

# El tratamiento antirretroviral y las dislipidemias

## *Dyslipidemia related to antiretroviral therapy*

*“Debido a factores como la inflamación crónica, la activación inmunitaria y las dislipidemias, los pacientes con infección por el VIH presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Es importante controlar los niveles de lípidos en las personas con infección por VIH en tratamiento, ya que las terapias antirretrovirales pueden afectarlo, si bien este efecto no suele producirse con los nuevos fármacos disponibles.”*

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

### Vicente Estrada

Médico, Departamento de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España



Entrevistadores

### Miguel H. Vicco

Médico, Servicio de Medicina Interna, Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina



### Luz Rodeles

Médica, Servicio de Medicina Interna, Hospital J. B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



+Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del entrevistado.

Madrid, España (especial para SIIC)

**MHV-LR: De acuerdo con la revisión realizada, ¿cuál es la incidencia de dislipidemia por fármacos o asociaciones terapéuticas antirretrovirales en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)?**

VE: Aproximadamente, un 15% de los pacientes en la clínica diaria presenta elevación significativa de los lípidos con el tratamiento antirretroviral.

Esto ha variado de forma notable en los últimos años con la introducción de nuevos fármacos; en concreto, los nuevos inhibidores de la transcriptasa inversa, no análogos de nucleósidos, o los inhibidores de la integrasa, que tienen un mejor perfil lipídico que los fármacos anteriores.

**Sobre la base de la pregunta anterior, ¿cuál es el hazard ratio de un evento cardiovascular, fatal o no fatal, consecuencia de la dislipidemia, inducido por el tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH?**

Los pacientes VIH positivos presentan aproximadamente 1.5 veces más riesgo de tener enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general de las mismas características.

Es difícil atribuir exclusivamente a los lípidos este incremento, ya que la ECV es de origen multifactorial y en ella influyen, además de los factores tradicionales de riesgo

cardiovascular, otros como la inflamación crónica y la activación inmunitaria.

**¿Existen otros factores de riesgo a considerar para la aparición de dislipidemia en el tratamiento puntual de las personas con infección por VIH?**

El riesgo de tener sobrepeso u obesidad se ha incrementado en los pacientes con VIH debido a la mejoría de su estado de salud general. El consumo de alcohol y la falta de ejercicio físico también son frecuentes en esta población y, además, factores a tener en cuenta al valorar el tratamiento de la dislipidemia.

**De acuerdo con la información sugerida en su artículo, ¿cómo plantea usted un escenario adecuado de tratamiento del control del perfil lipídico en personas con infección por VIH en tratamiento?**

En primer lugar, debe considerarse el impacto de los lípidos en el riesgo cardiovascular; debe tenerse en cuenta que las escalas tradicionales de riesgo subestiman el riesgo de ECV en la población de pacientes con VIH. Idealmente, deberían utilizarse escalas validadas en la población que se va a estudiar, que aún no existen. Mi consejo sería usar la escala de riesgo tradicional de Framingham en su actualización más reciente (2013) y seguir los consejos que esta indica.

En pacientes con riesgo superior al 5% a los 10 años debería valorarse la utilización de estatinas. En algunos pacientes, las medidas no farmacológicas pueden reducir ligeramente los niveles lipídicos; debe recomendarse siempre ejercicio físico y dieta, preferiblemente la llamada mediterránea.

Finalmente, el cambio del tratamiento antirretroviral puede mejorar los niveles de lípidos en algunos pacientes; utilizar estatinas o cambiar el tratamiento antirretroviral es una decisión que debe hacerse de manera individual, considerando las características del enfermo; por otra parte, no son medidas excluyentes.

**¿Existen valores determinados, deseables, del perfil lipídico para esta población? ¿Cuál es el período en el que estos deberían lograrse?**

Aunque no existe información sólida para recomendar un objetivo de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad, mi consejo sería intentar mantener un nivel inferior a 130 mg/dl en todos los pacientes; en personas con ECV o equivalentes sería deseable mantener niveles inferiores a 70 mg/dl.

**¿Considera usted que el patrón del perfil lipídico debe influir decisivamente en el plan terapéutico antirretroviral?**

Si el paciente presenta otros factores de riesgo, el plan terapéutico antirretroviral debe estar condicionado por el perfil lipídico.

En general, los regímenes actuales, tienen un perfil lipídico aceptable.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017  
www.siic.salud.com

*El entrevistado no manifiesta conflictos de interés.*

**Bibliografía recomendada**

Alberg J. Lipid Management in patients who have HIV and are receiving HIV therapy. *Endocrinol Metab Clin N Am* 38:207-222, 2009.

Calza I, Manfredi R, Colangeli V, et al. Substitution of nevirapine or efavirenz for protease inhibitor versus lipid-lowering therapy for the management of dyslipidaemia. *AIDS* 19:1051-1058, 2005.

Calza L, Manfredi R, Colangeli V, et al. Efficacy and safety of atazanavir ritonavir plus abacavir-lamivudine or tenofovir-emtricitabine in patients with hyperlipidemia switched from a stable protease inhibitor-based regimen including one thymidine analogue. *AIDS Patient Care STDs* 23:691-697, 2009.

Calza L, Manfredi R, Colangeli V, Pocaterra D, Pavoni M, Chioldo F. Rosuvastatin, pravastatin and atorvastatin for the treatment of hypercholesterolaemia in HIV-infected patients receiving protease inhibitors. *Cur HIV Res* 6:572-578, 2008.

Cooper D, Heera J, Goodrich J, et al. Maraviroc versus efavirenz, both in combination with zidovudine-lamivudine, for the treatment of antiretroviral-naïve subjects with CCR5-tropic HIV-1 infection. *J Infect Dis* 201:803-813, 2010.

