EDITORIAL

Estatinas en adultos mayores — Evidencia por fin

Autor: Martin Bødtker Mortensen, M.D., Ph.D. Información y afiliaciones sobre autores
Publicado el 30 de septiembre de 2026
N Engl J Med 2026; 395:1327-1328
DOI: 10.1056/NEJMe2611127
VOL. 395 Nº 13
Copyright © 2026

Durante décadas, una de las cuestiones más importantes sin resolver en la medicina cardiovascular preventiva ha sido si debería iniciarse la terapia con estatinas para la prevención primaria en adultos mayores sanos. Aunque la edad es uno de los principales determinantes del riesgo absoluto, *los beneficios de la terapia con estatinas más allá de los 70 a 75 años han permanecido inciertos porque la evidencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados ha sido escasa*. Esta incertidumbre se refleja en las guías, en las que las recomendaciones para la prevención primaria se debilitan para adultos mayores.[1-3] La brecha de evidencia se ha vuelto cada vez más importante a medida que las poblaciones envejecen y las enfermedades cardiovasculares ocurren con mayor frecuencia en este grupo de edad. Cabe destacar que la incertidumbre no se debe a que el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) sea menos relevante como factor de riesgo con la edad. Los estudios observacionales muestran que el nivel de colesterol LDL sigue estando fuertemente asociado tanto con la carga de placa como con el riesgo cardiovascular a partir de los 70 años. Sin embargo, *lo que sigue sin estar claro es si reducir el nivel de colesterol LDL en adultos mayores se traduce en beneficio clínico*.

En este número de la *revista*, Zoungas et al. 6 informan de los resultados del tan esperado ensayo STAREE (Estatinas en Eventos Reductores en la Edad Mayor), que cubre esta carencia de evidencia. En este ensayo, 9971 adultos de 70 años o más sin enfermedad cardiovascular, diabetes o demencia fueron asignados aleatoriamente para recibir atorvastatina en una dosis de 40 mg diarias o placebo. El punto final cardiovascular principal fue un compuesto de muerte por causas cardiovasculares, infarto o ictus de miocardio no fatal, o revascularización coronaria, lo que ocurriera primero. *Tras un seguimiento mediano de 5,9 años, el tratamiento con atorvastatina se asoció con* un riesgo un 30% menor de eventos cardiovasculares

primarios que el placebo (razón de riesgo, 0,70; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,61 a 0,82). *El beneficio estuvo impulsado principalmente por eventos no fatales*: el riesgo de infarto de miocardio no fatal fue aproximadamente un 42% menor con atorvastatina que con placebo, y el riesgo de revascularización coronaria fue aproximadamente un 43% menor. Este efecto puede incluso ser conservador; a los 5 años, solo el 55,6% de los participantes asignados a recibir atorvastatina seguían tomando el medicamento, mientras que el uso abierto de estatinas había aumentado al 19,4% en el grupo placebo, lo que probablemente atenuó la estimación de intención de tratar.

A pesar de esta diferencia considerable en los eventos cardiovasculares, *la atorvastatina no mostró efecto sobre el segundo punto final principal, un compuesto de muerte por cualquier causa, demencia o discapacidad física persistente* (razón de riesgo, 0,94; IC 95%, 0,84 a 1,05). Este hallazgo neutral justifica una interpretación matizada. Más del 90% de los primeros eventos fueron muerte o demencia, mientras que la discapacidad física persistente representó solo el 9%. Por tanto, aunque la atorvastatina no prolongó la supervivencia libre de discapacidad, la ausencia de mortalidad excesiva o demencia es clínicamente importante. Estos hallazgos proporcionan tranquilidad a partir de un ensayo controlado aleatorizado de que reducir los niveles de colesterol LDL en adultos mayores no afecta negativamente a la supervivencia ni a la salud cognitiva.

¿Cómo debe verse, entonces, la ausencia de un beneficio de supervivencia en el contexto de menos eventos cardiovasculares? La mayoría de los eventos cardiovasculares en adultos mayores no son fatales. Por tanto, las preferencias de los pacientes son fundamentales para la toma de decisiones compartida. Los estudios sobre las prioridades de salud sugieren que el valor que muchos adultos mayores otorgan a evitar infartos de miocardio no mortales, ictus, discapacidad y pérdida de independencia es igual o mayor que el valor que se otorga a prolongar la vida misma.[7] Por tanto, prevenir estos eventos puede representar un beneficio clínicamente significativo para los adultos mayores, incluso cuando la supervivencia global no haya cambiado.[8] Esta distinción entre prolongar la vida y preservar la salud e independencia es importante para una toma de decisiones compartida verdaderamente informada.

Sin embargo, el ensayo STAREE no debe interpretarse como un mandato para prescribir estatinas a todos mayores de 70 años. *Los participantes estaban sanos e independientes y fueron seleccionados tras un periodo de placebo* que requirió demostrar una buena adherencia a la medicación. Sus resultados no pueden extrapolarse automáticamente a adultos mayores que son más frágiles o tienen múltiples condiciones coexistentes. El riesgo cardiovascular varía sustancialmente a cualquier

edad dada. Algunos adultos mayores presentan aterosclerosis subclínica extensa y alto riesgo absoluto, mientras que otros presentan poca o ninguna aterosclerosis detectable y un riesgo mucho menor.[9] Por tanto, una terapia eficaz aumenta, en lugar de disminuir, la importancia de la evaluación individualizada del riesgo y la toma de decisiones compartida.

Es probable que el ensayo STAREE influya en futuras directrices de prevención al fortalecer la base de evidencia para iniciar la terapia con estatinas en adultos mayores sanos. Sin embargo, los resultados del ensayo deben aplicarse a la cuestión que abordó el ensayo. **El ensayo STAREE aporta evidencia contundente sobre el beneficio y la seguridad de iniciar la terapia con estatinas en adultos mayores relativamente sanos que no reciben ya tratamiento para reducir los lípidos**. El ensayo no aborda si las estatinas pueden dejarse de lado de forma segura en adultos mayores que han recibido tratamiento durante muchos años.[10] El equilibrio entre beneficio, riesgos concurrentes, polifarmacéutica y prioridades del paciente puede variar en ese contexto, y se necesita evidencia dedicada sobre la desprescripción. Por tanto, el ensayo STAREE cambia la cuestión clínica central. Ya no se trata de si las estatinas pueden prevenir eventos cardiovasculares cuando se inician en adultos mayores sanos, sino a quién tratar para lograr un beneficio absoluto significativo. El ensayo nos dice que no es demasiado tarde para comenzar la terapia con estatinas. Si llega un momento en que es seguro dejarlo tras años de tratamiento sigue sin respuesta.