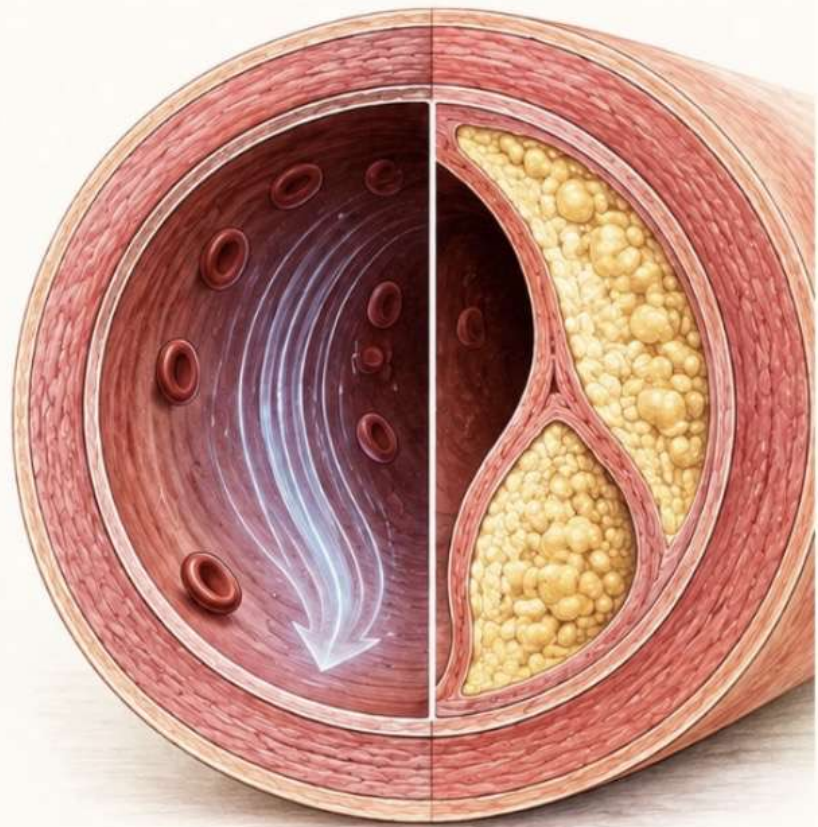


ACTUALIZACIÓN 2026

La guía de **dislipidemia** cambió.

Nueva Guía AHA/ACC 2026
JAMA Clinical Guidelines Synopsis

*Y probablemente estás
subestimando el
riesgo cardiovascular
de tus pacientes.*



Te **resumo** los cambios que **realmente debes conocer.**

Ya no basta con calcular el RCV a 10 años.

En adultos entre 30 y 79 años calcula el **score PREVENT**, estimando simultáneamente el riesgo cardiovascular a 10 y 30 años.

