



DIVULGACIÓN EMBARGADA

Viernes 13 de marzo de 2026 a las 2 p. m. (hora del Este de los EE. UU.)

Contactos

ACC: Olivia Walther, owalther@acc.org

AHA: Amanda Ebert, Amanda.Ebert@heart.org

ACC/AHA publican una guía actualizada para el manejo de lípidos y colesterol

Entre los ámbitos de enfoque clave, se encuentran los hábitos de vida saludables, tratamiento temprano para reducir la exposición a largo plazo a lípidos que causan placa, nuevos objetivos de colesterol, uso selectivo de puntuación de calcio coronario, pruebas de lipoproteína(a) y apolipoproteína B, nuevos tratamientos y guía para el manejo de lípidos en poblaciones específicas

WASHINGTON y DALLAS (13 de marzo de 2026) — El American College of Cardiology (ACC), la American Heart Association y otras nueve asociaciones médicas líderes publicaron hoy una guía [actualizada para el tratamiento de la dislipidemia](#): niveles anormales de uno o más tipos de lípidos o lipoproteínas en la sangre, incluidos el colesterol y los triglicéridos. Se calcula que 1 de cada 4 adultos estadounidenses tiene niveles altos de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), lo que aumenta el riesgo de sufrir un infarto de miocardio y un accidente cerebrovascular.

La guía consolida recomendaciones basadas en evidencias para el manejo de las dislipidemias en un solo documento, en el que se ofrece una “ventanilla única” integral sobre cómo evaluar y tratar mejor los diversos lípidos en sangre para reducir con efectividad el riesgo de una persona de desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica (atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD). La ASCVD es causada por la acumulación de depósitos de grasa en las arterias y es la principal causa de muerte en todo el mundo. El documento fue publicado conjuntamente hoy en *JACC*, la revista insignia del American College of Cardiology, y *Circulation*, la revista insignia de la American Heart Association.

Un enfoque principal de la guía es la intervención temprana a través de cambios saludables en el estilo de vida, como mantener un peso saludable, realizar actividad física regularmente, 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 de niveles más bajos de colesterol de las LDL y la reducción porcentual en

función del riesgo para reducir la exposición durante la vida a lípidos no saludables y el riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

“Sabemos que el 80 % o más de las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir y que el colesterol de las LDL elevado, a veces llamado colesterol 'malo', es una parte importante de ese riesgo”, dijo Roger Blumenthal, MD, FACC, FAHA, presidente del comité de redacción de la guía, director del Johns Hopkins Ciccarone Center for the Prevention of Heart Disease y Kenneth J. Pollin Professor of Cardiology, en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore. “Si bien queremos intentar optimizar los hábitos de vida saludables como primer paso para reducir el colesterol, nos damos cuenta de que si los niveles de lípidos no están dentro del intervalo deseable después de un período de optimización del estilo de vida, deberíamos considerar agregar medicamentos para reducir los lípidos antes de lo que hubiéramos considerado hace 10 años. Y un colesterol de las LDL más bajo durante más tiempo, al igual que una presión arterial más baja durante más tiempo, ofrece una protección mucho mayor contra el riesgo futuro de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares”.

Una novedad en las directrices sobre dislipidemia es el uso de una calculadora de riesgo de enfermedad cardiovascular más moderna y actual —Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS (PREVENT)— que ahora se recomienda para la prevención primaria de la ASCVD. Las ecuaciones PREVENT-ASCVD están diseñadas para adultos de 30 a 79 años sin ASCVD conocida o aterosclerosis subclínica y con LDL-C de 70 a 189 mg/dl para calcular el riesgo de infarto de miocardio o de accidente cerebrovascular a 10 y 30 años y guiar la terapia de reducción de lípidos. En la terapia de reducción de lípidos, se incluyen las estatinas y otros tratamientos más nuevos, además del control del estilo de vida, todos ellos destinados a reducir los niveles de lípidos.

Las puntuaciones de riesgo más antiguas, como las ecuaciones de cohortes agrupadas, sobreestimaron el riesgo de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular a 10 años entre un 40 % y un 50 %, explicó Blumenthal. Las categorías de riesgo actualizadas de las ecuaciones PREVENT-ASCVD clasifican el riesgo de ASCVD a 10 años como bajo (<3 %), límite (3 % a <5 %), intermedio (5 % a <10 %) y alto (10 % o más). Estas categorías de riesgo guían las decisiones de tratamiento, incluso si iniciar o no una terapia con estatinas y la intensidad recomendada de la terapia para reducir los lípidos.

“Con esta nueva herramienta de evaluación, podemos calcular mejor el riesgo cardiovascular utilizando información de salud ya obtenida durante un examen físico anual (colesterol, lecturas de presión arterial y otra información personal, como la edad y los hábitos de salud) y luego personalizar aún más la puntuación de riesgo para cada persona al observar los 'potenciadores del riesgo', que pueden ayudar a guiar la necesidad de una terapia para reducir los lípidos”, dijo Blumenthal.

