

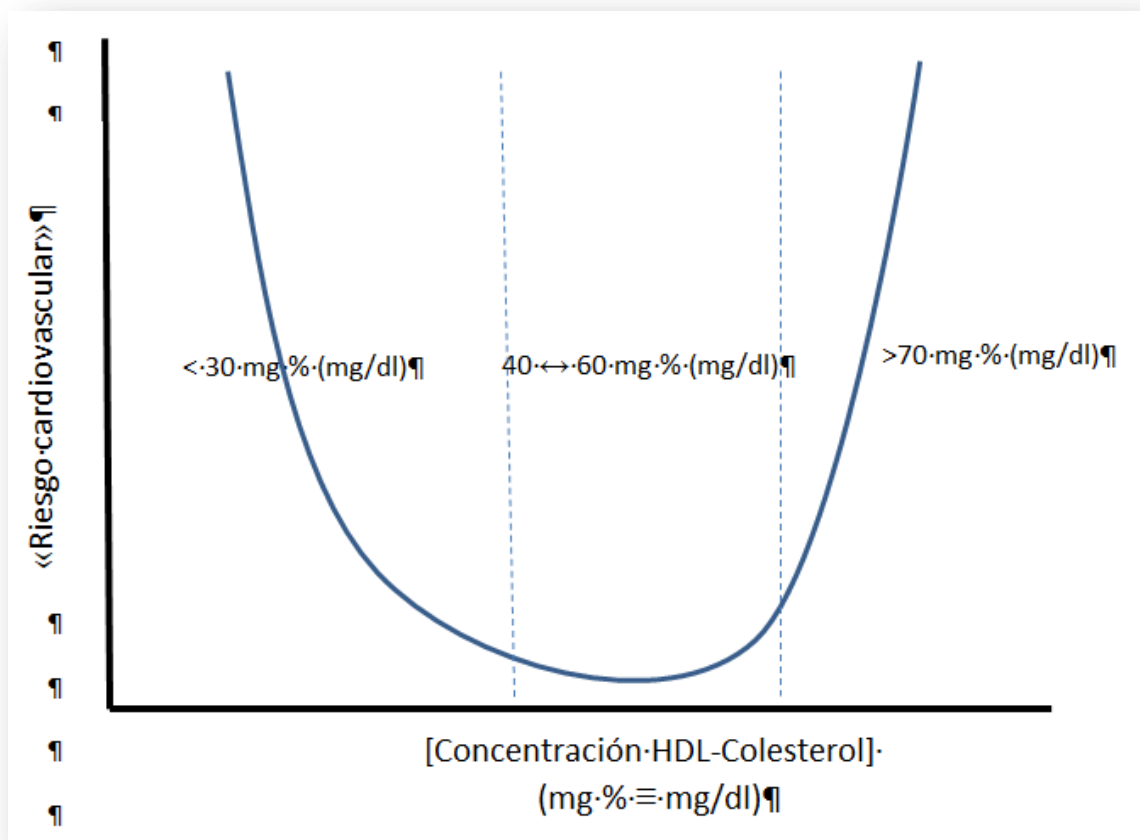
# HDL-COLESTEROL



Las concentraciones elevadas de «HDL-Colesterol» ejercen un efecto protector frente a las enfermedades coronarias y los ictus (accidentes cerebrovasculares). [HDL es el acrónimo en inglés de *High Density*

*Lipoprotein*].

La máxima escrita en el frontispicio del templo griego de Delfos, «nada en exceso», es también aplicable a los [niveles sanguíneos de HDL-Colesterol](#).



La [relación entre las concentraciones de HDL-Colesterol y el riesgo de enfermedad cardíaca, cáncer y muerte prematura](#) se ajusta a una curva en forma de U (letra «u» mayúscula) ligeramente deformada, significando que concentraciones demasiado bajas o excesivamente elevadas de «HDL-Colesterol» son perjudiciales. Solo las concentraciones «moderadas» son *cardioprotectoras*. La parte más baja de la curva (el riesgo cardiovascular más bajo) se presenta en el rango de concentraciones «HDL-Colesterol» entre 40 y 60mg/dl (40-60mg %). Las concentraciones inferiores a 30m/dl, o [superiores a 70mg/dl son perjudiciales](#), sobre todo para personas con enfermedad cardíaca preexistente- En cualquier caso, el «HDL-Colesterol» es un parámetro más difícil de interpretar que el «LDL-Colesterol». Así pues, no son aconsejables concentraciones de «HDL-Colesterol» exageradamente elevadas. [LDL es el acrónimo en inglés de *Low Density Lipoprotein*].

El parámetro más importante para estimar el *riesgo cardiovascular* es la concentración de «LDL-Colesterol». En cambio, la protección derivada de elevadas concentraciones de «HDL-Colesterol» no se ajusta a una función matemática sencilla.

Transcribo, resumidos, varios [puntos del American College of Cardiology](#) para el tratamiento de los pacientes con elevadas concentraciones de [Colesterol](#) en plasma:

- Las recomendaciones enfatizan acerca de la importancia de un estilo de vida cardiosaludable. Ello reduce el surgimiento de factores de riesgo durante las primeras etapas de la vida, y reduce la morbilidad y mortalidad en etapas más tardías de la vida.
- En **pacientes con enfermedad cardíaca** es preciso instaurar un tratamiento farmacológico con *estatinas* («inhibidores de la enzima hidroximetilglutaril-CoA-reductasa»). Se ha de administrar la máxima dosis tolerada de la *estatina*, con el fin de reducir los niveles de «LDL-Colesterol»  $\geq 50\%$  de los niveles previos al inicio del tratamiento. Bajo el epígrafe «enfermedad cardíaca» se incluyen: ictus (accidente cerebrovascular), angina estable, síndrome coronario agudo, enfermedad vascular (con o sin claudicación), y aneurisma aórtico.

