

Las estatinas fueron eficaces en la prevención de muerte y enfermedad cardiovascular en pacientes con bajo riesgo cardiovascular

Statins were effective to prevent death and cardiovascular disease in people at low cardiovascular risk.

Tonelli M. y col. CMAJ. 2011;183(16):1189-1202.

Objetivo

Revisar la evidencia científica en relación a la eficacia y los daños de las estatinas administradas en personas con bajo riesgo cardiovascular.

Fuente de datos

Se revisó MEDLINE y EMBASE desde 1950 a 2011. También se buscaron en registros de evaluaciones de tecnologías sanitarias, listas de referencias de los artículos identificados y se consultó a los principales fabricantes de estatinas de Canadá por estudios relevantes no publicados.

Selección de estudios y extracción de datos

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y controlados, publicados y no publicados, que hubieran comparado estatinas versus cuidado usual o placebo en individuos mayores de 16 años con bajo riesgo cardiovascular y con un seguimiento de por lo menos seis meses. Para ser elegibles, los estudios debían informar los efectos adversos del tratamiento y uno o más de los siguientes desenlaces: mortalidad por cualquier causa, angina inestable, infarto agudo de miocardio (IAM) fatal o no fatal, accidente isquémico transitorio (AIT), accidente cerebrovascular (ACV) fatal o no fatal, procedimientos de revascularización (tanto quirúrgicos como percutáneos), calidad de vida, persistencia de la terapia con estatinas. Se excluyeron los estudios con menos de 30 participantes por rama.

Las estatinas estudiadas fueron categorizadas como de potencia baja (fluvastatina, lovastatina, pravastatina, simvastatina) o alta potencia (atorvastatina, rosuvastatina). Se consideró que los estudios habían incluido individuos de bajo riesgo cardiovascular si la proporción de muerte de causa cardiovascular o IAM no fatal a 10 años no había superado el 20% de la

población, lo cual se extrapoló del riesgo observado en el grupo control de cada estudio. En general esto se correspondía con individuos que no presentaban antecedentes de eventos cardiovasculares ni diabetes.

Resultados Principales

Fueron evaluados 29 artículos (n = 80.711), de los cuales 22 ensayos fueron controlados con placebo, y los restantes siete reportaron atención habitual o ningún tratamiento. La media de seguimiento fue de dos años. Los resultados principales se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Riesgo de eventos asociados al uso de estatinas en pacientes con riesgo cardiovascular bajo.

	RR (IC95%)	NNT (IC95%)
Muerte por cualquier causa	0,90 (0,84 a 0,97)	239 (149 a 796)
Infarto de miocardio	0,63 (0,50 a 0,79)	216 (160 a 381)
Accidente cerebrovascular	0,83 (0,74 a 0,93)	291 (190 a 707)
Angina inestable	0,71 (0,55 a 0,92)	431 (278 a 1563)
Revascularización	0,66 (0,57 a 0,77)	131 (103 a 193)
Evento adverso serio	1,01 (0,96 a 1,07)	–
Rabdomiolisis	1,29 (0,25 a 6,68)	–
Cáncer	1,00 (0,93 a 1,08)	–
Diabetes	1,05 (0,84 a 1,32)	–

RR: riesgo relativo*. NNT: número necesario a tratar*. IC95%: intervalo de confianza*.

Conclusiones

Las estatinas fueron eficaces en la prevención de muerte y enfermedad cardiovascular en pacientes con bajo riesgo cardiovascular.

Comentario

Los hallazgos de este artículo sugieren beneficio del uso de estatinas en prevenir eventos cardiovasculares en personas de bajo riesgo. Este beneficio, en términos relativos, es similar al observado en prevención secundaria, es decir, en pacientes que ya han tenido eventos cardiovasculares, y se estima en una reducción de riesgo de eventos del 20 a 30%¹. Sin embargo, en términos absolutos, el impacto no es el mismo en estas dos poblaciones, lo cual se refleja en el presente estudio en los elevados valores del número necesario a tratar para evitar un resultado adverso. Con los datos actuales, no es posible discriminar si las estatinas de alta potencia mejoran los resultados en mayor medida que las de baja potencia.

En la prevención primaria de eventos cardiovasculares, parece cada vez más razonable incluir los tratamientos con estatinas

teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular global del paciente más allá de las cifras absolutas de colesterol¹. Esto implica la necesidad de contar con guías locales para estimar con mayor exactitud la proyección de riesgo de un determinado paciente (hoy por hoy en nuestro medio nos valemos de calculadoras que utilizan la cohorte de Framingham), así como de estudios locales que evalúen el impacto sanitario en términos de costo-efectividad.

Conclusiones del comentarador

Deberíamos esperar futuros análisis de costo efectividad para poder analizar la implementación de esta práctica preventiva a nivel poblacional.

*Ver glosario

Nadia S. Musarella [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano Buenos Aires. nadia.musarella@hospitalitaliano.org.ar]

Musarella N. Las estatinas fueron eficaces en la prevención de muerte y enfermedad cardiovascular en pacientes con bajo riesgo cardiovascular. Evid Act Práct Ambul. Jul-Set 2012;15(3):88. **Comentado de: Tonelli Marcello, Lloyd A et al. Efficacy of statins for primary prevention in people at low cardiovascular risk: a meta analysis.** CMAJ. 2011; 183(16):1189-1202. PMID: 21989464.

Referencias

1. Pignone M. Treatment of lipids (including hypercholesterolemia) in primary prevention. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.