

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**

Ronald Macías C

- ¿Deberá un hombre de 55 años, sano por otra parte, con una TAS de 120 mm Hg, colesterol total de 250 mg/dL y sin historia familiar de cardiopatía isquémica, ser tratado con una estatina?

- Los pacientes con enfermedad cardíaca coronaria conocida o equivalentes de riesgo coronario, se benefician claramente del tratamiento con una estatina
- Los pacientes sin enfermedad coronaria conocida tienen generalmente un riesgo basal más bajo para eventos cardiovasculares

- La reducción del riesgo absoluto con el tratamiento con estatina, será menor que para los pacientes con cardiopatía coronaria establecida
- El enfoque de tratamiento dependerá de la determinación del riesgo de cardiopatía coronaria global

REVIEW ARTICLE

Statins and All-Cause Mortality in High-Risk Primary Prevention

*A Meta-analysis of 11 Randomized Controlled Trials
Involving 65 229 Participants*

*Kausik K. Ray, MD, MPhil, FACC, FESC; Sreenivasa Rao Kondapally Seshasai, MD, MPhil;
Sebhat Erqou, MD, MPhil, PhD; Peter Sever, PhD, FRCP, FESC; J. Wouter Jukema, MD, PhD;
Ian Ford, PhD; Naveed Sattar, FRCPATH*

- 11 ensayos clínicos. 65229 pacientes
- No se demostró disminución de la mortalidad con la terapia de estatina en prevención primaria

Arch Intern Med. 2010;170(12):1024-1031

Statins for the primary prevention of cardiovascular disease (Review)

Taylor F, Huffman MD, Macedo AF, Moore THM, Burke M, Davey Smith G, Ward K,
Ebrahim S



- 18 ensayos. 56934 pacientes
- Evidencia limitada de que la prevención primaria con estatinas puede ser rentable y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Se debe tener precaución en la prescripción de estatinas para la prevención primaria en personas con bajo riesgo cardiovascular.

- **Terapia con estatinas.**
 - El beneficio en la reducción de la mortalidad, no supera los efectos adversos de la terapia con estatinas en la prevención primaria
 - Estudios observacionales muestran una tasa mayor de efectos adversos
 - Hasta el 30% de los pacientes fueron excluidos de los ensayos (historia de dolores musculares, insuficiencia renal o hepática)

BMJ

RESEARCH

Unintended effects of statins in men and women in England and Wales: population based cohort study using the QResearch database

Julia Hippisley-Cox, professor of clinical epidemiology and general practice, Carol Coupland, associate professor in medical statistics

Incluyó 2004692 pacientes de 30 a 84 años de los cuales 225922 (10,7%) eran nuevos usuarios de las estatinas
La terapia aumentó los riesgos de disfunción hepática moderada o grave, insuficiencia renal aguda, miopatía moderada o grave, y catarata
El riesgo persistió durante el tratamiento y se mantuvo más elevado en el primer año

ORIGINAL INVESTIGATION

ONLINE FIRST

Statin Use and Risk of Diabetes Mellitus in Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative

Annie L. Culver, BPharm; Ira S. Ockene, MD; Raji Balasubramanian, ScD; Barbara C. Olendzki, RD, MPH; Deidre M. Sepavich, MBA; Jean Wactawski-Wende, PhD; JoAnn E. Manson, MD, DrPH; Yongxia Qiao, MD; Simin Liu, MD, ScD; Philip A. Merriam, MSPH; Catherine Rahilly-Tierny, MD, MPH; Fridtjof Thomas, PhD; Jeffrey S. Berger, MD, MS; Judith K. Ockene, PhD, MEd, MA; J. David Curb, MD; Yunsheng Ma, MD, PhD

Estudio Júpiter encontró un riesgo de 3% de desarrollar diabetes en el grupo tratado con rosuvastatina, significativamente mayor que en el grupo de placebo

Arch Intern Med. 2012;172(2):144-152.

- ¿Existen alternativas?
 - Es razonable recomendar las modificaciones de estilo de vida, como la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso, el ejercicio aeróbico y una dieta prudente

Usual care dietary practice, achievement and implications for medication in the management of hypercholesterolaemia

Data from the U.K. Lipid Clinics Programme

P. F. Butowski and A. F. Winder

Cardiovascular Lipid Clinics and Department of Chemical Pathology and Human Metabolism, Royal Free NHS Hospital Trust and School of Medicine (University of London), London, U.K.

[JAMA](#), 2003 Jul 23;290(4):502-10.

Effects of a dietary portfolio of cholesterol-lowering foods vs lovastatin on serum lipids and C-reactive protein.

[Jenkins DJ](#), [Kendall CW](#), [Marchie A](#), [Faulkner DA](#), [Wong JM](#), [de Souza R](#), [Emam A](#), [Parker TL](#), [Vidgen E](#), [Lapsley KG](#), [Trautwein EA](#), [Josse RG](#), [Leiter LA](#), [Connelly PW](#).