INTERPRETACIÓN DEL RIESGO

RIESGO A 10 AÑOS

	Bajo	<3%
	Limitrofe	3 – <5%
	Intermedio	5 – <10%
	Alto	≥10%

RIESGO A 30 AÑOS

	Bajo	<10%
	Elevado	≥10%

Paciente A
35 años



Riesgo a 10 años
<3%

Riesgo a 30 años
≥10%

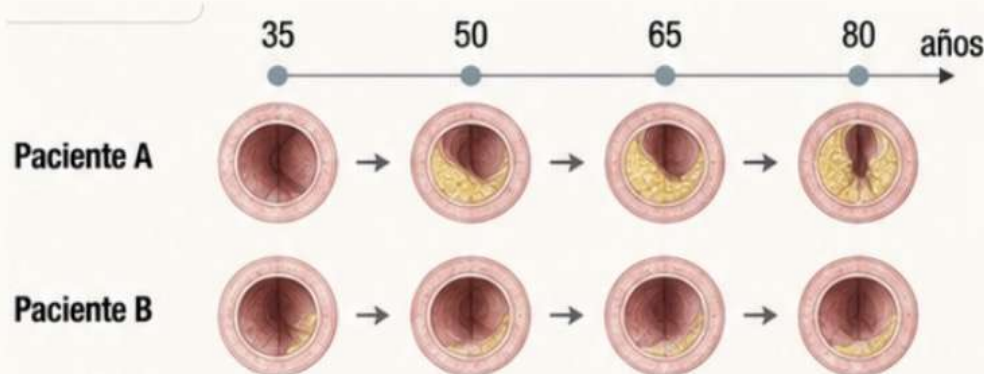
Paciente B
35 años



Riesgo a 10 años
<3%

Riesgo a 30 años
<10%

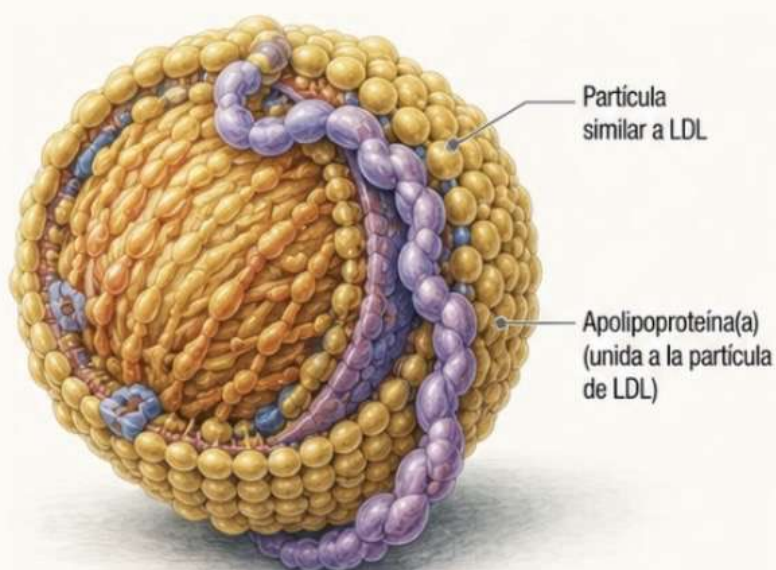
*Esto permite identificar pacientes jóvenes que parecen de bajo riesgo hoy, pero que acumularán una elevada carga aterosclerótica durante su vida y podrían beneficiarse de **medidas preventivas precoces**.*



La **lipoproteína(a)** deja de ser un examen "especial".

La guía recomienda medir la Lp(a) **al menos una vez en la vida** en todos los adultos.

Lp(a): partícula similar al LDL, pero unida a la apolipoproteína(a).
Su **concentración** está determinada casi por completo por la **genética** y permanece prácticamente estable durante toda la vida.



¿POR QUÉ MEDIRLA?

Porque una Lp(a) elevada:



Aumenta el **riesgo** de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.



Aumenta el **riesgo** estenosis aórtica calcificada.



Ayuda a identificar pacientes de alto riesgo, especialmente si existe **antecedente familiar** de enfermedad cardiovascular prematura.

¿CÓMO INTERPRETARLA?

● Baja	< 30 mg/dL (< 75 nmol/L)
● Intermedia	30–50 mg/dL (75–125 nmol/L)
● Elevada	50–100 mg/dL (125–250 nmol/L)
● Muy elevada	> 100 mg/dL (> 250 nmol/L)

El calcio coronario ayuda cuando la decisión no es clara.

El **score de calcio coronario (CAC)** cuantifica la cantidad de calcio en las arterias coronarias mediante una tomografía sin contraste.



TAC que cuantifica el calcio en arterias coronarias.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Ayuda a reclasificar el riesgo y a tomar decisiones más precisas sobre el tratamiento.

EJEMPLO CLÍNICO



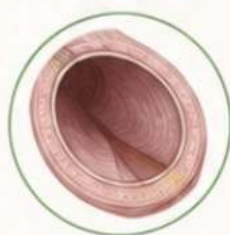
- Hombre de 52 años
- LDL 155 mg/dL
- Hipertensión controlada
- Sin diabetes, no fumador

Riesgo calculado: limitrofe (3,5%).
No está claro si iniciar estatinas.



