

Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia en una clínica del Sur de México

Efficacy of ezetimibe/simvastatin vs atorvastatin as treatment in patients with dyslipidemia from Mexican Southeast

Pedro Córdova Rivera

peedrocr@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-7106-4999>
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tabasco – México

Abel Pérez Pavón

abel.perezp@imss.gob.mx
<https://orcid.org/0000-0002-6119-9581>
Instituto Mexicano del Seguro Social
Tabasco – México

Jorge Iván Martínez Pérez

docmfivan@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-7275-9117>
Instituto Mexicano del Seguro Social
Tabasco – México

Elsí Guadalupe Ascencio Zarazua

elziizarazua@live.com.mx
<https://orcid.org/0009-0002-1018-6972>
IMSS
Villahermosa, Tabasco – México

Brenda Paola Lopez García

paolalopez13mx@yahoo.com.mx
<https://orcid.org/0000-0002-9544-7475>
IMSS
Villahermosa, Tabasco – México

Javier Salim Bujalil Ruiz

javiburu07@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9144-5517>
Instituto Mexicano del Seguro Social
Tabasco – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6265>

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6265>

Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia en una clínica del Sur de México

Efficacy of ezetimibe/simvastatin vs atorvastatin as treatment in patients with dyslipidemia from Mexican Southeast

Pedro Córdova Rivera

peedrocr@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-7106-4999>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Tabasco – México

Abel Pérez Pavón

abel.perezp@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-6119-9581>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabasco – México

Jorge Iván Martínez Pérez

docmfivan@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-7275-9117>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabasco – México

Elsi Guadalupe Ascencio Zarazua

elziizarazua@live.com.mx

<https://orcid.org/0009-0002-1018-6972>

IMSS

Villahermosa, Tabasco – México

Brenda Paola Lopez García

paolalopez13mx@yahoo.com.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9544-7475>

IMSS

Villahermosa, Tabasco – México

Javier Salim Bujalil Ruiz

javiburu07@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9144-5517>

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabasco – México

Artículo recibido: 14 de marzo de 2026. Aceptado para publicación: 29 de julio de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La dislipidemia es actualmente un problema de salud pública; es factor clave para enfermedades cardiovasculares en el mundo; se relaciona con enfermedad vascular cerebral en 4.9%; el tratamiento con estatinas es fundamental para su control. Determinar la eficacia de ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia en una clínica del sur de México. Durante el 2024-2025, en la UMF No 43 de Tabasco (México) se realizó una investigación donde se utilizó un diseño retrospectivo, transversal con enfoque analítico; el cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para población finita; la muestra se conformó con 294 sujetos, grupo A

(atorvastatina) 147 sujetos y grupo B (ezetimiba/simvastatina) 147 sujetos; se incluyeron pacientes que cumplieron con los criterios de selección; se evaluaron expedientes y se capturaron en una base de datos de excel que incluyó en sus dominios características sociodemográficas, comorbilidades y perfil de lípidos; el contraste de variables se realizó mediante χ^2 y t de student; los datos se procesaron mediante el programa SPSS última versión de prueba. Ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina: Colesterol total: t: 2.893, gl: 270.6, p: 0.004; HDL t: -5.779, gl: 292, p: 0.001; LDL t: 7.186, gl: 292, p: 0.001 y triglicéridos t: 3.931, gl: 280.98, p: 0.001. La terapia combinada de estatinas más un inhibidor de la absorción del colesterol (ezetimiba/simvastatina), presentó significancia estadística comparada con la monoterapia a base de estatina.

