



# THE MOST COMMON MYTHS ABOUT CHOLESTEROL

[www.statinnation.net](http://www.statinnation.net)

JUSTIN SMITH

**LOS 5 MÁS  
MITOS COMUNES  
ACERCA DE  
COLESTEROL**

**Justin Smith**

## LOS MITOS

MITO 1. COMER ALIMENTOS QUE CONTIENEN  
EL COLESTEROL AUMENTA TU CALIDAD EN LA SANGRE  
NIVEL DE COLESTEROL

MITO 2 . HAY UN "BIEN" Y UN  
COLESTEROL "MALO"

MITO 3. UN COLESTEROL MÁS BAJO ES MÁS SALUDABLE

MITO 4. PERSONAS QUE SUFREN UN ATAQUE CARDÍACO  
TIENEN EL COLESTEROL ALTO

MITO 5. LAS ESTATINAS 'FUNCIONAN' REDUCIENDO  
COLESTEROL

## MITO 1 . COMA ALIMENTOS QUE CONTIENEN COLESTEROL AUMENTA TU NIVEL DE COLESTEROL EN SANGRE

Todos lo hemos oído. El colesterol y las grasas saturadas en la dieta obstruyen las arterias. ¿Verdad?

En noviembre de 1985, el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de Estados Unidos inició el Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP). En aquel entonces, se creía que consumir alimentos ricos en colesterol elevaba los niveles de colesterol en sangre. Por ello, se recomendó limitar el colesterol en la dieta a 250-300 mg al día, aproximadamente la misma cantidad de colesterol presente en un huevo.

La recomendación de limitar el colesterol en la dieta no se basó en ninguna evidencia científica, sino simplemente en la idea de que si el colesterol obstruye las arterias, no deberíamos consumirlo en exceso. Sin embargo, esto parece tener sentido, ya que durante los 30 años posteriores al inicio de las recomendaciones, ningún estudio logró demostrar que el colesterol en la dieta aumenta el nivel de colesterol en sangre.

De hecho, en el Reino Unido, la Encuesta Nacional de Dieta y Nutrición de 2001 afirmó que «el colesterol alimentario tiene un efecto relativamente pequeño y variable» en los niveles de colesterol en sangre. Y las recomendaciones dietéticas nacionales para Estados Unidos, publicadas en 2010, eliminaron los límites para el colesterol alimentario.

Esto se debe a que se sabe que la mayor parte del colesterol del cuerpo se produce en el hígado. Si comemos más colesterol, el hígado produce menos; si comemos menos, el hígado produce más. Y, de hecho, dado que el colesterol es un nutriente de vital importancia para la vida, puede fabricarse en el hígado utilizando cualquiera de los macronutrientes como materia prima (proteínas, grasas o carbohidratos).

La idea de que se debe evitar el colesterol en la dieta persiste simplemente porque fue promocionada intensamente como parte del programa de educación sobre el colesterol y también porque los fabricantes de alimentos promocionaron ciertos alimentos como bajos en colesterol.

Asociada a esto está la idea de que consumir grasas saturadas aumenta los niveles de colesterol en sangre. Sin embargo, tampoco en este caso existían estudios que demostraran que esto fuera así. Por lo tanto, se modificó la idea para afirmar que las grasas saturadas aumentan, no los niveles de colesterol total, sino más específicamente los niveles de colesterol "malo" (LDL).

Probablemente ya sepas que las lipoproteínas de baja densidad (LDL) se denominan «colesterol malo». La idea de que las grasas saturadas aumentan la cantidad de LDL se vio impulsada por estudios realizados en animales. En un estudio, se alimentó a hámsteres con altas dosis de grasas saturadas y se descubrió que esto se correlacionaba con un aumento de las LDL en sangre.

Por supuesto, los hámsteres normalmente comen semillas, granos, frutos secos y verduras. Alimentar a un hámster vegetariano con grasas saturadas, que su metabolismo no puede procesar, sin duda tendrá efectos adversos. La dieta experimental causó daño tisular en el cuerpo del hámster. La respuesta natural sería producir más colesterol, ya que este es necesario para los procesos de reparación.

Incluso si aceptamos estos experimentos con animales, hay evidencia de que las grasas saturadas no aumentan los LDL, y esta evidencia se basa en estudios realizados en humanos.

