



**Importancia de la terapia  
hipolipemiante intensiva para el  
control del colesterol-LDL en los  
pacientes de alto riesgo vascular  
basada en rosuvastatina**

Dr. Carlos Escobar

Dr. Jose María Mostaza



Consulta el artículo  
completo

Las **enfermedades vasculares** constituyen **la primera causa de muerte** en España.<sup>1</sup>

Los **objetivos vigentes y recomendados** por la Sociedad Española de Arterioesclerosis (EAS) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en relación con los **niveles de cLDL** son los siguientes:

- Paciente de **alto riesgo**, < 70 mg/dL.
- Pacientes de **muy alto riesgo**, < 55 mg/dL.

No obstante, **incluso** en los **pacientes de mayor riesgo**, el control actual de los niveles de **cLDL** es **muy bajo**.

## Situación actual en el control lipídico y las terapias hipolipemiantes

### EUROPA



El estudio **SANTORINI**<sup>2</sup>, n=9.000 pacientes de diferentes países con riesgo cardiovascular (CV) alto y muy alto, se observó que el **20,8% de los pacientes alcanzaron los objetivos de cLDL**.

### ESPAÑA

Un **estudio epidemiológico**<sup>5</sup>, n=300 médicos de Atención Primaria consideraban que el **61,5%** de sus pacientes estaban en **objetivos de cLDL**.

La mayoría de los pacientes que fueron reclutados tenían un **riesgo vascular** calculado **muy alto**.

El **estudio observatorio de dislipemias**<sup>3</sup> realizado en España, n= 4.010 pacientes con diferentes niveles de riesgo, mostró que solo el **31%** del **total de pacientes** alcanzaron los **niveles de cLDL establecidos**.

Estudio **SNAPSHOT**<sup>4</sup>, n= 443 pacientes hipertensos y con dislipemia, se pudo observar que el **24% del total** de los pacientes estaban **debidamente controlados**.

# Rosuvastatina y atorvastatina, las estatinas más potentes en el tratamiento hipolipemiante

1. **Eficacia de la rosuvastatina** sobre los niveles cLDL ha sido demostrado en varios estudios y metaanálisis.



Estudio **STELLAR**<sup>6</sup> → tras 6 semanas de tratamiento, demostró resultados que posteriormente fueron confirmados con el estudio **VOYAGER**:

## Reducción de cLDL (niveles promedio)

### Reducción de rosuvastatina vs otras estatinas

8,2% vs. Atorvastatina 10 a 80 mg ( $p < 0,001$ )

12% a 18% vs. Simvastatina 10 a 80 mg ( $p < 0,001$ )

26% vs. Pravastatina 10 a 80 mg ( $p < 0,001$ )

## Reducción triglicéridos

Reducción significativa  
de rosuvastatina vs otras  
estatinas ( $p < 0,001$ )

## Aumento de cHDL (niveles promedio)

### Aumento de rosuvastatina vs otras estatinas

+7,7% a 9,6% con rosuvastatina

2,1% a +6,8 en todos los demás grupos

**Rosuvastatina** fue **más eficaz** que atorvastatina, pravastatina y simvastatina en la **reducción** de los niveles de **cLDL**, el **colesterol total** y los **triglicéridos**.

2. **Eficacia de la rosuvastatina** en la prevención de las complicaciones vasculares.



Ensayo clínico **JUPITER**<sup>7</sup> → tras incluir un total de 17.802 sujetos, los cuales no requerían de tratamiento con estatinas en el momento del estudio, fueron aleatorizados con rosuvastatina 20 mg o placebo y se demostró que **rosuvastatina causa una reducción significativa de:**

**54%**

Infarto de miocardio

**50%**

cLDL

**48%**

Ictus

**47%**

Eventos cardiovasculares  
mayores (MACE)

**37%**

Proteína C reactiva  
de alta sensibilidad

**20%**

Muerte por  
cualquier causa



**Estudio HOPE-3<sup>8</sup>** → tras objetivar un total de **12.705 pacientes** sin ECV previa, pero con riesgo CV intermedio, se observó:



3. **Eficacia** de la **rosuvastatina** en pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica establecida, es manifestado por estudios como **LODESTAR<sup>9</sup>** y **SAFEHEART<sup>10</sup>** en los cuales se pone en evidencia la **disminución de la tasa de recurrencias de eventos vasculares**.

## Puntos clave

Rosuvastatina, potente estatina con **muy bajo riesgo** de **efectos adversos** e **interacciones farmacológicas** incluso en aquellos **pacientes polimedicados**.

Rosuvastatina, potente estatina que **mejora el perfil lipídico** presenta **beneficios adicionales** por su **acción antiinflamatoria, antioxidante, antitrombótica y protección vascular**.

Rosuvastatina, en **monoterapia** o en **combinación** con ezetimiba aportan el **mayor beneficio al menor coste**.



La combinación **rosuvastatina + ezetimiba**, debido a sus **mecanismos de acción complementarios**, consiguen un **descenso** de los niveles **cLDL del 60-75%<sup>11</sup>**.