Palabras clave: atorvastatina, dislipidemia, eficacia, ezetimiba/simvastatina, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia

Abstract

Dyslipidemia is currently a public health problem and a key factor in cardiovascular diseases worldwide. In Mexico, the prevalence of hypercholesterolemia is 30.6%, with 4.9% related to cerebrovascular disease. Statins are considered the cornerstone of pharmacological treatment. Objective: To determine the effectiveness of ezetimibe/simvastatin vs. atorvastatin as treatment in patients with dyslipidemia from the Mexican southeast. During the year 2024–2025, at UMF No. 43 in Tabasco (Mexico), a study was conducted using an observational, retrospective, cross-sectional design with an analytical approach. The sample size was calculated using the formula for a finite population; the sample consisted of 294 subjects. Patients who met the selection criteria were included. Medical records were reviewed and entered into an Excel database that included sociodemographic characteristics and comorbidities. Variable comparison was performed using Chi-square and Student's t-test; data were processed using the latest trial version of the SPSS software. Ezetimibe/simvastatin vs atorvastatin: Total cholesterol: t: 2.893, df: 270.6, p: 0.004; HDL: t: -5.779, df: 292, p: 0.001; LDL: t: 7.186, df: 292, p: 0.001; and triglycerides: t: 3.931, df: 280.98, p: 0.001. Combined therapy with a statin plus a cholesterol absorption inhibitor (ezetimibe/simvastatin) shows greater effectiveness than monotherapy with atorvastatin.

Keywords: atorvastatin, dyslipidemia, effectiveness, ezetimibe/simvastatin, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Córdova Rivera, P., Pérez Pavón, A., Martínez Pérez, J. I., Ascencio Zarazua, E. G., Lopez García, B. P., & Bujalil Ruiz, J. S. (2026). Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia en una clínica del Sur de México. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (4), 783 – 794.
<https://doi.org/10.56712/latam.v7i4.6265>

INTRODUCCIÓN

La dislipidemia es un problema de salud de impacto mundial, se considera una pandemia por su elevada prevalencia, se define como una serie de trastornos que resultan de un desequilibrio metabólico generado por exceso de lipoproteínas en la circulación sanguínea (Prasad et al., 2022); Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, se estimó una prevalencia mundial de hipertrigliceridemia de 28.8 %, hipercolesterolemia: 24.1 %, HDL bajo: 38.4 % y LDL elevado de 18.9 % en población adulta; además el colesterol LDL elevado se asoció con aproximadamente 4.4 millones de muertes anuales y más de 98 millones de años de vida ajustados por discapacidad "DALYs" (Zheng et al., 2022), En Estados Unidos, en el ciclo 2021-2023, la prevalencia de colesterol total alto fue de 11.3% en adultos, en hombres: 10.6% y en mujeres 11.9% (Carroll et al., 2024); mientras que en México se ha reportado una prevalencia de 30.6% en 2022; sin embargo, solo el 60% de las personas afectadas recibieron tratamiento farmacológico (Villalba et al., 2022).

En Tabasco, la prevalencia de hipertrigliceridemia es del 60% y 28.2% de hipercolesterolemia, la mayoría de las personas afectadas son mujeres; además el 51.8% de la población tiene sobrepeso y el 30.6% sufre de obesidad (Gómez & Gómez, 2021).

Según Cui et al., (2020), la dislipidemia es uno de los factores más significativos para el desarrollo de cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular.

Según Esmacilla et al. (2023), para evaluar adecuadamente el riesgo vascular y diagnosticar las dislipidemias, es indispensable la toma de muestra sanguínea para obtener un perfil lipídico completo, de acuerdo con la Sociedad Europea de Cardiología y Arteriosclerosis (ESC), 2016, los valores lipídicos deseables en adultos son: CT: < 200 mg/dL, colesterol HDL: > 50 mg/dL, en mujeres y > 40 mg/dL en hombres, colesterol no HDL, según el riesgo cardiovascular: muy alto: < 55 mg/dL, alto: < 70 mg/dL, moderado: < 100 mg/dL, bajo: < 116 mg/dL y TGS: < 150 mg/dL en ayunas.

Para mejorar los niveles de lipoproteínas en la sangre es importante realizar cambios en el estilo de vida y el uso de estatinas son esencial para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a problemas cardiovasculares (Costa et al., 2022).

