

6. Tratamiento de pacientes con descenso aislado c-HDL

PREGUNTA PARA RESPONDER

- ▶ ¿Hay que tratar con hipolipemiantes a pacientes con descenso aislado de c-HDL?

Los estudios poblacionales han puesto de manifiesto que el c-HDL es un predictor inverso de enfermedad coronaria (205;206). Sin embargo, el riesgo de morir por enfermedad cardiovascular atribuible a niveles de c-HDL bajos en personas con CT normal en comparación con el riesgo que tienen las personas con niveles más altos de c-HDL y CT normal es relativamente pequeño [(4,9 por 10.000 varones-año, RR 1,38 (IC95%:1,06-1,78)]. Además, no se observan diferencias en la mortalidad total entre estos dos grupos de personas (207) .

La guía Neo Zelandesa recomienda terapia combinada o tratamiento con fibratos en pacientes con c-HDL bajo que han sufrido un evento coronario. Recomienda también intervención intensiva sobre el estilo de vida, y probablemente con fibratos, en pacientes con c-HDL bajo, TG elevados y RCV superior al 15% (10). Otras guías también recomiendan valorar la intervención en pacientes con c-HDL (< 40 mg/dl) aunque enfatizan que el objetivo primario del tratamiento deben ser los niveles de c-LDL (8).

Hay que señalar que no hay estudios en la literatura científica que aborden el tratamiento de pacientes con reducción aislada de c-HDL y que, por otra parte, en los ECA realizados con fármacos que aumentan los niveles de c-HDL, la población tenía otras alteraciones lipídicas, por lo que es difícil asumir que el beneficio en la reducción del RCV se deba al ascenso aislado de las c-HDL.

En este mismo sentido, ECA realizados con inhibidores de la enzima transferidora de ésteres de colesterol (CETP) (torcetrapib, anacetrapib), que producen aumentos relevantes de c-HDL junto a una disminución de c-LDL, no han obtenido resultados favorables en morbimortalidad.

Un ECA de reciente publicación realizado en personas entre 45-75 años con historia previa de enfermedad cardiovascular o diabetes tipo 2, comparó torcetrapib (CETP) más atorvastatina con atorvastatina en monoterapia. Se observó un aumento del riesgo de

mortalidad total [RR 1,58 (IC95%: 1,14-2,19) y de eventos cardiovasculares RR 1,25 (IC95%: 1,09-1,44)] en el grupo de torcetrapib/atorvastatina en comparación con atorvastatina sola. Se obtuvo un aumento del 72,1% en las c-HDL y una reducción del 24,9% en las c-LDL (208).

En otros estudios realizados anteriormente, torcetrapib no había conseguido reducir el desarrollo de aterosclerosis en carótidas (209) o en arterias coronarias (210).

Por otra parte, una RS de 31 ECA, diseñada para evaluar el efecto de las c-HDL con eventos clínicos, no encuentra evidencia de que el aumento de los niveles de c-HDL reduzca la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (117).

Como alternativas de intervención hay que destacar que el ejercicio aeróbico, el abandono del tabaco, la pérdida de peso y el consumo moderado de alcohol (30 g/día) han demostrado aumentar los niveles de c-HDL (117). Así mismo, la sustitución de grasa saturada por mono o poli-insaturada reduce la razón c-LDL/c-HDL.

Por lo que se refiere a la modificación de los niveles de c-HDL que se consiguen con los diferentes tipos de terapia hipolipémiente, una RS reciente establece que niacina produce aumentos del 20 al 30%, las estatinas entre el 5 y el 15% y los fibratos del 10-20% (117;154) .

Resumen de la evidencia

	No hay ECA realizados en pacientes con descenso aislado de c-HDL.
1+	El aumento del ejercicio aeróbico, el abandono del tabaco, la pérdida de peso, el consumo de 30 g/día de alcohol y la dieta baja en grasas saturadas aumentan los niveles de c-HDL (117;154).

Recomendación

A	Para aumentar los niveles de c-HDL se recomienda la realización de ejercicio de intensidad aeróbico de forma regular, reducir el peso en caso de existir obesidad, y en los fumadores, el abandono del tabaco.
✓	Se recomienda no iniciar el tratamiento farmacológico ante cifras aisladas de c-HDL sin tener en cuenta el riesgo coronario según la función de REGICOR.