



Dislipidemia y Factores de Riesgo Cardiovascular

Dr. Ángel F. González Caamaño / Febrero 2017

Últimas Evidencias

Desde hace tiempo disponemos de sólidas evidencias que han demostrado el beneficio clínico derivado de la disminución de los lípidos mediante el tratamiento de las concentraciones plasmáticas de colesterol total (CT) y colesterol LDL (c-LDL) o lipoproteína de baja densidad, tanto en prevención primaria (estudios LRC-CPPT, AFCAPS/TexCAPS, WOSCOPS) como secundaria (4S, CARE, LIPID, VA-HIT).



Este beneficio se traduce en una reducción del riesgo de la mortalidad total, mortalidad cardiovascular y complicaciones cardiovasculares no fatales, siendo las estatinas los fármacos hipolipemiantes más efectivos en esa disminución del riesgo cardiovascular (RCV).

Los resultados de los estudios clínicos realizados en los últimos años han aportado información adicional sobre la eficacia del tratamiento hipolipemiante con estatinas y su utilidad en determinadas poblaciones poco representadas en estudios previos (ancianos, mujeres, diabéticos, pacientes con CT normal o discretamente elevado).

Así, en el estudio PROSPER, realizado específicamente en pacientes de 70-82 años, se ha confirmado que la administración de 40 mg de pravastatina reduce la morbimortalidad coronaria tanto en prevención primaria como secundaria.



En el estudio HPS, realizado con simvastatina (40 mg) en prevención primaria (13%) y secundaria (87%) en 20.536 pacientes, se observó una reducción de la mortalidad total (12%), de los eventos coronarios mortales y no mortales (27%), y de accidente vascular cerebral (25%), que fue independiente del género, la edad y las concentraciones basales de c-LDL.

Aproximadamente 3.500 pacientes (17% del total) presentaban una determinación basal de c-LDL inferior a 100 mg/dl antes de iniciar la toma de simvastatina o placebo; en este subgrupo, la reducción media del c-LDL de 97 mg/dl a 65 mg/dl en el grupo de tratamiento produjo una disminución del 25%

en el riesgo relativo de enfermedad coronaria, que fue similar al efecto beneficioso observado en los que presentaban niveles basales de c-LDL superiores a 100 mg/dl. En un subestudio publicado posteriormente, realizado en 5.963 diabéticos, se documentan también los mismos beneficios tanto en prevención primaria como secundaria.

En el ASCOT se incluyeron 10.297 pacientes hipertensos con CT inferior a 250 mg/dl (82% en prevención primaria) y al menos otros tres factores de riesgo cardiovascular (FRCV), comparándose 10 mg de atorvastatina con placebo; se produjo un descenso del 36% en el objetivo primario (infarto de miocardio no mortal y muerte por enfermedad coronaria), del 27% en los ictus mortales y no mortales, y del 29% en todos los eventos coronarios. Estos beneficios obligaron a interrumpir el estudio en su brazo hipolipemiante a los 3,3 años (duración prevista 5 años).

En el CARDS, realizado también con atorvastatina 10 mg frente a placebo, se incluyeron 2.838 pacientes diabéticos con c-LDL igual o inferior a 160 mg/dl y al menos otro factor de riesgo (HTA, retinopatía, micro o macroalbuminuria, tabaquismo); se observó una reducción del objetivo principal en un 37% (infarto mortal o no mortal, angina inestable o revascularización) y del ictus en un 48%, resultados que obligaron a la suspensión del estudio dos años antes de su finalización prevista. El 26% de los pacientes incluidos en el estudio tenía una concentración basal de c-LDL inferior a 100 mg/dl, y en este subgrupo se observó una reducción del 26% en los eventos cardiovasculares mayores.

Estos estudios han venido a confirmar que el beneficio clínico del tratamiento con estatinas está relacionado con el nivel de RCV existente y la cuantía de la reducción del colesterol, y que además es independiente de los niveles basales de CT y c-LDL, ya que se mantiene incluso con niveles de colesterol basales situados en la media de la población o inferiores a ésta.

Las posibles ventajas del tratamiento intensivo hipolipemiante han sido también objeto de diversos estudios. Así, en el REVERSAL y en el ARBITER se compararon 80 mg/día de atorvastatina con 40 mg/día de pravastatina, y se demostró que con el tratamiento intensivo se logra bloquear la progresión de la placa de ateroma (REVERSAL) y reducir el grosor de la íntima media de la carótida (ARBITER). Sin embargo, ha sido el estudio PROVE-IT el primero en demostrar un beneficio clínico adicional con el tratamiento intensivo al comparar el tratamiento con atorvastatina 80 mg/día frente a pravastatina 40 mg/día en 4.162 pacientes con síndrome coronario agudo y CT basal inferior o igual a 200 mg/dl. En este estudio los niveles de c-LDL fueron de 62 mg/dl (reducción del 51%) en el grupo de atorvastatina y de 95 mg/dl (reducción del 22%) en el de pravastatina, produciéndose al cabo de 2 años una disminución del objetivo primario (muerte por cualquier causa, infarto no mortal, angina inestable, revascularización coronaria o ictus) de un 16%.

Estos recientes resultados, unidos a los de los estudios HPS y CARDS, han creado alguna controversia sobre los valores de c-LDL que deben considerarse para establecer los objetivos de control e indicar tratamiento farmacológico. En general, la evidencia disponible no se considera suficiente como para indicar el tratamiento hipolipemiente ante cifras de c-LDL inferiores a 100 mg/dl, si bien algunas Guías, como la del ATP-III, recomiendan un objetivo terapéutico opcional más estricto (c-LDL inferior a 70 mg/dl) en pacientes de muy alto riesgo, como, por ejemplo, los diabéticos con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.

Criterios diagnósticos de dislipidemia		
Colesterol total	< 200 mg/dl 200-239 mg/dl > 240 mg/dl	Deseable Limítrofe alto Alto
Colesterol LDL	< 100 mg/dl 100-129 mg/dl 130-159 mg/dl 160-189 mg/dl > 190 mg/dl	Óptimo Normal ligeramente elevado Limítrofe alto Alto Muy alto
Colesterol HDL	< 40 mg/dl > 60 mg/dl	Bajo Alto
Triglicéridos	< 150 mg/dl 150-159 mg/dl 200-499 mg/dl > 500 mg/dl	Normal Normal alto Alto Muy alto