La síntesis intracelular de colesterol es un proceso que ocurre en el citosol y consta de cuatro etapas; sin embargo, desde un enfoque farmacológico, solo se puede regular la primera etapa, en esta fase, el mevalonato se forma a partir de la hidroximetilglutaril coenzima A (HMG-CoA) con la ayuda de la nicotinamida adenina dinucleótido fosfato (NADPH) como agente reductor; este proceso es crucial en la formación de colesterol y está principalmente regulado por la enzima HMG-CoA reductasa, que es el objetivo del tratamiento farmacológico con estatinas, al administrarse estatinas, la actividad de la HMG-CoA reductasa disminuye, lo que reduce la producción intracelular de colesterol, como efecto secundario, esta disminución en la producción de colesterol provoca un aumento en la actividad de los receptores específicos para LDL (Seguí et al., 2015).

Villegas et al., durante 2023 reportó que en un estudio comparativo entre el uso de Atorvastatina a dosis de 80 mg y 10 mg en pacientes con riesgos cardiovasculares mayores y la mortalidad, se encontró un riesgo relativo (RR) de 0.8 (IC 95%: 0.69-0.92), lo que representa una reducción del 20% en el riesgo (RRR) y un número necesario a tratar (NNT) de 30 a 55 con el uso de 80 mg de atorvastatina con respecto del tratamiento con 10 mg.

Dhuva et al., durante el 2022, reportaron que la terapia combinada de estatina mas un inhibidor de la absorción de colesterol logró una reducción significativamente mayor del LDL-C, diferencia media: -20.22 mg/dL (IC 95%: -26.38 a -14.07) $p < 0.0001$, en comparación con monoterapia de estatina.

Marat et al., durante 2022 reportaron que en la práctica clínica, en Rusia la terapia combinada de estatinas/ezetimiba demostró un logro más frecuente de los niveles objetivo de LDL-C en comparación con la monoterapia con estatinas, la adición de ezetimiba a la terapia con estatinas aumentó la probabilidad de lograr los objetivos de nivel de LDL-C en un 29%.

METODOLOGÍA

Diseño: durante el 2024-2025, en la Unidad de Medicina Familiar No 43 de Villahermosa (Tabasco) se realizó una investigación en la que se utilizó un diseño retrospectivo, transversal con enfoque analítico; el cálculo de la muestra se determinó mediante la fórmula de n para población finita (294); se integraron dos grupos: grupo A y grupo B bajo el sistema de aleatorización simple y doble ceguedad; se integraron pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años con diagnóstico de dislipidemia bajo tratamiento con atorvastatina (grupo A:147) o ezetimiba/simvastatina (grupo B:147), La recolección de datos se realizó a través de una base de datos de excel, en la que se integraron las variables como características sociodemográficas, estado nutricional; comorbilidades de mayor frecuencia, estilos de vida, perfil de lípidos, riesgo cardiovascular (RCV) y fármacos en estudio (ezetimiba/simvastatina y atorvastatina),el contraste de variables se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando las fórmula de X² y t de student, mediante el programa de SPSS última versión de prueba.

Este proyecto fue avalado por el Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) y el Comité Local de Ética e Investigación en Salud (CLES), del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

En la variable sociodemográfica edad se encontraron los siguientes resultados: media: 67.26, mediana: 68, moda: 71, se consideraron las medidas de dispersión las cuales fueron las siguientes: desviación estándar: 11.914, varianza: 141.947, rango: 67, mínimo: 28 máximo: 95.

Tabla 1

Edad por quinquenios de los pacientes que conformaron la muestra en estudio

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
26-30 años	1	0.3 %
31-35 años	1	0.3 %
36-40 años	3	1.0 %
41-45 años	10	3.4 %
46-50 años	13	4.4 %
51-55 años	17	5.8 %
56-60 años	34	11.6 %
61-65 años	43	14.6 %
66-70 años	51	17.3 %
71-75 años	53	18.0 %
76-80 años	31	10.5 %
81-85 años	20	6.8 %
86-90 años	13	4.4 %
91-95 años	4	1.4 %

Nota: %: porcentaje, Fuente: base de datos "Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43".