# Conclusiones

- La **reducción del cLDL** según los **objetivos recomendados** es **esencial** para **disminuir el riesgo de complicaciones vasculares**.
- La **infravaloración del riesgo** y la **percepción inadecuada del control** real del cLDL por parte de los **profesionales sanitarios** conlleva:
  - **Menor intensificación** del tratamiento.
  - **Menor búsqueda** en el alcance de los **objetivos terapéuticos**.
- Para **mejorar el control del cLDL**, especialmente en **pacientes de alto/muy alto riesgo**, es esencial **prescribir el tratamiento adecuado** para reducir los lípidos, ajustándose a las **necesidades específicas de cada paciente**.
- **Rosuvastatina, sola o en combinación** con ezetimiba, proporciona **reducciones intensivas de cLDL** con **bajo riesgo de efectos secundarios** y un **menor coste**.
- El **tratamiento con rosuvastatina** se asocia con un **menor riesgo de complicaciones vasculares**, tanto en **pacientes sin enfermedad vascular previa**, como en aquellos con **enfermedad vascular aterosclerótica establecida**.

1. Defunciones según la causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística (INE). Publicación 19/12/2022. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf); 2. Ray, K.K.; Haq, I.; Bilitou, A.; Manu, M.C.; Burden, A.; Aguiar, C.; Arca, M.; Connolly, D.L.; Eriksson, M.; Ferrières, J.; et al. Treatment gaps in the implementation of LDL cholesterol control among high- and very high-risk patients in Europe between 2020 and 2021: The multinational observational SANTORINI study. *Lancet Reg. Health Eur.* 2023, 29, 100624. 3. Cosín-Sales, J.; Campuzano Ruiz, R.; Díaz Díaz, J.L.; Escobar Cervantes, C.; Fernández Olmo, M.R.; Gómez-Doblas, J.J.; Mostaza, J.M.; Pedro-Botet, J.; Plana Gil, N.; Valdivielso, P. Dyslipidemia observatory: Treatment of hypercholesterolemia in Spain, context and levers for improvement in clinical practice. *Clin. Investig. Arterioscler.* 2022, 34, 253–260. 4. SNAPSHOT study. Cross-sectional multinational epidemiological study of hypertensive patients with dyslipidemia and patient-reported outcomes. In Proceedings of the 28th SEH-LELHA 2023 Congress, Madrid, Spain, 28–29 September 2023. 5. Pallares-Carratala V, Barrios V, Fierro-Gonzalez D, et al. Cardiovascular Risk in Patients with Dyslipidemia and Their Degree of Control as Perceived by Primary Care Physicians in a Survey—TERESA-Opinion Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20: 2388; 6. Jones, P.H.; Davidson, M.H.; Stein, E.A.; Bays, H.E.; McKenney, J.M.; Miller, E.; Cain, V.A.; Blasetto, J.W. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin vs. atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR\* Trial). *Am. J. Cardiol.* 2003, 92, 152–160 7. Ridker, P.M.; Danielson, E.; Fonseca, F.A.; Genest, J.; Gotto, A.M., Jr.; Kastelein, J.J.; Koenig, W.; Libby, P.; Lorenzatti, A.J.; MacFadyen, J.G.; et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N. Engl. J. Med.* 2008, 359, 2195–2207 8. Yusuf, S.; Bosch, J.; Dagenais, G.; Zhu, J.; Xavier, D.; Liu, L.; Pais, P.; López-Jaramillo, P.; Leiter, L.A.; Dans, A.; et al. HOPE-3 Investigators. Cholesterol lowering in intermediate-risk persons without Cardiovascular Disease. *N. Engl. J. Med.* 2016, 374, 2021–2031. 9. Lee YJ, Hong SJ, Kang WC, et al. Rosuvastatin versus atorvastatin treatment in adults with coronary artery disease: secondary analysis of the randomised LODESTAR trial. *BMJ.* 2023;383:e075837. 10. Pérez de Isla L, Arroyo-Olivares R, Muñoz-Grijalvo O, et al. Long-term effect of 2 intensive statin regimens on treatment and incidence of cardiovascular events in familial hypercholesterolemia: The SAFEHEART study. *J Clin Lipidol.* 2019;13:989-996. 11. Escobar, C.; Anguita, M.; Arrarte, V.; Barrios, V.; Cequier, Á.; Cosín-Sales, J.; Egocheaga, I.; López de Sa, E.; Masana, L.; Pallarés, V.; et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. *Rev. Esp. Cardiol.* 2020, 73, 161–167.

# Crestor® y Ateroger®: tus aliados frente a la hipercolesterolemia para acompañar al paciente a lo largo del tratamiento



Crestor® 5 mg: CN. 661858  
Crestor® 10 mg: CN. 661872  
Crestor® 20 mg: CN. 661873

Consulta la Ficha  
Técnica de Crestor®



Crestor® 5 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 4,92 €.  
Crestor® 10 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 9,85 €.  
Crestor® 20 mg, envase de 28 comprimidos, PVP IVA: 19,70 €.  
Medicamento sujeto a prescripción médica. Especialidad reembolsable por el SNS con aportación normal.



Ateroger® 10 mg / 10 mg: CN. 724254  
Ateroger® 20 mg / 10 mg: CN. 724258

Consulta la Ficha  
Técnica de Ateroger®



Ateroger® 10 mg / 10 mg, envase de 30 comprimidos, PVP IVA: 26,54 €.  
Ateroger®. 20 mg / 10 mg, envase de 30 comprimidos, PVP IVA: 30,72 €.  
Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el SNS. Aportación reducida únicamente para los pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota.

Artículo científico financiado por Almirall.

Fecha de elaboración del material: Mayo 2024