



DOSSIER INFORMATIVO

**Formación ANIS**

---

# **COLESTEROL Y RIESGO CARDIOVASCULAR:**

---

**La nueva hoja de ruta que marcan las Guías ESC/EAS**

29 de abril de 2026 | 10:00-12:00 h  
Asociación de la Prensa de Madrid  
Calle de Juan Bravo, 6 · 28006 Madrid

*Con la colaboración de:*



ES/BIL/04/26/0007

## ÍNDICE

---

- PT.1. Por qué es importante informar sobre colesterol y riesgo cardiovascular.
- PT.2. Qué son las Guías ESC/EAS y por qué son importantes para la labor periodística.
- PT.3. Las grandes novedades: ¿qué cambia con las Guías?
- PT.4. La adherencia terapéutica.
- PT.5. Conclusiones.
- Referencias

Con la colaboración de:



## PT.1. POR QUÉ ES IMPORTANTE INFORMAR SOBRE COLESTEROL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

---

### Las enfermedades cardiovasculares en España y Europa

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo y una de las principales en España (1, 2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de las muertes prematuras por enfermedad cardiovascular son prevenibles a través de estilos de vida saludables, detección precoz y control de los factores de riesgo (3).

### El colesterol LDL

Entre todos los factores de riesgo cardiovascular modificables, la dislipemia —los niveles elevados de colesterol LDL— es uno de los más prevalentes. El colesterol LDL elevado puede contribuir al desarrollo de hasta el 60% de los infartos y anginas de pecho, según datos de la OMS (4) (5).

La Enfermedad Vascolar Aterosclerótica (EVA) es una patología crónica, generalizada y progresiva que se produce por la acumulación de grasas y colesterol en las paredes de las arterias (6).

### Brecha entre evidencia y práctica clínica

La magnitud del problema se hace evidente cuando se observa la diferencia entre lo que las guías recomiendan y lo que ocurre en la realidad:

- Solo un 20,1% de los pacientes con riesgo cardiovascular alto y muy alto alcanzaron los objetivos de colesterol LDL según el estudio europeo SANTORINI (7).
- En España, el 73% de los pacientes con riesgo cardiovascular elevado no alcanzan los objetivos de colesterol LDL recomendados, según SANTORINI España (8).
- Hasta un 50% de los pacientes con riesgo cardiovascular alto y hasta un 70% de pacientes de riesgo muy alto han sido clasificados con un riesgo inferior al real (9).
- Solo el 20% de los pacientes con riesgo elevado y muy elevado con niveles altos de colesterol LDL reciben un tratamiento intensificado (9,10).

El incumplimiento de los objetivos terapéuticos responde a prescripción insuficiente de la terapia hipolipemiante recomendada por las guías, la falta de intensificación del tratamiento y la inercia clínica (por ejemplo, la monitorización insuficiente de la adherencia y la eficacia de la terapia hipolipemiante) (11).

## PT.2. QUÉ SON LAS GUÍAS ESC/EAS Y POR QUÉ SON IMPORTANTES PARA LA LABOR PERIODÍSTICA

---

### El estándar europeo de referencia

Las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y de la Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS) para el manejo de las dislipemias son el documento de referencia clínica en Europa para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del colesterol y los lípidos en sangre.

Se elaboran a partir de la revisión sistemática de la evidencia científica disponible por un grupo de expertos europeos de reconocido prestigio, y se actualizan periódicamente para incorporar los avances más recientes. Su aplicación en la práctica clínica tiene un impacto

Con la colaboración de:

directo en la forma en que los médicos españoles atienden a sus pacientes con riesgo cardiovascular.

### Por qué se actualizan ahora

La última versión completa de estas guías se publicó en 2019. Desde entonces, la evidencia científica en el campo de la cardiología y el manejo del colesterol ha avanzado de forma significativa: nuevos fármacos, nuevos biomarcadores, nuevas herramientas de estratificación del riesgo y un mejor conocimiento de la enfermedad vascular aterosclerótica han hecho necesaria una actualización (12, 13).