Solicita un score de calcio coronario (CAC).

CAC = 0



✓ **Riesgo muy bajo.**

Puede diferirse el tratamiento farmacológico en algunos pacientes y reforzar cambios en el estilo de vida.

vs.

CAC ≥ 100



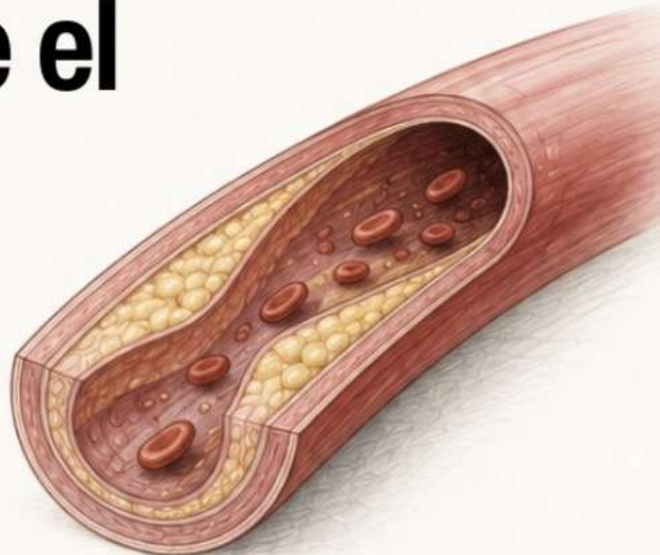
! **Mayor riesgo de eventos CV.**

Indica mayor carga aterosclerótica y favorece iniciar tratamiento hipolipemiente.

Ahora, el objetivo es alcanzar la meta de LDL que el paciente necesita.

La guía establece objetivos de LDL-C y no HDL-C según el riesgo cardiovascular.

No se trata de dar una estatina. Se trata de alcanzar la meta que ese paciente necesita.



Metas según riesgo cardiovascular



BAJO RIESGO
(PREENT <3%)

LDL-C <130 mg/dL
No HDL-C <160 mg/dL



RIESGO INTERMEDIO
(PREVENT 3-10%)

LDL-C <100 mg/dL
No HDL-C <160 mg/dL



RIESGO ALTO
(PREVENT ≥10%)

LDL-C <70 mg/dL
No HDL-C <160 mg/dL



RIESGO MUY ALTO
(ASCVD establecida)

LDL-C <55 mg/d
No HDL-C <160 mg/dL

¿Por qué este enfoque?



Se centra en el **riesgo cardiovascular** del paciente, no en el fármaco.



A mayor riesgo, mayor la reducción de LDL-C y más bajas son las metas.



Lograr la meta requiere intensificar el tto y combinar fármacos cuando sea necesario.



Este enfoque individualiza el tratamiento y mejora los resultados a largo plazo.

¿A QUIÉN DEBO INDICAR UNA ESTATINA? 6/8

La guía ACC/AHA 2026 resume la decisión en estos escenarios clínicos.

1. SEGÚN RIESGO CALCULADO (PREVENT)



PREVENT <3%

No de rutina.

Excepciones:

- LDL 160–189 mg/dL
- Riesgo a 30 años $\geq 10\%$



PREVENT 3–<5%

Considerar estatina moderada
si existen potenciadores de riesgo:



PREVENT 5–<10%

Estatina moderada.

↑ Alta intensidad si riesgo
cercano al 10%.



PREVENT $\geq 10\%$

Estatina de alta intensidad.

2. OTROS ESCENARIOS CLÍNICOS



LDL ≥ 190 mg/dL

Estatina de alta intensidad
independiente del PREVENT.



DIABETES (40–75 años)

Estatina moderada.
Alta intensidad si múltiples
factores de riesgo.



ASCVD CLÍNICA

Estatina de alta intensidad.



ERC ESTADIO 3–4*

Terapia hipolipemiante indicada
para prevención primaria.
Estatina de alta intensidad
especialmente si hay ASCVD.



