

Viejos y nuevos hipolipemiantes

Fernando Isidro Lago Deibe^{a,*}, Iria Bermejo Gestal^b, Guillermo Villar Zamora^b y Laura Otero Gómez^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Sárdoma. Vigo. Pontevedra. España.

^bMIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sárdoma. Vigo. Pontevedra.

*Correo electrónico: flagod@mundo-r.com

Puntos clave

- Los fármacos de elección en el tratamiento de pacientes con dislipemia son las estatinas, tanto en prevención primaria como secundaria.
- El efecto más grave de las estatinas es la miopatía. Se puede reducir el riesgo si se minimizan las interacciones farmacológicas y con un estrecho control clínico en los pacientes de mayor riesgo.
- Las estatinas pueden ser útiles en pacientes con esteatosis hepática no alcohólica.
- El resto de fármacos deben usarse asociados con estatinas para hipercolesterolemia o dislipemia mixta, salvo en caso de intolerancia a aquellas en que podrían emplearse en monoterapia.
- En casos de hipertrigliceridemia aislada, la monoterapia con fibratos u ácidos grasos omega 3 es posible.
- Colesevelam, última resina comercializada, es mejor tolerada y puede ser útil en pacientes diabéticos por su efecto hipoglucemiante aunque no hay estudios de su eficacia clínica.
- La pitavastatina es la última estatina comercializada, pero no hay estudios de su eficacia clínica. Podría ser útil por su perfil de interacciones y probable menor efecto diabetogénico.
- Ezetimiba, fármaco rejuvenecido tras el estudio IMPROVE-IT, debe indicarse en asociación con estatinas para casos que no alcancen el objetivo terapéutico o en monoterapia en casos de intolerancia a aquéllas.
- Probablemente, los inhibidores de la PCSK9, como complemento a las estatinas, serán una novedad real en el campo de las dislipemias.
- Los inhibidores de la CEPT pueden ser el siguiente grupo farmacológico que fracase en la terapia hipolipemiante.

Palabras clave: Dislipemias • Estatinas • Fibratos • Resinas de intercambio iónico • Ezetimiba • Atención primaria de salud

Introducción

La base patogénica común a la mayoría de las enfermedades cardiovasculares es la arteriosclerosis, proceso crónico de naturaleza multifactorial que afecta a la pared arterial y en cuya génesis están implicados diversos factores de riesgo aunque los más relevantes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo y las dislipemias¹⁻². En este sentido, la indicación principal para tratar con fármacos hipolipemiantes es intentar reducir las complicaciones asociadas con la arteriosclerosis, en esencia cardiopatía isquémica y, en menor medida, ictus aterotrombótico y enfermedad vascular periférica².

Existen múltiples fármacos hipolipemiantes comercializados en España, pero los que han demostrado de manera consistente reducir los episodios cardiovasculares, tanto en prevención primaria (PP) como secundaria (PS), son las estatinas³. De todas las estatinas comercializadas en España hay ensayos clínicos de reducción de episodios clínicos que las avalan (tablas 1-4), salvo la pitavastatina (estudios en marcha)²².

De los otros grupos farmacológicos hipolipemiantes se han publicado estudios de modificación de parámetros lipídicos, pero sólo algunos han demostrado en monoterapia reducción de episodios clínicos: gemfibrozilo en PP²³ y PS²⁴, colestiramina en PP²⁵ y ácido nicotínico en PS²⁶, ácidos grasos omega 3 en PS asociados con estatinas¹⁸ (JELIS) o en

TABLA 1. Características y resultados finales de los principales ensayos clínicos con estatinas realizados en prevención primaria

