

Colesterol i risc coronari

Guies de pràctica clínica

Guia breu

Guies de pràctica clínica i material docent

Autors:

Baena Díez, José Miguel, metge de família. Centre d'Atenció Primària La Marina. Barcelona

Barceló Colomer, Estrella, farmacòloga clínica. Servei d'Atenció Primària Muntanya. Barcelona

Ciurana Misol, Ramon, metge de família. Centre d'Atenció Primària La Mina. Sant Adrià de Besòs

Franzi Sisó, Alícia, farmacèutica. Servei d'Atenció Primària Sabadell-Rubí-Sant Cugat-Terrassa

García Cerdán, M. Rosa, diplomada d'infermeria. Centre d'Atenció Primària Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat

Ríos Rodríguez, M. Ángeles diplomada d'infermeria. Centre d'Atenció Primària Camps Blancs. Sant Boi de Llobregat

Ramos Blanes, Rafael, metge de família. Centre d'Atenció Primària Salt. Salt

Solanas Saura, Pascual, metge de família. Centre d'Atenció Primària Montilivi. Girona

Vilaseca Canals, Jordi, metge de família. Equip d'Atenció Primària Sant Josep Centre d'Atenció Primària Just Oliveras. L'Hospitalet de Llobregat

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent: Baena Díez, JM; Barcelo Colomer, E; Ciurana Misol, R; Franzi Sisó, A; García Cerdán, MR; Ríos Rodríguez, MA; Ramos Blanes, R; Solanas Saura, P; Vilaseca Canals, J. *Colesterol i risc coronari* [En línia] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2009. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 15 [URL disponible en: <http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/colesterol.htm>

Direcció del Projecte guies de pràctica clínica:

Eva Comín Bertrán

Coordinació:

Arantxa Catalán Ramos

Suport:

Rosa Dehesa Camps

M. Carmen Giménez Caraballo

M. Teresa Ciuraneta Murgarella

Unitat de Coordinació i Estratègia del Medicament.

Direcció Adjunta d'Afers Assistencials

Generalitat de Catalunya

© Institut Català de la Salut

Edició: Institut Català de la Salut

Segona edició: maig de 2009

1. Definició i diagnòstic

En **prevenció primària (PP)**, a efecte de registre, la hipercolesterolèmia es defineix com un colesterol total (CT) ≥ 250 mg/dl (6,5 mmol/l). No obstant això, xifres de CT ≥ 200 mg/dl ja poden condicionar intervencions terapèutiques, si coexisteixen amb altres factors de risc cardiovascular (RC). Aquesta Guia recomana el càlcul del risc coronari amb les taules REGICOR (taula 1).

En **prevenció secundària (PS)**, la hipercolesterolèmia es defineix com un colesterol LDL (cLDL) ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l).

El diagnòstic d'hipercolesterolèmia es duu a terme fent la mitjana de dues determinacions obtingudes en un interval d'1-8 setmanes.

2. Cribratge de la hipercolesterolèmia

Població diana*

⇒ En **prevenció secundària**:

- Tots els pacients amb evidència de malaltia cardiovascular arterioscleròtica simptomàtica.

⇒ En **prevenció primària**:

- Homes de 35** anys a 74 anys.
- Dones de 45** anys a 74 anys.

Eina de cribratge

⇒ En **prevenció primària**, cal determinar el CT.

⇒ En **prevenció secundària**, cal determinar el perfil lipídic.

Periodicitat del cribratge

⇒ En **prevenció primària**, si el CT és < 200 mg/dl (5,17 mmol/l), la seva determinació ha de ser cada 5 anys (en cas de diabetis *mellitus*, cal un perfil lipídic anual) **D*****.

⇒ En **prevenció primària**, en els pacients amb el CT > 200 mg/dl, cLDL < 240 mg/dl i l'RC < 10 %, el cribratge s'ha de fer, almenys, cada 5 anys, segons criteri mèdic **D**.

⇒ En **prevenció secundària**, es recomana determinar el cLDL de forma anual **B**.

* Població atesa.