Clinical Nutrition and Risk Factor Modification Center, St Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada. cyril.kendall@utoronto.ca

- 2.508 personas. Tto con dieta, el 60% de pacientes tenían una reducción media de peso corporal de 1,8 %, que se asoció con un 5 a 7% de reducción de LDL-C
- En algunos pacientes un cambio marcado en la dieta puede disminuir el colesterol LDL-C en hasta un 30 %

The New England Journal of Medicine

**EFFECTS OF DIET AND EXERCISE IN MEN AND POSTMENOPAUSAL WOMEN
WITH LOW LEVELS OF HDL CHOLESTEROL AND HIGH LEVELS OF
LDL CHOLESTEROL**

MARCIA L. STEFANICK, PH.D., SALLY MACKEY, M.S., R.D., MARY SHEEHAN, M.S., NANCY ELLSWORTH,
WILLIAM L. HASKELL, PH.D., AND PETER D. WOOD, D.Sc., PH.D.

Asignó al azar a 180 mujeres posmenopáusicas y 197 hombres, con bajos niveles de HDL-C y niveles elevados de LDL-C

Ejercicio aeróbico, la dieta, la dieta más ejercicio, o ningún tratamiento

No hubo cambios significativos en el HDL-C en cualquier grupo

Hubo una reducción significativa en LDL-C, tanto en hombres como en mujeres (dieta más ejercicio) en comparación con los grupos control o la dieta por sí sola

Detection

Third Report of the
National Cholesterol
Education Program (NCEP)
Expert Panel on

Detection,
Evaluation,
and Treatment
of High Blood
Cholesterol
in Adults
(Adult Treatment
Panel III)

Evaluation

Final Report

Treatment

National Cholesterol Education Program
National Heart, Lung, and Blood Institute
National Institutes of Health
NIH Publication No. 02-5215
September 2002

- Determinar el riesgo de cardiopatía coronaria subyacente del paciente, en lugar de apuntar a un objetivo específico de LDL-C
- Determinar si los beneficios del tratamiento son mayores que sus cargas (costes, efectos adversos)

Framingham/ATP III point scores in men

Age, years	Points				
20 to 34	-9				
35 to 39	-4				
40 to 44	0				
45 to 49	3				
50 to 54	6				
55 to 59	8				
60 to 64	10				
65 to 69	11				
70 to 74	12				
75 to 79	13				
Total cholesterol mg/dL (mmol/L)	Age 20 to 39	Age 40 to 49	Age 50 to 59	Age 60 to 69	Age 70 to 79
<160 (3.4)	0	0	0	0	0
160 to 199 (3.4 to 5.15)	4	3	2	1	0
200 to 239 (5.17 to 6.18)	7	5	3	1	0
240 to 279 (6.2 to 7.21)	9	6	4	2	1
≥280 (7.24)	11	8	5	3	1
HDL cholesterol mg/dL (mmol/L)	Points				
≥60 (1.55)	-1				
50 to 59 (1.29 to 1.53)	0				
40 to 49 (1.03 to 1.27)	1				
<40 (1.03)	2				
Systolic blood pressure, mmHg	Untreated	Treated			
<120	0	0			
120 to 129	0	1			
130 to 139	1	2			
140 to 159	1	2			
≥160	2	3			
Point total	10-year risk, percent	Point total	10-year risk, percent		
0	1	9	5		
1	1	10	6		
2	1	11	8		
3	1	12	10		
4	1	13	12		
5	2	14	16		
6	2	15	20		
7	3	16	25		
8	4	≥17	≥30		

Framingham/ATP III point scores in men
Circulation. 2002 Dec 17;106(25):3143-421.

NOTE: These risk estimates for the development of coronary heart disease do not account for all important cardiovascular risk factors. Not included are diabetes mellitus (which is considered a CHD equivalent), family history of CHD, alcohol intake, and the serum C-reactive protein concentration.
Adapted from Adult Treatment Panel III at <http://www.nhlbi.nih.gov/> The point total is determined in each category and the 10-year risk determined in the bottom row.

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela



- El riesgo cardiovascular de los pacientes se debe calcular utilizando modelos adecuados, ajustados a las características de una población determinada

- La tercera Task Force Conjunta Europea de prevención cardiovascular recomendó el uso de la función SCORE para determinar la predicción del riesgo de muerte cardiovascular en 10 años, para la toma de decisiones en las intervenciones clínicas

ARTÍCULO ORIGINAL

Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España

Susana Sans^a, Anthony P. Fitzgerald^b, David Royo^a, Ronan Conroy^c y Ian Graham^d

^aInstituto de Estudios de la Salud. Barcelona. España.