Estudio	Fármaco (dosis diaria)	Tipo de pacientes	Duración (años)	Objetivo principal medido	RC control	RC intervención	RRR	RRA	NNT
WOSCOPS ⁴	Pravastatina (40 mg)	Sin enfermedad vascular (5%, angina estable; 3%, claudicación intermitente, y 8%, alteraciones ECG menores)	4,9	Muerte coronaria e infarto no mortal	7,5	5,3	30	2,3	44
AFCAPS/TEXCAPS ⁵	Lovastatina (20-40 mg)	Sin enfermedad vascular	5	Muerte coronaria, infarto no mortal o angina inestable	2,9	1,7	40,1	1,2	87
CARDS ⁶	Atorvastatina (10 mg)	100% diabéticos sin enfermedad vascular	3,9	Muerte coronaria, infarto no mortal, angina inestable, revascularización o ictus	5,5	3,6	36	1,9	53
MEGA ⁷	Pravastatina (10-20 mg)	Sin enfermedad vascular	5,3	Infarto mortal y no mortal, angina o revascularización	1,1	0,6	45,5	0,5	200
JUPITER ⁸	Rosuvastatina (20 mg)	Sin enfermedad vascular y PCR ≥ 2 mg/dl	1,9	Muerte cardiovascular, infarto o ictus no mortales, angina o revascularización	0,8	0,34	57,5	0,46	217

NNT: número necesario de pacientes que es necesario tratar para evitar un episodio; RC: riesgo coronario; RRA: reducción del riesgo absoluto; RRR: reducción del riesgo relativo. Todos estos parámetros están calculados para la duración del estudio y respecto al riesgo de muerte coronaria o infarto no mortal (para compararlos ya que los objetivos principales son diferentes).

TABLA 2. Características y resultados finales de los principales ensayos clínicos con estatinas realizados en prevención secundaria

Estudio	Fármaco (dosis diaria)	Tipo de pacientes	Duración (años)	Objetivo principal medido	RC control	RC Intervención	RRR	RRA	NNT
4 S ⁹	Simvastatina (20-40 mg)	Infarto o angina	5,4	Muertes totales	28	19,4	30,6	8,6	12
CARE ¹⁰	Pravastatina (40 mg)	Infarto coronario	5	Muerte coronaria e infarto no mortal	13,2	10,2	22,9	3	33
LIPID ¹¹	Pravastatina (40 mg)	Infarto o angina inestable	6,1	Muerte coronaria	15,9	12,3	22,3	3,5	28
LIPS ¹²	Fluvastatina (80 mg)	Revascularizados por angina o isquemia silente	3,9	Muerte coronaria, infarto no mortal o revascularización	7,2	5	30,6	2,2	45
SPARCL ¹³	Atorvastatina (80 mg)	Ictus o AIT	4,8	Ictus mortal o no mortal	5,1	3,4	33,3	1,7	59

AIT: accidente isquémico transitorio; NNT: número necesario de pacientes que es necesario tratar para evitar un episodio; RC: riesgo coronario; RRA: reducción del riesgo absoluto; RRR: reducción del riesgo relativo. Todos estos parámetros están calculados para la duración del estudio y respecto al riesgo de muerte coronaria o infarto no mortal (para compararlos ya que los objetivos principales son diferentes).

monoterapia²⁷. De la ezetimiba no hay estudios en monoterapia, pero existen dos en asociación con estatinas, en los cuales demostró reducción de episodios: SHARP en insuficiencia renal²⁰ y el IMPROVE-IT en PS²¹.

El conjunto de pruebas obtenidas en estudios epidemiológicos, estudios angiográficos y en ensayos clínicos aleatorizados confirman que la reducción del colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad (cLDL)

previene la aparición de episodios clínicos, principalmente coronarios². Por ello, todas las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de pacientes con dislipemia establecen como primer objetivo terapéutico su reducción²⁸⁻³¹ y se ha calculado que, por cada 38,6 mg/dl de reducción se produce una disminución del 20-25% en la aparición de infartos no mortales y de muerte cardiovascular³². Hasta hace poco, los resultados de los ensayos clínicos demostraban clara-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3469948>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3469948>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)