

¿ATORVASTATINA O ROSUVASTATINA?

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo clínico en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid)

Fecha de publicación: 23/12/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 2 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Las estatinas constituyen el pilar de la terapia hipolipemiente, principalmente las superestatinas, es decir, las de mayor potencia (atorvastatina y rosuvastatina). Pero ¿Cuál es la mejor?”

ESTRATEGIA HIPOLIPEMIANTE

La terapia hipolipemiente es uno de los pilares de las estrategias orientadas a reducir el riesgo cardiovascular, sobre todo en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, es decir, en prevención secundaria.

Para definir la estrategia terapéutica hipolipemiente necesitamos conocer el riesgo cardiovascular del paciente, lo que nos permite establecer el objetivo de c-LDL y definir la intensidad de la terapia. Debemos alcanzar objetivos ambiciosos y de forma rápida, lo que requiere de tratamientos precoces y potentes, terapias combos desde el principio y fármacos inyectables.

Las estatinas son los fármacos que, si no hay contraindicación, deberían incluirse siempre como primera línea terapéutica, en base a la demostrada reducción de la morbimortalidad cardiovascular en todos los grupos poblacionales, con una evidencia científica abrumadora.

Las estatinas, con efecto de clase, presentan matices que las diferencian. Entre ellos, su potencia. La rosuvastatina y la atorvastatina son consideradas las más potentes, por tanto, las preferidas para el manejo del paciente con enfermedad cardiovascular establecida, patología con objetivos de c-LDL muy bajos. Pero ¿cuál es la mejor?

¿ATORVASTATINA O ROSUVASTATINA?

Un estudio basado en dos grandes bases de datos incluyó un total de 45.710 pacientes del **Biobanco de Reino Unido** y 239.970 del **Sistema de Datos de China CRDS**, con intención de responder a la pregunta previa. Hablamos de un estudio observacional cuyos resultados han sido publicados en [Anales of Internal Medicine](#), con la siguiente conclusión: la **rosuvastatina** reduce la mortalidad por todas las causas un 26% más que la **atorvastatina**, y los eventos cardiovasculares mayores en un 29% más.

El 61% de los participantes tomaban estatina para prevención secundaria, 49% en el ámbito de la prevención primaria. La edad media fue de 64 años. El colesterol basal medio fue de 108 mg/dl en el **CRDS** y 148 mg/dl en el **Biobanco**.

Los datos a favor de la **rosuvastatina** fueron más significativos en el grupo de pacientes procedentes del **Biobanco**: 29% de reducción de eventos cardiovasculares mayores con **rosuvastatina vs atorvastatina**, frente a una reducción relativa del 11% con **rosuvastatina vs atorvastatina** en el grupo de pacientes de **CRDS**.

En cuanto a eventos adversos, la **rosuvastatina** se asoció a menos alteraciones hepáticas que la atorvastatina, pero sin diferencias a nivel renal. La **rosuvastatina** se asoció a un mayor riesgo de desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, pero solo en el grupo de pacientes del **Biobanco**, sin diferencias en el de **CRDS**.

CONCLUSIÓN

Para prevención secundaria necesitamos, al menos, estatinas superpotentes. En muchos casos hay que recurrir a tratamientos combinados, incluyendo fármacos inyectables que actúan a nivel del PCSK-9 (**evolocumab, alirocumab, inclisirán**).

Hay profesionales sanitarios a favor de la **atorvastatina** y otros de la **rosuvastatina**. El estudio comentado en este post no debería modificar su opinión:

- porque se trata de una investigación observacional y, por tanto, sus conclusiones son hipótesis;
- porque el número de pacientes con atorvastatina fue significativamente mayor que el de rosuvastatina;

- porque el estudio presenta importantes lagunas en datos relevantes como el momento de inicio de las estatinas;
- porque no es lo mismo el riesgo relativo que el absoluto, y si nos centramos en este último, las diferencias entre ambas estatinas son escasas. En el caso de la reducción de c-LDL para conseguir mejoras en morbilidad y mortalidad, la magnitud del efecto importa.

En definitiva, debemos reducir los niveles de c-LDL de forma potente, sobre todo en pacientes con riesgo cardiovascular alto, muy alto o extremo. La magnitud de la reducción de c-LDL, en términos absolutos, determina el efecto en la **morbimortalidad** cardiovascular: grandes reducciones de c-LDL se asocian a reducciones de morbilidad y mortalidad cardiovascular, por eso, los fármacos más potentes son los que mejoran la supervivencia, sobre todo en aquellos pacientes con c-LDL basalmente alto respecto al objetivo terapéutico a alcanzar.



Ilustración 1. Atorvastatina vs rosuvastatina. Estudio observacional. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

[Annal Intern Medicine. 2024](#)

