Los editores de la *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* les proponemos a nuestros lectores la oportunidad de reflexionar sobre temas que se encuentran en debate en la comunidad científica. Para ello, hemos invitado a dos prestigiosos referentes en el tema, con perspectivas diferentes sobre la indicación de tratamiento farmacológico para reducir el colesterol, a presentar sus argumentos a partir de una situación clínica hipotética. A continuación, les compartimos las reflexiones de los Dres. Karin Kopitowski* y Walter Masson a partir del siguiente escenario hipotético:

> *Un hombre de 24 años, sano y asintomático, consulta para un control periódico de salud. No fuma, realiza actividad física regularmente y no presenta hipertensión, diabetes ni obesidad. En dos controles separados presenta valores de colesterol LDL de 175 y 180 mg/dL. No tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.*
> *Su riesgo cardiovascular a corto plazo es muy bajo. Sin embargo, la elevación persistente del colesterol LDL podría implicar una mayor exposición acumulada a lo largo de la vida.*
> *Ante esta situación, ¿debe indicarse una estatina en un adulto joven con colesterol LDL elevado o es preferible continuar con medidas sobre el estilo de vida y seguimiento periódico?*

El paciente no es su LDL: a favor del seguimiento activo

Karin Kopitowski
Unidad Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

En este paciente no iniciaría una estatina. No porque su colesterol no importe, sino porque él importa más que su colesterol. Un C-LDL de 175-180 mg/dL, confirmado en dos determinaciones, merece atención. Lo que está en discusión es qué tipo de atención: si la respuesta a un número debe ser, casi por reflejo, una receta que, a los 24 años, probablemente lo acompañe durante medio siglo.

El argumento de la exposición acumulada es sólido y no pretendo discutirlo. La evidencia epidemiológica, genética y de ensayos clínicos muestra que el C-LDL es causal de la enfermedad aterosclerótica y que el daño depende de su concentración y del tiempo de exposición[1]. Pero que una molécula sea causal no convierte en beneficiosa cualquier intervención, en cualquier persona y a cualquier edad. Entre la fisiopatología y la prescripción hay un paso que la medicina basada en la evidencia no nos permite saltar: saber cuánto beneficio obtiene esta persona, y a cambio de qué.

Ese paso, en esta ocasión, no está dado. La guía estadounidense de 2026, que avanzó hacia un tratamiento más temprano, considera razonable el uso de una estatina en personas de 30 a 59 años con riesgo bajo y C-LDL de 160-189 mg/dL. Pero lo hace como una recomendación débil, basada en evidencia limitada y tras un intento de modificar los hábitos[2]. Para menores de 30 años, es explícita: no hay ensayos que demuestren una reducción de eventos, y la decisión queda a juicio clínico y a la preferencia del paciente[2]. Su única recomendación fuerte para los adultos jóvenes se centra en la alimentación, la actividad física y el peso. Las guías europeas consideran el uso del fármaco en personas de bajo riesgo solo si el C-LDL permanece elevado pese a la optimización de las medidas no farmacológicas[3]. La United States Preventive Services Task Force, por su parte, reserva su recomendación para adultos de 40 a 75 años con factores de riesgo y un riesgo estimado a diez años de, al menos, 7,5%, y, en el rango inferior, la supedita a la preferencia del paciente[4]. Cuando una guía admite que no hay evidencia y nos devuelve la decisión, no nos está pidiendo que prescribamos: nos está pidiendo que conversemos.

*Comentarios del Dr. Walter Masson "LDL-C: el valor importa, pero el tiempo de exposición también" [link]

Autora para correspondencia: karin.kopitowski@hospitalitaliano.org.ar, Kopitowski K.

Recibido: 29/10/2026 | Aceptado: 5/11/2026 | Publicado: 6/11/2026

DOI: http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i4.1388

Cómo citar: Kopitowski K. El paciente no es su LDL: a favor del seguimiento activo. Rev Hosp Ital B.Aires. 2026;46(4):e0001388

BY-NC-SA 4.0
ISSN (en línea) 2314-3312

Hagamos de cuenta que el argumento de la exposición acumulada no hace. Supongamos, generosamente, que el riesgo de este joven a los 10 años es del 1 % y que la estatina lo reduce en un 30 %: bajaría al 0,7 %. Habría que tratar a más de 300 personas como él durante una década para evitar un evento, y casi todas las demás tomarían la medicación sin obtener ese beneficio. Puede resultar que el saldo a cuarenta años sea más favorable; no lo sabemos, porque nadie lo midió. Lo que sí sabemos es lo que cuesta empezar: convertir a una persona sana en paciente crónico, con sus controles, sus efectos adversos, sus costos y su etiqueta. Evitar ese daño cuando el beneficio es incierto tiene nombre: prevención cuaternaria[5]. No es nihilismo terapéutico; es *el principio de no hacer daño* aplicado a quien aún no está enfermo.

Defender esta postura no autoriza a no hacer nada. «Cuídese y vuelva en unos años» es tan reflejo como la receta. Seguir de forma activa implica, primero, entender el problema: descartar causas secundarias, conocer el colesterol no HDL y los triglicéridos, medir una vez la lipoproteína(a)[2] y volver a preguntar por los antecedentes familiares, que a esta edad suelen ser incompletos. Si aparece la sospecha de hipercolesterolemia familiar, la conversación cambia por completo. Segundo, implica una intervención concreta sobre la alimentación, adaptada a la vida real de este paciente, que reconozca como activos de salud que no fume y que realice actividad física. Tercero, implica acordar desde ahora una nueva evaluación en seis a doce meses y qué cambiaría la decisión: un C-LDL que no baja o que aumenta, nuevos factores de riesgo, un antecedente familiar temprano o una lipoproteína(a) elevada.

Y queda lo más importante: lo que él quiera. Si, después de conocer la magnitud real del beneficio y de la incertidumbre, prefiere tratarse, esa elección es legítima. Lo que cuestiono no es la estatina; es decidir por él que un número basta para convertirlo en paciente.

A los 24 años, el tiempo juega a favor de la deliberación. Postergar la prescripción no es renunciar a ella, y actuar temprano no es sinónimo de prescribir temprano. A veces, la intervención preventiva más potente que tenemos no es el fármaco, sino la consulta.

Conflictos de intereses: la autora declara no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

Financiamiento: la autora declara que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

REFERENCIAS

1. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J. 2017;38(32):2459-2472. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx144
2. Writing Committee Members; Blumenthal RS, Morris PB, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of dyslipidemia: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2026;153(17):e1154-e1276. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001423. Errata en: Circulation. 2026;153(25):e1447. https://doi,org/10.1161/CIR.0000000000001457. Errata en: Circulation. 2026;154(10):e393. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001475
3. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al. 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46(42):4359-4378. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190. Errata en: Eur Heart J. 2026;47(6):697. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf1036
4. US Preventive Services Task Force; Mangione CM, Barry MJ, et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2022;328(8):746-753. https://doi.org/10.1001/jama.2022.13044
5. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015;4(2):61-64. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24