

DOCUMENTO DE DISLIPEMIAS 2025 SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA. ¿QUÉ ES NUEVO PARA PRÁCTICA CLÍNICA?

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

Fecha de publicación: 25/09/2025

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

Tiempo de lectura: 3 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.*

“La actualización en dislipemias define un nuevo grupo de riesgo, el extremo, con objetivo de cLDL < 40 mg/dL), recomienda estatinas en pacientes ≥ 40 años con VIH y en quimioterapia cardiotoxica. Incluyen el ácido bempedoico como tratamiento para intolerantes a estatinas, el evinacumab para hipercolesterolemia familiar homocigota, mejoran la recomendación del étilo icosapentanoico para reducir eventos cardiovasculares a IlaB y enfatizan la importancia de la precocidad en el tratamiento del SCA”

En el congreso de la **Sociedad Europea de Cardiología**, se presentaron cinco guías de práctica clínica, incluyendo una actualización concisa sobre [dislipemia](#). Esta última, elaborada en consenso con la **Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS)**, incorpora los hallazgos más recientes en el campo.

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos de c-LDL basados en los sistemas de puntuación [SCORE2 y SCORE2-OP](#) se mantienen sin cambios, con un énfasis en las medidas higiénico-dietéticas como primer paso en la prevención primaria.

- **Prevención Primaria**
 - **Riesgo muy alto:** Iniciar tratamiento si el c-LDL es > 70 mg/dL, con un objetivo de 55-69 mg/dL.

- **Riesgo alto:** Iniciar tratamiento si el c-LDL es > 100 mg/dL, con un objetivo de 70-99 mg/dL.
- **Riesgo moderado y bajo:** Iniciar tratamiento si el c-LDL es ≥ 190 mg/dL, con un objetivo de 100-189 mg/dL.
- **Prevención Secundaria**
 - **Riesgo muy alto:** Iniciar tratamiento si el c-LDL es > 70 mg/dL, con un objetivo de 55-69 mg/dL.
 - **Riesgo extremo:** “nueva” categoría referida a aquellos pacientes que sufren eventos cardiovasculares recurrentes a pesar de la terapia con estatinas de alta potencia a dosis máximas toleradas, o que presentan una enfermedad en múltiples lechos arteriales. El objetivo terapéutico es < 40 mg/dL.
- **Poblaciones Específicas**
 - **Pacientes con VIH:** Se recomienda el tratamiento con estatinas de baja toxicidad en todos los pacientes con VIH de 40 años o más, independientemente de su riesgo cardiovascular o niveles basales de c-LDL (Evidencia IB).
 - **Pacientes en quimioterapia:** Se mantiene la recomendación de usar estatinas en adultos que reciben quimioterapia con riesgo de cardiotoxicidad, especialmente con antraciclinas.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

- **Ácido Bempedoico:** Se incluye una nueva indicación para pacientes intolerantes a las estatinas, basándose en el estudio [CLEAR OUTCOMES](#), que demostró una reducción significativa, aunque modesta, de eventos cardiovasculares mayores (Evidencia IB).
- **Evinacumab:** Este inhibidor de la angiopoyetina-like 3 (ANGPTL3) está indicado para el tratamiento de la hipercolesterolemia familiar homocigota que no alcanza los objetivos terapéuticos con la terapia máxima convencional (IIa B)

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA “Cuanto antes obtengamos el LDL objetivo de tratamiento recomendado, mejor será para el paciente” (sic Konstatinos Koskinas, MD)

- **Síndrome Coronario Agudo (SCA):** La guía enfatiza la importancia de alcanzar el objetivo de c-LDL ≤ 55 mg/dL lo antes posible. Se recomienda aprovechar la hospitalización por SCA para iniciar una terapia combinada con una estatina de alta intensidad (atorvastatina o rosuvastatina) y ezetimiba en pacientes sin tratamiento previo.
- **Terapias no farmacológicas sin evidencia:** Se desaconseja el uso de productos como el arroz de levadura roja, ajo, canela, aceite de pescado, esteroides vegetales o cúrcuma como sustitutos de las estatinas, ya que no han demostrado los beneficios de la terapia estatinica (**estudio SPORT**).

LA LIPOPROTEINA (a)

- La lipoproteína (a) $[Lp(a)]$ es considerada un **modulador de riesgo**, no un factor de riesgo independiente, hasta que existan estudios que demuestren que su reducción se asocia con una disminución de eventos cardiovasculares.
- Niveles de $Lp(a) > 50 \text{ mg/dL}$ (o 105 nmol/L) aumentan el riesgo cardiovascular futuro estimado. Principalmente en pacientes con riesgo moderado, un nivel elevado de $Lp(a)$ los reclasifica a riesgo alto.
- Se recomienda medir los niveles de $Lp(a)$ al menos una vez en la vida de todo adulto. En mujeres posmenopáusicas, se sugiere una segunda medición si los valores previos son limítrofes.

HIPERTRIGLICERIDEMIA

- **Icosapenta de etilo:** Se mejora su clasificación a indicación IIa B. El estudio **REDUCE-IT** demostró su capacidad para reducir la morbimortalidad cardiovascular. Se indica en pacientes con triglicéridos $\geq 150 \text{ mg/dL}$, que ya están en tratamiento con estatinas y tienen riesgo cardiovascular alto o muy alto, tanto en prevención primaria como secundaria. La guía aclara que solo esta formulación de ácidos grasos omega-3 ha demostrado este beneficio.
- **Volanesorsen:** Se introduce con una indicación IIa B para el tratamiento de la hipertrigliceridemia grave asociada al síndrome de quilomicronemia familiar.



Ilustración 1. Resumen de las novedades más relevantes para práctica clínica documento dislipemias ESC 2025. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[European Heart Journal. 29 August 2025. Documento dislipemias 2025 ESC/EAS](#)

[Atherosclerosis. 28 August 2025. Documento dislipemias 2025 ESC/EAS](#)