** Abans d'aquesta edat es recomana disposar, almenys, d'una determinació del CT.

*** Els nivells d'evidència i els graus de recomanació es poden consultar a la guia extensa.

Taules REGICOR. Taula 1 Càlcul del risc coronari en homes

		HOMES											
		NO FUMADORS					FUMADORS						
		mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					< 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mmol/l < 160 180 220 260 ≥ 280 mg/dl						
Pressió arterial sistòlica/diastòlica (mm Hg)													
		≥160/100	5	8	10	13	15	7	13	15	20	23	≥160/100
		140-159/90-99	4	7	9	12	14	7	12	14	19	21	140-159/90-99
		130-139/85-89	3	6	7	9	11	5	10	11	15	17	130-139/85-89
		120-129/80-84	2	5	5	7	8	4	7	9	12	14	120-129/80-84
<120/80	3	5	5	7	8	4	7	9	12	13	<120/80		
		Edat 65-74											
≥160/100		3	5	6	8	10	5	8	10	13	15	≥160/100	
140-159/90-99		3	5	6	8	9	4	8	9	12	14	140-159/90-99	
130-139/85-89		2	4	5	6	7	4	6	7	10	11	130-139/85-89	
120-129/80-84		2	3	4	5	5	3	5	6	8	9	120-129/80-84	
<120/80		2	3	4	5	5	3	5	6	8	9	<120/80	
		Edat 55-64											
≥160/100		2	3	4	5	6	3	5	6	9	10	≥160/100	
140-159/90-99		2	3	4	5	6	3	5	6	8	9	140-159/90-99	
130-139/85-89		2	3	3	4	5	2	4	5	6	7	130-139/85-89	
120-129/80-84		1	2	2	3	4	2	3	4	5	6	120-129/80-84	
<120/80		1	2	2	3	4	2	3	4	5	6	<120/80	
		Edat 45-54											
≥160/100		1	2	3	4	4	2	4	4	6	6	≥160/100	
140-159/90-99		1	2	3	3	4	2	3	4	5	6	140-159/90-99	
130-139/85-89		1	2	2	3	3	2	3	3	4	5	130-139/85-89	
120-129/80-84		1	2	2	2	2	1	2	3	3	4	120-129/80-84	
<120/80		1	2	2	2	2	1	2	3	3	4	<120/80	
		Edat 35-44											
		mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					< 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mmol/l < 160 180 220 260 ≥ 280 mg/dl						

RISC EN 10 ANYS	
Molt alt	>39 %
Alt	20-39 %
Moderat	10-19 %
Lleuger	5-9 %
Baix	<5 %

