

LOS PUNTOS MÁS RELEVANTES DE LAS NUEVAS DIRECTRICES DE DISLIPEMIA ACC/AHA 2026

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid, España)

Fecha de publicación: 17/03/2026

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 6 minutos



*Este página web está exclusivamente dirigido a personal sanitario. Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Las guías ACC/AHA consolidan objetivos de c-LDL más estrictos y una prevención primaria personalizada mediante "potenciadores de riesgo" y el Score de Calcio, transitando hacia una medicina proactiva que estabilice la placa antes del evento isquémico. Por ello, resulta imperativo mejorar la accesibilidad a técnicas de imagen como el CAC y biomarcadores avanzados como el apoB, al tiempo que universalizar en los petitorios de laboratorio la Lp(a) y PCR-us. Las guías ratifican el papel central de las estatinas como terapia de primera elección. Por su parte, el ácido bempedoico se posiciona como una alternativa a la ezetimiba y a los inhibidores de la PCSK9 en un varios escenarios clínicos”

EL PRECEDENTE EUROPEO

En 2025, la **Sociedad Europea de Cardiología (ESC)** presentó un [documento de actualización](#) que subrayaba la necesidad de alcanzar objetivos de c-LDL extremadamente estrictos en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular (CV) o riesgo extremo. Esta guía apoyaba una práctica clínica bajo el paradigma de "cuanto antes y más intenso, mejor", alejándose de la tradicional estrategia escalonada. No obstante, el documento fue objeto de crítica debido a ciertas incoherencias internas y una falta de innovación práctica.

En este escenario, el **Colegio Americano de Cardiología (ACC)** y la **Asociación Americana del Corazón (AHA)**, en colaboración con otras sociedades científicas, [han publicado](#) sus nuevas directrices para el manejo de la dislipemia, cuyos puntos clave se analizan a continuación.

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Se recomienda evaluar cada 5 años con perfil lipídico en pacientes adultos sanos. Las guías americanas implementan la calculadora de riesgo **PREVENT**. Es imperativo recordar que, a diferencia del sistema **SCORE2** empleado en Europa y España, PREVENT no está validado en nuestro entorno. Sin embargo, el documento enfatiza una visión longitudinal: la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (**ECVA**) es una patología crónica donde el riesgo de eventos se incrementa de forma acumulativa a lo largo de la vida. Un cambio de tendencia notable en la postura americana es su convergencia con la europea al establecer dianas específicas de c-LDL según el riesgo CV futuro.

MEDICIONES Y BIOMARCADORES

Las guías recomiendan la medición estándar del c-LDL por la fórmula de Martin/Hopkins o la de Sampson/NIH (*National Institutes of Health*) frente a la determinación del c-LDL por fórmula de Friedewald o por estimación directa (*excluyendo el método de beta-cuantificación, único método directo considerado gold standard*).

- Se establece la recomendación firme de medir la **lipoproteína (a) o Lp(a)** al menos una vez en la vida adulta, estableciéndose como un modulador del riesgo CV. Se recomienda una estratificación familiar en cascada de la Lp(a) para aquellos pacientes con enfermedad CV prematura, Lp(a) elevada o hipercolesterolemia familiar (Clase 1).
- Se favorece la determinación de la **apolipoproteína B (apoB)** para una evaluación precisa del riesgo CV (*clase 2b*) y sobre todo para optimizar la terapia hipolipemiente, especialmente en poblaciones con hipertrigliceridemia, diabetes o síndrome cardiorenal-metabólico (*Clase 2a*), una vez alcanzados los objetivos de c-LDL y colesterol no-HDL.
- Por otro lado, el **Score de Calcio Coronario (CAC)** adquiere un protagonismo renovado como herramienta eficaz para la reestratificación del riesgo en casos de incertidumbre clínica, condicionando directamente la toma de decisiones terapéuticas.

PERSONALIZACIÓN MEDIANTE "POTENCIADORES DE RIESGO"

En pacientes con riesgo límite o intermedio, se recomienda modular la estrategia terapéutica integrando factores no contemplados en las calculadoras convencionales. Estos "potenciadores de riesgo" incluyen:

- antecedentes familiares prematuros de ECVA,
- ascendencia específica (*como la surasiática*),
- enfermedades inflamatorias crónicas,
- niveles elevados de PCR de alta sensibilidad (*> 2 mg/L en dos mediciones diferentes sin causa aparente*),
- Lp(a) \geq 50 mg/dl,
- enfermedad cardiorenal-metabólica,
- triglicéridos elevados (*> 150 mg/dl en ayunas o > 175 mg/dl en analíticas no realizadas en ayunas*)
- antecedentes reproductivos de alto riesgo (*menarquia < 10 años, síndrome del ovario poliquístico y menstruaciones irregulares, menopausia < 45 años -sobre todo < 40 años-, preeclampsia, diabetes gestacional, hipertensión gestacional, abortos espontáneos recurrentes y parto prematuro*).

La modulación del riesgo al alza justificaría una terapia hipolipemiente más intensa con objetivos más estrictos.