Un estudio publicado en The Lancet en 1999 analizó los datos recopilados durante la Encuesta Nacional de Dieta y Nutrición del Reino Unido mencionada anteriormente. Los investigadores no encontraron ninguna relación entre las grasas saturadas y el nivel de LDL. Tampoco se encontró ninguna relación entre las grasas saturadas y los niveles de colesterol total.

Un estudio publicado en The New England Journal of Medicine en 2003 comparó los efectos de una dieta baja en grasas (convencional) con una dieta rica en grasas. Los participantes se dividieron en dos grupos. A los del grupo con la dieta alta en grasas se les pidió que siguieran la dieta Atkins, que promueve un alto consumo de grasas saturadas provenientes de proteínas animales.

Tras un año, se evaluó a cada grupo para detectar factores de riesgo asociados con enfermedades cardíacas. Se observó que no hubo diferencias significativas en los niveles de colesterol total ni de LDL entre ambos grupos.

En 2008, se publicó un estudio similar en The New England Journal of Medicine. En este estudio, se compararon tres dietas diferentes (una dieta baja en carbohidratos/tipo Atkins, una dieta mediterránea y una dieta baja en grasas) y, en esta ocasión, el ensayo duró dos años.

Nuevamente, los investigadores no encontraron relación entre el aumento de la cantidad de grasas saturadas en la dieta y los niveles de LDL. Otros estudios dietéticos han arrojado resultados similares.

Por lo tanto, la relación sugerida entre las grasas saturadas de la dieta y el colesterol, así como los niveles de colesterol en sangre, no es tan simple como se nos ha hecho creer. A continuación, analizaremos el mito del llamado colesterol "bueno" y "malo".

## MITO 2 . TERESA " BIEN " ANDA COLESTEROL "MALO"

Ahora es el momento de analizar el llamado colesterol "bueno" y "malo". Se dice que el colesterol HDL es bueno y el colesterol LDL es malo.

La razón de esto es la dirección de viaje asociada con cada uno. Las HDL transportan el colesterol fuera de los tejidos y las LDL transportan el colesterol a los tejidos dentro del cuerpo. Debido a que se ha considerado que el colesterol es malo, también se ha considerado que las LDL son malas, porque son las que transportan el colesterol.

Sin embargo, ¡las HDL y las LDL en realidad no son colesterol en absoluto!

El colesterol no se mezcla con el agua (ni con la sangre), por lo que, para que pueda transportarse por el torrente sanguíneo, debe estar dentro de una lipoproteína. Una lipoproteína es un conjunto de grasas, proteínas y otras sustancias que se mueve por el cuerpo. Las HDL son lipoproteínas de alta densidad y las LDL son lipoproteínas de baja densidad. Por lo tanto, las HDL y las LDL contienen colesterol, pero también muchas otras sustancias. El mismo colesterol se encuentra en las HDL y las LDL. No existen diferentes tipos de colesterol.

Además del colesterol, las HDL y LDL también contienen:

### Coenzima Q10 (CoQ10)

Esto es necesario para la producción de energía en cada célula del cuerpo. En particular, es necesario en las células del músculo cardíaco. La CoQ10 también es un antioxidante.

### Betacaroteno (vitamina A)

Se cree que el betacaroteno y otros carotenoides protegen contra enfermedades, en particular contra el cáncer y las enfermedades oculares.

### Vitamina E

La vitamina E es otro antioxidante. También participa en el sistema inmunitario y ayuda a dilatar los vasos sanguíneos, mejorando la circulación. Además, ayuda a prevenir la coagulación, una característica clave de las enfermedades cardíacas.

Entonces, sugerir que las LDL son malas también sugiere que todos estos nutrientes esenciales también son malos, pero los médicos que prescriben estatinas para reducir el colesterol nunca mencionan eso.

Otra cosa que se ignora convenientemente son las acciones reparadoras de tejidos del colesterol. Cuando las células se dañan, necesitan colesterol para repararse. Una discusión

Las propiedades reparadoras de tejidos del colesterol se pueden encontrar en la literatura científica al menos desde 1978.

Existen numerosas razones por las que las células de las paredes arteriales que suministran sangre y oxígeno al corazón pueden dañarse. Por ejemplo, fumar cigarrillos, los niveles altos de azúcar en sangre, el estrés elevado y las toxinas pueden causar este tipo de daño arterial. En respuesta, el cuerpo puede necesitar producir más colesterol, que envía a las células que lo necesitan a través de las LDL. Sin embargo, esto es el efecto del daño arterial, no la causa.