COLESTEROL

Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5

Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5

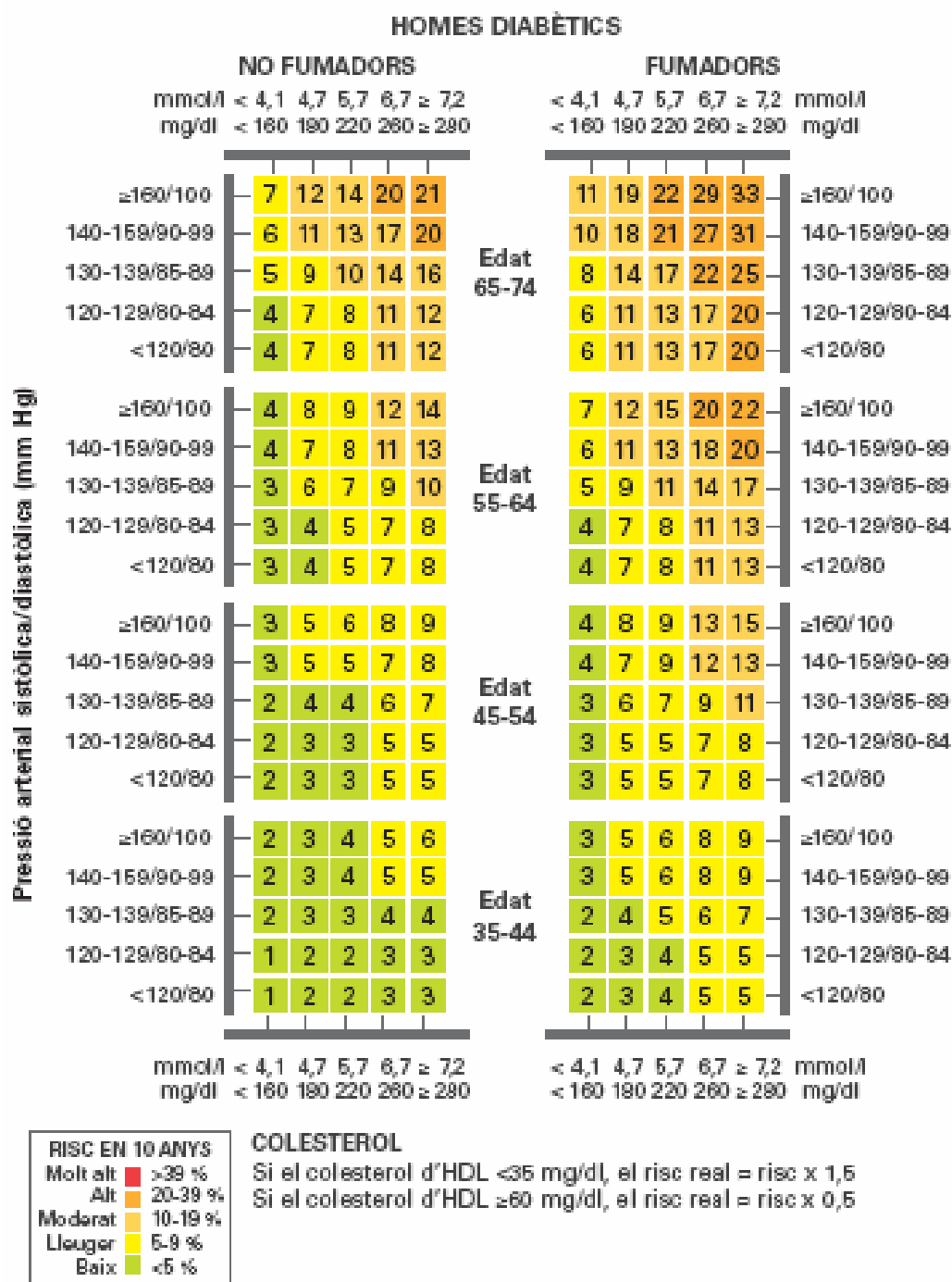
Taules REGICOR. Taula 2 Càlcul del risc coronari en dones

		DONES										
		NO FUMADORES					FUMADORES					
		mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					< 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mmol/l < 160 180 220 260 ≥ 280 mg/dl					
Pressió arterial sistòlica/diastòlica (mm Hg)	≥160/100	5	6	8	8	10	6	8	10	10	12	≥160/100
	140-159/90-99	4	5	6	6	8	5	7	8	8	11	140-159/90-99
	130-139/85-89	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	130-139/85-89
	120-129/80-84	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	120-129/80-84
	<120/80	2	3	3	3	4	3	3	4	4	5	<120/80
			Edat 65-74									
	≥160/100	5	6	8	8	10	6	8	10	10	13	≥160/100
	140-159/90-99	4	5	6	6	8	5	7	8	8	11	140-159/90-99
	130-139/85-89	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	130-139/85-89
	120-129/80-84	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	120-129/80-84
	<120/80	2	3	3	3	4	3	3	4	4	5	<120/80
			Edat 55-64									
	≥160/100	3	4	5	5	7	4	5	6	7	9	≥160/100
	140-159/90-99	3	3	4	4	5	4	4	5	5	7	140-159/90-99
	130-139/85-89	2	3	3	3	4	3	4	4	4	6	130-139/85-89
	120-129/80-84	2	3	3	3	4	3	4	4	4	6	120-129/80-84
	<120/80	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	<120/80
			Edat 45-54									
	≥160/100	2	1	2	2	3	2	2	2	3	3	≥160/100
	140-159/90-99	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	140-159/90-99
130-139/85-89	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	130-139/85-89	
120-129/80-84	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	120-129/80-84	
<120/80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	<120/80	
		Edat 35-44										
		mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					< 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2 mmol/l < 160 180 220 260 ≥ 280 mg/dl					

