Guía ACC/AHA/Multisociety 2026 sobre dislipidemia

Dr. J. Ildefonzo Arocha Rodulfo[1] .

La reciente Guía Colegio Americano de Cardiología, Asociación Americana del Corazón y diversas sociedades (ACC/AHA/ Multisociety 2026 por sus siglas en inglés) sobre el manejo de la dislipidemia incorpora varias actualizaciones y la última evidencia en un documento completo presentadas en más de 90 páginas de orientación basada en la evidencia y con novedades como la vuelta a los valores límites del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), la recomendación del cribado lipídico temprano en jóvenes, la insistencia en determinar apolipoproteína B (apoB) como parámetro de comprobación de la terapia hipolipemiante (THL) y destacan la importancia de la determinación de la lipoproteína (a) [Lp(a)]. Vale resaltar que un enfoque importante de la guía es la intervención más temprana a través de cambios terapéuticos del estilo de vida, como mantener un peso saludable, participar en la actividad física regular, evitar los productos de tabaco, priorizar hábitos de sueño saludables y tomar medicamentos para reducir el colesterol cuando lo recomienda un profesional de la salud. Además, la guía refuerza los objetivos más bajos del C-LDL y la reducción porcentual basada en el riesgo de reducir la exposición de por vida a lípidos no saludables y el riesgo de eventos cardíacos y accidente cerebrovascular.

A continuación, los 10 puntos más relevantes:

1. Tratar la dislipidemia lo más temprano posible para reducir los riesgos de por vida asociados con la exposición prolongada a las lipoproteínas aterogénicas. El asesoramiento sobre comportamientos saludables para optimizar el estilo de vida se debe iniciar en la infancia y adolescencia, con una consideración temprana de la farmacoterapia en niños y adolescentes con hipercolesterolemia familiar (HF) y en adultos jóvenes con niveles ≥160 mg/dL de C-LDL o con un antecedente familiar significativo de enfermedad cardiovascular ateroesclerótica (ECVA) prematura.

2. Usar las ecuaciones más recientes de la American Heart Association, conocidas como Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTs (PREVENT™) para estimar el riesgo a 10 y 30 años y guiar la THL en la prevención primaria en adultos de 30 a 79 años, siguiendo los siguientes pasos:

    a. Calcular el riesgo de ECVA a 10 años;

    b. Personalizar el riesgo estimado considerando los factores no incluidos en las ecuaciones PREVENT-ECVA.

    c. Reclasificar, si es necesario, mediante el uso selectivo de calcio en arteria coronario (CAC) y reconfigurar las recomendaciones terapéuticas.

Con el objetivo de detectar las enfermedades cardiovasculares de forma más temprana, se amplió el rango de edad para la evaluación del riesgo, incluyendo ahora a personas de entre 30 y 79 años, en lugar de los 40 a 75 años anteriores. Además de los factores de riesgo tradicionales, se añadieron otras variables que pueden mejorar aún más la predicción del riesgo, como la hemoglobina A1c, la relación albúmina en orina/creatinina y el código postal. Este última variable tiene relación con la

[1]Médico Cardiólogo, Editor Revista Clínica Médica, HCC
Correspondencia: J Ildefonzo Arocha, jiarocha@gmail.com

importancia de los determinantes sociales de la salud para determinar el riesgo.

La calculadora PREVENT se diseñó para ayudar a los pacientes a comprender su riesgo de padecer ECVA en un periodo de 10 o 30 años y recomiendan utilizar THL para quienes tienen un riesgo del 5 % en 10 años. Según la AHA, más de una cuarta parte de los adultos estadounidenses presentan niveles elevados de C-LDL. Sin embargo, aunque aproximadamente el 80 % de las enfermedades cardiovasculares son prevenibles, se calcula que solo el 54,5 % de las personas que podrían beneficiarse de la THL están bajo tratamiento. Muchos desconocen su condición hasta que consultan a un médico.

3. La terapia para reducir las lipoproteínas de baja densidad (LDL) puede considerarse en adultos para la prevención primaria de ECVA cuando el riesgo estimado a 10 años, según PREVENT-ECVA, sea de 3% a <5% (riesgo limítrofe), y debe considerarse cuando el riesgo a 10 años sea entre 5% a <10% (riesgo intermedio), después de la aceptación por parte del paciente.

4. Los objetivos de tratamiento para el C-LDL y el colesterol no asociado a lipoproteínas de alta densidad (colesterol no-HDL) vuelven a ser fundamentales para guiar la THL. La reducción porcentual del C-LDL sigue siendo una prioridad para todas las personas, con la meta de reducción porcentual determinada según la categoría de riesgo de ECVA.