Sugerir que las LDL causan enfermedades cardíacas es como culpar a la policía de tránsito en el lugar de un accidente automovilístico. Sí, la policía está allí, pero para esclarecer el incidente, no como causa del accidente.

A continuación discutiremos si reducir el colesterol es una buena idea.

### MITO 3. UN COLESTEROL MÁS BAJO ES MÁS SALUDABLE

Muchos países de todo el mundo gastan millones (a veces miles de millones) de dólares cada año en reducir los niveles nacionales de colesterol. Y gran parte de la comunidad médica se propone reducir el colesterol lo más posible. Existe la percepción general de que cuanto más bajo, mejor.

Sin embargo, la idea de que “cuanto más bajo, mejor” ignora todos los datos que muestran que un colesterol más alto es beneficioso.

De hecho, las personas viven más tiempo con niveles más altos de colesterol. Esto lo explica con detalle el profesor japonés Tomohito Hamazaki en la película [Statin Nation II](#).

Sabemos desde hace más de 40 años que las personas mayores con colesterol alto viven más. Sin embargo, estudios a gran escala realizados recientemente en Japón y Corea demuestran que la relación entre el colesterol alto y una mayor esperanza de vida se aplica a adultos de cualquier edad.

El colesterol también es bueno para el cerebro, y las personas más inteligentes tienden a tener niveles más altos. Investigadores de la Universidad de Boston analizaron la relación entre los niveles de colesterol total y el rendimiento cognitivo en 789 hombres y 1105 mujeres. Descubrieron que los niveles bajos de colesterol se asociaban con un menor rendimiento en pruebas de fluidez verbal, atención/concentración y rendimiento cognitivo general.

Y aún queda mucho por descubrir sobre las acciones beneficiosas del colesterol.

Una investigación dirigida por la Universidad de California en Los Ángeles descubrió que los derivados del colesterol juegan un papel importante en el sistema inmunológico y podrían proteger a los humanos de una amplia gama de virus, como el ébola, la fiebre del Valle del Rift, el Nipah y otros patógenos mortales.

Cuando el sistema inmunitario se expone por primera vez a un nuevo patógeno, desarrolla, mediante la producción de células de memoria, la capacidad de reconocer al invasor la próxima vez que entra al organismo. Esta «memoria» del sistema inmunitario se obtiene mediante una agrupación de receptores de linfocitos T. Un estudio publicado en *Immunity* y *Journal of Biological Chemistry* demostró que el colesterol desempeña un papel clave en este proceso.

El colesterol es el componente básico que el cuerpo utiliza para producir vitamina D, todas las hormonas esteroidales y los ácidos biliares necesarios para la digestión. Una gran proporción de nuestras membranas celulares está compuesta de colesterol. Sabemos desde hace mucho tiempo que el colesterol (junto con las grasas saturadas) proporciona la rigidez estructural que las células necesitan para funcionar correctamente. Sin embargo, en los últimos años han surgido nuevas evidencias que demuestran que el colesterol también desempeña un papel importante en la «inteligencia» de la célula.

El colesterol es importante para todas las células, pero en particular para las células asociadas con el cerebro, el sistema nervioso y el sistema inmunitario. Científicos del Instituto Karolinska de Estocolmo (Suecia) y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Swansea han identificado dos moléculas de tipo esteroide: el ácido cólico (un ácido biliar) y el 24S,25-epoxicolesterol (un derivado del colesterol), que desempeñan un papel importante en la supervivencia y la producción de células nerviosas en el cerebro.

## MITO 4 . GENTE QUE ATACA EL CORAZÓN AV E COLESTEROL ALTO.

Todos sabemos que el colesterol alto aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y ataques cardíacos. ¿Verdad? ¡En realidad no! Lo que a menudo no se menciona fuera de la comunidad médica es que la mayoría de los infartos ocurren con un nivel de colesterol promedio o normal.

En el Reino Unido, por ejemplo, la persona típica que sufre un infarto suele tener el mismo nivel de colesterol que las personas de mediana edad y mayores de la población general. Sin embargo, el Reino Unido no es el único lugar donde esto ocurre.

Un estudio publicado en la revista médica The Lancet en el año 2000 incluyó a 5754 pacientes de Australia y Nueva Zelanda que ya habían sufrido un infarto. El nivel promedio de colesterol de este grupo de personas rondaba los 220 mg/dl (5,7 mmol/l). Datos de la Base de Datos Global de la Organización Mundial de la Salud muestran que, aproximadamente al mismo tiempo, el nivel promedio de colesterol de la población general se situaba entre 212 mg/dl (5,5 mmol/l) y 223 mg/dl (5,8 mmol/l). Las personas que sufrieron un infarto tenían el mismo nivel promedio de colesterol que la población general.

