

REC: CardioClinics

www.reccardioclinics.org

Editorial

Ojos que no ven, corazón que sí siente

Eyes that don't see, heart that does feel



Almudena Castro Conde

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 4 de diciembre de 2023

El artículo de Cordero et al.¹ recientemente publicado en REC: CardioClinics, cuyo objetivo es conocer el grado de conocimiento de los pacientes que ingresan por un síndrome coronario agudo (SCA) sobre sus niveles de colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), nos da pie a varias reflexiones que van más allá del conocimiento o no del perfil lipídico de un paciente.

Los resultados del estudio de Cordero et al. ponen de manifiesto que un 42,44% de la población ingresada por SCA desconoce sus niveles de cLDL, y que el desconocimiento del valor del cLDL va asociado a cifras más altas del mismo, menor edad y mayor prevalencia de SCA con elevación del segmento ST¹.

La primera reflexión que se puede hacer de este trabajo, y de acuerdo con lo que apuntan los autores en su discusión, es el bajo éxito de las campañas de prevención cardiovascular en comparación con otras campañas de salud pública, como pueden ser la protección de cáncer de piel, el programa de cribado del cáncer de mama o de colon.

La enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte en el mundo occidental, pero a pesar de eso su prevención no ha calado en la población general. Las campañas de prevención deben pasar por programas para incentivar la dieta mediterránea, el ejercicio físico y la abs-

tención de tabaco, pero también deben incidir en la necesidad de la detección y control de los factores de riesgo.

En este sentido, las guías de práctica clínica no tienen un posicionamiento claro sobre la edad y periodicidad de la realización de un análisis para la detección de dislipidemia. En unas se habla de falta de evidencia para esta recomendación², en otras, como en las guías canadienses de prevención primaria³, se dan recomendaciones claras sobre la edad de inicio del cribado y la frecuencia de las reevaluaciones.

En pacientes sin enfermedad cardiovascular se recomiendan pruebas lipídicas como parte de la estimación global del riesgo de enfermedad cardiovascular en hombres de 40 años o más y mujeres de 50 años o más. Se puede considerar hacerlas a edades más tempranas en pacientes con factores de riesgo cardiovascular tradicionales conocidos, como hipertensión, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, enfermedad renal crónica, diabetes o tabaquismo. La reevaluación del riesgo cardiovascular en pacientes que no reciben tratamiento hipolipemiente se recomienda hacerla cada 5 años. Tanto en las guías europeas de prevención cardiovascular⁴ como en las del tratamiento de las dislipidemias⁵ no se ofrecen recomendaciones claras a este respecto.

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.09.005>.

Correo electrónico: Almu.castro@icloud.com

✉ [@almucastro01](https://twitter.com/almucastro01)

<https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.11.003>

2605-1532/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Los resultados del trabajo de Cordero et al.¹ ponen de manifiesto la necesidad de recomendaciones concretas para el cribado de las dislipidemias e iniciar tratamiento cuando esté indicado.

La segunda reflexión viene derivada del hallazgo sobre mortalidad hospitalaria, que fue mayor en los pacientes que desconocían su perfil lipídico y tenían una edad <65 años, observándose también que los pacientes con tratamiento hipolipidemiante previo tuvieron una mortalidad significativamente menor (4,9 frente a 7,7%; $p=0,03$) en comparación con aquellos sin tratamiento. Este dato puede estar relacionado con el impacto del tratamiento hipolipidemiante sobre la estabilización de la placa de ateroma. Por tanto, más razón aún para reforzar las medidas de detección y tratamiento de las dislipidemias en pacientes jóvenes en prevención primaria.

La tercera reflexión viene de la observación de que los niveles medios de cLDL de la población estudiada en su conjunto no fueron excesivamente altos: 96,63 mg/dl y de 99 mg/dl en aquellos que desconocían sus valores. Aunque la media de la relación TRG/HDL fue de 3,3, apuntando a lipoproteínas más pequeñas y densas y, por tanto, más aterogénicas. Pero estos niveles son claramente menores al cLDL medio de los pacientes del estudio 4S⁶: 188 mg/dl. Esto nos habla de que la cifra objetivo de cLDL en la prevención primaria recomendada por las guías de 100-115 mg/dl^{4,5} probablemente esté por encima de los niveles de cLDL que nos corresponden como especie y fuera de las necesidades que tenemos en una sociedad sedentaria y con exceso de consumo energético. ¿Se debería bajar el nivel de cLDL recomendado en prevención primaria?

Una cuarta y última reflexión es el dato de que el índice triglicéridos/glucosa medio es alto (4,86) y sugiere una alta probabilidad de resistencia a la insulina y de hígado graso en esta población. Un dato que apunta a un estilo de vida inadecuado: más sedentario y con dieta no adecuada. La resistencia a la insulina y/o el hígado graso son 2 condiciones que confieren un mayor riesgo vascular que la teórica cifra objetivo de LDL que debemos alcanzar. Por lo tanto, sería razonable preguntarnos si deberíamos conocer más parámetros además del cLDL.

Lo que está claro es que urge un cambio en las políticas de salud pública para mejorar la detección y tratamiento (farmacológico y no farmacológico) de los factores de riesgo vascular y metabólicos. «Ojos que no ven, corazón que no siente» no vale en prevención cardiovascular.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización del presente trabajo.

Conflicto de intereses

Ningún conflicto de intereses relacionado con el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cordero A, Flores E, Escribano D, et al. Prognostic value of lipid profile awareness in patients admitted for a first acute coronary syndrome. *REC CardioClinics*. 2023. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2023.09.005>
2. Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. *Aten Primaria*. 2020;52(Suppl 2):5-31.
3. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician*. 2023;69:675-686.
4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42:3227-3337.
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41:111-188.
6. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet*. 1994;344:1383-1389.