

He decidido colgar este artículo en mi web con la intención de que aquellas personas que buscan información veraz y comprensible, la puedan encontrar sin que sea imprescindible ser médico para poder entenderlo. Sin embargo, podría servir para cualquier médico que necesite realizar una consulta rápida. Hoy quiero escribir sobre el COLESTEROL.

EL COLESTEROL

Todas las personas hablan del **colesterol** como algo malo que produce nuestro organismo; sin embargo, la mayoría de esas personas desconocen que el colesterol es “imprescindible” para que nuestro organismo trabaje normalmente y pueda realizar funciones importantes, tales como:

- Formar vitamina D, esencial para que el calcio pueda ser utilizado para la formación ósea.
- Formar hormonas sexuales masculinas (testosterona) y femeninas (progesterona y estrógenos).
- Formar hormonas de la corteza suprarrenal: cortisol y aldosterona.
- Formar las sales biliares, las cuales se necesitan para absorber algunos nutrientes. Además, las sales biliares son la vía principal para eliminar el colesterol corporal.

La tasa de colesterol en sangre.

Para poder realizar todas esas funciones, es necesario mantener el colesterol dentro de las cifras que se consideran normales, **entre 200 mg y 240 mg**. Cuando el colesterol sobrepasa los 240 mg, se considera que está elevado y hay que tomar medidas para reducirlo, modificando los hábitos de vida y siempre teniendo en cuenta el riesgo del paciente. Por otra parte, los médicos tenemos que tener en cuenta que la tasa de colesterol en sangre puede incrementarse si el paciente sufre otras enfermedades como hipotiroidismo o diabetes, o toma betabloqueantes, medicamentos antiarrítmicos que incrementan la tasa de colesterol.

El colesterol como factor de riesgo.

Lo primero que hay que saber es que el colesterol es únicamente “uno” de los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica. Junto al colesterol, existen otros factores de riesgo que no suelen aconsejarse al paciente, pero que están ahí. Esos factores de riesgo son:

- El estrés laboral.
- La obesidad.
- El sedentarismo (falta de ejercicio).
- El tabaquismo.
- Los antecedentes familiares.

Por lo tanto, modificando esos factores de riesgo, modificando nuestros hábitos de vida, también podremos prevenir la cardiopatía isquémica manteniendo unas tasas normales de colesterol.

Las estatinas para el “tratamiento” del colesterol.

La aparición de las estatinas en el mercado farmacéutico creó una gran expectativa para el tratamiento de la **dislipemia** en los pacientes anticoagulados, puesto que los fármacos disponibles en el siglo pasado (fibratos y similares) potenciaban el efecto anticoagulante de los derivados cumarínicos de forma alarmante. Pronto se vio, como ocurre habitualmente con otros fármacos, que no todas las estatinas interaccionaban con los derivados cumarínicos con la misma intensidad, hecho que puede no aparecer explícito en el prospecto que acompaña al producto.

Por otra parte, el médico ha de conocer que la asociación de algunas estatinas con determinados fibratos es causa de complicaciones graves que ponen en serio peligro a los pacientes (insuficiencia hepática aguda, afectación muscular), pacientes que sufren además otras enfermedades concomitantes y están siendo tratados con otros fármacos. Si bien la insuficiencia hepática se presenta de forma aguda y es muy grave, la afectación muscular (miopatía) es progresiva y dependiente de la dosis diaria, del tiempo de tratamiento y de la predisposición del paciente: en este caso, los controles analíticos son anodinos debido a que no se solicita la determinación del enzima CPK (creatínfosfoquinasa), según los “expertos” porque, aunque es específico de daño muscular, el corazón también es un músculo y no se tendría la seguridad de si el daño es producido en músculo esquelético o en músculo cardíaco; sin embargo, ante una sospecha, se puede fraccionar la CPK total para identificar la CPK de origen muscular, requisito que corresponde al médico. ¿Se puede sospechar la miopatía? Sí, porque el enfermo se queja de dolor de piernas, camina de una forma característica, no puede subir las escaleras ni siquiera las aceras y no recuerda para nada a una afectación neurológica.

Si los médicos analizáramos lo que recetamos a nuestros pacientes nos daríamos cuenta que la mayoría de ellos toman fármacos para disminuir la tasa de colesterol de forma crónica, sin recordar que el colesterol es imprescindible en nuestro organismo a fin de realizar las funciones que hemos explicitado al principio de este artículo. El tratamiento con estatinas sólo debería ser recetado cuando las cifras de colesterol sobrepasen los 240 mg, utilizando dosis medias y con control por parte del médico, debido a sus efectos secundarios indeseables. Por supuesto, en el caso de los pacientes anticoagulados, eligiendo la estatina que no presente interacciones, ni farmacocinéticas ni farmacodinámicas, como la pravastatina.

Atorvastatina, Pravastatina, Sinvastatina, Rosuvastatina, etc, y todos los terminados en statina son fármacos que modifican la tasa de colesterol. Todos ellos actúan inhibiendo la reductasa HMG-CoA (3-hidroxi-3-metil-glutaril-CoA) y todos ellos producen los mismos efectos secundarios si no están bien indicados, se utilizan a dosis altas y se toman durante demasiado tiempo. Para el paciente anticoagulado, el más indicado es pravastatina, pues no muestra interacciones con los derivados cumarínicos.

¿Qué pasa con atozet? Este fármaco es una combinación de atorvastatina y ezetimiba y, aparte de potenciar un posible beneficio, potencian mutuamente sus efectos secundarios **graves**.