



ELEVACIÓN DE TRIGLICÉRIDOS PLASMÁTICOS DE COLESTEROL REMANENTE Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y NO CARDIOVASCULAR

Wadström BN, Pedersen KM, Wulff AB, et al.: *Eur Heart J.*:(2023):44(16):(1432-1445)

El colesterol transportado en lipoproteínas ricas en triglicéridos, también conocido como "colesterol remanente", se reconoce, cada vez más, como un importante factor de riesgo causal de aterosclerosis. El colesterol remanente elevado, caracterizado por un aumento de los triglicéridos plasmáticos, se asocia causalmente con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Sin embargo, la asociación con la mortalidad por causas específicas aún no está clara. El objetivo principal del estudio fue probar la hipótesis de que los valores plasmáticos elevados de colesterol remanente y triglicéridos se asocian con una mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular, cáncer y otras causas.

Se utilizó una cohorte poblacional contemporánea con un total de 87.192 individuos del "Estudio de Población General de Copenhague", cuyas edades oscilaban entre 20 y 69 años al inicio de este, entre los años 2.003 y 2.015. Durante un seguimiento máximo de 13 años, se registraron 687 fallecimientos por enfermedad cardiovascular, 1.594 por cáncer y 856 por otras causas, según los datos del Registro Nacional Danés de Causas de Muerte. Comparado frente a aquellos con niveles de colesterol remanente inferiores a 0,5 mmol/L (<19 mg/dL), los pacientes con valores de colesterol remanente igual o superior a 1,0 mmol/L (≥ 39 mg/dL; 22% de la población) presentaron un riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular, ajustado por múltiples variables, de 2,2 veces superior (IC95% 1,3-3,5). Sin embargo, no se observó una asociación significativa entre el colesterol remanente elevado y la mortalidad por cáncer (HR=1,0; IC95% 0,7-1,3). En cuanto a mortalidad por otras causas, los pacientes con colesterol remanente elevado presentaron un riesgo 2,1 veces mayor (IC95% 1,4-3,3). Un análisis exploratorio de las subcategorías de causa de muerte mostró razones de riesgo (HR) correspondientes a 4,4 (IC95% 1,6-11,0) para cardiopatía isquémica, HR=8,4 (IC95% 2,0-34,0) para enfermedades infecciosas y HR=9,1 (IC95% 1,9-43,0) para patologías endocrinas. Un análisis adicional presentó los mismos resultados al comparar los pacientes con niveles de triglicéridos en plasma superiores a 2 mmol/L (>177 mg/dL) frente a aquellos con menos de 1 mmol/L (<89 mg/dL).

Los resultados de este estudio indican que el colesterol remanente elevado (presente en, aproximadamente, el 22% de la población) y los niveles elevados de triglicéridos en plasma (cuya prevalencia es del 28%) se asocian con una mortalidad por causa cardiovascular y por otras causas dos veces superior. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa con la mortalidad por cáncer. Estos hallazgos novedosos deberán ser validados en otras cohortes de investigación.

CIFRAS E IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

José R. Banegas, Mercedes Sánchez-Martínez, Teresa Gijón-Conde, Esther López-García,

2024 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En España, el 33% de los adultos de 30-79 años (10 millones) eran hipertensos en 2019: el 68% estaba diagnosticado y el 57% recibía tratamiento farmacológico, y la cobertura terapéutica efectiva (control) alcanzaba al 33%, con disparidades geográficas y sociales en ambos parámetros. Aproximadamente 46.000 muertes cardiovasculares al año son atribuibles a la hipertensión. En las últimas décadas, el control de la hipertensión ha aumentado gracias a las mejoras higiénico-dietéticas y a un mayor uso de poli terapia, coincidiendo con la reducción de la mortalidad por ictus.

Hay varios determinantes modificables de la falta de control de la hipertensión: a) el fenómeno de bata blanca (un 22-33% de los tratados), en parte por la disponibilidad limitada de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) (49%) y la auto medición de la presión arterial (AMPA) (78%); b) una insuficiente adherencia del paciente a medicamentos y estilos de vida saludables (la reducción del peso, que es la medida más eficaz, es la menos utilizada, 40%), y c) el uso insuficiente de poli terapia (55%).

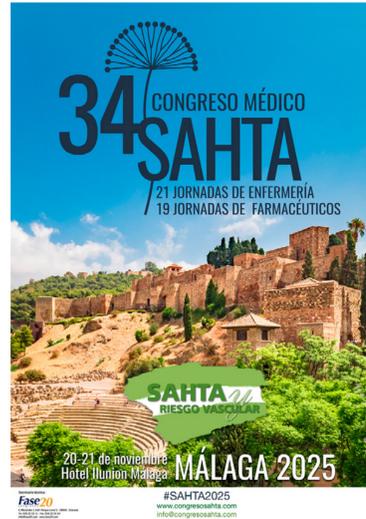
Los retos pendientes son: a) tecnológicos (medir la presión con técnicas más exactas [MAPA, AMPA] y utilizar instrumentos de estimación del riesgo cardiovascular [p. ej., SCORE]); b) cíclicos (reducir la inercia terapéutica [59%], implicar al paciente en su propio control [adherencia medicamentosa, 62%] e implementar efectivamente las guías de práctica clínica), y c) de salud pública (reducir la carga de obesidad [24%], monitorizar el progreso con encuestas actualizadas y establecer metas nacionales de control de la presión arterial).

<https://doi.org/10.1016/j.rec.2024.03.0111885-5857>

Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under.

Hazte SOCI@
de la SAHTA
o Actualiza tus datos

La SAHTA en las
Redes Sociales



PLAN CUÍDATE+
-SAL = +SALUD

