

Guía de práctica clínica sobre dislipemia

La revista *Circulation* ha publicado la actualización 2026 de la [guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dislipemia](#) de la *American College of Cardiology* y la *American Heart Association*, que reemplaza a la guía 2018. La guía actual incluye la evaluación, tratamiento y monitorización de pacientes con dislipemias, incluyendo a pacientes con colesterol sanguíneo elevado, hipertrigliceridemia y lipoproteína (a) elevada. Incorpora el tratamiento con nuevos fármacos para la reducción de lipoproteínas aterogénicas y las novedades en la valoración del riesgo cardiovascular.

A continuación, se muestran las recomendaciones destacadas de la guía:

- **Tratamiento de las dislipemias de forma temprana** para reducir la exposición prolongada a lipoproteínas aterogénicas y el riesgo acumulado mediante hábitos de vida. Se debe considerar el tratamiento farmacológico temprano en pacientes con hipercolesterolemia familiar y en aquellos con c-LDL ≥ 160 mg/dL o con antecedentes familiares importantes de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) prematura.
- Para guiar el tratamiento en adultos de 30 a 79 años en prevención primaria se recomienda la evaluación del riesgo a 10 y 30 años mediante la herramienta **PREVENT** y el modelo “CPR” (calcular, personalizar, reclasificar y reevaluar).
- El **tratamiento para la reducción del LDL en prevención primaria** de ECVA puede considerarse con riesgos a 10 años del 3-5% y debería valorarse en aquellos con riesgos del 5-10%, tras valoración con el paciente.
- El c-LDL y del colesterol no-HDL vuelven a ser objetivos que guían la terapia hipolipemiante. Además, la reducción porcentual del c-LDL sigue siendo una prioridad para todas las personas, con un objetivo de reducción porcentual que depende del nivel de riesgo de ECVA.
- Se recomienda la medición de los niveles de Apolipoproteína B (**ApoB**) para mejorar la evaluación del riesgo, y para guiar el tratamiento cuando se alcanza la meta de c-LDL y no c-HDL, especialmente en aquellos con triglicéridos elevados (>200 mg/dL), diabetes o c-LDL (<70 mg/dL).
- Se recomienda medir **lipoproteína (Lp(a))** al menos una vez, para la identificación de personas con alto riesgo de ECVA. Si la Lp(a) está elevada, considerar intensificación del tratamiento y control de otros factores de riesgo.
- El **calcio coronario (CAC)** mejora la evaluación y reclasificación del riesgo y guía los objetivos de c-LDL y no c-HDL en adultos (> 40 años en hombres y >45 años en mujeres) con valor pronóstico.
- Independientemente del nivel de c-LDL se recomienda el **tratamiento farmacológico** en adultos de 40 a 75 años con diabetes, enfermedad renal crónica estadio 3 o 4 y VIH. A partir de los 75 años, considerar farmacoterapia junto con intervenciones en el estilo de vida para la disminución del riesgo de ECVA.

- En **prevención secundaria en pacientes con riesgo muy alto de eventos ECVA**, se recomiendan objetivos de c-LDL <55 mg/dL (1,4 mmol/L) y de no c-HDL <85 mg/dL (2,2 mmol/L)
- En **pacientes con triglicéridos persistentemente elevados** se recomienda el tratamiento con estatinas como complemento a las intervenciones en el estilo de vida.