RISC EN 10 ANYS	
Molt alt	>39 %
Alt	20-39 %
Moderat	10-19 %
Lleuger	5-9 %
Baix	<5 %

COLESTEROL	
Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl,	el risc real = risc x 1,5
Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl,	el risc real = risc x 0,5

Taules REGICOR. Taula 3 Càlcul del risc coronari en homes diabètics



Taules REGICOR. Taula 4 Càlcul del risc coronari en dones diabètiques

DONES DIABÈTIQUES

Pressió arterial sistòlica/diastòlica (mm Hg)	NO FUMADORES					FUMADORES						
	mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2					mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2						
	mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280						
Edat 65-74	≥160/100	8	11	13	13	17	11	14	17	17	22	≥160/100
	140-159/90-99	7	9	11	11	14	9	12	14	14	19	140-159/90-99
	130-139/85-89	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15	130-139/85-89
	120-129/80-84	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15	120-129/80-84
	<120/80	3	4	5	5	7	4	6	7	7	9	<120/80
Edat 55-64	≥160/100	8	11	13	13	17	11	14	17	17	22	≥160/100
	140-159/90-99	7	9	11	11	14	9	12	14	14	19	140-159/90-99
	130-139/85-89	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15	130-139/85-89
	120-129/80-84	6	7	8	9	11	7	9	11	11	15	120-129/80-84
	<120/80	3	4	5	5	7	4	6	7	7	9	<120/80
Edat 45-54	≥160/100	5	7	8	9	11	7	9	11	11	15	≥160/100
	140-159/90-99	5	6	7	7	9	6	7	9	10	12	140-159/90-99
	130-139/85-89	4	5	5	6	7	5	6	7	7	10	130-139/85-89
	120-129/80-84	4	5	5	6	7	5	6	7	7	10	120-129/80-84
	<120/80	2	3	3	4	5	3	4	4	5	6	<120/80
Edat 35-44	≥160/100	2	3	3	4	5	3	4	4	5	6	≥160/100
	140-159/90-99	2	2	3	3	4	2	3	4	4	5	140-159/90-99
	130-139/85-89	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	130-139/85-89
	120-129/80-84	2	2	2	2	3	2	2	3	3	4	120-129/80-84
	<120/80	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	<120/80
		mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2					mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2					
		mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280					

RISC EN 10 ANYS	
Molt alt	>39 %
Alt	20-39 %
Moderat	10-19 %
Lleuger	5-9 %
Baix	<5 %

COLESTEROL
 Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5
 Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5

NOTA: Les taules infravaloren el risc de pacients amb antecedents familiars de cardiopatia isquèmica precoç, diabètics tipus I, diabètics amb nefropatia i de persones amb cLDL ≥ 240 mg/dl o dislipèmies genètiques aterogèniques. Queden exclosos del càlcul del risc coronari els pacients amb hipercolesterolèmia familiar, hiperlipèmia familiar combinada i disbetalipoproteïnèmia.

3. Tractament

Es fonamenta en l'adopció d'uns models d'estil de vida saludable (**taula 5**) i en l'ús de fàrmacs, si estan indicats (**taula 6**).

En **prevenció primària**, la mesura del risc coronari (RC) permet decidir l'inici del tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia (**figura 1**).

En **prevenció secundària**, es recomana tractament farmacològic amb estatines si el cLDL és ≥ 100 mg/dl (**figura 2**). Aquest tipus de prevenció ha de ser considerat una prioritat absoluta. El tractament hipolipemiant s'ha d'acompanyar d'altres mesures terapèutiques (**taula 7**).

A la **taula 8**, es mostren les reduccions mitjanes previsibles de colesterol LDL amb diverses dosis d'estatines.

