



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/998 - Recomendaciones de la Comunidad de Madrid para el Tratamiento Hipolipemiante en Prevención Secundaria Cardiovascular

M. Alcaraz Borrajo<sup>a</sup>, I. Morón Merchante<sup>b</sup>, B. Novella Arribas<sup>c</sup>, J. Ortigosa Aso<sup>d</sup>, L. Silva Melchor<sup>d</sup> y J. Vivancos Mora<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y PS. Consejería de Sanidad. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Subdirección General Farmacia y PS. Consejería de Sanidad. Madrid. <sup>d</sup>Cardiólogo. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. <sup>e</sup>Neurólogo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Difundir las ideas claves y recomendaciones para el tratamiento de la dislipemia como FRCV en prevención secundaria.

**Metodología:** Consensuadas en 2014 por profesionales de AP y Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, tomando como base la evidencia científica.

**Conclusiones:** 1. Prevención secundaria: exclusivamente pacientes que ya han sufrido un evento coronario o cerebro vascular. No se necesita calcular el RCV. 2. Síndrome coronario agudo: atorvastatina 80 comparado con dosis estándar redujo la incidencia de eventos (variable combinada) a partir de los 6 meses de tratamiento, principalmente por reducción de angina recurrente y revascularizaciones. 3. Enfermedad coronaria estable: estatinas a dosis estándar reducen morbilidad y mortalidad cardiovascular y total. Las dosis altas (simvastatina 80, atorvastatina 80) frente a bajas reducen aún más el riesgo de eventos no mortales (fundamentalmente IM) pero no la mortalidad total ni cardiovascular. También presentan mayor riesgo de efectos adversos graves y de abandono del tratamiento. 5. Estudio SPARCL mostró que atorvastatina 80 vs placebo, disminuye incidencia de ictus y eventos cardiovasculares mayores, pero no mortalidad total o cardiovascular en pacientes con ictus aterotrombótico. 6. Ningún estudio ha evaluado la estrategia de tratar hasta un objetivo de LDLc. Menos del 50% de pacientes con tratamiento intensivo consiguieron < 70 mg/dl, aunque partían de cifras de c-LDL bajas (85-120 mg/dl). Por ello no se establecen objetivos numéricos de colesterol LDL. 7. En pacientes en prevención secundaria se recomienda iniciar tratamiento con atorvastatina 80, excepto en aquellos con mayor probabilidad de efectos secundarios o riesgos de interacciones. En estos se recomienda atorvastatina 40, simvastatina 40 o rosuvastatina 20.