

Tratamiento de las dislipemias

¿Cómo seleccionar la estatina más adecuada?

medifichas

1.º CALCULAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR¹

- Personas aparentemente sanas: calcular el [SCORE2](#) (40-69 años) o el [SCORE2-OP](#) (70-89 años).
- En pacientes con ECV, diabetes, IRC de estadio ≥ 3 (o estadio 2 con proteinuria) o HF asociada a un nivel elevado de colesterol, clasificar directamente como de riesgo alto o muy alto.

Tipo de paciente		Categoría de RCV	
Aparentemente sano (sin ECV, DM, IRC o HF)	<50 años	SCORE <2,5%	Bajo a moderado
		SCORE 2,5% a <7,5%	Alto
		SCORE $\geq 7,5\%$	Muy alto
	50-69 años	SCORE <5%	Bajo a moderado
		SCORE 5% a <10%	Alto
		SCORE $\geq 10\%$	Muy alto
	≥ 70 años	SCORE <7,5%	Bajo a moderado
		SCORE 7,5% a <15%	Alto
		SCORE $\geq 15\%$	Muy alto
Con IRC (sin DM ni ECV)	IRC moderada: • FG ^a 30-44 y A/cr ^b <30, o • FG 45-59 y A/Cr 30-300, o • FG ≥ 60 y A/Cr >300	Alto	
	IRC grave: • FG <30, o • FG 30-44 y A/Cr >30	Muy alto	
HF	Asociada a cifras de colesterol notablemente elevadas	Alto	
DM de tipo 2 ^c	Pacientes con DM de corta duración (p. ej., <10 años), bien controlada, sin daño orgánico específico ni otros FRCV	Moderado	
	Pacientes con DM, sin ECV ni daño orgánico específico grave, que no cumplen los criterios de riesgo moderado	Alto	
	Pacientes con DM y ECV, con o sin daño orgánico específico grave: • FG <45, con cualquier albuminuria • FG 45-59 y microalbuminuria (A/Cr 30-300) • Proteinuria (A/Cr >300) • Enfermedad microvascular en al menos 3 sitios (p. ej., microalbuminuria con retinopatía y neuropatía)	Muy alto	
Pacientes con ECV	• ECV confirmada clínicamente: IAM, síndromes coronarios agudos, revascularización coronaria o de otras arterias, ictus, AIT, aneurisma aórtico, arteriopatía periférica. • ECV confirmada de manera inequívoca por técnicas de imagen: incluye placas en la angiografía coronaria, en la ecografía carotídea o en la angiografía por tomografía computarizada.	Muy alto	

^a ml/min/1,73 m² ^b mg/g

^c Los pacientes con DM de tipo 1 mayores de 40 años también podrían clasificarse de acuerdo con estos criterios

Fuente: adaptado de Visseren et al.¹

2.º DECIDIR SI ES PRECISO EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO¹

- Tomar en cuenta la categoría de RCV, los modificadores del riesgo, el [RCV a lo largo de la vida](#), el [beneficio estimado del tratamiento](#), la comorbilidad, la fragilidad y las preferencias del paciente.
- Los pacientes con RCV bajo-moderado generalmente no precisarán tratamiento farmacológico.

3.º DETERMINAR EL OBJETIVO DE cLDL¹



4.º CALCULAR EL PORCENTAJE NECESARIO DE REDUCCIÓN DE cLDL¹

- ¿Cuál es el cLDL basal del paciente?
- ¿Cuál es el cLDL que se quiere alcanzar?
- ¿Cuál es el porcentaje de reducción necesario para lograrlo?



5.º ELEGIR LA ESTATINA MÁS ADECUADA²

1. Escoger la estatina más eficiente —esto es, aquella necesaria para alcanzar el objetivo terapéutico al menor coste— en función del porcentaje necesario de reducción del cLDL.



% reducción del cLDL	Estatina de elección (mg)
<30	Simvastatina 10
30-35	Simvastatina 20
36-41	Simvastatina 40
42-43	Rosuvastatina 5
44-49	Rosuvastatina 10
50	Rosuvastatina 20
51-65	Rosuvastatina 10 + ezetimiba 10
≥ 66	Rosuvastatina 20 + ezetimiba 10

Fuente: Elaboración propia a partir de Fácila Rubio et al.²

A/Cr: cociente albúmina/creatinina; AIT: ataque isquémico transitorio; cLDL: colesterol de baja densidad; DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; FG: filtrado glomerular estimado; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HF: hipercolesterolemia familiar; IAM: infarto agudo de miocardio; IRC: insuficiencia renal crónica; RCV: riesgo cardiovascular; SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation.

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J [Internet]. 2021 [citado 14 mar 2022];42(34):3227-337. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713>

2. Fácila Rubio L, Pintó Sala X, Cinza Sanjurjo S, García Goñi M, Cortés Gil X, Martí Ragué I, et al. Herramienta para la selección de la estatina más eficiente en pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto, muy alto o extremo en España. Rev Esp Econ Salud. 2019; 14 (3): 606-617.