diferencias en el manejo:** estudios recientes (2024-2025) indican que las mujeres con diabetes y enfermedad cardiovascular tienen menos probabilidades de recibir estatinas de alta intensidad y alcanzan con menor frecuencia los objetivos de c-LDL en comparación con los hombres.²²
- **Riesgo cardiovascular:** las mujeres con diabetes tienen un riesgo mayor de enfermedad coronaria que los hombres con diabetes²¹.

Las guías clínicas²² destacan la necesidad de un enfoque personalizado:

- **Mayor vigilancia en mujeres:** dada la menor tasa de logro de objetivos de c-LDL-c, se requiere una evaluación más agresiva y un mayor seguimiento en mujeres con diabetes.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y LÍPIDOS

Las personas con problemas de riñón tienen un riesgo muy alto de sufrir problemas CV, pero a menudo no reciben los tratamientos más modernos porque no se les incluye en los estudios.

Recomendaciones ESC/EAS 2025²²

Inicio de tratamiento:

En pacientes con ERC estadios 3-5 (no en diálisis), iniciar estatinas (o combinación estatina/ezetimiba) (**Clase I, Nivel A**). **Objetivo:** < 55 mg/dL en prevención secundaria o ERC avanzada.

- **Pacientes en diálisis: no iniciar** estatinas en pacientes que ya están en diálisis y no tienen enfermedad cardiovascular aterosclerótica previa, ya que los ensayos (4D, AURORA) no mostraron beneficio neto (**Clase III**).

Mantener el tratamiento si el paciente ya lo recibía antes de entrar en diálisis.

- **Trasplante renal:** las estatinas son recomendación **Clase I** debido al altísimo riesgo basal de estos pacientes.
- **Elección de estatina:** se prefieren con eliminación predominantemente hepática para evitar toxicidad muscular. De elección: la **atorvastatina** y la **fluvastatina**.
- **Precaución con rosuvastatina:** en ERC estadio 4 (FG < 30), se debe iniciar con la dosis mínima (5 mg) y no superar los 10 mg/día.
- **Ezetimiba:** no requiere ajuste de dosis.
- **Inhibidores de PCSK9:** seguros en ERC leve-moderada²⁴.

COMENSALIDAD Y DIETA MEDITERRÁNEA

- Consenso SEA, SED, SEMI 2026²⁻³⁻⁴
Compartir comidas en familia y en comunidad favorece la cohesión social, la transmisión cultural y el bienestar emocional. Se mejora la ingesta calórica, se disminuye el tamaño de las raciones y favorece opciones alimentarias más saludables.
- Estrategias y futuras intervenciones digitales:
Campañas y aplicaciones promueven el *mindful eating*, recetas colaborativas y normas para reducir distracciones digitales. Se proponen recursos digitales con biomarcadores, gamificación y participación de profesionales para fortalecer la socialización alimentaria.
- Influencia del estilo de vida mediterráneo en la crononutrición:
Mejora la calidad de sueño y cronotipo matutino. Cenas tempranas y siestas breves favorecen la sincronización circadiana y la salud metabólica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2026. *Diabetes Care*. 2026 Jan 1;49(Supplement_1):S216-S245. doi: 10.2337/dc26-S010. PMID: 41358899; PMCID: PMC12690187.
2. Delgado-Lista J, Carretero Gómez J, Gómez Delgado F, Pascual V, Díaz JL, Guijarro C, Pedro-Botet J, Pérez A, Píera Carbonell AM, Soler Ferrer C, Sotos Prieto M, Suarez Tembra M, Toledo Atucha E, Pérez-Martínez P. Consensus of the Spanish Society of Arteriosclerosis and the Spanish Society of Internal Medicine on the Mediterranean Diet and Health: A comprehensive approach beyond nutrients. *Clin Investig Arterioscler*. 2026 Mar 10;500910. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arteri.2026.500910. Epub ahead of print. PMID: 41813508.
3. Pascual Fuster V, Pérez Pérez A, Carretero Gómez J, Caixàs Pedragós A, Gómez-Huelgas R, Pérez-Martínez P. Executive summary: Updates to the dietary treatment of prediabetes and type 2 diabetes mellitus. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021 Apr;68(4):277-287. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2020.10.009. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33593709.
4. Ramón Estruch et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *N Engl J Med* 2018;378: e34.
5. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118:74-100.e11.
6. Dinu M, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Sofi F. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017;57(17):3640-9.
7. Alexander DD, Miller PE, Vargas AJ, Weed DL, Cohen SS. Meta-analysis of Egg Consumption and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke. *J Am Coll Nutr*. 2016;6:1-13.
8. Alexander DD, Bylsma LC, Vargas AJ, Cohen SS, Doucette A, Mohamed M, et al. Dairy consumption and CVD: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr*. 2016;115(4):737-50.
9. Zhang B, Zhao Q, Guo W, Bao W, Wang X. Association of whole grain intake with all-cause, cardiovascular, and cancer mortality: a systematic review and dose-meta-analysis from prospectiv cohort studies. *Eur J Clin Nutr*. 2018;72:57-65.
10. Liu G, Guasch-Ferre M, Hu Y, Li Y, Hu F, Rimm E, et al. Nut Consumption in Relation to Cardiovascular Disease Incidence and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus. *Circulation Research*. 2019;124:920-9.
11. Veronese N, Demurtas J, Celotto S, Caruso MG, Maggi S, Bolzetta F, et al. Is chocolate consumption associated with health outcomes? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Clin Nutr*. 2019;38:1101-8.
12. Kim Y, Je Y, Giovannucci E. Coffee consumption and all-cause and cause-specific mortality: a meta-analysis by potential modifiers. *Eur J Epidemiol*. 2019;34:731-52.
13. Carlstrom M, Larsson SC. Coffee consumption and reduced risk of developing type 2 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Nutr Rev*. 2018;76:395-417.
14. Polsky S, Akturk HK. Alcohol Consumption, Diabetes Risk, and Cardiovascular Disease Within Diabetes. *Curr Diab Rep*. 2017;17:136.
15. Kanaley JA, et al. Exercise/Physical Activity in Individuals with T2D: ACSM Consensus Statement. *Med Sci Sports Exerc*. 2022;54(2):353-368.
16. Casteleijn VJ, et al. Effects of Resistance Training on Lipid Profile in T2D: Meta-analysis. *Sports Med Open*. 2021;7(1):54.
17. Pérez-Pinar M, et al. Inercia clínica en el tratamiento de la dislipemia en pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(8):513-520. (Cita clásica para justificar la necesidad de mejora en España).
18. Whayne TF. The Challenge of Combined Lipid-Lowering Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Cardiol Rep*. 2022;24(11):1621-1628.
19. Byrne RA, et al. ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *Eur Heart J*. 2023;44(39):4043-4140.
20. Peters SAE, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Lancet*. 2014;383(9933):1973-1980.
21. Cho L, Duell PB, Gotto AM Jr, Kalra A, LaRosa J, Moriarty PM, et al. Dyslipidemia in Women: A Review of the Literature and Guide to Management. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(11):1535-1544.
22. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE; ESC/EAS Scientific Document Group. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2025 Nov 7;46(42):4359-4378. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf190. Erratum in: *Eur Heart J*. 2026 Feb 11;47(6):697. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf1036. PMID: 40878289.
23. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2024-2025 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification in the aging population. *Eur Heart J*. 2026;47(1):12-98.
24. Wanner C, Tonelli M, Herzog CA, et al. 2026 Focused Update on Lipid Management in Chronic Kidney Disease: A Joint Position Statement of the ESC and the ERA. *Eur Heart J*. 2026;47(6):712-35.