

ESTIMADOS EDITORES:

Hemos leído con mucho interés el artículo “Colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad: ¿mucho es demasiado?”, escrito por el Dr. Santiago Lynch (Vol. 7, Nro. 1, 2023). Resulta en verdad interesante cómo el autor plantea la importancia de considerar el colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad (HDLc) más allá de un marcador de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Como lo menciona el Dr. Lynch, de manera clásica, fueron consideradas las observaciones de asociación inversa entre los niveles de HDLc y el riesgo cardiovascular. El hallazgo de que un nivel muy alto de HDLc puede estar vinculado con mayor riesgo clínico es un desafío para la práctica clínica y la estratificación de riesgo de los pacientes.

Además, el aumento en los niveles de HDLc que se logra farmacológicamente, como sucede con los fibratos, la niacina o los inhibidores de la proteína de transferencia de éster de colesterol, no logró reducir la enfermedad cardiovascular en varios ensayos clínicos.

Por lo tanto, el HDLc se considera actualmente como un biomarcador de enfermedad cardiovascular y no un factor de riesgo. De manera interesante, algunos estudios mostraron que los sujetos con niveles muy bajos y muy altos de HDLc tenían mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares (curva en U). Esta controversia podría

explicarse, en parte, por la manera en que realizamos habitualmente la estimación del HDLc. El resultado de la medición cruda del colesterol total contenido en la partícula de HDL no es lo mismo que considerar algunas características de su estructura y función.

En otras palabras, podría observarse un deterioro en la funcionalidad de la molécula de HDL en los niveles muy altos. También deberíamos considerar otros factores asociados con las moléculas de HDLc de gran tamaño. Por ejemplo, el impacto de otros factores confundidores como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de ejercicio y las modificaciones hormonales en los niveles de estrógenos y andrógenos (todos ellos podrían mediar la relación entre el HDLc y la función endotelial). Asimismo, la diabetes y la hipertensión arterial podrían actuar como confundidores en la evaluación del HDLc.

Es sabido que las HDL tienen efectos beneficiosos sobre la oxidación del colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc), ya que disminuyen el estrés oxidativo, favorecen la salida de colesterol de los tejidos periféricos, previenen la apoptosis de las células endoteliales, estimulan los procesos de reparación endotelial y favorecen la liberación de óxido nítrico.

Todas estas funciones no se evalúan al medir la “cantidad” de HDLc. Finalmente, también deben

ser consideradas las mutaciones genéticas que pueden alterar la funcionalidad de la molécula de HDLc.

Todos los factores mencionados, más allá de la valoración del HDLc sérico, debe llevar a replantearnos la manera de estratificar y evaluar la evolución de los tratamientos en nuestros pacientes con riesgo cardiovascular aumentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abedi F, Sadeghi M, Omidkhoda N, *et al.* HDL-cholesterol concentration and its association with coronary artery calcification: a systematic review and meta-analysis. *Lipids Health Dis* 22:60, 2023.
2. Aghasizadeh M, Samadi S, Sahebkar A, *et al.* Serum HDL cholesterol uptake capacity in subjects from the MASHAD cohort study: Its value in determining the risk of cardiovascular endpoints *J Clin Lab Anal* 35:e23770, 2021.
3. Barter PJ, Rye K-A. HDL cholesterol concentration or HDL function: which matters? *Eur Heart J* 38:2487-2489, 2017.
4. Higashi Y. Endothelial function in dyslipidemia: Roles of LDL-cholesterol, HDL-cholesterol and triglycerides. *Cells* 12:1293, 2023.
5. Marco-Benedí V, Jarauta E, Laclaustra M, *et al.* Carga de enfermedad. Cálculo del riesgo cardiovascular y objetivos terapéuticos. *Clin Investig Arterioscler* 33:10-16, 2021.

6. Nicholls SJ, Fujino M. HDL cholesterol and cardiovascular risk: teasing the answer from the complexity Eur J Prev Cardiol 30:644-645, 2023.

Dra. Graciela Beatriz Molinero

Médica especialista en medicina interna y diagnóstico por imágenes; miembro titular de la Sociedad Argentina de Cardiología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Lorenzo Martín Lobo

Médico cardiólogo, Hospital Militar Campo de Mayo; miembro titular de la Sociedad Argentina de Cardiología; Miembro de la Sociedad Argentina de Lípidos, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

ESTIMADOS EDITORES:

He leído con atención el excelente trabajo de la Dra. María Florencia Pérez, publicado en la *Revista Argentina de Lípidos*, Vol. 7, Nro. 1, 2023, que analiza las creencias e impresiones de los pacientes en nuestro medio, acerca del valor de la utilización de medicamentos de uso corriente en medicina cardiovascular (CV).

Son varios los puntos que quisiera destacar del citado estudio. En primer lugar, más del 50% de los participantes habían tenido un evento CV o habían sido revascularizados, dejando muy en claro que se trata de una población de muy alto riesgo, en la que el uso crónico de medicamentos para la prevención CV secundaria resulta inexcusable.