5. Una vez que los niveles de C-LDL y C no HDL están en o cerca de la meta, particularmente en aquellos con altas cifras de triglicéridos o diabetes, se puede considerar la medición de la apolipoproteína B (apoB) para la intensificación adicional del tratamiento. Los objetivos de apoB correspondientes son menos de 55 mg/dL, menos de 70 mg/dL y menos de 90 mg/dL para pacientes de riesgo muy alto, alto y límite intermedio, respectivamente.

   La medición de ApoB ayuda a identificar a adultos con riesgo residual elevado relacionado con las lipoproteínas que puede subestimarse mediante el perfil lipídico estándar, y puede ser útil en el diagnóstico de trastornos específicos de lípidos y lipoproteínas.

6. La lipoproteína(a) [Lp(a)] es una lipoproteína altamente aterogénica con niveles impulsados genéticamente que debe verificarse, al menos, una vez en la vida de cada paciente para apoyar los esfuerzos preventivos farmacológicos y no farmacológicos. Se considera un potenciador del riesgo a niveles de, al menos, 125 nmol/L, asociado con un aumento de 1,4 veces el riesgo de ECVA, con valores de al menos 250 nmol/L asociados con un riesgo más de dos veces mayor. Debe medirse al menos una vez en la vida para identificar a aquellas personas con un riesgo elevado de padecer ECVA. Se considera un factor que aumenta el riesgo cuando los niveles son ≥125 nmol/l (50 mg/dL), lo cual se asocia con un incremento aproximado de 1,4 veces en el riesgo de ECVA; y valores ≥250 nmol/L (100 mg/dL) se asocian con un riesgo estimado ≥ 2 veces más alto. La presencia de Lp(a) elevada debe ser una indicación para intensificar la reducción del C-LDL y para optimizar el manejo de otros factores de riesgo.

7. Determinación de calcio en arteria coronaria (CAC). La medición del CAC en hombres de, al menos, 40 años y en mujeres menores de 45, puede afinar la evaluación de riesgo y guiar las metas de C-LDL y colesterol no-HDL. Tanto la cantidad absoluta de CAC como el percentil estandarizado correspondiente (actualmente basado en edad, sexo y raza) tienen importancia pronóstica y ayudan a reclasificar el riesgo en adultos.

8. La terapia de reducción del C-LDL se recomienda para la prevención primaria en adultos de 40 a 75 años con diabetes, enfermedad renal crónica en estadio 3 o 4, o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), independientemente del nivel de C-LDL. Después de los 75 años, la farmacoterapia para reducir el C-LDL puede considerarse en conjunto con intervenciones de estilo de vida, para disminuir el riesgo de ECVA.

9. En prevención secundaria, se recomienda C-LDL menor de 55 mg/dL para la mayoría de los pacientes, especialmente aquellos que tienen un riesgo muy alto con antecedentes de dos o más eventos principales de ECVA o un evento principal de ECVA y dos factores de riesgo. Cuanto más bajo sea el C-LDL, mejor. Si los niveles de LDL-C no se reducen adecuadamente por los cambios en los hábitos de estilo de vida saludable y la terapia con estatinas de alta intensidad, que sigue siendo la base de la reducción de lípidos y la reducción del riesgo, la guía recomienda la adición de terapias no estatinas. Dependiendo del nivel de riesgo y las características del paciente, las opciones basadas en la evidencia incluyen ezetimiba y/o ácido bempedoico o un anticuerpo monoclonal PCSK9 (terapia inyectable) o inclisiran, otra opción inyectable que requiere inyecciones menos frecuentes, pero que todavía se está estudiando en ensayos clínicos para determinar si la reducción asociada de C-LDL se traduce en mejores resultados y menos eventos cardíacos.

10. Los valores de TG por encima de 150 mg/dL se asocian con un mayor riesgo de ECVA, y son altamente sensibles a la intervención del estilo de vida. Para los pacientes con TG persistentemente elevados, las estatinas siguen siendo la base de la farmacoterapia. Para una disminución más sustancial de los triglicéridos, se deben considerar el fenofibrato y el icosapentetilo. En el síndrome de quilomicronemia familiar, los inhibidores de la apolipoproteína C3 también tienen un papel efectivo. El tratamiento para prevenir la pancreatitis también puede incluir terapias para la reducción de TG, especialmente en personas con concentraciones de TG ≥1000 mg/dL (11,3 mmol/L).

En la tabla 1 se resumen los valores de las cifras metas de las lipoproteínas para reducir el riesgo de ECVA en diferentes situaciones clínica del mundo real.

Con el envejecimiento de la población y la epidemia de obesidad y sedentarismo, la implementación de estas recomendaciones en la práctica junto con las muchas otras detalladas en la Guía ACC/AHA/Multisociety Dyslipidemia 2026 apoyará la difusión de la atención basada en la evidencia para mejorar la salud cardiovascular y metabólica, tanto en jóvenes como en adultos y ancianos, sin distinción de sexo y de etnia.