En 2025, la ESC/EAS ha publicado una actualización focalizada (*Focused Update*) de las guías de 2019, incorporando las recomendaciones más relevantes basadas en la evidencia disponible hasta marzo de 2025. Esta actualización no reemplaza el documento completo de 2019, sino que lo complementa y actualiza en los aspectos más relevantes.

### Su relevancia para el trabajo periodístico

Las guías clínicas europeas marcan el estándar de atención que los médicos deben seguir. Cuando se actualizan, cambia la forma en que se diagnostica, se clasifica el riesgo y se trata a los pacientes. Por eso, su publicación tiene consecuencias directas para los pacientes y para el sistema sanitario, y constituye un acontecimiento de relevancia informativa para los medios de comunicación.

## PT.3. LAS GRANDES NOVEDADES: ¿QUÉ CAMBIA CON LAS GUÍAS?

---

### Nuevas herramientas para calcular el riesgo cardiovascular

Las Guías ESC/EAS 2025 adoptan dos nuevos algoritmos para la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años, que reemplazan al modelo anterior (SCORE):

- **SCORE2**: para personas menores de 70 años sin enfermedad cardiovascular conocida.
- **SCORE2-OP**: para personas de 70 años o más, aplicable hasta los 89 años.

La diferencia clave respecto al modelo anterior es que estos algoritmos estiman no solo el riesgo de muerte cardiovascular, sino también el de eventos no fatales como infartos de miocardio o ictus. Utilizan el colesterol no-HDL como variable de entrada, en lugar del colesterol total. Además, se recalibran con datos poblacionales contemporáneos (12,13).

### El riesgo extremo: una nueva categoría

Como gran novedad, las guías introducen el concepto de riesgo cardiovascular extremo: pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y nuevos eventos vasculares a pesar de la dosis máxima tolerada de estatinas, o con enfermedad polivascular (más de un territorio vascular afectado) (13, 14).

Para estos pacientes, el objetivo de colesterol LDL se fija en menos de 40 mg/dL, un umbral más exigente que el anterior de menos de 55 mg/dL establecido para el riesgo muy alto (12, 13).

### La lipoproteína(a): un nuevo biomarcador causal

Las guías 2025 otorgan un papel protagonista a la lipoproteína(a) [Lp(a)], reconociéndola no solo como factor de riesgo sino como causa directa de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, al igual que el colesterol LDL.

Con la colaboración de:

Los niveles de Lp(a) superiores a 50 mg/dL (105 nmol/L) deben considerarse un factor que aumenta el riesgo cardiovascular. La recomendación es medir la Lp(a) al menos una vez en la vida de todos los adultos, especialmente en quienes tengan antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz o riesgo moderado (15).

### **Del enfoque escalonado al 'strike early and strong'**

Este es el cambio de paradigma más relevante que introducen las nuevas guías. Hasta ahora, el tratamiento del colesterol seguía un modelo escalonado: se empezaba con una dosis baja de estatina y se aumentaba progresivamente si el paciente no alcanzaba los objetivos.

Según las nuevas guías, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente con la máxima potencia en el paciente hospitalizado tras SCA. (15)

Este enfoque cobra especial relevancia tras un síndrome coronario agudo (infarto o angina inestable), donde el inicio inmediato de una terapia intensiva es clave (15).

### **La terapia combinada, nuevo estándar**

Las guías 2025 posicionan la terapia combinada —el uso de dos o más fármacos con mecanismos de acción complementarios para reducir el colesterol LDL— como el estándar de tratamiento en pacientes de alto y muy alto riesgo. El abordaje de la dislipemia debe plantearse, según las guías, de forma similar a como se tratan la hipertensión o la diabetes: combinando fármacos desde el inicio cuando el riesgo así lo requiere (15).