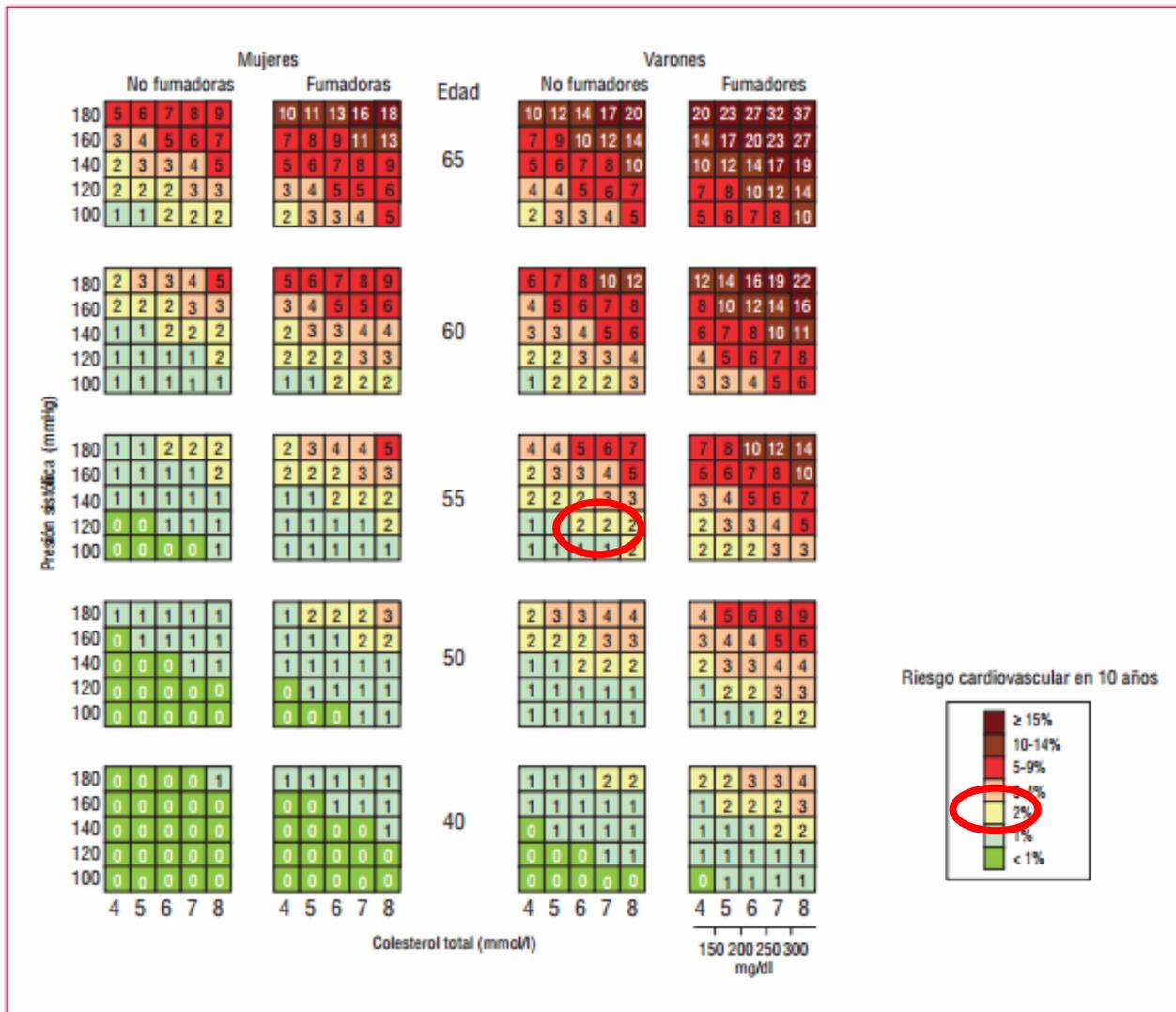
^bDepartamento de Epidemiología y Salud Pública y Departamento de Estadística. University College. Cork. Irlanda.

^cDepartamento de Epidemiología y Medicina de Salud Pública. Royal College of Surgeons. Dublín. Irlanda.

^dDepartamento de Cardiología. Adelaide and Meath Hospital Dublin, incorporating the National Children's Hospital. Tallaght. Dublín. Irlanda.

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela



Varón
55 años
CT: 250
TAS: 120

Riesgo CV del 2%
en 10 años.

Riesgo cardiovascular en 10 años

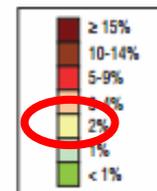


Fig. 2. Tabla SCORE calibrada para España del riesgo estimado de mortalidad cardiovascular aterosclerótica en 10 años, para valores específicos de presión arterial sistólica y colesterol total, según hábito tabáquico, sexo y edad.

- La estatina reduce el riesgo CV relativo en un 20 a 30 % en 10 años
- En este caso en particular, el riesgo CV ajustado a población española es del 2% a los 10 años. Esto probablemente podría reducirse en un 0,4 a 0,6% si fuera tratado con una estatina al día durante diez años
- De 100 pacientes, 1 o más desarrollará diabetes y el 20% o más experimentará síntomas incapacitantes, incluyendo debilidad muscular y fatiga

Conclusiones:

- El tratamiento con estatinas como prevención primaria, en un hombre saludable no aumenta la supervivencia
- El beneficio en la reducción de la mortalidad, no supera los efectos adversos de la terapia con estatinas en la prevención primaria

Conclusiones:

- La decisión de tratamiento hipolipemiente, debe ser individualizada para cada paciente, y requiere la determinación del riesgo cardiovascular, en lugar de con el objetivo específico de LDL-C

V Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

19 - 22 de Junio 2013 - Santiago de Compostela