Taula 5. Recomanacions per a un estil de vida saludable

1. Eviteu de fumar **A**.
2. Seguiu una dieta de tipus mediterrani **B**. Feu una dieta hipocalòrica en casos de sobrepès o obesitat **D**.
4. Reduïu el consum de greixos saturats i colesterol, i incrementeu el de greixos monoinsaturats **A**.
5. Consumiu peix, almenys, 3 dies a la setmana, especialment peix blau pel seu contingut d'àcids grassos poliinsaturats omega-3 **B**.
6. Consumiu diàriament aliments amb un contingut alt de fibra (25 g - 30 g/dia), **B**.
7. Consumiu entre una i cinc racions de fruita seca per setmana (una ració són 25 g, pes net, sense closca) en substitució de greixos saturats **A**.
8. Limiteu la quantitat d'ous a un màxim de 3 a la setmana **D**.
9. Feu exercici físic aeròbic d'una intensitat moderada (podeu caminar, fer natació, pujar escales, ballar...) **B**.
10. L'alcohol, el podeu consumir amb moderació durant els àpats (< 30 g/dia, els homes i < 20 g/dia, les dones), si no està contraindicat **B**.

Taula 6. Tractament hipolipemiant. Fàrmacs recomanats

Indicació	Tractament d'elecció*
<ul style="list-style-type: none"> ■ PS i cLDL \geq 100 mg/dl ■ PP, cLDL \geq 130 mg/dl i RC (REGICOR) \geq 10 % en 10 anys ■ cLDL > 240 mg/dl 	<p>Simvastatina 10 mg - 40 mg/24 h</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Pravastatina 20 mg - 40 mg/24 h</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Lovastatina 20 mg - 40 mg/24 h</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fracàs terapèutic amb simvastatina 40 mg** 	Atorvastatina 40 mg - 80 mg/24 h
<ul style="list-style-type: none"> ■ HTG amb risc de pancreatitis (TG > 1.000 mg/dl) ■ TG > 500 mg/dl després de tractament higienicodietètic, durant 3-6 mesos ■ PP, RC (REGICOR) \geq 10 % en 10 anys i dislipèmia mixta amb HTG predominant ■ Disbetalipoproteïnèmia o HFC 	Gemfibrozil 600 mg/12 h

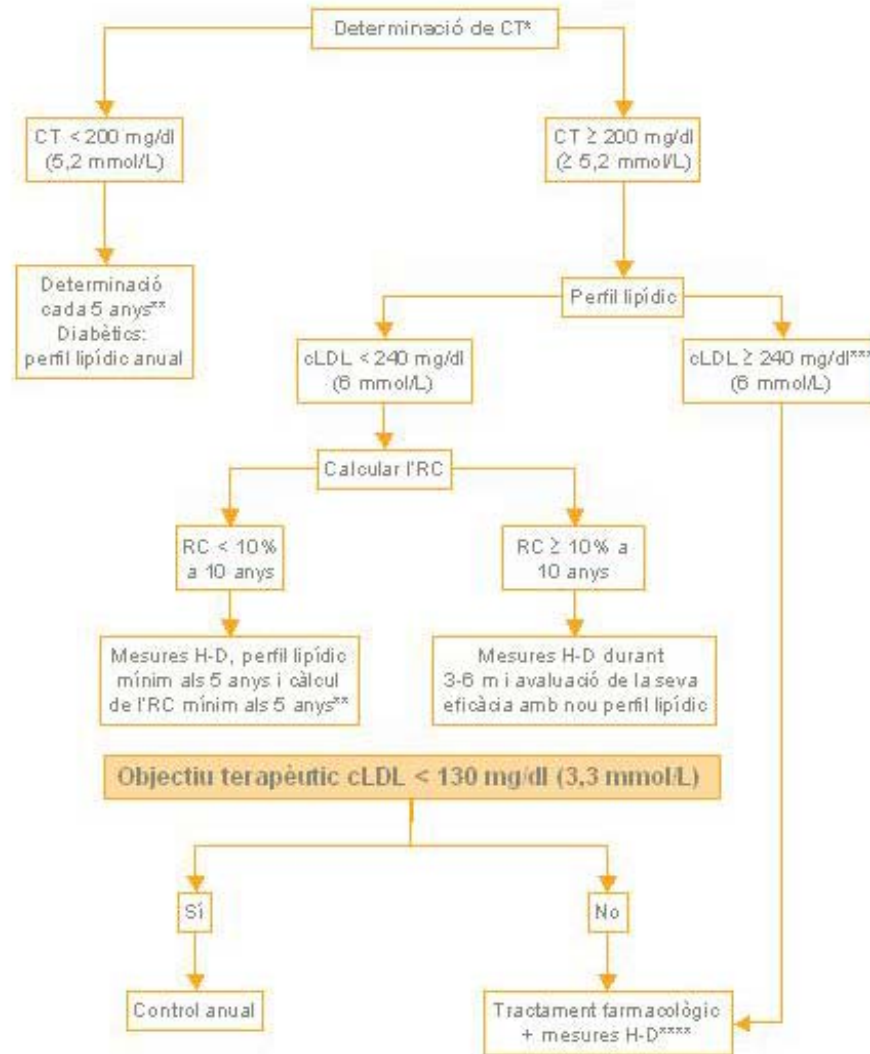
Aclariments:

*Per a la simvastatina i la pravastatina es disposa de més proves d'eficàcia clínica sobre morbimortalitat coronària. La simvastatina 40 mg/24 h té una major eficàcia hipolipemiant que la lovastatina o la pravastatina (40 mg/24 h). Si la reducció obtinguda és inferior a la reducció mitjana esperada, cal considerar la falta de compliment terapèutic. Per als graus de recomanació, vegeu la guia extensa.

**Per aconseguir l'objectiu terapèutic, en prevenció secundària, en el cas de pacients que no l'aconsegueixin amb la simvastatina 40 mg/24 h, es pot fer servir l'atorvastatina 40-80 mg/24 h. Aquesta recomanació està basada en la major capacitat de l'atorvastatina en la reducció del colesterol LDL i de la morbiditat coronària, però no s'ha demostrat millora en la mortalitat coronària o total, respecte de la simvastatina.

PS: prevenció secundària; PP: prevenció primària; cLDL: colesterol LDL; HTG: hipertriglicèridèmia; RC: risc coronari; HFC: hiperlipèmia familiar combinada.

Figura 1. Abordatge de la hipercolesterolèmia en prevenció primària



Mesures H-D: mesures higienicodietètiques.

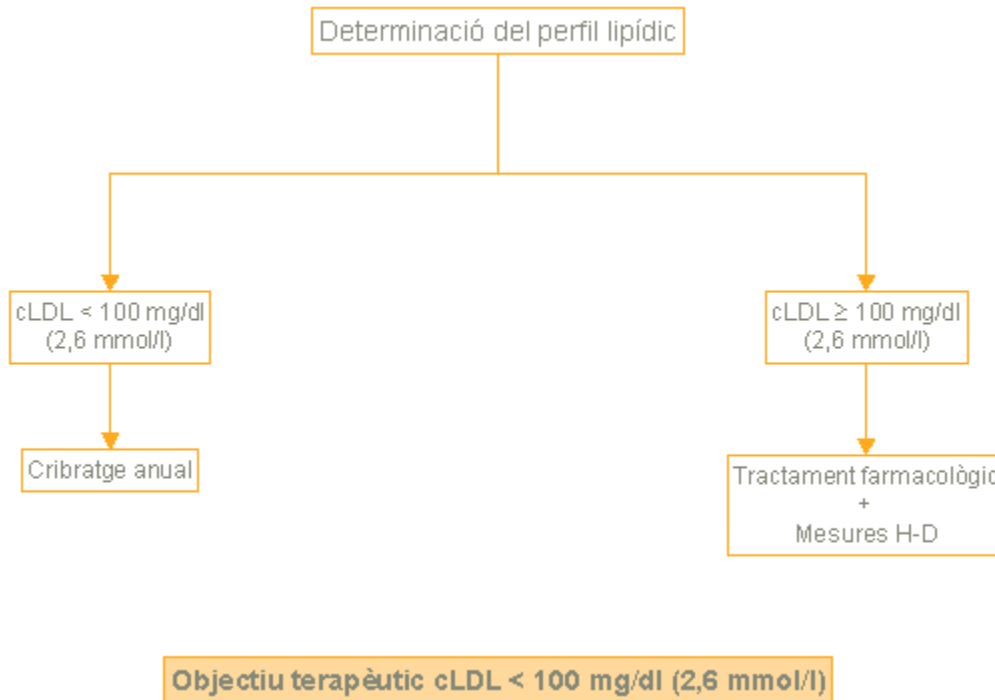
* En els pacients fumadors, el consell i tractament per deixar de fumar és prioritari al cribatge, diagnòstic i tractament de la hipercolesterolèmia.