El tratamiento combinado con varios fármacos es una pieza clave; especialmente tras un síndrome coronario agudo se impulsa a iniciar directamente terapia combinada si el paciente no estaba previamente tratado y a intensificarla si ya recibía tratamiento hipolipemiante previo. (15) Son recomendadas específicamente terapias que hayan demostrado beneficio Cardiovascular. (15) Según una simulación con datos del estudio SANTORINI, 6 de cada 10 pacientes podrían alcanzar sus objetivos de colesterol LDL mediante terapia oral combinada (16).

### **El calcio coronario, nuevo modificador del riesgo**

Las técnicas de imagen, y en particular la puntuación del calcio coronario (CAC score) mediante tomografía computarizada, adquieren un mayor protagonismo en las nuevas guías como herramienta para mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular en personas con riesgo moderado o en umbrales de decisión terapéutica (15, 17, 18).

- Un CAC score igual a cero se asocia con un menor riesgo de eventos cardiovasculares y de mortalidad en personas con riesgo bajo o moderado.
- Un CAC score marcadamente elevado (> 300) implica un riesgo similar o incluso superior al de los pacientes con enfermedad cardiovascular conocida.

### **Una estrategia individualizada**

Las guías reflejan la importancia de planificar el tratamiento y conocer la distancia al objetivo para la personalización de la terapia y selección de la combinación más adecuada. Se ha pasado de una estrategia escalonada del tratamiento hipolipemiante, como abogaban las guías europeas de dislipidemia de 2019, a una estrategia individualizada, en la que se debería pautar el tratamiento hipolipemiante de inicio para lograr los objetivos de c-LDL cuanto antes, si es posible en el momento de atender al paciente, independientemente del sitio donde esto ocurra (15).

Como principio, se recomienda la utilización de fármacos que hayan demostrado la reducción del riesgo cardiovascular (15). La ezetimiba ocupa explícitamente el segundo escalón

*Con la colaboración de:*

terapéutico tras las estatinas en las guías 2025. En combinación fija con ácido bempedoico, un inhibidor de la adenosina trifosfato-citrato liasa (ACL), ofrece reducciones de colesterol LDL de hasta el 38% (15).

Este fármaco, que las guías incorporan como novedad, es una molécula oral que inhibe la síntesis de colesterol por una vía distinta a la de las estatinas. Las guías 2025 lo recomiendan en pacientes que no pueden tomar estatinas para alcanzar los objetivos de colesterol LDL, y consideran añadirlo en pacientes de riesgo alto o muy alto que no logran su objetivo con estatinas solas o con estatinas más ezetimiba (15).

*Con la colaboración de:*



## PT.4. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

---

Disponer de los mejores tratamientos y de las guías clínicas más actualizadas no es suficiente si los pacientes no siguen la medicación prescrita. La adherencia terapéutica continúa presentando retos entre los pacientes con ECV, donde el 44% no es adherente y el 67,7% de personas que han sufrido un infarto abandona la medicación en el primer año. (18, 19).

En este sentido, la adherencia al tratamiento es un factor clave que puede ayudar a reducir el riesgo CV (19). En España, cerca de la mitad de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular no sigue correctamente el tratamiento, lo que multiplica hasta por tres el riesgo de mortalidad (20).

### Por qué los pacientes abandonan el tratamiento

Los principales factores detrás del incumplimiento terapéutico en pacientes se pueden clasificar en tres grupos principales (21):

- Los factores socioeconómicos se derivan de la incapacidad o dificultad de los pacientes para costear sus medicamentos. Estos pueden incluir la falta de cobertura sanitaria adecuada, el desempleo, la jubilación y la indigencia (21).
- La comunicación eficaz requiere proporcionar instrucciones sobre la medicación en un nivel que el paciente pueda comprender. El analfabetismo en salud es un problema importante y persistente (21).
- La falta de motivación se ha identificado como una barrera para la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que pueden comunicarse eficazmente y costear sus medicamentos sin dificultad. La falta de adherencia de estos pacientes no se debe a una disyuntiva entre comprar alimentos o medicamentos, sino a su desconocimiento de la gravedad de su enfermedad o del beneficio que les aportará la medicación (21).
- La falta de percepción de necesidad o preocupación por los efectos adversos también puede disminuir las tasas de adherencia (21).