Respecto al Score de Calcio Coronario (*unidades Agatston*), si el riesgo persiste incierto tras valorar los potenciadores previos, se recomienda (*Clase 1*) su determinación en adultos varones \leq 40 años y mujeres \geq 45 años. Si la puntuación CAC es 0, se recomienda repetir cada 5-7 años, si la puntuación CAC $>$ 0 debe plantearse una intensificación terapéutica iniciando terapia estatínica, siendo este requerimiento perentorio si el CAC es \geq 100 UA. Como novedad, se establecen dianas terapéuticas vinculadas al CAC:

- **CAC \geq 100 UA:** Objetivo de c-LDL $<$ 70 mg/dl y colesterol no-HDL $<$ 100 mg/dl (*Clase 1*).
- **CAC \geq 1000 UA:** Objetivo de c-LDL $<$ 55 mg/dl y reducción 50% respecto al valor basal (*Clase 1*).

Si incidentalmente en otra prueba de tomografía computarizada no cardíaca se identifica calcio a nivel de las coronarias, se debe reestratificar al alza el riesgo CV del paciente y plantear terapia hipolipemiente estatínica.

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

El enfoque vira hacia la reducción de la exposición acumulada a lipoproteínas aterogénicas, considerando que el c-LDL promedio a lo largo de la vida es uno de los predictores más robustos de ECVA futura.

- **Riesgo bajo (*PREVENT* < 3%):** Modificación del estilo de vida, salvo si el c-LDL basal es ≥ 160 mg/dl o existen antecedentes familiares CV graves, en cuyo caso se iniciarán estatinas de moderada intensidad.
- **Riesgo límite (3-5%) e intermedio (5-10%):** Terapia consensuada con objetivo de c-LDL < 100 mg/dl y colesterol no HDL < 130 mg/dl (*y reducción de al menos 30% del valor basal para límite y $\geq 50\%$ para intermedio*).
- **Riesgo alto (> 10%):** Objetivo de c-LDL < 70 mg/dl con estatinas de alta intensidad (*y reducción $\geq 50\%$ del valor basal*) y colesterol no HDL < 130 mg/dl.

Se promueve la intervención precoz para estabilizar la placa de la enfermedad aterosclerótica subclínica, dado que su regresión completa no es viable actualmente. Por ello se promueven las estrategias de educación en estilo de vida cardiosaludable desde edades tempranas. Los pacientes con edades de < 30 años y c-LDL ≥ 160 mg/dl deben recibir tratamiento farmacológico, aunque el riesgo estimado CV sea bajo.

La terapia recomendada es la estatina, y si no se alcanzan objetivos, ezetimiba, quedando los inhibidores de PCSK-9 o el ácido bempedoico a la última opción terapéutica.

ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

Para pacientes de muy alto riesgo (*dos eventos graves o un evento asociado a al menos dos factores de riesgo CV*), la diana es un **c-LDL < 55 mg/dl**, colesterol no-HDL < 85 mg/dl (*aunque para eventos aislados menos relevantes se menciona el objetivo de < 70 mg/dl*) y reducción del valor basal $\geq 50\%$. La terapéutica recomendada incluye la combinación de estatinas con ezetimiba, inhibidores de la PCSK9 o inclisiran, dejando como última opción en el escalonado de objetivos al ácido bempedoico.

HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA (≥ 190 mg/dl) / HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

Se recomienda (*Clase 1*) el estudio genético para los individuos con un diagnóstico de HF estimado como posible, probable o definitivo. También se puede considerar (*2a*) en los pacientes con valores de c-LDL ≥ 190 mg/dl sin causa aparente si se estima un riesgo CV alto, incluso en aquellos con cLDL ≥ 160 mg/dl (*2b*).

La terapia hipolipemiente recomendada son las estatinas, y si no se alcanzan objetivos, se pueden suplementar con ezetimiba, inhibidores de PCSK9 y/o ácido bempedoico. El objetivo es c-LDL < 70 mg/dl y colesterol no HDL < 100 mg/dl para HF sin enfermedad CV establecida o en caso de hipercolesterolemia severa sin HF con enfermedad aterosclerótica subclínica, para el resto de los casos el objetivo es c-LDL < 100 mg/dl y colesterol no HDL < 130 mg/dl. Este documento también incluye la opción de uso de inclisiran asociado a estatinas con o sin ezetimiba.

CONTROLES ANALÍTICOS PARA CONTROL EFICACIA TERAPÉUTICA

Se recomienda cada 6-12 meses en pacientes con terapia estable, y a las 4-12 semanas de modificar una terapia hipolipemiente.

