Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Uso Racional del Medicamento.

Estatinas.

La finalidad última del tratamiento hipolipemiante es reducir la morbimortalidad cardiovascular y no simplemente reducir el nivel de lípidos en sangre.

En la elección de la estatina se tendrá en cuenta que **a dosis equipolentes todas las estatinas son igual de eficaces**.

En PREVENCIÓN PRIMARIA.

Recordar que el riesgo basal (incidencia de CI) es un factor determinante para la efectividad de la intervención con estatinas y éste, en España, es bajo (en relación a otros países dónde se han realizado los principales estudios).

La indicación de tratamiento farmacológico en prevención 1ª se hará siempre en función de la estimación del Riesgo Cardiovascular del paciente.

El Programa de Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en AP del SCS recomienda actualmente para estimar este RCV la Tabla de predicción del RCV del estudio de Framingham (Anderson 1991).

- Las estatinas han demostrado su eficacia en pacientes con RCV alto y cifras altas de colesterol.
- No existen evidencias cuando el riesgo es moderado.
- Las medidas más eficaces en prevención 1ª son las medidas higiénico-dietéticas.

En PREVENCIÓN SECUNDARIA.

- En prevención 2ª, las estatinas son eficaces. Disminuyen la morbimortalidad CV y global.
- Han demostrado beneficio con cualquier nivel de colesterol que presente el paciente. Se indicarán siempre de forma inmediata.
- Está indicado el tratamiento en mujeres y ancianos.

RCV ALTO (>20%)
Recomendaciones del Programa de Prevención y control de la ECV en AP, del SCS)

Si el RCV >30% y/o el paciente es diabético (DM), con cifras de CT>200 y/o cLDL>130.	Tratamiento **inmediato.**
En un paciente no DM, si el RCV está entre 20%-30%, con cifras de-CT>250 y/o cLDL>160.	Tratamiento **tras 6 meses de medidas higiénico-dietéticas.**

RCV MODERADO (<20%)
Recomendaciones del Programa de Prevención y control de la ECV en AP, del SCS)

En pacientes DM, con colesterol alto (CT>200 y/o cLDL>130).	**Tratamiento inmediato**.
En pacientes no DM, con cifras de CT>300 y/o cLDL>190.	Tratamiento **tras 6 meses de medidas higiénico-dietéticas.**

RESUMEN TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Pacientes con DM y niveles no elevados de colesterol.	**Valorar la presencia de otros factores de riesgo CV y potenciar las medidas higiénico-dietéticas** antes de decidir tratamiento con estatinas. (A mayor RCV y persistencia de una c-LDL>100 tras 6 meses de dieta y ejercicio iniciar estatinas)
Pacientes con DM y niveles elevados de colesterol.	**Estatinas de forma inmediata.** (ver recomendaciones arriba).
Mujeres.	**Estatinas sólo a las de RCV alto.** (de acuerdo a las recomendaciones de arriba)
Ancianos.	**No indicada prevención 1ª con estatinas.**

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

• Uso Racional del Medicamento.

•Estatinas.

CAPACIDAD PARA REDUCIR EL COLESTEROL: "POTENCIA".
(Porcentaje de reducción del LDL plasmático)

	Atorvastatina	Simvastatina	Lovastatina	Pravastatina	Fluvastatina
20-25%				**10 mg**	**20 mg**
25-30%		**10 mg**	**20 mg**	**20 mg**	**40 mg**
30-35%		**20 mg**	**40 mg**	**40 mg**	**80 mg**
35-40%	**10 mg**	**20 mg**	**40 mg**		
40-45%	**20 mg**	**40 mg**	**80 mg**		
45-50%	**40 mg**	**80 mg**			
50-60%	**80 mg**				

OBJETIVO A ALCANZAR SEGÚN RCV
Recomendaciones del Programa de Prevención y control de la ECV en AP, del SCS)

	ECV	RCV ALTO	RCV MODERADO
Colesterol total	**< 200 mg/dl**	**< 220 mg/dl.** **Si RCV>30 y/o DM < 200 mg/dl**	**< 250 mg/dl** **Si DM < 200 mg/dl**
c-LDL	**< 100 mg/dl**	**< 130 mg/dl** **Si RCV>30 y/o DM <100 mg/dl**	**< 160 mg/dl** **Si DM < 100 mg/dl**
c-HDL	**Varones ≥ 35 mg/dl** **Mujeres ≥ 42 mg/dl**		

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE c-LDL SEGÚN CIFRAS OBTENIDAS Y OBJETIVOS A ALCANZAR*

Si c-LDL de... mg/dl	**300**	**290**	**280**	**270**	**260**	**250**	**240**	**230**	**220**	**210**	**200**	**190**	**180**	**170**	**160**	**150**	**140**	**130**	**120**
OBJETIVO 160 mg/dl	46%	44%	42%	40%	38%	36%	33%	30%	27%	23%	20%	15%	11%	5%					
OBJETIVO 130 mg/dl	56%	55%	53%	51%	50%	48%	45%	43%	40%	38%	35%	31%	27%	23%	18%	13%	7%		
OBJETIVO 100 mg/dl	66%	65%	64%	62%	61%	60%	58%	56%	54%	52%	50%	47%	44%	41%	37%	33%	28%	23%	16%

* Porcentajes en cifras sin decimales.
En gris, porcentajes de reducción de c-LDL alcanzables con estatinas en monoterapia.

