

# Hipercolesterolemia: Elección del tratamiento farmacológico

AUTOR: DR. RICARDO BARCIA.

6° Cátedra de Medicina Interna, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires.

Basado en el 2013 ACC/AHA Cholesterol Guideline Panel.

Se establecen recomendaciones para el tratamiento de la hipercolesterolemia para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), sobre la base de tratamientos de demostrada eficacia en ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA).

**Se incluyen en ECVA los síndromes coronarios agudos, antecedentes de infarto de miocardio, angina estable o inestable, revascularización coronaria o de otras arterias, eventos vasculares encefálicos, accidentes isquémicos transitorios, arteriopatía periférica aterosclerótica.**

Las dosificaciones de estatinas se clasifican en altas, medias y bajas, en base a las utilizadas en los ECCA que demostraron reducir el riesgo de ECVA.

Dosis altas	Dosis medias	Dosis bajas
Reducen LDL $\geq$ 50% en promedio	Reducen LDL 30-50% en promedio	Reducen LDL <30% en promedio
Atorvastatina 40 <sup>(a)</sup> -80 Rosuvastatina 20 (40)	Atorvastatina 10 (20) Rosuvastatina (5) 10 Simvastatina 20-40 <sup>(b)</sup> Pravastatina 40 (80) Lovastatina 40 Fluvastatina 40 <sup>(c)</sup> 80 XL Pitavastatina 2-4	Simvastatina 10 Pravastatina 10-20 Lovastatina 20 Fluvastatina 20-40 Pitavastatina 1

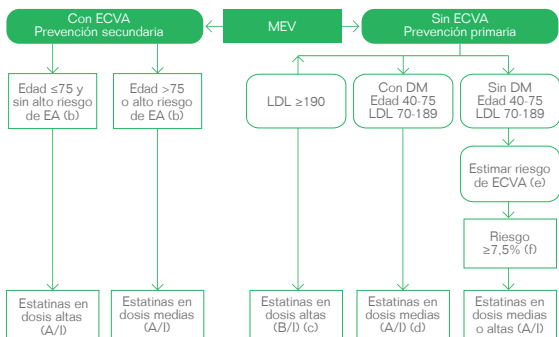
Las dosificaciones presentadas entre paréntesis NO provienen de ECCA.  
LDL: lipoproteínas de baja densidad, XL: liberación extendida

<sup>(a)</sup> Evidencia a partir de 1 ECCA: alternativa para pacientes que no toleran 80 mg de atorvastatina.

<sup>(b)</sup> A pesar que la dosis de 80 mg de simvastatina se evaluó en un ECCA, se contraindica esta dosificación por el riesgo de miopatía y rhabdomiólisis. <sup>(c)</sup> 2 veces al día.

**No se establecen recomendaciones en favor ni en contra de establecer objetivos primarios para LDL ni para el colesterol No-HDL en prevención primaria o secundaria de ECVA (N: no recomendación).**

**TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA PARA REDUCIR EL RIESGO DE ECVA EN ADULTOS (a)**



MEV: modificaciones del estilo de vida (ver Machete: Modificaciones del estilo de vida); EA: efectos adversos; LDL: lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus.

(Grados de recomendación NHLBI: A: fuerte, B: moderada, C: débil, D: contraindicación, E: opinión de expertos, N: no recomendación / ACC-AHA COR: I: debería hacerse, IIa: es razonable hacerlo, IIb: puede ser considerado, III: sin beneficio o con riesgo)

- a)** No se establecen recomendaciones respecto al inicio o a la discontinuación del tratamiento con estatinas para pacientes con insuficiencia cardíaca (clases II-IV de la clasificación de Nueva York) o con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. (N)
- b)** Alto riesgo de efectos adversos (Ver Machete: **Hipercolesterolemia: control del tratamiento con estatinas**)
- c)** Descartar causas secundarias de dislipidemias. (B/I) (Ver Machete: **Hipercolesterolemia: control del tratamiento con estatinas**). Obtener  $\geq 50\%$  de reducción en los niveles de LDL (B/IIa). Se pueden considerar fármacos además de las estatinas para descender más LDL (C/IIb) (Ver Machete: **Hipercolesterolemia: Tratamiento con fármacos no estatinicos**) Considerar estatinas en altas dosis si el riesgo de EVCA estimado a 10 años  $\geq 7,5\%$  (ver punto e). (B/IIa)
- e)** Evaluar el riesgo a 10 años de ECVA con el Pooled Cohort Equations (B/I). Para este calculador hay accesos y aplicaciones app: <http://www.acc.org/tools-and-practice-support/mobile-resources/features/2013-prevention-guidelines-ascvd-risk-e> Pueden utilizarse también evaluadores de riesgo alternativos: Framingham Risk Score Calculator: <http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov/>
- f)** Si el riesgo es 5-7,5%, es razonable ofrecer tratamiento con dosis medias de estatinas. (B/IIa) Antes de iniciar el tratamiento, es razonable discutir potenciales beneficios, EA, interacciones y preferencias con el paciente (C/IIa) Considerar otros factores de riesgo: LDL-C  $\geq 160$  mg/dL, antecedentes en familiares de primer grado de ECVA prematura (<55 años en varones o <65 años en mujeres), proteína C reactiva de alta sensibilidad  $\geq 2,0$  mg/L, escore de calcificación de arterias coronarias  $\geq 300$  unidades Agaston, índice tobillo/brazo <0,9 o riesgo de ECVA elevado a lo largo de la vida. (C/IIb) Si LDL es <190, edad <40 o >75 años y el riesgo es <5%, sólo considerar estatinas en casos seleccionados (C/IIb)