



Rafael González-Manzanares, MD, PhD.  
Unidad de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.  
Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba.

# Valoración del riesgo cardiovascular en personas con diabetes



La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la primera causa de muerte en personas con diabetes (1). En esencia, la aterosclerosis consiste en el depósito progresivo de colesterol en las paredes de las arterias, que, aunque inicialmente ocurre de forma silenciosa, puede desembocar en la aparición de síntomas como angina de pecho, o incluso en un infarto de miocardio o un ictus. Junto a la aterosclerosis, la otra gran complicación cardiovascular de la diabetes es la insuficiencia cardíaca, una situación en la que el corazón pierde capacidad para bombear sangre de forma eficiente a los órganos y tejidos (2). Cuando alguna de estas complicaciones aparece en personas con diabetes, con frecuencia se suma una afectación de la función renal, lo que ha llevado a hablar del síndrome cardiometabólico-renal para describir esta tríada de enfermedades estrechamente interrelacionadas (3).

Estas complicaciones no afectan por igual a todas las personas con diabetes. Su desarrollo depende en gran medida del control glucémico y de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) concomitantes: hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo »

» u obesidad, entre otros. Por tanto, identificar y tratar estos factores de forma precoz y sistemática es la piedra angular de la prevención cardiovascular en diabetes.

Las guías americanas de diabetes de 2026 (*Standards of Care in Diabetes-2026, ADA 2026*) dedican un capítulo específico al manejo de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo (1). Este artículo resume sus recomendaciones principales, desde el control de la presión arterial y los lípidos hasta el papel emergente de ciertos fármacos hipoglucemiantes con beneficio cardiovascular demostrado.

## HIPERTENSIÓN ARTERIAL: OBJETIVOS Y TRATAMIENTO

La hipertensión arterial es uno de los FRCV modificables más prevalentes en personas con diabetes y uno de los que mayor impacto tiene sobre el pronóstico cardiovascular y renal. Las guías ADA 2026 recomiendan medir la presión arterial en cada visita clínica de rutina o, al menos, cada seis meses. El diagnóstico se establece cuando la presión sistólica es igual o superior a 130 mmHg o la diastólica es igual o superior a 80 mmHg, calculado como promedio de múltiples mediciones en distintas ocasiones.

El objetivo terapéutico debe individualizarse mediante un proceso de decisión compartida entre el profesional y el paciente. La meta general es **<130/80 mmHg**. En personas con alto riesgo cardiovascular en quienes sea seguro alcanzarlo, puede considerarse un objetivo de presión sistólica por debajo de 120 mmHg, siempre valorando el balance entre los beneficios sobre los eventos cardiovasculares y los posibles riesgos, como hipotensión, mareos o síncope.

Las intervenciones sobre el estilo de vida constituyen el primer escalón: pérdida de peso cuando esté indicada; dieta de tipo DASH (baja en sodio y rica en frutas, verduras y lácteos bajos en grasa); limitación del alcohol y aumento de la actividad física.

Cuando la presión arterial supera los 130/80 mmHg, se añade tratamiento farmacológico. Los inhibidores de la enzi-

ma convertidora de la angiotensina (IECA) y los bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA-II) son la primera línea recomendada, especialmente en pacientes que presentan además enfermedad coronaria o albuminuria. Esta última se define como la excreción elevada de proteína en orina y es un marcador precoz de daño renal fácilmente detectable en un análisis de orina. Con frecuencia se necesita añadir fármacos adicionales para alcanzar el objetivo, existiendo combinaciones disponibles en un único comprimido; en todo caso, es preferible añadir un segundo fármaco antes que incrementar los IECA o ARA-II hasta dosis máximas, pues ello mejora la eficacia y reduce el riesgo de efectos secundarios. La combinación simultánea de IECA con ARA-II está contraindicada.

En la hipertensión resistente, definida como la presión arterial sin controlar a pesar de tres fármacos a dosis adecuadas incluyendo un diurético, se recomienda añadir un antagonista del receptor de mineralocorticoides (ARM), con monitorización estrecha del potasio sérico y de la función renal.