Un estudio publicado en el American Journal of Cardiology incluyó a 8500 hombres con cardiopatías. El nivel promedio de colesterol en este grupo de personas fue de alrededor de 220 mg/dl (5,5 mmol/l), que (según la Organización Mundial de la Salud) es aproximadamente igual o incluso ligeramente inferior al nivel promedio de colesterol de la población general.

Un estudio publicado en el Journal of the American Medical Association en 2003 analizó datos de 122.458 pacientes inscritos en 14 ensayos clínicos internacionales. Los autores compararon la frecuencia de diversos factores de riesgo en personas con cardiopatías. Descubrieron que solo el 39 % de los hombres y el 34 % de las mujeres con cardiopatías presentaban colesterol o triglicéridos altos. Si el colesterol se hubiera evaluado independientemente de los triglicéridos, este porcentaje podría haber sido incluso menor. Si observamos los datos proporcionados en este estudio para diferentes grupos de edad, también podemos ver que solo el 20 % de los hombres de 75 años o más con cardiopatías presentaban colesterol alto.

Pero los expertos que apoyan la idea de que el colesterol causa enfermedades cardíacas nos dicen que debemos prestar atención al llamado "colesterol malo". En el mito número 2 ya vimos que la idea de un nivel de colesterol bueno y malo es simplemente absurda. Dejando esto de lado por un momento, analicemos los datos para ver si los niveles más altos del llamado "colesterol malo" se asocian con un mayor riesgo de enfermedades cardíacas.

Las estatinas para reducir el colesterol se recetan para disminuir los niveles de "colesterol malo" (LDL). Sin embargo, un gran estudio publicado en el American Heart Journal en 2009 descubrió que el nivel del llamado "colesterol malo" en realidad es más bajo en personas con enfermedades cardíacas, no más alto.

Este estudio incluyó a aproximadamente 137,000 personas hospitalizadas por cardiopatías. Se incluyeron pacientes de 541 hospitales de Estados Unidos. A todas estas personas se les midió el nivel de LDL dentro de las 24 horas posteriores al ingreso.

Los investigadores descubrieron que el nivel promedio de "colesterol malo" para este grupo de personas era en realidad menor que el nivel promedio de la población general estadounidense.

El nivel promedio para las personas con enfermedades cardíacas fue de 104 mg/dl y el promedio para la población general fue de 123 mg/dl. Entonces, si las personas con enfermedades cardíacas tienen niveles más bajos del llamado "colesterol malo", ¿por qué algunos países del mundo gastan miles de millones de dólares cada año en reducir estos niveles?

## MITO 5. EL TRABAJO DE LAS ESTADÍSTICAS ' POR BAJAR COLESTEROL

Durante las últimas décadas se nos ha dicho que el colesterol obstruye las arterias y causa infartos. Esta idea básica persiste porque existe una industria mundial de reducción del colesterol que aún genera alrededor de 20 000 millones de dólares al año.

Las estatinas se recetan para reducir los niveles de colesterol. Si bien reducen los niveles de colesterol con bastante eficacia, como ya hemos visto, esto suele ser más perjudicial que beneficioso.

Algunos ensayos clínicos han demostrado que las estatinas pueden reducir muy levemente el número de ataques cardíacos en una población. Al mismo tiempo, estos medicamentos aumentan el riesgo de otras enfermedades graves, por lo que, en general, no suele haber un beneficio neto.

Además, la ligera reducción del riesgo de ataque cardíaco observada en algunos estudios no está relacionada con la reducción del colesterol.

Actualmente se acepta universalmente que la enfermedad cardíaca es una afección inflamatoria. Comienza con algún tipo de daño tisular y el cuerpo responde con un proceso inflamatorio.

La inflamación es una reacción local a una lesión. Aunque puede ocurrir en casi cualquier parte del cuerpo y adoptar diversas formas, el tipo de reacción es siempre el mismo. Cuando un niño presenta dolor de garganta, los microbios han proliferado en las amígdalas, lo que provoca inflamación local. Esta inflamación de las amígdalas se llama amigdalitis. Si los microbios se descontrolan en el apéndice y causan inflamación, se denomina apendicitis. La inflamación del hígado se denomina hepatitis, la de los riñones, nefritis, y la de las articulaciones, artritis. Quizás en el futuro, la enfermedad cardíaca se conozca como arteritis coronaria. Si bien esto no describe el proceso completo, sí describe la afección de una manera más significativa que la simple descripción de "obstrucción arterial".