Ejemplos:
- Para alcanzar un objetivo de 130 mg/dl de c-LDL(objetivo en RCV alto), en un paciente que tenga una **c-LDL de 180 mg/dl**, debemos conseguir un **27%** de reducción de c-LDL, para lo que tenemos que prescribir como 1ª elección una **simvastatina de 20mg** y si no se consiguen objetivos pese a ella, subir a simvastatina de 40 mg.
- Si se trata de un DM con RCV alto y **c-LDL de 180 mg/dl**, el objetivo de c-LDL a alcanzar sería de 100 mg/dl, para lo cuál debemos conseguir una reducción de un **44%.** En este caso prescribiríamos **simvastatina de 40 mg** y si no se alcanza objetivo, cambiaríamos a una **atorvastatina de 40 mg.**

Servicio Canario de la Salud
Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Uso Racional del Medicamento.

Estatinas.

RECOMENDACIONES DE USO RACIONAL DE ESTATINAS

	De elección	Alternativa
PREVENCION PRIMARIA	**Simvastatina** **A dosis de 20-40 mg/24 horas** Iniciar tratamiento **según recomendaciones** (esquemas página anterior).	En caso de riesgo de interacciones farmacológicas otra opción es la **Pravastatina** (especialmente cuando no ser requieran importantes descensos de la c-LDL). - *Por inhibición de la CYTP3A4, simvastatina y atorvastatina mayor riesgo de miopatía.* No obstante, con pravastatina (otra vía de metabolización) también se requiere vigilancia clínica y en función de ésta, determinación de la CK. **Macrólidos, antifúngicos azólicos - Ketoconazol, itraconazol-** (en micosis tratadas vía oral), **verapamil, ciclosporina (**en trasplantados con dislipemias), **inhibidores de las proteasas** (a tener en cuenta en pacientes VIH). - *Por unión a proteínas plasmáticas, simvastatina y atorvastatina mayor riesgo de potenciación del efecto*: del **acenocumarol**. No obstante, con pravastatina (menor unión a proteínas plasmáticas) también se requiere vigilar INR y ajustar la dosis del AO.
PREVENCION SECUNDARIA	**Simvastatina** Iniciar **tratamiento inmediato** con cualquier nivel de colesterol (aunque sea normal). ● Pacientes en los cuáles no se consiga el objetivo* pese a emplear dosis máximas de Simvastatina: **Atorvastatina.** ● Pacientes cuyos valores de c-LDL superen en más de un 40% el valor objetivo*: **Atorvastatina.**	

* Valor objetivo de c-LDL en prevención secundaria (PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA): 100 mg/dl.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en AP. SCS.
- Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 3ª Edición. semFYC.
- Prevención primaria con estatinas en Diabetes, HTA, mujeres y ancianos. BIT Nº 3. 2004. Sacyl. Junta León y Castilla.
- Miguel F. García A: Montero MJ. Prevención primaria con estatinas, consensos y tablas de riesgo. Aten Primaria 2005;56 (3):253-61.
- Prevención Primaria de la Enfermedad Cardiovascular. ¿Estatinas?. Infac Vol 12-Nº/febrero 2004.
- La idea del colesterol y el papel de los hipolipemiantes en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. BIT Nº 2-2004. Sacyl. Junta Castilla-León.
- Mujeres y ancianos no se benefician de las estatinas en prevención primaria. El Ojo de Markov. Nº6. Octubre 2004.
- Uso de estatinas en Prevención Primaria. Pascual Solana Saura. Butlletí d'informació terapéutica. Vol 18, nº3. 2005.
- Actualización sobre estatinas. M. Sáez Pomares J. Ferrándiz Santos. Terapéutica en APS.
- Estatinas en prevención primaria. ¿Uso basado en la evidencia o evidencia tergiversada?. BIT Navarra. Volumen 15, Nº1. Enero 2007.

Autores: Gómez Rodríguez de Acuña A. (Médico de Familia, GAP de Tenerife); Padilla Luz A (Farmacéutico de AP, GAP de Tenerife); González Gómez CM (Farmacéutica de AP, GAP de Tenerife); Pérez Cánovas E (Médico de Familia, Directora Médico, GAP de Tenerife); Fuentes Galindo MI (Médico de Familia, Gerente, GAP de Tenerife).

Edita: Gerencia Atención Primaria de Tenerife. Departamento de Farmacia. Uso Racional del Medicamento / SERVICIO CANARIO DE SALUD.
ISSN: 2386-6535.
Todas las publicaciones se pueden consultar a través de la Web de Servicio Canario de la Salud http://http://www3.gobiernodecanarias.org/scs/gaptfformacion/course/category.php?id=281