### Propuestas para mejorar la adherencia

Las guías y los expertos apuntan a varias estrategias para abordar el problema:

- Simplificación del tratamiento mediante el uso de combinaciones fijas en un único comprimido (22).
- Mayor implicación del paciente y su entorno familiar: explicar en qué consiste la enfermedad, para qué sirve cada fármaco y cuáles son las consecuencias del abandono (22, 23).
- Coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y especializada) para garantizar un seguimiento continuo y estructurado (22).
- Involucración de otros profesionales sanitarios como los farmacéuticos (22).
- Mejora de la comunicación entre médicos y pacientes (22).

Con la colaboración de:

## PT.5. CONCLUSIONES

---

### Los 10 mensajes más importantes

- Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo y una de las principales en España (1, 2).
- El 73% de los pacientes españoles con riesgo cardiovascular alto y muy alto no alcanza los objetivos de colesterol LDL recomendados (8).
- Las Guías ESC/EAS 2025 introducen un cambio de paradigma: del enfoque escalonado al 'strike early and strong'. El objetivo es reducir el colesterol LDL de forma intensa y temprana, especialmente en pacientes de alto riesgo (15).
- Se introduce una nueva categoría de riesgo extremo, con objetivos de colesterol LDL por debajo de 40 mg/Dl (12, 13).
- Las guías 2025 recomiendan específicamente terapias con beneficio cardiovascular probado, e incorporan como principal novedad el ácido bempedoico, el primer fármaco oral no estatínico en demostrar reducción de eventos cardiovasculares mayores. (15)
- La lipoproteína(a) es reconocida como causa directa de enfermedad cardiovascular, no solo como factor de riesgo. Se recomienda medirla al menos una vez en la vida (15).
- La terapia combinada —usar dos o más fármacos desde el inicio— es el nuevo estándar para pacientes de alto riesgo (15, 16).
- El 80% de las muertes prematuras por enfermedad cardiovascular son prevenibles a través de estilos de vida saludables, detección precoz y control de factores de riesgo (OMS) (3).

Con la colaboración de:



## REFERENCIAS

1. World Health Organisation. Cardiovascular diseases. Available at: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/cardiovascular-diseases>. Last accessed July 2025.
2. Instituto Nacional de Estadística. (2025, June 23). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Año 2024 (datos provisionales)*. INE.
3. European Society of Cardiology. ESC Atlas of Cardiology. 2024. <https://www.escardio.org/Research/ESC-Atlas-of-cardiology>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. Sociedad Española de Cardiología. (2024). *El colesterol elevado es responsable del 60% de enfermedades del corazón*. Recuperado de <https://secardiologia.es/comunicacion/notas-de-prensa/notas-de-prensa-sec/4340-colesterol-elevado-es-responsable-60-de-enfermedades-corazon>
6. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). (2019, junio 21). *El colesterol elevado es responsable de una cuarta parte de las muertes por causa cardiovascular en nuestro país*. <https://www.cibercv.es/noticias/el-colesterol-elevado-es-responsable-de-una-cuartaparte-de-las-muertes-por-causa-cardiovascular-en-nuestro-pais>
7. Revista Española de Cardiología. (2003). *La aterosclerosis como enfermedad sistémica*. Recuperado de <https://www.revvespcardiologia.org/es-la-aterosclerosis-como-enfermedad-sistem-articulo-13099465-pdf-file>
8. Ray, K. K., et al. (2023). *Treatment gaps in the implementation of LDL cholesterol control among high- and very high-risk patients*. *The Lancet Reg Health Eur*, 29(100624).
9. Mostaza, J. M., García-Ortiz, L., Suárez Tembra, M. A., Talavera Calle, P., Chimen García, J., Escolar Pérez, V., Díaz-Díaz, J. L., Manzano-Espinosa, L., Catapano, A. L., Ray, K. K., Díaz Moya, G., & Pedro-Botet Montoya, J. (2025). *Failure of LDL-C goals achievement and underuse of lipid-lowering therapies in patients at high and very high cardiovascular risk: Spanish subset from the European SANTORINI study*. *Revista Clínica Española*, 225, 78–84. [Revista Clínica Española](https://doi.org/10.1016/j.rce.2025.07.001).
10. Aguiar C, et al. Predictors of lipid-lowering therapy intensification over 1 year of prospective follow-up in Europe: insights from the SANTORINI study. Presented at European Society of Cardiology (ESC) Congress 2025.
11. Desai NR, Farbaniec M, Karalis DG. Incumplimiento del tratamiento hipolipemiante y estrategias para mejorar la adherencia en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica. *Clin Cardiol*. 2023;46:13-21. doi:10.1002/clc.23935
12. Connolly DL, et al. Age-stratified analysis of real-world lipid-lowering therapy use and LDL-C goal attainment at 1-year follow-up: insights from the European SANTORINI study. Presented at European Society of Cardiology (ESC) Congress 2025.
13. European Society of Cardiology, & European Atherosclerosis Society. (2019). 2019 ESC/EAS Guidelines... *European Heart Journal*, 41(1), 111–188.
14. Diario Médico. (n.d.). *Las nuevas guías sobre dislipemia cambian la manera de medir el riesgo cardiovascular*.
15. Mach F, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Developed by the task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2025;ehaf190. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.
16. Sociedad Española de Cardiología. (2025). *Actualización 2025 de la guía ESC 2019 sobre el manejo de las dislipemias*. <https://secardiologia.es/images/2024/Gu%C3%ADas/Guia-ESC-2025-actualizacio%CC%81n-manejo-dislipemias.pdf>
17. J L Katzmann, K K Ray, B Lee, C Becker, K Articus, A Catapano, U Laufs, The SANTORINI Investigators, Triple oral lipid-lowering treatment pathway and associated outcomes in high- and very high-cv risk patients: a simulation using the SANTORINI study cohort, *European Heart Journal*, Volume 46, Issue Supplement\_1, November 2025, ehaf784.4294, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf784.4294>
18. Peng AW, Dardari ZA, Blumenthal RS, Dzaye O, Obisesan OH, Iftekhar Uddin SM, et al. Very high coronary artery calcium ( $\geq 1000$ ) and association with cardiovascular disease events, non-cardiovascular disease outcomes, and mortality: results from MESA. *Circulation* 2021;143:1571–83. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.050545>
19. Moreno Muñoz G, Rosillo Ramírez N, Vélez García J, Luis J, Sobrino B, Alacid IL, et al. *Determinantes de la Adherencia a los Fármacos en Pacientes con Infarto Agudo de Miocardio*. *Rev Esp Cardiol*. 2023;76:93.
20. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Mejorar la adherencia: Una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria. *Revista Española de Cardiología Suplementos*. 2015;15:12-8
21. Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119(23), 3028–3035. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.904003>
22. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. *Mejorar la adherencia: Una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria*. *Revista Española de Cardiología Suplementos*. 2015;15:12-8.

Con la colaboración de:

23. Orozco-Beltrán D et al. Adherencia terapéutica de pacientes con riesgo cardiovascular en atención primaria. Proyecto REAAP. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2023. doi:10.1016/j.semerg.2023.101994. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adherencia-terapeutica-pacientes-con-riesgo-S1138359323000953>
- 

*Documento elaborado con fines formativos para el taller ANIS, 29 de abril de 2026.*

Con la colaboración de:



ES/BIL/04/26/0007