

Mensajes Clave para Profesionales de la Salud

Guía 2026 para el Manejo de la Dislipidemia

1. Trata 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 colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C, por sus siglas en inglés) o con un antecedente familiar significativo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) prematura.
2. Usa las ecuaciones más recientes de la American Heart Association, llamadas Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTS (PREVENT™), en lugar de las ecuaciones previas Pooled Cohort Equations (PCE, por sus siglas en inglés), para estimar el riesgo a 10 y 30 años y guiar la terapia de reducción de lípidos (LLT, por sus siglas en inglés) en la prevención primaria en adultos de 30 a 79 años. Utiliza el modelo “CPR”: A) **C**alcula el riesgo de ECVA a 10 años; B) **P**ersonaliza el riesgo estimado del paciente considerando los factores no incluidos en las ecuaciones PREVENT-ECVA; y C) **R**eclasifica, si es necesario, mediante el uso selectivo de calcio arterial coronario (CAC) y **R**eevalúa las recomendaciones terapéuticas.
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 de 5% a $<10\%$ (riesgo intermedio), después de una conversación entre el médico y el paciente.
4. Los objetivos de tratamiento para el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) y el colesterol no asociado a lipoproteínas de alta densidad (no-HDL-C) vuelven a ser fundamentales para guiar la terapia de reducción de lípidos (LLT). La reducción porcentual del LDL-C sigue siendo una prioridad para todas las personas, con la meta de reducción porcentual determinada según el nivel de riesgo de ECVA.
5. La medición de apolipoproteína B (ApoB) puede ser útil para mejorar la evaluación del riesgo y guiar la terapia una vez que se han alcanzado las metas de LDL-C y colesterol no-HDL-C, particularmente en personas con triglicéridos (TG) elevados (>200 mg/dL), diabetes, o en adultos que han alcanzado un LDL-C bajo en tratamiento (<70 mg/dL). La medición de ApoB ayuda a identificar a adultos con un 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)] debe medirse al menos una vez para identificar a aquellas personas con un riesgo más alto 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 de LDL-C y para optimizar el manejo de otros factores de riesgo.
7. La medición del CAC en hombres de al menos 40 años y en mujeres de al menos 45 años puede mejorar la evaluación de riesgo y guiar las metas de LDL-C y no-HDL-C. 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 de 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 LDL-C. Después de los 75 años, la farmacoterapia para reducir el LDL-C puede considerarse en conjunto con intervenciones de estilo de vida, para disminuir el riesgo de ECVA.
9. En la prevención secundaria, se recomienda una meta de LDL-C < 55 mg/dL (1.4 mmol/L) y no-HDL-C < 85 mg/dL (2.2 mmol/L) para las personas con riesgo muy alto de tener un evento de ECVA. Aunque un número menor de pacientes con ECVA que no se consideran de riesgo muy alto tienen una meta de LDL-C de al menos < 70 mg/dL, la mayoría de aquellos con antecedentes de eventos de ECVA probablemente califiquen para una meta de LDL-C < 55 mg/dL.
10. En pacientes con TG persistentemente elevados, la terapia con estatinas sigue siendo la base de la farmacoterapia como complemento a las intervenciones en el estilo de vida para reducir el riesgo de ECVA. El tratamiento para prevenir la pancreatitis también puede incluir terapias para la reducción de TG, especialmente en personas con niveles de TG ≥ 1000 mg/dL (11.3 mmol/L).