** Cal individualitzar, segons la proximitat al llindar del risc elevat, la coexistència d'altres FRCV o canvis en l'estil de vida.

***En cLDL inicial ≥ 240 mg/dl (6 mmol/l), cal descartar una hipercolesterolèmia secundària.

****Diabètics: en cas de diabetis amb nefropatia, es recomana tractament farmacològic si el cLDL és ≥ 100 mg/dl (2,6 mmol/l), independentment del risc coronari. En aquests casos, l'objectiu terapèutic és un cLDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/l).

Figura 2. Abordatge de la hipercolesterolèmia en prevenció secundària *



* Cardiopatia isquèmica, arteriopatia isquèmica d'extremitats inferiors i malaltia cerebrovascular isquèmica.

Mesures H-D: mesures higièniques i dietètiques

Taula 4. Recomanacions de prevenció secundària*

Condicció (<i>Objectius en cursiva</i>)	Intervencions recomanades i grau de recomanació
Tabac <i>Objectiu: que el pacient deixi de fumar.</i>	Interrogatori i consell; cal valorar l'ús de substituïts de la nicotina A .
Antiagregants plaquetaris	S'ha d'utilitzar àcid acetilsalicílic (100 mg/dia); en cas de contraindicació, clopidogrel (75 mg/dia) A .
Blocadors β-adrenèrgics	Cal iniciar el tractament i continuar-lo indefinidament en pacients amb antecedents d'infart de miocardi, angina o disfunció ventricular esquerra, amb símptomes d'insuficiència cardíaca o sense, sempre que no estigui contraindicat A .
Pressió arterial <i>Objectiu: <140/90 mm/Hg o <130/80mm/Hg (si hi ha diabetis mellitus [DM] o insuficiència renal crònica).</i>	Mesures higienicodietètiques i/o ús de fàrmacs antihipertensius (d'elecció, blocadors β -adrenèrgics i inhibidors de l'enzim conversiu de l'angiotensina [IECA]) A
Tractament hipolipemiant <i>Objectiu: cLDL < 100 mg/dl (2,6mmol/l).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Canvis en l'estil de vida (evitar de fumar, fer exercici, alimentar-se adequadament, controlar-se el pes) B. • Inici del tractament farmacològic, si cLDL és \geq 100 mg/dl A. Vegeu la taula 3.
Tractament de la diabetis <i>Objectiu: HbA_{1c} < 7 %.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Canvis d'estil de vida i tractament farmacològic de la DM A.
Activitat física <i>Objectiu: 30 minuts, 7 dies per setmana (mínim, 5 dies per setmana).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cal valorar el risc individual de l'activitat física per la història clínica i/o fent una prova d'esforç abans de prescriure-la B. • S'ha de recomanar, a tots els pacients, de 30 minuts a 60 minuts d'activitat aeròbica d'intensitat moderada com, per exemple, caminar una mica ràpid, el major nombre possible de dies de la setmana (preferiblement, tots). També, que incloguin l'activitat física en les activitats quotidianes (cuidar un jardí, pujar algunes escales...) B. • Cal facilitar programes d'exercici supervisat als pacients amb un risc elevat (síndrome coronària aguda o revascularització recents, insuficiència cardíaca) B.

Condicció (<i>Objectius en cursiva</i>)	Intervencions recomanades i grau de recomanació
Control del pes <i>Objectiu: el pacient ha de mantenir un IMC (**) entre 18,5 i 24,9 kg/m² i un perímetre abdominal < 102 cm, els homes i < 88 cm, les dones.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cal que iniciïn canvis d'estil de vida i dieta hipocalòrica, si l'IMC és > 24,9 o el perímetre abdominal és ≥ 102 cm, en el cas dels homes i ≥ 88 cm, en el de les dones [B]. • El primer objectiu de la pèrdua de pes ha de ser disminuir el 10 % del pes inicial del pacient, en un període aproximat de 6 mesos [B]. Si s'aconsegueix, es poden plantejar objectius addicionals.
IECA	<ul style="list-style-type: none"> • Cal iniciar i continuar, de forma indefinida, el tractament amb IECA en cas d'antecedent d'infart de miocardi, independentment de la funció ventricular, si no existeix contraindicació. Es recomana ramipril 5 mg/12 h o enalapril (10 mg/12 h), (***) [A]. • Cal utilitzar un antagonista dels receptors de l'angiotensina II (ARA-II), losartan 50 mg/24h, si els IECA estan contraindicats [C].
Vacunes (grip, pneumococ)	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunació anual de la grip [B]. • Vacunació antipneumocòccica (en una ocasió) [B].