Adicionalmente, se recomiendan consideraciones especiales para optimizar el manejo de los lípidos en ciertos adultos con mayor riesgo de ECVA, por ejemplo:

- Iniciar la THL para personas de 40 años o más que tienen enfermedad renal crónica (etapa 3 o superior), diabetes tipo 1 o tipo 2, portadores de VIH.

- Continuar la THL en personas que reciben tratamiento para el cáncer, a menos que esté contraindicado

- Diferir la mayoría de las THL durante la concepción, el embarazo y la lactancia.

Además, la guía señala que el colesterol elevado puede comenzar a afectar el riesgo cardiovascular incluso en la infancia y la adolescencia. Los niños pueden tener colesterol alto debido a condiciones hereditarias o hábitos de vida no saludables. Se recomienda la detección del colesterol

Tabla 1. ***Cifras metas de los valores de lipoproteínas para reducir el riesgo ECVA***

Población de pacientes	C-LDL < 100 mg/dL (2,6 mmol/L) C no HDL <130 mg/dL (3,4 mmol/L)	C-LDL < 70 mg/dL (1,8 mmol/L) C no HDL <100 mg/dL (2,6 mmol/L)	C-LDL < 55 mg/dL (1,4 mmol/L) C no HDL <85 mg/dL (2,2 mmol/L)
Prevención primaria	PREVENT-ASCVD <10% · Si TG ≥ 150 a 499 mg/dL, meta apoB: < 90 mg/dL	PREVENT-ASCVD <10% · Si TG ≥ 150 a 499 mg/dL, meta apoB: < 70 mg/dL	No procede
Hipercolesterolemia severa	Sin HF, factores de riesgo de ECVA y aterosclerosis subclínica	Con HF, factor de riesgo de ECVA y aterosclerosis subclínica	Hipercolesterolemia severa o HFH con ECVA clínica
Diabetes	Sin factores de riesgo de ECVA o modificadores de riesgo específicos de la diabetes · Meta apoB: <90 mg/dL	Con factores de riesgo de ECVA o modificadores de riesgo específicos de la diabetes · Meta apoB: <70 mg/dL	No procede
Aterosclerosis subclínica	CAC = 1 – 99 y < percentil 75 para edad, sexo y raza	CAC ≥ 100 a 299 UA o ≥ percentil 75 por edad, sexo, raza CAC ≥ 300 a 999 UA · Meta opcional: C-LDL < 55 mg/dL, C no HDL <85 mg/dL y considerar apoB <55 mg/dL	CAC ≥ 1000 UA
Hipertrigliceridemia	<50 años sin favorecedores adicionales de riesgo	Con ECVA no en muy alto riesgo · Meta apoB <70 mg/dL Edad 40 a 75 años con ≥ 1 factor de riesgo: · Meta apoB: <70 mg/dL	Con ECVA de muy alto riesgo: · Meta apoB: < 55 mg/dL
ECVA clínica	No procede	No en muy alto riesgo · Meta opcional: C-LDL < 55 mg/dL, C no-HDL < 85 mg/dL, considerar apo B < 55 mg/dL	· Con muy alto riesgo: Meta apoB: < 55 mg/dL · Con ERC

Leyenda: apoB apolipoproteína B; CAC: calcificación arteria coronaria; C no-HDL: colesterol no HDL; ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ERC: enfermedad renal crónica; HF: hipercolesterolemia familiar; HFH: hipercolesterolemia familiar heterocigota; TG: triglicéridos; UA: unidades Agatston.

para todos los niños entre las edades de 9 -11 años que no se han realizado previamente para ayudar a evaluar el riesgo y guiar la atención, en colaboración con los médicos, los padres y los cuidadores.

La implementación de esta importante nueva guía por parte de los médicos será fundamental para reducir la carga de la ECVA en el futuro.

Para los no especialistas en la materia, haga más eficaz el tratamiento siguiendo estas simples reglas:

- **Mientras más temprano, mejor.**
- **Mientras más bajo, mejor.**
- **Por el mayor tiempo posible.**

Referencias

1. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, Johnson HM, Anderson TS, Bittner VA, *et al*. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2026 Mar 13:S0735-1097(25)10254-4. doi: 10.1016/j.jacc.2025.11.016. Epub ahead of print.
2. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Grams ME, Surapaneni A *et al*; Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium and the American Heart Association Cardiovascular-Kidney-Metabolic Science Advisory Group. Development and Validation of the American Heart Association's PREVENT Equations. Circulation. 2024 Feb 6;149(6):430-449. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626.