



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/995 - Recomendaciones de la Comunidad de Madrid para el tratamiento hipolipemiante en Prevención Primaria, en pacientes con patologías de alto riesgo cardiovascular

I. Morón Merchante<sup>a</sup>, B. Novella Arribas<sup>b</sup>, M. Alcaraz Borrajo<sup>c</sup>, C. del Arco Galán<sup>d</sup>, P. Sequera Ortiz<sup>e</sup> y A. Corbatón Anchuelo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Subdirección General Farmacia y PS. Consejería de Sanidad. Madrid. <sup>c</sup>Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y PS. Consejería de Sanidad. <sup>d</sup>Médico Internista. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. <sup>e</sup>Nefróloga. Servicio Madrileño de Salud. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Difundir las ideas claves y recomendaciones para el Tratamiento de la Dislipemia como FRCV en Prevención Primaria para pacientes de Alto RCV.

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

**Conclusiones:** 1. No se incluye claudicación intermitente (CI), enfermedad renal crónica (ERC) ni DM2 como prevención secundaria. Epidemiológicamente aunque son pacientes de alto riesgo, las tasas de infarto no son equiparables a las de pacientes con evento CV. 2. Revisión Cochrane y estudio HPS concluyen que el tratamiento hipolipemiante es adecuado para evitar el IAM en la CI. Mostró reducción global de la tasa de eventos con simvastatina 40 mg, pero no en pacientes sin diabetes ni evento previo. Esta es la recomendada. 3. En ERC solo el Estudio SHARP (placebo vs. simvastatina + ezetimiba) demostró disminuir la probabilidad de evento isquémico vascular. El 96% de los pacientes tenían FGe 45 ml/min (estadio 3b-5). Se recomienda este tratamiento. Desconocemos el beneficio adicional de añadir ezetimiba a la estatina. La alternativa es atorvastatina 20. 4. Pacientes con hiperlipemia grave no genética, (CoIT > 300, LDL > 190, HDL bajo, TG > 900 mg/dl): debe descartarse enfermedad genética y dislipemia secundaria. Una vez confirmada la hiperlipemia debe tratarse con fármacos. 5. Las estatinas no han mostrado reducir morbilidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca. Su utilización no estaría recomendada salvo que exista otra indicación. 6. En diabéticos con otros factores de RCV o lesión de órgano diana, se recomienda iniciar tratamiento con simvastatina 40 o atorvastatina 20, hasta conseguir una reducción porcentual del 40-50%.