SALUD CARDIOVASCULAR

Estatinas y nuevas terapias: lo que la ciencia sabe hoy sobre el colesterol y el corazón

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en el mundo y en Colombia. Repasamos la evidencia detrás de las estatinas, los mitos más comunes y los nuevos medicamentos que amplían las opciones para reducir el riesgo cardiovascular.

NL **Nestor Lara** · Gerente de Health Cars · Magíster en Gestión de Servicios de Salud
1 de noviembre de 2026 · Lectura de 6 min

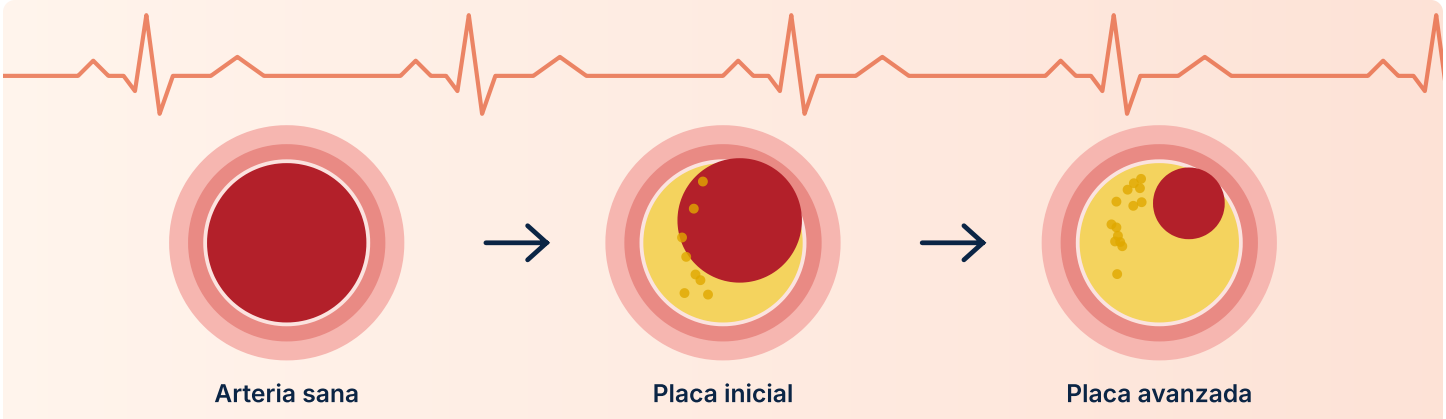


Ilustración: acumulación progresiva de colesterol LDL (amarillo) en la pared arterial

Un problema de primer orden

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 murieron 19,8 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, cerca del 32 % de todas las muertes del mundo; el 85 % se debieron a infartos y accidentes cerebrovasculares. En Colombia, las enfermedades isquémicas del corazón se mantienen como la primera causa de defunción, con una tasa de 92,7 muertes por cada 100.000 habitantes en las cifras preliminares de 2025 del DANE.

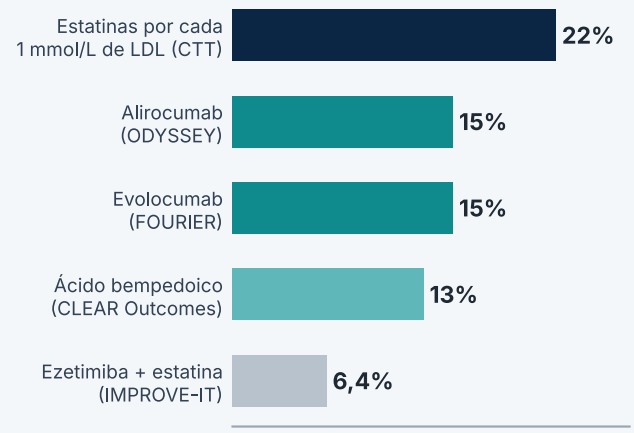
Detrás de buena parte de estos eventos está la aterosclerosis: la acumulación progresiva de colesterol en la pared de las arterias. Un consenso de la Sociedad Europea de Aterosclerosis, que analizó estudios genéticos, epidemiológicos y ensayos clínicos, concluyó que el colesterol LDL no es solo un marcador, sino una causa de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (Ference et al., *European Heart Journal*, 2017).