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2

Distribución global de las características sociales y demográficas de los pacientes con dislipidemia.

Características	f	%
Género		
Masculino	119	43.3
Femenino	175	59.5
Escolaridad		
Analfabeta	11	3.7
Primaria	105	35.7
Secundaria	86	29.3
Nivel medio superior	61	20.7
Licenciatura	31	10.5
Estado civil		
Soltero	7	2.4
Casado	170	57.8
Divorciado	27	9.2
Viudo	36	12.2
Unión libre	54	18.4
Nivel socioeconómico		
Bajo	196	66.7
Medio	83	28.2
Alto	15	5.1

Nota: f: frecuencia; %: porcentaje. Fuente: base de datos "Eficacia de la Ezetimiba/Simvastatina vs Atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43".

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3

Muestra mediante frecuencia y porcentaje la distribución de las comorbilidades en la población total

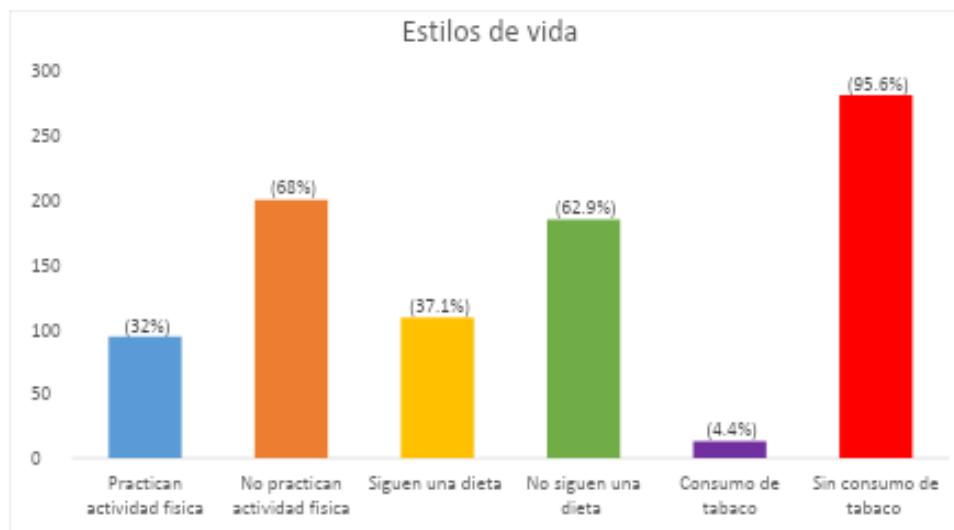
Comorbilidad	f	%
Estado nutricional		
Bajo peso	36	12.2
Normopeso	30	10.2
Sobrepeso	140	47.6
Obesidad	88	29.9
Hipertensión arterial		
Con hipertensión	194	66.0
Sin hipertensión	100	34.0
Diabetes		
Con antecedente de diabetes tipo II	199	67.7
Sin antecedente de diabetes	95	32.3
Infarto al miocardio		
Con antecedente de infarto	21	7.1
Sin antecedente de infarto	273	92.9
Accidente cerebrovascular		
Con antecedente de ACV	15	5.1
Sin antecedente de ACV	279	94.9

Nota: f: frecuencia; %: porcentaje. Fuente: base de datos "Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43".

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1

Muestra estilos de vida en pacientes con dislipidemia



Fuente: base de datos "Eficacia de la ezetimiba/simvastatina vs atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43".