## CONTROL LIPÍDICO: ESTATINAS, OBJETIVOS Y MÁS ALLÁ

El punto de partida es obtener un perfil lipídico completo en el momento del diagnóstico de diabetes y monitorizarlo con regularidad: entre cuatro y doce semanas después de iniciar o modificar el tratamiento y, posteriormente, con periodicidad anual. Las intervenciones sobre el estilo de vida desempeñan un papel complementario relevante: dieta mediterránea o DASH, reducción de grasas saturadas y trans, aumento del consumo de ácidos grasos omega-3 y fibra, pérdida de peso cuando proceda y ejercicio físico regular.

Las guías ADA 2026 diferencian dos escenarios con recomendaciones distintas: prevención primaria (sin enfermedad cardiovascular previa) y **prevención secundaria** (con enfermedad cardiovascular ya establecida).

En prevención primaria, para personas

con diabetes de entre 40 y 75 años, la recomendación habitual es iniciar una estatina de intensidad moderada. Estos fármacos reducen la producción de colesterol LDL en el hígado, siendo capaces de disminuir sus niveles aproximadamente un 40 %. Si concurren además múltiples factores de riesgo cardiovascular, se recomienda escalar a **estatinas de alta intensidad** (reducción del LDL del 50 % o más) con el objetivo de alcanzar un LDL inferior a 70 mg/dL.

En prevención secundaria el estándar es más exigente: estatinas de alta intensidad, con el objetivo de reducir el LDL al menos un 50 % respecto al valor basal y alcanzar un **LDL <55 mg/dL**. Si con la dosis máxima tolerada de estatina no se logra este umbral, se recomienda añadir ezetimiba, un fármaco que reduce la absorción intestinal del colesterol, o inhibidores de la PCSK9, una clase de anticuerpos monoclonales que potencian la eliminación del LDL por el hígado.

En pacientes con intolerancia a las estatinas, el ácido bempedoico o las terapias dirigidas a PCSK9 son alternativas válidas. En personas con riesgo cardiovascular elevado y triglicéridos persistentemente altos (entre 150 y 499 mg/dL) a pesar del tratamiento con estatinas, puede considerarse añadir icosapento de etilo.

Una pregunta frecuente entre los pacientes es si las estatinas "causan diabetes". La respuesta que ofrecen los datos es tranquilizadora: se estima que, por cada 255 personas tratadas durante cuatro años, una desarrollaría diabetes secundaria al tratamiento, frente a cinco eventos vasculares graves evitados en ese mismo grupo (4). El balance beneficio-riesgo es, por tanto, ampliamente favorable.

## TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE: CUÁNDO Y PARA QUIÉN

Los fármacos antiagregantes plaquetarios reducen la tendencia de las plaquetas a agregarse y formar coágulos en el interior de las arterias, disminuyendo el riesgo de infartos e ictus. Su papel más consolidado es en la prevención secundaria: el ácido acetilsalicílico (aspirina) a do- »

» sis de 75-162 mg al día es la recomendación estándar en personas con diabetes y antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida. En caso de alergia documentada a la aspirina, el clopidogrel a 75 mg al día es la alternativa indicada.

En prevención primaria, la situación es más controvertida. La aspirina puede considerarse en pacientes con alto riesgo cardiovascular y bajo riesgo hemorrágico, pero solo tras una discusión individual sobre los beneficios y los riesgos, en particular el mayor **riesgo de sangrado** gastrointestinal. Por eso, no se recomienda de forma generalizada, aunque hasta hace algunos años era una práctica frecuente.

En personas con enfermedad arterial periférica (estrechamiento de las arterias de las piernas) o enfermedad coronaria estable, las guías ADA 2026 contemplan la combinación de aspirina con rivaroxabán a dosis baja (un anticoagulante oral de administración directa) para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores y de complicaciones isquémicas en las extremidades.