PERSONAS CON VIH

(40–75 años)

Estatina recomendada.



CAC ≥ 100

Considerar estatina como
primera línea.



LA DECISIÓN YA NO DEPENDE SOLO DEL LDL.



1. CALCULAR

Usa PREVENT para
estimar el riesgo a
10 y 30 años.



2. PERSONALIZAR

Incorpora factores
potenciadores de riesgo
y contexto clínico.



3. RECLASIFICAR

Si hay incertidumbre
reclasifica con el
calcio coronario (CAC)



La intensificación precoz es clave.

La guía 2026 promueve iniciar tratamiento con la intensidad adecuada y alcanzar la meta de LDL-C lo antes posible.

No esperar. No subtratar.



¿CUÁNDO INTENSIFICAR?



Si no se alcanza la meta de LDL con la terapia inicial.



Dentro 4 a 12 semanas de iniciado o ajustado el tratamiento.



Si el riesgo es alto o muy alto, **considerar terapia combinada** desde el inicio.



Ajustar según **respuesta**, tolerancia y **preferencias** del paciente.

TERAPIAS DISPONIBLES

Usar la combinación adecuada para alcanzar la meta.

ESTATINA

Alta intensidad



+

EZETIMIBA

Si no se alcanza la meta



+

i-PCSK9

Si LDL sigue sobre la meta



+

OTRAS OPCIONES

inclisiran o ácido bempedoico + ezetimiba



Cada mes de exposición a LDL-C elevado suma riesgo. Mientras antes alcances la meta, mayor será el beneficio.

TAKE HOME

8/8



✓ **Calcula riesgo a 10 y 30 años.**

El riesgo global guía las metas y la intensidad del tratamiento.



✓ **Solicita Lp(a) una vez en la vida.**

Identifica riesgo adicional independiente y heredable.



✓ **Utiliza el CAC cuando exista incertidumbre.**

Ayuda a reclasificar el riesgo y tomar mejores decisiones.

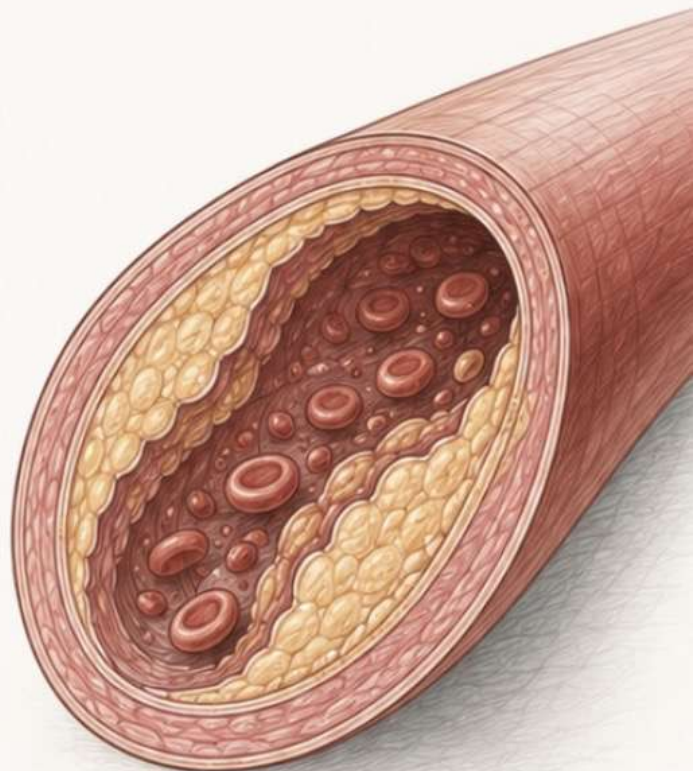


✓ **Trata antes y alcanza las metas de LDL.**

Cuanto antes y más eficazmente, mejores resultados a largo plazo.



✓ **El objetivo ya no es solo bajar el colesterol...**



Es reducir la exposición acumulada a lipoproteínas aterogénicas durante toda la vida.