En este contexto, la cuarta parte de los entrevistados consideró que sus médicos utilizan demasiados medicamentos, lo que subraya la realidad de la polifarmacia en cardiología, dejándonos como primer mensaje la necesidad de

simplificar los tratamientos para mejorar la adhesión, quizás con estrategias como las polipíldoras o las combinaciones a dosis fijas.

Por otro lado, 1 de cada 3 piensa que si le dedicasen más tiempo a la atención de cada paciente, los médicos prescribirían menos fármacos. Esto último desnuda una realidad que no escapa a la percepción de los pacientes, como ser las falencias de los sistemas de salud, en nuestro medio, como también la sobrecarga de tareas (incluyendo la cantidad de consultas) asignadas a cada profesional.

Llamativamente, el 43% de los pacientes consideró que los médicos “confiaban demasiado” en los medicamentos. En este aspecto, y como segundo mensaje, sería muy importante que los médicos adoptemos definitivamente el enfoque de “decisiones compartidas con el paciente”. Las decisiones compartidas con el paciente son una conducta de colaboración en la toma de decisiones entre el médico y el paciente. En esta estrategia se prioriza la comunicación abierta y respetuosa entre el profesional y el sujeto para evaluar opciones de tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias, los valores y el contexto del paciente.

El profesional de la salud debe brindar información clara y comprensible sobre las opciones de tratamiento disponibles, los beneficios y riesgos asociados, y las posibles alternativas. Todo lo contrario a la toma de decisiones unilaterales y la indicación de un tratamiento sin mucha discusión. El enfoque de decisiones compartidas ayudaría

a descartar percepciones erróneas –como claramente han quedado de manifiesto en el trabajo de la Dra. Pérez–, convirtiendo al paciente en un actor operativo en el cuidado de su propia salud.

Otra parte importante del estudio son las percepciones acerca de la utilización de estatinas. Si bien la mitad de los entrevistados consideró que las estatinas evitan que su enfermedad progrese, y un tercio se halla convencido de que su salud depende de dichos fármacos, mientras que otro tercio manifestó su preocupación por el uso prolongado de estos. Esto último pone de manifiesto, una vez más, concepciones erróneas sobre las estatinas y los malos comentarios que abundan en internet.

Precisamente, en un estudio reciente de Somani *et al.*, se analizó mediante inteligencia artificial temas y opiniones relacionados con las estatinas en las redes sociales, observando que de 10 233 debates, el 30.8% tuvo un sentimiento negativo, un 66.6% neutral, y solo el 2.6% representó comentarios positivos.

De manera similar, en otro estudio que incluyó 5693 adultos a los que se les indicó tratamiento con estatinas (*Registro Patient and Provider Assessment of Lipid Management [PALM]*), los pacientes evaluaron las razones para rechazar o suspender las estatinas y las creencias sobre su rol en el riesgo de enfermedad CV. Aquí, la preocupación por los efectos secundarios fue el principal motivo de rechazo o interrupción del tratamiento con estatinas.

Finalmente, no es de sorprender la valoración positiva sobre la aspirina (AAS) que duplica en ese aspecto a las estatinas. Ello puede deberse a múltiples aspectos; en primer lugar, la generalización del concepto de que la AAS previene el infarto de miocardio, algo que no ha sido asimilado de igual modo con las estatinas. Asimismo, la venta libre de AAS de 81 y 100 mg en la mayoría de los países, cosa que –por suerte– no sucede con las estatinas, contribuye a una mayor familiarización con dichos fármacos, entre otros motivos.

En conclusión, el estudio de la Dra. Pérez pone en evidencia aspectos importantes acerca de

cómo piensan y sienten nuestros pacientes, y que deberíamos tener muy en cuenta en nuestra relación con ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley CK, Wang TY, Li S, *et al.* Patient-reported reasons for declining or discontinuing statin therapy: Insights from the PALM Registry. *J Am Heart Assoc* 8(7):e011765, 2019.
2. Mehran A, Tracy ME, Thomas WF, *et al.* Polypharmacy in cardiovascular medicine: Problems and promises! *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem* 15(1)31-39, 2017.
3. Pagidipati N, Peterson E. Should cardiovascular preventive therapy be over-the-counter? *J Am Coll Cardiol* 78(11):1124-1126, 2021.
4. Somani S, van Buchem MM, Sarraju A, *et al.* Artificial intelligence-enabled analysis of statin-related topics and sentiments on social media. *JAMA Netw Open* 6(4):e239747, 2023.

Dr. Alberto Lorenzatti

Codirector del Instituto Médico DAMIC, Fundación Rusculleda de Investigación en Medicina, Córdoba; presidente electo de la Sociedad Internacional de Farmacoterapia Cardiovascular (ISCP); cofundador y ex presidente de la Sociedad Argentina de Lípidos, Argentina