## FÁRMACOS CON BENEFICIO CARDIOVASCULAR: MÁS ALLÁ DEL CONTROL GLUCÉMICO

Las guías ADA 2026 subrayan que el tratamiento de la diabetes tipo 2 ya no puede limitarse al control de la glucemia. Dos clases de fármacos hipoglucemiantes han demostrado en los últimos años beneficios cardiovasculares directos e independientes de su efecto sobre la glucemia, transformando de forma sustancial el paradigma terapéutico.

Los **inhibidores de SGLT2** (iSGLT2, conocidos también como gliflozinas), que actúan promoviendo la eliminación de glucosa por la orina, y los **agonistas del receptor GLP-1** (AR GLP-1), que modulan la secreción de insulina y reducen el apetito, son hoy el eje del tratamiento en personas con diabetes tipo 2 que presentan enfermedad cardiovascular establecida, múltiples FRCV o enfermedad renal crónica (ERC). Su indicación en estos contextos no se fundamenta

únicamente en su capacidad de bajar la glucosa, sino en su demostrada capacidad de reducir eventos cardiovasculares adversos mayores.

En el contexto de la insuficiencia cardíaca, la diabetes aumenta de forma significativa el riesgo de desarrollarla y agrava su pronóstico. Los iSGLT2 están fuertemente recomendados en personas con diabetes tipo 2 e insuficiencia cardíaca, tanto si la función sistólica está reducida como si está preservada, ya que mejoran los síntomas, reducen las hospitalizaciones y disminuyen la mortalidad de causa cardiovascular. En personas con insuficiencia cardíaca con función preservada y obesidad asociada, los AR GLP-1 o las terapias con doble acción sobre los receptores GIP y GLP-1 constituyen también una opción recomendada. La finerenona, un antagonista del receptor de mineralocorticoides de tipo no esteroideo está indicada para reducir el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca en personas con diabetes tipo 2 y ERC con albuminuria significativa (*Tabla 1*). »

| ÁREA TERAPÉUTICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RECOMENDACIÓN CLAVE                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hipertensión arterial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | IECA o ARA-II como primera línea, a dosis máxima tolerada; especialmente indicados si albuminuria o TFGe reducido. Añadir ARM si hipertensión resistente (3 fármacos incluyendo diurético). Objetivo general de TA <130/80 mmHg (considerando TA sistólica <120mmHg en algunos casos).         |
| Lípidos, prevención primaria (40-75 años sin ECVA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Estatina de intensidad moderada como base; escalar a alta intensidad con meta LDL <70 mg/dL si múltiples factores de riesgo. No añadir fibratos, niacina ni suplementos de omega-3 a las estatinas.                                                                                            |
| Lípidos, prevención secundaria (ECVA establecida)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Estatina de alta intensidad con meta LDL <55 mg/dL; añadir ezetimiba o inhibidores de PCSK9 si no se alcanza.                                                                                                                                                                                  |
| Antiagregación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Prevención secundaria: AAS 100 mg/día (clopidogrel 75 mg/día si alergia a AAS). En EAP o cardiopatía isquémica estable con bajo riesgo hemorrágico: AAS + rivaroxabán 2,5 mg/12 h. Prevención primaria: AAS solo en alto riesgo CV y bajo riesgo hemorrágico, tras valoración individualizada. |
| iSGLT2 y/o AR GLP-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Recomendados en diabetes tipo 2 con ECVA establecida, múltiples factores de riesgo cardiovascular o ERC, independientemente del nivel de HbA1c.                                                                                                                                                |
| Insuficiencia cardíaca (IC) con FE reducida o preservada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | iSGLT2 con beneficio demostrado en reducción de empeoramiento de IC y muerte cardiovascular.                                                                                                                                                                                                   |
| IC con FE preservada y obesidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Añadir agonista dual GIP/GLP-1 o AR GLP-1 con beneficio demostrado en síntomas y eventos de IC.                                                                                                                                                                                                |
| IC con FE >40 % o ERC con albuminuria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ARM no esteroideo (finerenona) para reducir empeoramiento de IC y progresión de ERC.                                                                                                                                                                                                           |
| AR GLP-1: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; AAS: ácido acetilsalicílico; ARM: antagonista del receptor de mineralocorticoides; ARA-II: antagonistas del receptor de angiotensina II; EAP: enfermedad arterial periférica; ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ERC: enfermedad renal crónica; FE: fracción de eyección; HbA1c: hemoglobina glucosilada; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; iSGLT2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; LDL: lipoproteína de baja densidad; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimado. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**TABLA 1.** Recomendaciones farmacológicas clave por área terapéutica (ADA 2026)

