

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS EMITIDAS POR LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ATEROSCLEROSIS

La Sociedad Internacional de Aterosclerosis (SIA) ha elaborado sus Guías para tratar las dislipidemias,¹ como producto de la discusión y análisis de evidencias científicas publicadas que realizó un Comité Internacional de especialistas de varias instituciones alrededor del mundo.

La patogenia de la aterosclerosis tiene bases bioquímicas e histopatológicas similares en todos los humanos, con variantes que radican en los diferentes estilos de vida observables en diferentes países. Las recomendaciones de la SIA se basan en estudios epidemiológicos, genéticos y clínicos; así como en estudios experimentales que se relacionan con la enfermedad cardiovascular de origen aterosclerótico.

Hay acuerdo entre los investigadores en cuanto al origen de la enfermedad aterosclerótica porque ésta radica en un estilo de vida poco saludable; por lo tanto su prevención y tratamiento no se puede basar solamente en la medicación.

Prevención primaria de la enfermedad aterosclerótica

Las Guías de la SIA recomiendan, tal y como se ha insistido desde hace muchos años, en reducir al máximo el nivel de LDL porque su elevación se asocia a la aparición de la enfermedad aterosclerótica; en este sentido ha quedado claro que en las poblaciones con bajo nivel de LDL la incidencia de aterosclerosis es menor aunque las personas fumen, tengan hipertensión o una concentración reducida de HDL² (Grundey, 1990); en consecuencia, hay que mantener baja la concentración de LDL en sangre durante toda la vida.

Reconocimiento de los factores mayores de riesgo de aterosclerosis (NCEP 2002)

Siguen como objetivos clínicos la eliminación de factores de riesgo mayores como el tabaquismo, la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial, la disminución de la HDL-c y la diabetes.

De forma similar se consideran de importancia los factores de riesgo emergentes, cuyo mecanismo no está del todo aclarado, tales como las condiciones proinflamatorias, las alteraciones protrombóticas y algunas dislipidemias. En este particular, la SIA es poco clara y no define cuáles son esas patologías y sus desencadenantes.

La SIA reconoce algunos factores de riesgo subyacentes en la aterosclerosis, tales como la dieta aterogénica, la obesidad, el sedentarismo y la predisposición genética. Se afirma que la edad por sí misma no produce aterosclerosis y debe ser considerado un factor de riesgo poco preciso.

El colesterol no-HDL

Diversos estudios indican que el colesterol no-HDL (C-no-HDL), simplemente la diferencia entre colesterol total y HDL expresado en mg/dL, guarda buena correlación con la enfermedad aterosclerótica. Vale la pena mencionar que la SIA le llama "colesterol aterogénico", lo que a nuestro juicio descarta erróneamente que la HDL pueda ser aterogénica; fenómeno que ocurre cuando la HDL pierde su propiedad de remover colesterol arterial, junto con su capacidad antioxidante y antiinflamatoria, la cual ha sido llamada HDL disfuncional.

Por otra parte, la SIA afirma correctamente que los niveles bajos de HDL-c son predictivos de enfermedad aterosclerótica y constituyen un factor de riesgo cardiovascular (Chapman, 2011).³

Lípidos de la dieta

Los ácidos grasos saturados y los ácidos grasos trans

La SIA enfatiza que los ácidos grasos saturados y los ácidos grasos trans aumentan el colesterol –LDL (NECP 2002), por lo tanto deben ser reducidos en la dieta; indica por otra parte que los ácidos grasos insaturados y poliinsaturados no elevan el LDL-c (Mensink et al 2003) y son recomendables. Tomar en cuenta que la dieta rica en carbohidratos aumenta la VLDL y disminuye la HDL.

Alimentos cardiosaludables y dieta

Son protectores contra la enfermedad aterosclerótica los alimentos como verduras, frutas, pescados, ácidos grasos n-3, nueces, semillas, el consumo moderado de alcohol, la reducción en la ingesta de sodio y el aumento en el consumo de alimentos ricos en potasio,⁴ el maní, las legumbres, los cereales integrales (avena, cebada) y el chocolate. Los estanoles de las plantas reducen el LDL.c en 10%. Destaca la SIA que en estos alimentos no hay estudios clínicos conducidos rigurosamente. La dieta mediterránea, rica en aceite de oliva, vino tinto, frutos secos y vegetales protege contra la enfermedad ateroscleróticas.

La obesidad

La obesidad disminuye la HDL-c y aumenta las VLDL y al lograrse la reducción de peso corporal los niveles de lipoproteínas mejoran en estos pacientes.

El sedentarismo

La actividad física regular disminuye el riesgo de enfermedad aterosclerótica, disminuye los triglicéridos en sangre y eleva los niveles de HDL-c.

El síndrome metabólico

El síndrome metabólico es causado por la combinación de actividad física reducida (sedentarismo) y obesidad, en general causada por consumo excesivo de calorías en relación al gasto que termina generando reducción de HDL-c, aumento de triglicéridos, hiperglicemia e hipertensión arterial asociada a un estado protrombótico y proinflamatorio, con una incidencia de 20-30 % según los países estudiados.⁵ Destaca la SIA que el síndrome metabólico duplica el riesgo de enfermedad aterosclerótica. Las cifras recomendables para los parámetros antes citados son los siguientes: Triglicéridos, <150 mg/dL; HDL-c hombres > 40 mg/dL y mujeres > 50 mg/dL; presión arterial sistólica < 130 mmHg y presión arterial diastólica < 85 mmHg; glicemia en ayunas < 100 mg/dL.

Tabaquismo

La SIA considera el tabaquismo como causa importante de enfermedad aterosclerótica, en especial el fumar cigarrillos.

Circunferencia abdominal

El documento de la SIA cita valores máximos de circunferencia abdominal (CA) para varias regiones del mundo. En relación con los habitantes de Centro y Suramérica, establece que la CA máxima para hombres es 80 cm y para mujeres 90 cm.

E.R.V.

Referencias

1. Grundy SM et al. Coronary heart disease in high-risk populations: lessons from Finland. *Eur Heart J.* 1990;11:462-471.
2. NCEP. National Cholesterol Education Program (Adult Treatment Panel III). 2002;106:3143-3421.
3. Chapman MJ et al. European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Triglyceride-rich lipoprotein and HDL cholesterol in patients at high-risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management. *Eur Heart J.* 2011;332:1345-1361.
4. Mensink RP et al. Effect of dietary fatty acids and carbohydrates on the ratio of serum total to HDL-c and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2003;77:1146-1155.
5. Alberti KG et al. Harmonizing the metabolic syndrome. *Circulation.* 2009;120:1640-1645.