Entre estos factores de riesgo, se incluyen antecedentes familiares de enfermedades cardíacas; enfermedades inflamatorias crónicas (por ejemplo, lupus o artritis reumatoide); afecciones cardiometabólicas, como sobrepeso/obesidad, diabetes o enfermedad renal crónica;

ascendencia de mayor riesgo, como ascendencia del sur de Asia o filipina u otros grupos ancestrales con un mayor riesgo de desarrollar aterosclerosis; y marcadores de riesgo reproductivo, incluida la menopausia precoz, la preeclampsia y la diabetes gestacional. Se pueden utilizar marcadores adicionales, como la lipoproteína(a) [Lp(a)], la apolipoproteína B (apoB), la proteína C reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) y los triglicéridos elevados, para refinar el riesgo de un individuo de tener ASCVD.

“Tener niveles saludables de colesterol de las LDL o colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C), tradicionalmente considerado como colesterol 'bueno', no es necesariamente una carta para 'salir de la cárcel’”, dijo Blumenthal. “La medición de otros biomarcadores puede brindar un panorama más completo del riesgo cardiovascular de una persona y ayudar a fundamentar decisiones sobre si es necesario un tratamiento para reducir los lípidos más temprano que tarde o si se justifica un tratamiento más intensivo”.

La nueva guía recomienda considerar pruebas adicionales, cuando sea apropiado, para mejorar la evaluación del riesgo cardiovascular y evaluar si es necesario intensificar la reducción del colesterol de las LDL y el manejo de otros factores de riesgo. Entre estos, se incluyen los siguientes:

- **Uso selectivo de una gammagrafía de calcio en las arterias coronarias (coronary artery calcium, CAC) sin contraste.** Esta puede utilizarse para detectar la acumulación temprana o subclínica de calcio y placa en las paredes de las arterias cardíacas cuando persiste la incertidumbre sobre el riesgo real de una persona. Se recomienda para hombres de 40 años o más y mujeres de 45 años o más con riesgo límite o intermedio de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular en un plazo de 10 años si se considera que conocer el CAC ayudará a tomar la decisión de recetar una estatina o no. Tener cualquier cantidad de calcio en la arteria coronaria respalda un objetivo de LDL-C de menos de 100 mg/dl, con niveles objetivo de LDL-C más bajos con cantidades mayores de calcio.
- **Lipoproteína (a).** La Lp(a) debe medirse al menos una vez en la edad adulta. Los niveles de Lp(a) están determinados en gran medida genéticamente y permanecen relativamente estables a lo largo de la vida. Un nivel alto de Lp(a) (125 nmol/l o más o 50 mg/dl o más) se asocia con un riesgo a largo plazo de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular aproximadamente 1.4 veces mayor. Un nivel de Lp(a) de 250 nmol/l se asocia con un riesgo al menos dos veces mayor a largo plazo de sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Los cambios en el estilo de vida afectan mínimamente los niveles de Lp(a), por lo que generalmente no es necesario repetir la prueba.
- **Apolipoproteína B.** La medición de apoB se puede utilizar para evaluar cualquier riesgo residual de ASCVD y guiar el tratamiento entre personas con síndrome cardiovascular-renal-metabólico, diabetes tipo 2, triglicéridos altos o enfermedad cardiovascular

conocida que han alcanzado sus objetivos de LDL-C y no HDL-C. La ApoB puede ser un marcador de riesgo más preciso que el LDL-C en estos grupos de personas.

Los objetivos de colesterol LDL-C y no HDL-C vuelven a estar incluidos en las nuevas directrices. Para prevenir un primer infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular, el objetivo de colesterol de las LDL debe ser inferior a 100 mg/dl para las personas con riesgo límite o intermedio e inferior a 70 mg/dl en las personas que tienen riesgo alto. Para las personas con ASCVD que tienen un riesgo muy alto de tener eventos de ASCVD, el objetivo de C-LDL debe ser inferior a 55 mg/dl para la prevención secundaria de eventos cardíacos.

“En general, un LDL más bajo es mejor, especialmente para las personas con mayor riesgo de tener un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular”, dijo Pamela B. Morris, MD, FACC, FAHA, vicepresidente del comité de redacción de la guía y presidenta de la Cátedra Paul V. Palmer de prevención de enfermedades cardiovasculares y directora del Seinsheimer Cardiovascular Health Program en The Medical University of South Carolina. “Los ensayos clínicos han demostrado claramente beneficios significativos en la reducción de eventos cardiovasculares cuando los niveles de C-LDL son incluso inferiores a los recomendados en las guías anteriores”.

Si los niveles de C-LDL no se reducen adecuadamente mediante hábitos de vida saludables y terapia con estatinas, que sigue siendo la base de la reducción de los lípidos y del riesgo, en la guía se recomienda agregar terapias sin estatinas. Dependiendo del nivel de riesgo y las características del paciente, las opciones basadas en las evidencias incluyen ezetimiba o ácido bempedoico (un agente oral más nuevo) o un anticuerpo monoclonal PCSK9, una terapia inyectable. El inclisiran, otra opción inyectable que requiere inyecciones menos frecuentes, todavía se está estudiando en ensayos clínicos para determinar si la reducción asociada del colesterol de las LDL se traduce en mejores resultados y menos eventos cardíacos.