Tabla 4

Muestra la comparación del perfil de lípidos mediante medias posterior a tratamiento en el grupo a y grupo b

Variable	Grupo A (Atorvastatina) Media $\pm$ DE	Grupo B (Ezetimiba/Simvastatina) Media $\pm$ DE	Diferencia de medias	IC 95% (LI - LS)	t	(gl)	p
colesterol total postratamiento (mg/dL)	171.48 $\pm$ 52.239	155.91 $\pm$ 39.127	15.571	4.973 - 26.170	2.893	270.6	0.004
HDL postratamiento (mg/dL)	49.38 $\pm$ 5.967	53.23 $\pm$ 5.445	-3.85	-5.162 - 2.539	-5.779	292	0.001
LDL postratamiento (mg/dL)	86.97 $\pm$ 19.985	70.84 $\pm$ 18.468	16.13	11.71 - 20.55	7.186	292	0.001
Triglicéridos postratamiento (mg/dL)	181.16 $\pm$ 66.127	153.46 $\pm$ 54.102	27.7	13.83 - 41.57	3.931	280.98	0.001
RCV postratamiento (%)	12.46 $\pm$ 6.699	9.19 $\pm$ 5.250	3.267	1.885 - 4.649	4.654	276.21	0.001

Nota: t= t de student, gl= grado de libertad, p= significancia observada. Fuente: base de datos “Eficacia de la Ezetimiba/Simvastatina vs Atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43”.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5

Análisis comparativo de los niveles de lípidos pre y postratamiento del grupo a y grupo b mediante la fórmula de chi cuadrada

Lípidos	Niveles	Grupo A (Atorvastatina)		χ^2	gl	p	Grupo B (Ezetimiba/Simvastatina)		χ^2	gl	p
		pretratamiento	postratamiento				pretratamiento	postratamiento			
Colesterol Total	Deseado	22	99	26.3 27	2	0.0 18	14	130	26.3 27	2	0.0 01
	Límite alto	22	29				11	17			
	Alto	103	19				122	0			
HDL	Optimo	69	141	6.12 5	1	0.0 20	64	147	6.12 5	1	0.0 13
	No optimo	78	6				83	0			
	Alto	39	0				35	0			
LDL	Optimo	4	106	20.2 45	2	0.0 15	5	135	20.2 45	2	0.0 01
	Casi optimo	49	37				50	12			
	Límite alto	47	4				51	0			
Triglicéridos	Deseable	16	58	17.3 79	2	0.0 13	15	64	17.3 79	2	0.0 01
	Límite alto	8	30				12	54			
	Alto	120	59				119	29			
Riesgo cardiovascular	Muy alto	3	0				1	0			
	Bajo	17	57	17.0 23	2	0.0 01	18	91	17.0 23	2	0.0 0
	Intermedio	63	72				68	49			
	Alto	67	18				61	7			

Nota: χ^2 = chi cuadrada, p= significancia observada, gl= grado de libertad, IC 95 %= intervalo de confianza al 95 %. Fuente: base de datos “Eficacia de la Ezetimiba/Simvastatina vs Atorvastatina como tratamiento en pacientes con dislipidemia de la UMF 43”.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La muestra de la población con respecto a la variable edad, presentó una mediana de 68; mientras que el rango de la variable edad donde se ubicó mayor número de pacientes fue de: 71-75 años (18%); en contraste con los resultados del estudio realizado por Escobar et al., (2015), quienes reportaron una

media de 64; en el análisis de la variable sociodemográfica genero se reportó un porcentaje mayor en mujeres: 175 (59.5 %), en contraste con los resultados obtenidos por Cui et al., (2020), quienes determinaron que el sexo masculino representó el mayor número de pacientes en su estudio 150 (68,5%).

El análisis de la variable escolaridad reportó una proporción mayor en el nivel primaria: 105 (35.7%); así mismo, al estimar la variable estado civil del presente estudio, se ubicó un mayor número de personas en el estado civil: casado 170 (57.8 %), y el nivel socioeconómico de mayor frecuencia fue el nivel bajo con 196 (66.7 %), no se encontró literatura que describa dichas variables.

Mediante la clasificación de los estadios del estado nutricional de la OMS se encontró mayor proporción en sobrepeso (47.6%); en similitud con los resultados reportados por Farshidi et al., (2025), donde reportaron un IMC medio de 25.41.

Al analizar la variable comorbilidad hipertensión arterial mediante estadística descriptiva se encontró una proporción de 194 (66 %); resultados equivalentes a los datos obtenidos por Hu & Lin (2023), donde reportan un porcentaje mayor del 60 % (1789), del grupo total de estudio.