Las estatinas no solo reducen los niveles de colesterol, sino que también tienen una amplia gama de otros efectos, algunos positivos y otros negativos. Otros efectos incluyen una acción antiinflamatoria y una mejora del metabolismo del hierro. Por lo tanto, cualquier pequeño beneficio asociado con las estatinas podría no estar relacionado con su efecto reductor del colesterol.

La evidencia de esto se puede ver en ensayos clínicos donde la cantidad de reducción del colesterol no coincide con la cantidad de beneficio logrado.

Por ejemplo, uno de los grandes ensayos clínicos con estatinas, conocido como WOSCOPS, descubrió que las personas con niveles más altos de colesterol total se beneficiaron menos que aquellas con niveles más bajos de colesterol. Esto también se observó con el colesterol LDL.

Un aspecto importante sobre la inflamación y las enfermedades cardíacas es que, si bien la enfermedad cardíaca es una afección inflamatoria, siempre debemos tener presente que la inflamación no es la causa. La causa es la que causó el daño inicial a las arterias y la inflamación. En los últimos años, se ha popularizado la idea de reducir la inflamación para disminuir el riesgo de enfermedades cardíacas o infartos. Sin saber qué causa la inflamación este es un enfoque incorrecto.

## Referencias

Frost, G et al. "Índice glucémico como determinante de la concentración sérica de colesterol HDL" *The Lancet* 1999; 353:1045-1048

Foster, GD et al. "Un ensayo aleatorio de una dieta baja en carbohidratos para la obesidad" *New England Journal of Medicine* 2003; 348:2082-2090

Atkins, RC. 1998 "La nueva revolución dietética del Dr. Atkins", Rev. Ed. Avon Books, Nueva York

Shai, I et al. "Pérdida de peso con una dieta baja en carbohidratos, mediterránea o baja en grasas" *New England Journal of Medicine* 2008; 359:229-241

Brehm, BJ et al. "Un ensayo aleatorizado que compara una dieta muy baja en carbohidratos y una dieta baja en grasas y con restricción calórica sobre el peso corporal y los factores de riesgo cardiovascular en mujeres sanas". *Revista de Endocrinología Clínica y Metabolismo*, 2003; 88(4):1617-1623

Stern, L et al. "Efectos de las dietas bajas en carbohidratos frente a las dietas convencionales para bajar de peso en adultos con obesidad severa: Seguimiento de un año de un ensayo aleatorizado". *Anales de Medicina Interna*, 2004; 140:778-785

Yancy, WS et al. "Una dieta cetogénica baja en carbohidratos versus una dieta baja en grasas para tratar la obesidad y la hiperlipidemia". *Anales de Medicina Interna* 2004; 140:769-777

Gardner, CD et al. "Comparación de las dietas Atkins, Zone, Ornish y LEARN para el cambio de peso y factores de riesgo relacionados en mujeres premenopáusicas con sobrepeso". Revista de la Asociación Médica Americana 2007; 297:969-977

Kaunitz, H. Lípidos (1978) 13: 373. <https://doi.org/10.1007/BF02533733>

Krumholz, H et al. "Falta de asociación entre el colesterol y la mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria, así como la mortalidad por todas las causas en personas mayores de 70 años", Journal of the American Medical Association, 1994; 272:1335-1340

Weverling-Rijnsburger, AW et al. "Colesterol total y riesgo de mortalidad en los ancianos más mayores" Lancet 1997; 350:1119-1123

Krum, H. y McMurray, J.J. "Estatinas e insuficiencia cardíaca crónica: ¿Necesitamos un ensayo clínico a gran escala?". Revista del Colegio Americano de Cardiología, 2002; 39(10):1567-1573.

Böhm M et al. "Insuficiencia cardíaca y estatinas: ¿por qué necesitamos un ensayo clínico?" Zeitschrift für Kardiologie 2005; 94:223-2230.

Kjekshus J. "¿Una estatina en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca? Estudio multinacional controlado de rosuvastatina en insuficiencia cardíaca (CORONA): diseño del estudio y características basales", European Journal of Heart Failure 2005; 7:1059-1069.