* Pacients amb malaltia coronària establerta i/o altres malalties vasculars arterioescleròtiques, incloent-hi la malaltia arterial perifèrica, l'accident vascular cerebral isquèmic i la malaltia arterioescleròtica de l'aorta i de la caròtida (modificada d'AHA/ACC 2006)

** Índex de massa corporal.

*** Per millorar el compliment, es pot administrar la dosi total en una sola dosi diària.

Bibliografia: Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC et al. AHA/ACC Guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update. Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. Circulation 2006; 113: 2.363-2.372

Taula 5. Reduccions mitjanes previsible de colesterol LDL amb diverses dosis d'estatines ¹

Reduccions mitjanes de colesterol LDL per assolir objectius terapèutics (s'han ombrejat els objectius presumiblement assolibles amb monoteràpia)					
cLDL	OBJECTIU: 130 mg/dl		OBJECTIU: 100 mg/dl		
300 mg/dl	↓ 56 %		↓ 66 %		
290 mg/dl	↓ 55 %		↓ 65 %		
280 mg/dl	↓ 53 %		↓ 64 %		
270 mg/dl	↓ 51 %		↓ 62 %		
260 mg/dl	↓ 50 %		↓ 61 %		
250 mg/dl	↓ 48 %		↓ 60 %		
240 mg/dl	↓ 45 %		↓ 58 %		
230 mg/dl	↓ 43 %		↓ 56 %		
220 mg/dl	↓ 40 %		↓ 54 %		
210 mg/dl	↓ 38 %		↓ 52 %		
200 mg/dl	↓ 35 %		↓ 50 %		
190 mg/dl	↓ 31 %		↓ 47 %		
180 mg/dl	↓ 27 %		↓ 44 %		
170 mg/dl	↓ 23 %		↓ 41 %		
160 mg/dl	↓ 18 %		↓ 37 %		
150 mg/dl	↓ 13 %		↓ 33 %		
140 mg/dl	↓ 7 %		↓ 28 %		
130 mg/dl	-		↓ 23 %		
120 mg/dl	-		↓ 16 %		
Descensos previsible del colesterol LDL amb diverses dosis d'estatines					
ESTATINA	27 %	34 %	41 %	48 %	55 %
Pravastatina	20 mg	40 mg			
Lovastatina	20 mg	40 mg			
Simvastatina	10 mg	20 mg	40 mg		
Atorvastatina				40 mg	80 mg

¹ Adaptat de: Recomendaciones SemfYC sobre dislipemias, 2a ed., 2004 i d'Stein EA. New statins and new doses of older statins. Curr Atheroscler Rep 2001; 3: 14-18.

L'objectiu terapèutic de la hipercolesterolèmia en prevenció primària i secundària es mostra a la taula 6

Taula 6. Tractament de la hipercolesterolèmia. Objectiu terapèutic*

	Control del cLDL mg/dl (mmol/l)	
	Bon control	Mal control
Prevençió primària: risc coronari > 10 %	< 130 (3,4) D	≥ 130 (3,4) D
Prevençió secundària (i diabètics amb nefropatia)	< 100 (2,6) B	≥ 100 (2,6) B

Colesterol i risc coronari

*Si hipertrigliceridèmia, especialment si TG ≥ 400 mg/dl, utilitzar el colesterol-no HDL (colesterol no-HDL= CT – cHDL). Els valors de control són, en prevenció primària, ≤ 160 mg/dl i, en prevenció secundària, ≤ 130 mg/dl.