

ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS ATRIBUIDOS A LAS ESTATINAS: BALANCE RIESGO/BENEFICIO A FAVOR DEL BENEFICIO

Autora: Javier Ángel Rodríguez Calvillo (Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Murcia)

Fecha de publicación: 28/04/2023

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

Tiempo de lectura: 4 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 son fármacos fundamentales en la mejora pronóstica de nuestros pacientes en el ámbito de la prevención secundaria, y con evidencia más discutible en el ámbito de la prevención primaria, siendo preciso individualizar la estrategia terapéutica.


La consecución de objetivos de c-LDL es cada vez más estricta, con una teoría lipídica claramente consolidada, con valores de c-LDL objetivos ≤ 55 mg/dl, incluso ≤ 40 mg/dl en prevención secundaria. Estos objetivos no son fáciles de conseguir, y por eso disponemos de más opciones terapéuticas para intentar reducir los valores de c-LDL.

Las estatinas, a pesar de disponer de muy amplia evidencia científica que avala su capacidad de reducción de morbilidad cardiovascular (CV), han sido siempre cuestionadas por su seguridad. Lo fundamental es tener clara la relación riesgo beneficio, siendo muy favorable para el beneficio en la mayoría de los casos, puesto que no debemos olvidar que reducen un 16% el riesgo de accidente cerebrovascular total, un 21% el isquémico, un 27% el infarto de miocárdico no mortal y un 20% la muerte por cardiopatía coronaria.

Resumimos los efectos secundarios atribuidos a las estatinas y la evidencia actual al respecto:

- Efectos sobre el estado cognitivo: no disponemos de evidencia científica que avale deterioro cognitivo. Además, los estudios con niveles bajos y muy bajos de c-LDL muestran su seguridad.
- Efecto proteinúrico: la frecuencia de proteinuria con estatinas es leve y no hay evidencia que la relacione a una insuficiencia clínicamente significativa de la función renal.
- Riesgo de desarrollo de cataratas: no hay evidencia científica que avale dicho riesgo.
- Alteraciones de la glucemia o desarrollo de Diabetes Mellitus (DM) de nueva aparición: aunque existe cierto riesgo de alteración del metabolismo basal de la glucemia, el perfil riesgo beneficio apoya su uso en los pacientes con clara indicación, como en prevención secundaria. Los pacientes con síndrome metabólico y aquellos con prediabetes son los que tienen mayor riesgo. La incidencia de DM de nueva aparición con estatinas de intensidad moderada es del 0.1% al año, y del 0.2% en las de alta intensidad.
- [Efectos hepático](#): aunque puede presentar efectos a nivel hepático, los considerados clínicamente relevantes son muy raros. De hecho, la incidencia de insuficiencia hepática es de 1/100.000. Además, las estatinas podrían tener [un efecto beneficioso](#) en salud CV en pacientes con NAFLD (enfermedad del hígado graso no alcohólica) incluso con elevación leve a moderada de transaminasas.
- [Síntomas musculares](#): muchos de ellos son por efecto nocebo, y extraordinariamente raros aquellos considerados como significativos (*con una incidencia de miopatía de 1/1.000 y de rabdomiólisis de 1/10.000*).
- [Riesgo de evento cerebrovascular hemorrágico](#): solo el estudio **SPARCL** cuestionó su seguridad al plantear un posible aumento del riesgo en pacientes con un episodio hemorrágico previo cerebrovascular.

De todas formas, recordemos que en el caso infrecuente de considerar que el balance riesgo/beneficio no favorece el uso de estatinas, disponemos de mucho [arsenal terapéutico](#) (*el que hay y el que está por venir*) para conseguir que los niveles de c-LDL alcancen los objetivos recomendados para reducir la morbimortalidad CV y mejorar la salud de nuestros pacientes.

**SITUACIÓN ACTUAL
TERAPIAS EN
DISLIPEMIAS** 

**PREVENCIÓN
SECUNDARIA
LDL ≥ 55 mg/dl**
















	ESTATINAS	EZETIMIBA	ÁCIDO BEMPEDOICO	Inh. PCSK9	INCLISIRAN	Ac. EICOSOPENTANOICO
Vía administración	 Oral	 Oral	 Oral	<i>Inyectado subcutáneo (en investigación fase 2 el oral)</i>	<i>Inyectado subcutáneo</i>	 Oral
Mec. Acción	 Inhibición Hidroximetil-Gutaril- CoA Reductasa	 Inhibición transportador de intestinal niemann-pick C1 like 1	 Inhibición Adenosina trifostado-citrato liasa	 Anticuerpos monoclonales que se une a la PCSK-9* para su inhibición	 siRNA de interferencia de pequeño tamaño que reduce la síntesis de PCSK-9	Ácido Omega 3 (no reduce c-LDL)
¿Reduce morbimortalidad?	 CCT metaanálisis	 IMPROVE-IT	 CLEAR OUTCOMES	 FOURIER / ODYSSEY-OUTCOMES	 PENDIENTES RESULTADOS ESTUDIO ORION -4	 REDUCE-IT
Comentario	<i>Problema: efectos secundarios (muchos efecto placebo)</i>	<i>Con estatina reduce el c-LDL 15-20% más</i>	<i>Redujo morbimortalidad en monoterapia en intolerantes estatinas</i>	<i>Gran potencia. Uso hospitalario (quincenal o mensual)</i>	<i>Gran potencia. Semestral en dosificación crónica</i>	<i>Estudio con polémica en brazo control. Si TG > 150 mg/dl. Es para reducción riesgo CV</i>

Ilustración 1. Resumen de las terapias actuales y que están por venir en el manejo de la dislipemia. CARPRIMARIA.

REFERENCIAS

CARPRIMARIA