En la guía, también se describe el tratamiento para la hipertrigliceridemia (niveles anormalmente altos de triglicéridos). Los cambios en el estilo de vida y la terapia con estatinas siguen siendo la base del tratamiento incluso en este caso debido al mayor riesgo de ASCVD. Sin embargo, pueden necesitarse otras terapias según el riesgo de ASCVD y pancreatitis de cada individuo.

Se recomiendan consideraciones especiales para optimizar el manejo de los lípidos en ciertos adultos con mayor riesgo de enfermedad cardíaca. Por ejemplo:

- Iniciar una terapia de reducción de lípidos para personas de 40 años o más que tienen enfermedad renal crónica (estadio 3 o superior), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o la diabetes de tipo 1 o de tipo 2.
- Continuar la terapia de reducción de lípidos en personas que reciben tratamiento para el cáncer, a menos que esté contraindicada.

- Aplazar la mayoría de las terapias para reducir los lípidos durante la concepción, el embarazo y la lactancia.

Además, en la guía, se señala que el colesterol alto puede comenzar a afectar el riesgo de enfermedades cardíacas incluso en la niñez y la adolescencia. Los niños pueden tener colesterol alto debido a afecciones hereditarias o hábitos de estilo de vida. Se recomienda la prueba de detección del colesterol para todos los niños de entre 9 y 11 años que no se hayan sometido previamente a una prueba de detección para ayudar a evaluar el riesgo y orientar la atención, en colaboración con médicos, padres y cuidadores.

“La implementación de esta guía nueva e importante por parte de los médicos será fundamental para reducir la carga de enfermedades cardiovasculares en el futuro. Las herramientas mejoradas de evaluación de riesgos con las ecuaciones PREVENT-ASCVD, el uso selectivo de la puntuación CAC y la medición de la lipoproteína(a) nos permiten personalizar el tratamiento de las personas con mayor riesgo. La base de evidencias continúa creciendo y ha demostrado que las personas que mantienen los niveles de colesterol de las LDL y triglicéridos bajos a edades más tempranas tienen muchas menos probabilidades de tener enfermedad aterosclerótica décadas después”, dijo Morris. “Es fundamental tomar medidas a temprana edad porque el colesterol alto comienza a afectar el riesgo de enfermedades cardíacas incluso en la adolescencia”.

La guía nueva fue desarrollada en colaboración con la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Association of Black Cardiologists, American College of Preventive Medicine, American Diabetes Association, American Geriatrics Society, American Pharmacists Association, American Society for Preventive Cardiology, National Lipid Association y Preventive Cardiovascular Nurses Association, y todas estas asociaciones respaldan la guía nueva.

Recursos adicionales:

- Después del 13 de marzo de 2026, consulte el manuscrito en línea en [JACC](#).
- [Centro de guías de JACC.org](#) (disponible el miércoles 18 de marzo de 2026 a las 10 a. m., hora del este)
- [Guía general sobre dislipidemia](#) de JACC.org (disponible el miércoles 18 de marzo de 2026 a las 10 a. m., hora del este)
- Editorial: Las guías clínicas como un trabajo continuo: avanzando a la velocidad de la ciencia, disponible en línea en [JACC](#) (disponible a las 2:00 p. m., hora del este, del viernes 13 de marzo de 2026)

El American College of Cardiology (ACC) es un líder mundial dedicado a transformar la atención cardiovascular y mejorar la salud cardíaca para todos. Durante más de 75 años, el ACC ha

empoderado a una comunidad de más de 60 000 profesionales cardiovasculares en más de 140 países con educación y defensa de vanguardia, credenciales profesionales rigurosas y orientación clínica confiable. Desde sus revistas JACC Journals de primera categoría y los registros NCDR hasta sus servicios de acreditación, su red global de capítulos y secciones y las iniciativas de pacientes CardioSmart, el ACC está comprometido a crear un mundo donde la ciencia, el conocimiento y la innovación optimicen la atención y los resultados de los pacientes. Obtenga más información en www.ACC.org o conéctese en las redes sociales en @ACCinTouch.

La American Heart Association es una fuerza incansable que promueve vidas más largas y saludables en todo el mundo. Dedicada a garantizar la salud equitativa en todas las comunidades, la organización ha sido una fuente líder de información sobre salud durante más de cien años. Con el apoyo de más de 35 millones de voluntarios en todo el mundo, financiamos investigaciones innovadoras, defendemos la salud pública y brindamos recursos críticos para salvar y mejorar las vidas afectadas por enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. Al impulsar avances e implementar soluciones probadas en la ciencia, las políticas y la atención, trabajamos incansablemente para mejorar la salud y transformar vidas todos los días. Conéctese con nosotros en heart.org, [Facebook](#), [X](#) o llamando al 1-800-AHA-USA1.

###