La comorbilidad diabetes presenta una proporción total de la población general del grupo de estudio: 199 (67.7 %); en contraste a los resultados descritos por Sohn et al., (2025), quienes mencionan que, de la población total de su estudio, el 100 % vive con diabetes.

Al analizar la variable infarto al miocardio se encontró una frecuencia de 21 (7.1 %) de la población que conforma el grupo de estudio; en contraste con los resultados citados por Ya'Qoub et al., (2023), quienes mencionan que el 100 % (38023) del grupo total de estudio presenta síndrome coronario agudo.

El análisis de la comorbilidad accidente cerebrovascular, se encuentra presente en 5.1 % de los pacientes; resultados que discrepan con los datos obtenidos Villegas et al., (2023), quienes reportaron que 29,333 pacientes presentaron enfermedades cardiovasculares.

Al evaluar los niveles de colesterol total mediante la fórmula t de student para pruebas de muestras independientes después del manejo con atorvastatina (grupo A) vs ezetimiba y simvastatina (grupo B), se encontró diferencia estadística; en concordancia a lo descrito por Minji et al., (2025), quienes reportan mayor control en el grupo de la terapia ezetimiba/estatina (HR, 0,67; IC 95%, 0,56 a 0,81; P<0,001).

Al evaluar el HDL postratamiento en los pacientes del grupo A (atorvastatina) vs grupo B (ezetimiba/simvastatina), se encontró significancia estadística; en discrepancia con los resultados de Cho et al., (2024), quienes no encontraron significancia en su grupo de estudio.

Al evaluar la variable LDL posterior al tratamiento del grupo manejado con atorvastatina contrastado con el grupo manejado con ezetimiba/simvastatina, se encontró significancia estadística, en beneficio del grupo manejado con terapia combinada; resultados similares a lo descrito por Banach et al., (2025), quienes describen que la terapia combinada redujo significativamente de forma efectiva el nivel de LDL-C respecto al inicio.

Al evaluar la variable triglicéridos después del tratamiento del grupo A (atorvastatina) vs grupo B (ezetimiba/simvastatina), se encontró significancia estadística a favor de la terapia combinada, en contraste a lo descrito por Hameed et al., (2025), quienes mencionan que no hubo diferencia significativa entre los grupos de fármacos estudiados.

El análisis de la variable riesgo cardiovascular de los grupos manejados con atorvastatina vs ezetimiba/simvastatina presentó significancia estadística en el postratamiento: en beneficio del grupo b, datos similares reportados por Halatiu et al., (2024), quienes reportan mejor control rcv en el grupo de fármaco combinado.

CONCLUSIÓN

Posterior al análisis descriptivo se pudo constatar que el rango de edad de mayor frecuencia de la población general estudiada, fue de 71-75 años (18%), mientras que la mediana se calculó en 68 en esta misma variable.

El análisis realizado en la característica sociodemográfica sexo se encontraron estimaciones del 59.5% en mujeres; así también los resultados de la presente investigación encontraron con mayor frecuencia primaria (35.7%), seguido de secundaria.

El mayor porcentaje del estado civil, se registró en el grupo de casados (57.8%); mientras que la mayoría de los participantes reportó ingresos económicos bajo.

El grado de estado nutricional que predominó fue sobrepeso (47.6%), seguido de obesidad; de la misma manera se evaluaron las comorbilidades de la población general donde la prevalencia más alta fue en: hipertensión arterial, diabetes, infarto al miocardio y antecedente de accidente cerebrovascular.

Estos hallazgos coinciden con la literatura, que describe la relación de las enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes con la dislipidemia, que son factores importantes en el desarrollo de complicaciones como IAM y EVC.

En cuanto al control del perfil lipídico, el tratamiento combinado de un inhibidor de la absorción del colesterol junto con una estatina lleva a metas con una mejor reducción de colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos, así como elevación de colesterol HDL.