Cleland, JG, et al. "Amenazas, oportunidades y estatinas en el tratamiento moderno de la insuficiencia cardíaca" Revista Europea del Corazón 2006; 27:641-643.

Horwich, TB et al. "El colesterol total sérico bajo se asocia con un marcado aumento de la mortalidad en la insuficiencia cardíaca avanzada", Journal of Cardiac Failure 2002; 8:216-224.

Rauchhaus, M et al. "La relación entre el colesterol y la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica" Journal of the American College Cardiology 2003; 42:1933-1940.

Rauchhaus, M et al. "La hipótesis de la endotoxina-lipoproteína" The Lancet 2000; 356(9233): 930-933

Iribarren, C et al. "Estudio de cohorte del colesterol sérico total y la incidencia hospitalaria de enfermedades infecciosas" Epidemiología e Infección 1998;121:335-347

Schatz, IJ et al. "Colesterol y mortalidad por todas las causas en personas mayores del Programa Cardíaco de Honolulu: Un estudio de cohorte" The Lancet 2001; 358:351-355

Penélope, K et al. "Colesterol sérico y rendimiento cognitivo en el estudio cardíaco de Framingham" Medicina Psicosomática 2005; 67:24-30

Liu, Su-Yang et al. La colesterol-25-hidroxilasa inducible por interferón inhibe ampliamente la entrada viral mediante la producción de 25-hidroxicolesterol. *Inmunidad* 2013;38:92-105.

El colesterol fortalece la memoria del sistema inmunitario. *Science Daily*, 21 de diciembre de 2012.

Sheng R et al. El colesterol modula la señalización celular y la red proteica al interactuar específicamente con proteínas de andamiaje que contienen el dominio PDZ. *Nature Communications*, 3, número de artículo: 1249.  
Publicado el 4 de diciembre de 2012.

Los ligandos endógenos del receptor X hepático cerebral promueven selectivamente la neurogénesis del mesencéfalo. *Nature Chem Biol*, 2013;9:126-33. Publicado en línea el 23 de diciembre de 2012.

Durrington P (2003) Dislipidemia. *Lancet* 362 717–731.

Tonkin AM et al. (2000) Efectos de la pravastatina en 3260 pacientes con angina inestable: resultados del estudio LIPID. *The Lancet* 355, 1871-1875.

Organización Mundial de la Salud (2009) Global Infobase [en línea]. Disponible en : [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/en/index.html](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en/index.html) (consultado en julio de 2009).

Rubins HB et al. (1995) Distribución de lípidos en 8500 hombres con enfermedad coronaria. *The American Journal of Cardiology* 75 1202–1205

Khot, UN et al. "Prevalencia de factores de riesgo convencionales en pacientes con enfermedad coronaria"  
*Revista de la Asociación Médica Estadounidense* 2003; 290(7):898-904

Sachdeva A et al. Niveles lipídicos en pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria: un análisis de 136.905 hospitalizaciones que cumplen con las directrices. *American Heart Journal* 2009; 157: 111–117.

Carroll MD et al. Tendencias en lípidos y lipoproteínas séricas en adultos, 1960-2002. *Revista de la Asociación Médica Americana*, 2005; 294:1773-1781.

A modo de comparación, se utilizó el nivel de LDL de personas de 20 años o más. Sin embargo, las mujeres de aproximadamente la misma edad que las incluidas en el estudio del *American Heart Journal* (10) presentaron un nivel de LDL de 133 mg/dl, mientras que los hombres de aproximadamente la misma edad presentaron un nivel de LDL de 127 mg/dl, lo que significa que, en términos reales, la diferencia fue aún más significativa. Según la Asociación Americana del Corazón, el nivel promedio de colesterol LDL para los adultos estadounidenses de 20 años o más es de 115 mg/dl ([http://www.heart.org/HEARTORG/Condiciones/Colesterol/Acerca del colesterol/¿Qué es lo que...? Cholesterol-Levels-Mean\\_UCM\\_305562\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Condiciones/Colesterol/Acerca%20del%20colesterol/%C3%BAQu%C3%A9%20es%20lo%20que...?Cholesterol-Levels-Mean_UCM_305562_Article.jsp)) (consultado el 14 de marzo de 2013).

Shepherd, J et al. "Prevención de la enfermedad coronaria con pravastatina en hombres con hipercolesterolemia" *New England Journal of Medicine* 1995; 333:1301-1308