» En cuanto al cribado de enfermedad cardiovascular asintomática, las guías no recomiendan la detección sistemática de enfermedad coronaria en pacientes sin síntomas cuando los factores de riesgo ya reciben tratamiento intensivo. Sin embargo, sí se recomienda determinar los biomarcadores cardíacos BNP o NT-proBNP (péptidos liberados por el corazón cuando está sometido a sobrecarga

o daño) para identificar fases precoces de insuficiencia cardíaca antes de que aparezcan síntomas. El índice tobillo-brazo (cociente entre la presión arterial medida en el tobillo y en el brazo, que permite detectar el estrechamiento de las arterias de las extremidades inferiores) está recomendado en personas mayores de 65 años o en aquellas con daño de órgano diana. **D**

## CONCLUSIONES

1. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en personas con diabetes, y su prevención requiere abordar de forma simultánea todos los factores de riesgo modificables.
2. El objetivo de presión arterial es <130/80 mmHg, con los IECA o ARA-II como primera línea, especialmente si existe albuminuria; en casos de alto riesgo seleccionados puede buscarse un objetivo de presión sistólica aún más estricto.
3. Las estatinas son el fármaco estándar como tratamiento hipolipemiante, con objetivos de colesterol LDL variables según la presencia de enfermedad cardiovascular previa o de otros factores de riesgo cardiovascular.
4. La aspirina en prevención primaria no se recomienda de forma generalizada y su uso debe valorarse de forma individual, equilibrando el riesgo cardiovascular con el riesgo de sangrado.
5. Los iSGLT2 y los AR GLP-1 con beneficio cardiovascular demostrado son parte esencial del tratamiento de la diabetes tipo 2 con enfermedad cardiovascular o renal, independientemente del control glucémico.

EL RIESGO  
DE DIABETES  
DE NUEVA  
APARICIÓN CON  
LAS ESTATINAS  
ES MÍNIMO  
FRENTE A LA  
PROTECCIÓN  
CARDIOVASCU-  
LAR QUE OFRE-  
CEN: POR CADA  
CASO ADICIONAL  
DE DIABETES  
SE PREVIENEN  
MÁS DE CINCO  
EVENTOS VASCU-  
LARES GRAVES

## 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-S245. doi:10.2337/dc26-S010
2. Gonzalez-Manzanares R. Insuficiencia Cardíaca y Diabetes Mellitus: comprendiendo esta estrecha relación y el nuevo paradigma de tratamiento. Revista Diabetes [Internet]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/complicaciones/insuficiencia-cardiaca-y-diabetes-mellitus-comprendiendo-esta-estrecha-relacion-y-el-nuevo-paradigma-de-tratamiento/>
3. Casas A, Broseta JJ, Marqués M, Cigarrán S, Julián JC, Alcázar R, Ortiz A. La definición del síndrome cardiovascular-reno-metabólico (cardiovascular-kidney-metabolic syndrome) y su papel en la prevención, estratificación del riesgo y tratamiento. Una oportunidad para la Nefrología. Nefrología. 2024;44(6):769-920. doi:10.1016/j.nefro.2024.05.001
4. Sattar N, Preiss D, Murray HM, Welsh P, Buckley BM, de Craen AJ, et al. Statins and risk of incident diabetes: a collaborative meta-analysis of randomised statin trials. Lancet. 2010;375(9716):735-42. doi:10.1016/S0140-6736(09)61965-6