- En **pacientes con patología cardíaca de muy alto riesgo**, hay que intentar reducir las concentraciones por debajo de 70mg/dl (70 mg %  $\equiv$  1,8mmol/L). Para ello se asocia un tratamiento de combinación con *estatinas* a dosis máximas. *Ezetimibe*, e incluso un fármaco de la clase de los *inhibidores de PCSK9*. Actualmente (2018) la experiencia clínica con los *inhibidores de PCSK9* no es superior a 3 años. Los criterios para la consideración de pacientes de *muy alto riesgo* incluyen: infarto agudo de miocardio, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica con un índice de ángulo braquial  $< 0,85$ , amputación derivada de isquemia vascular, hipercolesterolemia familiar heterocigótica, diabetes, enfermedad renal crónica grave (filtración glomerular [GFR]  $\leq 19\text{ml/min.}$ ,  $1,72\text{m}^2$ ), fumador, niveles de «LDL-Colesterol»  $\geq 100\text{mg \%}$  (mg/dl) a pesar de tratamiento con *estatinas* a dosis máximas asociado, o no, a *Ezetimibe*.
- **Pacientes con hipercolesterolemia primaria grave** («LDL-Colesterol»  $\geq 190\text{mg/dl}$   $\equiv 4,9\text{mmol/L}$ ) a pesar de tratamiento con *estatinas* a dosis máximas. En esta situación clínica, los *inhibidores de PCSK9* son tratamiento de primera elección.
- **Pacientes en el rango de edad entre 40 y 75 años con diabetes mellitus y concentraciones de «LDL-Colesterol»  $\geq 70\text{mg/dl}$** . En estos pacientes la primera decisión clínica ha de ser la administración de *estatinas* a dosis máximas para lograr una reducción porcentual de los niveles de «LDL-Colesterol»  $\geq 50\%$ .
- **Pacientes adultos de entre 40 y 75 años sin diabetes mellitus con niveles persistentes de «LDL-Colesterol»  $\geq 160\text{mg/dl}$  ( $\geq 1,4\text{mmol/L}$ )** precisan tratamiento farmacológico con *estatinas* a dosis máximas o *estatinas* a dosis máximas asociadas a *Ezetimibe*.
- **Pacientes con «síndrome metabólico», enfermedad renal crónica, historia de eclampsia, menopausia prematura (antes de los 40 años), patologías inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, psoriasis o infección por VIH), determinados grupos étnicos (originarios del sudeste de Asia), personas con trigliceridemia ( $\geq 175\text{mg/dl}$   $\equiv \geq 1,97\text{mmol/L}$ ), o con una Apolipoproteína B (ApoB)  $\geq 130\text{mg/dl}$   $\equiv \geq 2.500\text{mmol/L}$ , Proteína C reactiva (indicador de la inflamación)  $\geq 2\text{mg/L}$   $\equiv 190\text{mmol/L}$ ; e índice**

**ángulo braquial < 0,9** [El ángulo braquial o perímetro braquial es una medida del estado nutricional del paciente].

Estos puntos modifican los criterios imperantes desde la última redacción, en el año 2013.

Las pautas de tratamiento actualizadas no solo tienen en cuenta los factores de riesgo (hábito de fumar, presión arterial elevada, hiperglucemia), sino que se ha de llevar a cabo una anamnesis detallada del paciente antes de instaurar un tratamiento farmacológico.

El **uso de medicamentos no debería ser la primera opción de tratamiento**, salvo que las concentraciones de «LDL-Colesterol» sean exageradamente elevadas o la persona padezca una enfermedad cardíaca. En la mayoría de las situaciones, el primer abordaje terapéutico debe dirigirse a un cambio de su estilo de vida consistente en una dieta saludable, ejercicio moderado ajustado a su edad y condición física, y, si es preciso, pérdida de peso. El **tratamiento farmacológico es siempre la segunda línea de tratamiento**.

Otros factores que se deben considerar incluyen: antecedentes familiares, aspectos étnicos, «síndrome metabólico» (escenario clínico pre-diabético), enfermedad renal crónica, procesos inflamatorios, menopausia temprana (antes de los 40 años de edad) e incluso haber sufrido hipertensión o eclampsia durante un embarazo.

Cuando existen antecedentes familiares, se recomienda la determinación del patrón lípido en niños, incluso muy pequeños. El daño derivado de la persistencia de elevadas concentraciones de Colesterol («LDL-Colesterol») es acumulativo a lo largo de la vida.

Hay que remarcar la importancia de un [estilo de vida saludable desde la infancia y adolescencia](#) al objeto de evitar, o retrasar hasta donde sea posible, la instauración de un tratamiento farmacológico.

Un estudio llevado a cabo con 5.500 pacientes halló una relación entre mortandad por cualquier causa y concentraciones de «HDL-Colesterol» superiores a 80mg/dl.

Sobre lo que no existe controversia es acerca de riesgo cardiovascular asociado a elevadas concentraciones de «LDL-Colesterol». Es este, el colesterol que se

deposita y engrosa las placas de ateroma que reducen la luz de las arterias, pudiendo llegar a obliterarlas. Las [concentraciones óptimas de «LDL-Colesterol»](#) deberían mantenerse por debajo de 100mg/dl (en personas sin patología cardíaca); e inferiores a 70mg/dl en personas con enfermedad cardiovascular diagnosticada.

Zaragoza, a 2 de enero de 2019

Dr. José Manuel López Tricas  
Farmacéutico especialista Farmacia Hospitalaria  
Farmacia Las Fuentes  
Florentino Ballesteros, 11-13  
50002 Zaragoza