Estatinas: cuatro décadas de evidencia

Las estatinas nacieron del trabajo del bioquímico japonés Akira Endo, quien en la década de 1970 identificó en un hongo un compuesto capaz de bloquear la enzima que el hígado usa para fabricar colesterol. Desde la aprobación de la primera estatina comercial en 1987, se han estudiado en cientos de miles de personas.

El análisis más sólido proviene de la colaboración Cholesterol Treatment Trialists (CTT), que reúne datos individuales de grandes ensayos aleatorizados. Su metaanálisis en *The Lancet* (2010) encontró que por cada 1 mmol/L (unos 39 mg/dL) de reducción del colesterol LDL, el riesgo de eventos vasculares mayores disminuía alrededor de 22 % y la mortalidad por todas las causas, cerca de 10 %.

Reducción relativa de eventos cardiovasculares mayores

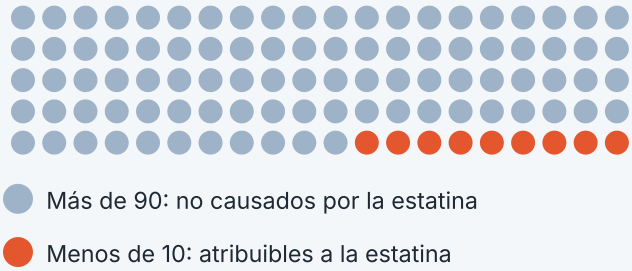


Reducción relativa de eventos cardiovasculares mayores en ensayos clave. Poblaciones, comparadores y definiciones difieren entre estudios; no son comparaciones directas. Fuentes: Lancet 2010; NEJM 2015, 2017, 2018 y 2023.

Mitos, efectos adversos y efecto nocebo

El dolor muscular es la queja más asociada a las estatinas y una de las razones más frecuentes de abandono. En 2022, la colaboración CTT analizó 19 ensayos doble ciego con 123.940 participantes: las estatinas produjeron un aumento relativo de 7 % en los reportes de dolor o debilidad muscular durante el primer año (unos 11 casos adicionales por cada 1.000 personas-año), sin exceso significativo después. Más del 90 % de los síntomas musculares reportados por quienes recibían estatina no se debían al medicamento.

¿De dónde vienen los síntomas musculares?



Más de 90: no causados por la estatina

Menos de 10: atribuibles a la estatina

Cada punto = 1 de cada 100 reportes. Fuente: CTT, Lancet 2022

El ensayo SAMSON (Wood et al., NEJM, 2020) lo ilustró de forma llamativa: personas que habían suspendido las estatinas por efectos adversos recibieron, en meses alternos y sin saberlo, estatina, placebo o ningún comprimido. El 90 % de la carga de síntomas experimentada con la estatina también apareció con el placebo. Esto no significa que los efectos adversos no existan; existen y deben ser valorados por el médico, pero las expectativas influyen en lo que sentimos.

> "El colesterol LDL no es solo un marcador: es una causa de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica."
>
> Consenso de la Sociedad Europea de Aterosclerosis, 2017

Más allá de las estatinas

Para personas que no alcanzan sus metas o no toleran las estatinas, la investigación ha sumado alternativas con respaldo en ensayos de desenlaces clínicos:

- **Ezetimiba:** reduce la absorción intestinal de colesterol. En IMPROVE-IT (NEJM, 2015), añadida a simvastatina, redujo 6,4 % adicional los eventos cardiovasculares.
- **Inhibidores de PCSK9** (evolocumab, alirocumab): anticuerpos inyectables que reducen el LDL alrededor de 60 %. FOURIER (2017) y ODYSSEY OUTCOMES (2018) mostraron 15 % menos eventos cardiovasculares.
- **Ácido bempedoico:** actúa en la misma vía de las estatinas, pero se activa en el hígado y no en el músculo. En CLEAR Outcomes (NEJM, 2023), con 13.970 pacientes con intolerancia a estatinas, redujo 13 % los eventos cardiovasculares mayores.
- **Inclisirán:** un ARN de interferencia que "silencia" la producción de PCSK9; tras las dosis iniciales se aplica dos veces al año y reduce el LDL cerca de 50 % (ORION-10 y 11, NEJM, 2020). Sus estudios de desenlaces cardiovasculares están en curso.

Las nuevas fronteras

Dos líneas concentran hoy gran atención. La lipoproteína(a), una partícula determinada sobre todo por la genética y elevada en aproximadamente una de cada cinco personas, es objeto de ensayos de fase 3 con nuevas moléculas. Y la inflamación: la colchicina en dosis bajas mostró beneficio en enfermedad coronaria crónica (LoDoCo2, NEJM, 2020), aunque un ensayo posterior tras infarto agudo no lo confirmó (CLEAR SYNERGY, NEJM, 2025), lo que recuerda que cada hallazgo debe leerse en su contexto.

Una mirada desde la gestión en salud

La brecha principal no siempre es la falta de medicamentos, sino su uso sostenido. Un metaanálisis en el *European Heart Journal* estimó que cerca del 9 % de los eventos cardiovasculares en Europa podría atribuirse a la baja adherencia a los medicamentos vasculares (Chowdhury et al., 2013). Programas de seguimiento, educación al paciente y coordinación entre niveles de atención son, en la práctica, tan importantes como la molécula elegida.

NL **Sobre el autor.** Nestor Lara es gerente de Health Cars y magíster en Gestión de Servicios de Salud. Escribe sobre innovación, evidencia científica y gestión en salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cardiovascular diseases (CVDs): nota descriptiva. 2025.
2. DANE. Estadísticas vitales: defunciones no fetales, 2025 preliminar. Bogotá; marzo de 2026.
3. Ference BA, et al. LDL causes atherosclerotic cardiovascular disease: EAS consensus statement. *Eur Heart J*. 2017;38:2459-2472.
4. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol. *Lancet*. 2010;376:1670-1681.
5. CTT Collaboration. Effect of statin therapy on muscle symptoms: individual participant data meta-analysis. *Lancet*. 2022;400:832-845.
6. Wood FA, et al. N-of-1 trial of a statin, placebo, or no treatment to assess side effects (SAMSON). *N Engl J Med*. 2020;383:2182-2184.
7. Cannon CP, et al. (IMPROVE-IT) *N Engl J Med*. 2015;372:2387-2397. · Sabatine MS, et al. (FOURIER) *N Engl J Med*. 2017;376:1713-1722. · Schwartz GG, et al. (ODYSSEY OUTCOMES) *N Engl J Med*. 2018;379:2097-2107.
8. Nissen SE, et al. Bempedoic acid and cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients (CLEAR Outcomes). *N Engl J Med*. 2023;388:1353-1364.
9. Ray KK, et al. Two phase 3 trials of inclisiran (ORION-10, ORION-11). *N Engl J Med*. 2020;382:1507-1519.
10. Nidorf SM, et al. (LoDoCo2) *N Engl J Med*. 2020;383:1838-1847. · Jolly SS, et al. (CLEAR SYNERGY) *N Engl J Med*. 2025;392:633-642.
11. Chowdhury R, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2013;34:2940-2948.

Aviso: este artículo tiene fines exclusivamente informativos y educativos. No constituye una recomendación médica ni reemplaza la valoración, el diagnóstico o el tratamiento indicado por un profesional de la salud.