

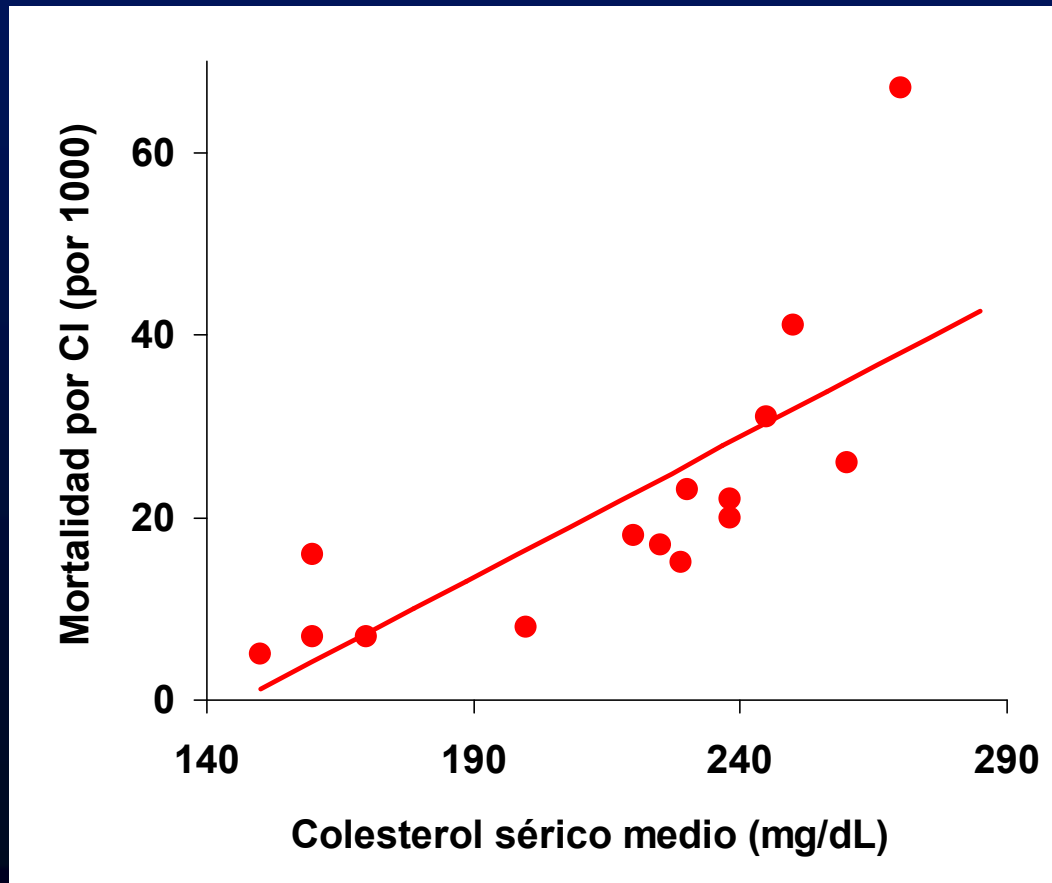
---

# ¿ COMO PLANTEAR EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANE EN LA PRACTICA CLINICA?

## “EFICACIA DE LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS”

Dr. MANUEL LADO LOPEZ  
CENTRO DE SALUD DE RIBEIRA  
LA CORUÑA

# Evidencias Epidemiológicas



**Estudio  
siete países**

# Factores Clásicos de Riesgo Cardiovascular

## No modificables

- Sexo

- Varones > 45 años
- Mujeres > 55 años

- Edad

- Antecedentes en familiares de primer grado de enfermedad coronaria prematura

- Varones < 55 años
- Mujeres < 65 años


## Modificables

- Dislipemia
- Obesidad
- Inactividad física
- Hipertensión Arterial
- Tabaquismo
- Diabetes Méllitus

## Prevención de la enfermedad cardiovascular

### Estilos de vida



- No fumar 
- Reducir el consumo alimentario total de grasas, especialmente grasas saturadas y colesterol.
- Aumentar el consumo alimentario de grasas insaturadas procedentes de verduras y del pescado.
- Aumentar el consumo alimentario de fruta fresca, cereales y verduras.
- Reducir las calorías para alcanzar el peso ideal.

Realizar actividad física



# GRASAS.-ACIDOS GRASOS

30-40% de la ingesta calórica diaria

Tipos de ácidos grasos

**Saturadas** (grasas de origen animal).

**Monoinsaturadas** (aceite de oliva).

**Poliinsaturadas** (aceite de girasol, aceite de pescado).

Omega-3 (<VLDL ,TRIGL ¿Col T?)

Omega 6 (<Col T, LDL ¿HDL?)



# Ácidos grasos poliinsaturados

- **Efectos vasculares**
  - Regulan la presión sanguínea.
  - Regulan la circulación colateral.
  - Mantienen el equilibrio vasodilatación/vasoconstricción.
  - Regulan la motilidad de los vasos sanguíneos
- **Efecto antiagregante y antiarritmico.**
- **Regulan la liberación de mediadores antiinflamatorios.**
- **Retarda el crecimiento de las placas ateroscleróticas.**