De Lazzari E, León A, Arnaiz J, et al. Hepatotoxicity of nevirapine in virologically suppressed patients according to gender and CD4 cell counts. *HIV Med* 9:221-226, 2008.

Emery S, Winston A. Raltegravir: a new choice in HIV and new chances for research. *Lancet* 374:764-766, 2009.

Ena J, Leach A, Nguyen P. Switching from suppressive protease inhibitor-based regimens to nevirapine-based regimens: a meta-analysis of randomized controlled trials. *HIV Med* 9:747-756, 2008.

Eron J, Young B, Cooper D, et al. Switch to a raltegravir-based regimen versus continuation of a lopinavir-ritonavir-based regimen in stable HIV-infected patients with suppressed viraemia (SWITCHMRK 1 and 2): two multicentre, double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 375:396-407, 2010.

European AIDS Clinical Society Guidelines. Non infectious co-morbidities. Available at: [http://www.europeanaidsclinicalsociety.org/guidelinespdf/2\\_Non\\_Infectious\\_Co\\_Morbidities\\_in\\_HIV.pdf](http://www.europeanaidsclinicalsociety.org/guidelinespdf/2_Non_Infectious_Co_Morbidities_in_HIV.pdf)

Friis-Møller N, Thiébaud R, Reiss P, et al. Predicting the risk of cardiovascular disease in HIV-infected patients: the data collection on adverse effects of anti-HIV drugs study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 17:491-501, 2010.

Grundry S, Cleeman J, Merz C, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 110:227-239, 2004.

Lennox J, De Jesus E, Lazzarin A, et al. Safety and efficacy of raltegravir-based versus efavirenz combination therapy in treatment-naïve patients with HIV infection: a multicentre, double-blind randomised controlled trial. *Lancet* 374:796-806, 2009.

Martin A, Bloch M, Amin J, et al. Simplification of antiretroviral therapy with tenofovir-emtricitabine or abacavir-lamivudine: a randomized, 96-week trial. *Clin Infect Dis* 49:1591-1601, 2009.

Martínez E, Arranz J, Podzamczar D, et al. A simplification trial switching from nucleoside reverse transcriptase inhibitors to once-daily fixed-dose abacavir/lamivudine or tenofovir/emtricitabine in HIV-1-infected patients with virological suppression. *J Acquir Immune Defic Syndr* 51:290-297, 2009.

Martínez E, Larrouse M, Llibre J, et al. Substitution of raltegravir for ritonavir-boosted protease inhibitors in HIV-infected patients: the SPIRAL study. *AIDS* 24:1697-1707, 2010.

Mills A, Nelson M, Jayaweera D, et al. Once-daily darunavir/ritonavir vs. lopinavir/ritonavir in treatment-naïve, HIV-infected patients: 96-week analysis. *AIDS* 23:1679-1688, 2009.

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 106:3143-3421, 2002.

Ortiz R, De Jesus E, Khanlou H, et al. Efficacy and safety of once-daily darunavir/ritonavir versus lopinavir/ritonavir in treatment-naïve HIV-infected patients at week 48. *AIDS* 22:1389-1397, 2008.

Overton T, Aberg J, Gupta S, Ryan R, Baugh R, De La Rosa G. Metabolic: Week 48 comparison of metabolic parameters and biomarkers in subjects receiving darunavir/ritonavir or atazanavir/ritonavir. 10th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, UK. [Abstract P74], Nov 2010.

Perry C. Maraviroc: a review of its use in the management of CCR5-tropic HIV-1 infection. *Drugs* 70:1189-1213, 2010.

Post F, Moyle G, Stellbrink H, et al. Randomized comparison of renal effects, efficacy, and safety with once-daily abacavir/lamivudine versus tenofovir/emtricitabine, administered with efavirenz, in antiretroviral-naïve, HIV-1-infected adults: 48-week results from the ASSERT study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 55:49-57, 2010.

Ray G. Antiretroviral and statin drug-drug interactions. *Cardiol Rev* 17:44, 2009.

**Información relevante**

## El tratamiento antirretroviral y las dislipidemias

### Respecto al autor



Vicente Estrada. Médico, Infectólogo, Departamento de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. Especialista en VIH y enfermedades asociadas con el envejecimiento como la enfermedad cardiovascular, la osteoporosis o la insuficiencia renal.



### Respecto al artículo

Los pacientes con infección por VIH tienen aproximadamente 1.5 veces más riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares que la población general.

### El autor pregunta

El tratamiento de algunos de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular disminuye la morbilidad por esa causa.

En relación con el riesgo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con infección por VIH, ¿cuál es su nivel en comparación con la población general?

- A Es igual.
- B Es menor.
- C Es mayor.
- D Se desconoce.
- E No presenta diferencias.

Corrobore su respuesta: [www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/151016](http://www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/151016)

### Palabras clave

tratamiento antirretroviral, dislipidemias, pacientes con VIH, enfermedad cardiovascular, control del perfil lipídico

### Key words

*antiretroviral therapy, dyslipidemias, HIV patients, cardiovascular disease, lipid profile control*

### Cómo citar

Estrada V. El tratamiento antirretroviral y las dislipidemias. *Salud i Ciencia* 22(6):559-61, Ago-Sep 2017.

### How to cite

*Estrada V. Dyslipidemia related to antiretroviral therapy. Salud i Ciencia* 22(6):559-61, Ago-Sep 2017.

### Orientación

Tratamiento, Epidemiología

### Conexiones temáticas

Cardiología, Farmacología, Infectología