Perspectivas

Fomentar cambios en el estilo de vida: implementar la adopción de hábitos saludables en pacientes con dislipidemia, sobre todo en aquellos con comorbilidades como diabetes o hipertensión arterial, para disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Detección en atención primaria: El médico de atención primaria debe realizar evaluaciones en pacientes con riesgo, particularmente aquellos con obesidad, diabetes tipo 2 e hipertensión, para optimizar el tratamiento de comorbilidades y detectar a tiempo dislipidemia, incluyendo estudios de perfil de lípidos en aquellos derechohabientes con mayor riesgo y derivándolos a la especialidad correspondiente cuando sea necesario.

REFERENCIAS

Carroll, M. D., Fryar, C. D., Gwira, J. A., & Iniguez, M. (2024). Total and high-density lipoprotein cholesterol in adults: United States, August 2021–August 2023 (NCHS Data Brief No. 515). National Center for Health Statistics. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/165796>.

Chauhan, D., & Malik, F. (2022). Comparison of simvastatin monotherapy versus simvastatin plus ezetimibe combination therapy for the treatment of hyperlipidemia: A meta-analysis and review. *Cureus*, 14(11), e31290. <https://doi.org/10.7759/cureus.31290>.

Costa, G. S., Silva-Santos, L., Costa, G. S., et al. (2022). A systematic review and meta-analyses on the effects of atorvastatin on blood pressure and heart rate. *European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy*, 13(12), e1–e12. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvac053>.

Cui, C., Dong, S., Chen, N., Bao, J., & He, L. (2020). Low-dose statin pretreatment improves function and prognosis of recurrent ischemic stroke patients. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 13, 1756286420920078. <https://doi.org/10.1177/1756286420920078>.

English, A. R., Prasad, B., McGuigan, D. H., Horigan, G., O’Kane, M., Bjourson, A. J., et al. (2022). Simvastatin is associated with superior lipid and glycaemic control to atorvastatin and reduced levels of incident type 2 diabetes, in men and women, in the UK Biobank. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, 5(3), e00326. <https://doi.org/10.1002/edm2.326>

Escamilla-Núñez, M. C., López-Martínez, C. P., & Rodríguez-Morales, R. (2023). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx>.

Escobar, C., Divisón, J. A., & Seguí Díaz, M. (2015). Estudio IMPROVE-IT: Buenas noticias para ezetimiba y para los pacientes. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 41(5), 282–283. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.003>.

Ezhov, M. V., Shlyakhto, E. V., Saprunova, V. B., & Melnichenko, A. A. (2023). Comparative efficacy and safety of statin monotherapy vs statin + ezetimibe combinations: Narrative review and clinical implications. *Medicina (Kaunas)*, 11(4), 168. <https://doi.org/10.3390/diseases11040168>.

Fuster, V., & Pérez, P. (2016). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. <https://scielo.isciii.es>

Gómez Marín, B., & Gómez Marín, J. L. (2021). *Arteriosclerosis* (1.ª ed.). Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir.

Villalba Torres, A. J., Arrieta Giménez, E., Espartero González, A., López Gómez, M., Jiménez Moraleda, B., & Martínez Martínez, M. (2021). Clasificación de las dislipidemias: Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5), 1–5. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/clasificacion-de-las-dislipidemias-una-revision-bibliografica/>

Villegas-Quintero, V. E., Rivas-Ruíz, R. R., García-Rivero, A. A., Rivera-Lara, P., González-Tovar, N. B., & Ortiz-Pérez, G. A. (2023). Eficacia y seguridad de la atorvastatina en eventos cardiovasculares mayores: Metaanálisis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(Supl. 3), S407–S415. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8319748>.

Zheng, J., Wang, F., Zhang, S., Xia, Z., Guo, Y., Hu, S., Shan, L., & Li, X. (2022). The global burden of diseases attributable to high low-density lipoprotein cholesterol from 1990 to 2019. *Frontiers in Public Health*, 10, 891929. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.891929>.

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 