CONSIDERACIONES EN GRUPOS ESPECIALES (CLASE 1): TERAPIA HIPOLIPEMIANTE INDEPENDIENTE DE LOS NIVELES BASALES DE c-LDL

Se recomienda tratamiento con estatinas, independientemente de los niveles basales de c-LDL para adultos de 40 a 75 años con:

- **VIH** bajo terapia antirretroviral estable.
- **Cáncer** con diagnóstico activo o antecedentes.
- **Diabetes Mellitus** con objetivo de c-LDL < 100 mg/dl y colesterol no HDL < 130 mg/dl, bajando a < 70 mg/dl si existen factores de riesgo CV asociados y < 55 mg/dl si enfermedad CV establecida. Asociar icosapento de etilo en los pacientes con triglicéridos de > 150 mg/dl.
- **Enfermedad Renal Crónica (Estadios 3-4).**

En estos pacientes podría tener interés realizar una estimación de calcio coronario para intensificar la terapia si los valores están elevados (*clase 2b*).

En casos de **hipertrigliceridemia** (*niveles de triglicéridos persistentemente elevados*), el pilar es el estilo de vida (*dieta baja en azúcares, carbohidratos refinados, grasas saturadas y alcohol, añadiendo una pérdida de peso > 5% y ejercicio moderado 150 min/semana; con recomendaciones más estrictas cuanto mayor sean los valores basales de triglicéridos*) y las estatinas la terapia farmacológica recomendada, reservando los fármacos específicos para reducción de triglicéridos para los individuos con alto riesgo de pancreatitis (*triglicéridos en sangre ≥ 1000 mg/dl*).

Los pacientes de riesgo límite (3-5%) y **PCR ultrasensible ≥ 2 mg/L** pueden ser candidatos a terapia estatínica de alta intensidad para reducir los eventos cardiovasculares futuros (**clase 2a**), independientemente de los niveles de c-LDL.

CONSIDERACIONES PARTICULARES

En caso de valores de **Lp (a) ≥ 50 mg/dl** se recomienda alcanzar los objetivos con terapia estatínica, y en caso de no conseguirlo con dosis máxima, se recomienda asociar fármacos inhibidores de PCSK-9 como fármaco preferente respecto a otras terapias hipolipemiantes coadyuvantes.

En caso de **pacientes intolerantes a estatinas**, se recomienda descartar causas secundarias y corregirlas si es posible, y si no es posible, reducir la dosis de estatina o suprimir, utilizando otros hipolipemiantes para alcanzar los objetivos solos o en combinación, recomendando ezetimiba, bempedoico o inhibidores de PCSK-9. El inclisiran también se puede considerar, entre aquellos pacientes con problemas de adherencia o intolerancia a anticuerpos inhibidores de PCSK-9.

RETIRAR TERAPIA

Se recomienda en pacientes con **supervivencia** estimada menor a un año. En **gestantes**, se exige un consenso médico-paciente que pondere riesgos y beneficios antes de interrumpir la terapia hipolipemiante.

OPINIÓN DEL AUTOR DEL POST

Las directrices **ACC/AHA** consolidan la transición hacia una medicina preventiva más agresiva y personalizada. La inclusión sistemática de potenciadores de riesgo (*moduladores de riesgo*) y el peso otorgado al Score de Calcio Coronario obligan a una reevaluación de nuestros protocolos clínicos.

Esta evolución demanda:

1. **Optimización del tiempo asistencial:** La complejidad de los nuevos criterios requiere consultas más prolongadas para una evaluación integral.

2. **Actualización de laboratorios:** Es imperativa la universalización de pruebas como la PCR-ultrasensible, la Lp(a), y una mayor accesibilidad a la apoB.
3. **Intensificación farmacológica:** El alcance de objetivos cuantitativos y cualitativos en prevención secundaria requiere, en la mayoría de los casos, terapia combinada (*oral e inyectable*), incluyendo al **inclisirán** como una opción junto a las estatinas, ezetimiba y los inhibidores de PCSK-9. Cabe notar que el ácido bempedoico no figura como opción preferente en estas asociaciones.
4. El mejor posicionamiento como modulador de riesgo (*prevención primaria*) y guía de terapia de la técnica de imagen CAC, obliga a mejorar la accesibilidad a esta prueba.

El documento actualiza el abordaje terapéutico incluyendo al **inclisirán** como opción en prevención secundaria ante el fracaso de las estatinas o limitaciones con los iPCSK9 (*ya sea por intolerancia, problemas de adherencia o falta de acceso*). Por su parte, el **ácido bempedoico** queda relegado a un escalón tras los inhibidores de la PCSK9 en pacientes con enfermedad CV o con Lp(a) elevada, posicionamiento que suscribe el autor de este análisis.

Finalmente, aunque la guía es estricta, se muestra conservadora en ciertos perfiles de riesgo alto (*objetivos de < 70 mg/dl*), omitiendo evidencias recientes como las del estudio **VESALIUS-CV**, que sugieren beneficios cardiovasculares muy significativos alcanzando valores de c-LDL de 45 mg/dl mediante el uso de evolocumab en prevención primaria y alto riesgo CV.



Ilustración 1. CARPRIMARIA. HOMENAJE A LAS FIESTAS DE LAS FALLAS DE VALENCIA. Imagen creada con ayuda de IA

REFERENCIAS

[JACC. Guías de dislipemia 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA](#)