DIETA MEDITERRANEA 7-8%

# Prevención del riesgo cardiovascular y consumo de derivados marinos (W3)

**A** Total Mortality



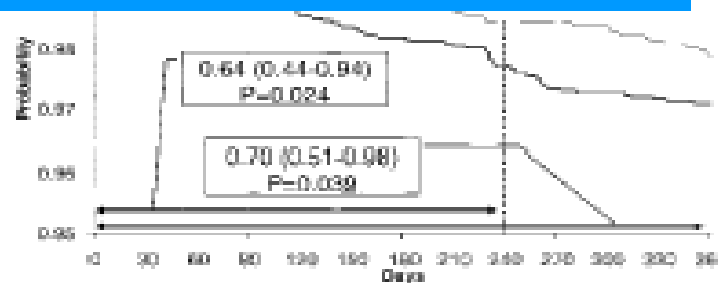
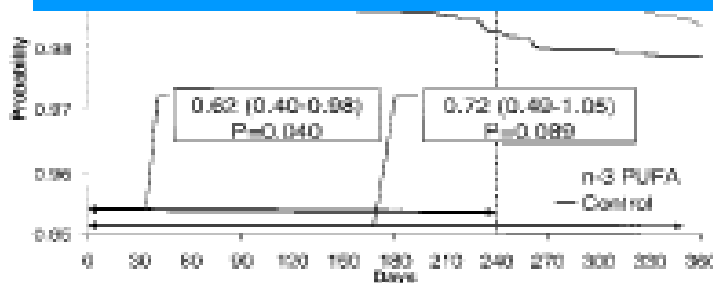
**B** Sudden Death



Las curvas divergen precozmente, después de iniciado el tratamiento.

Reducción significativa de la mortalidad 3 meses después de iniciado el tratamiento.

A los cuatro meses el riesgo de muerte súbita se redujo (RR 0.74)

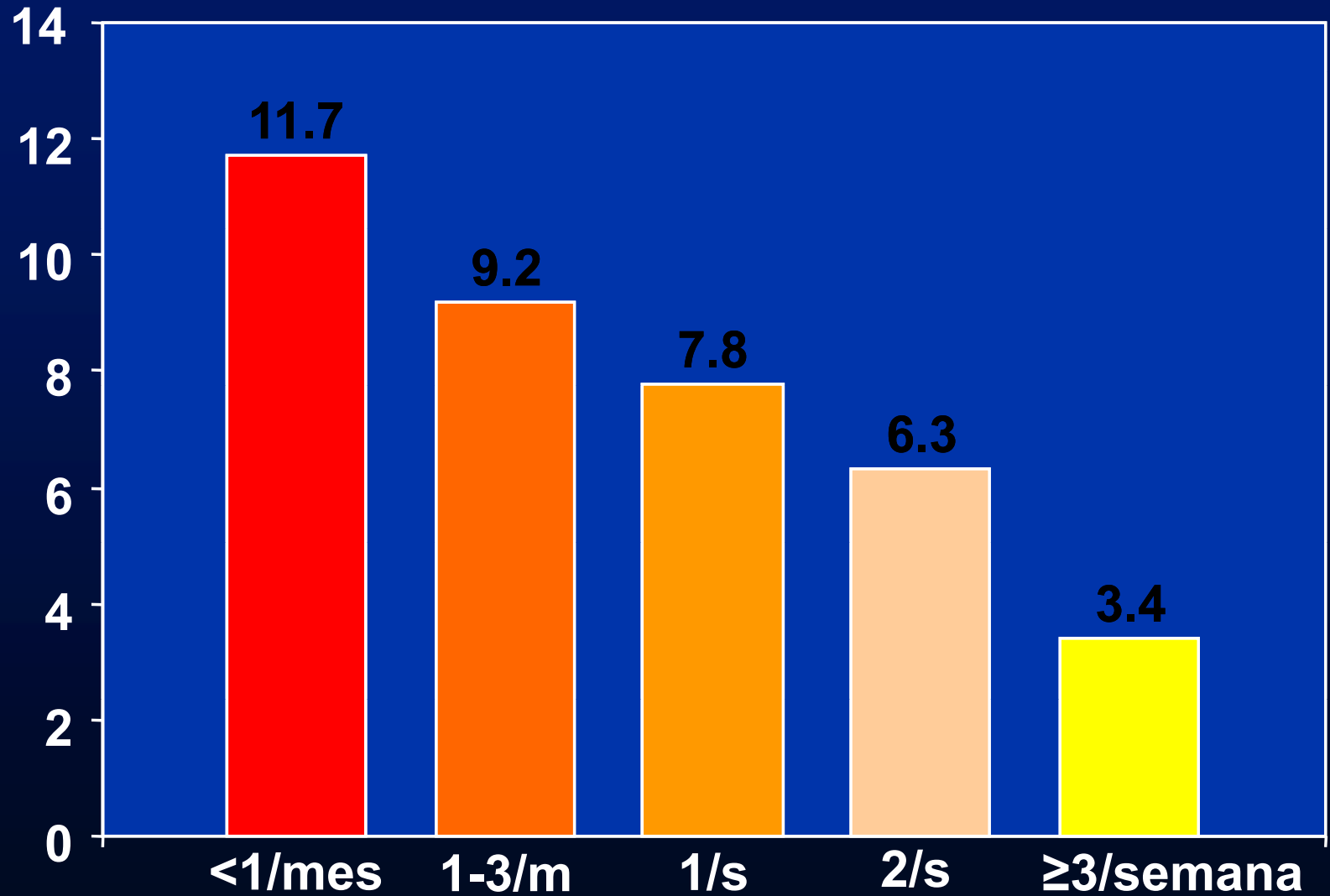


# Consumo de pescado y mortalidad coronaria

**N= 3910**  
**> 65 años**  
**Mujeres:**  
**46%**  
**54%**  
**63%**  
**37%**  
**71%**

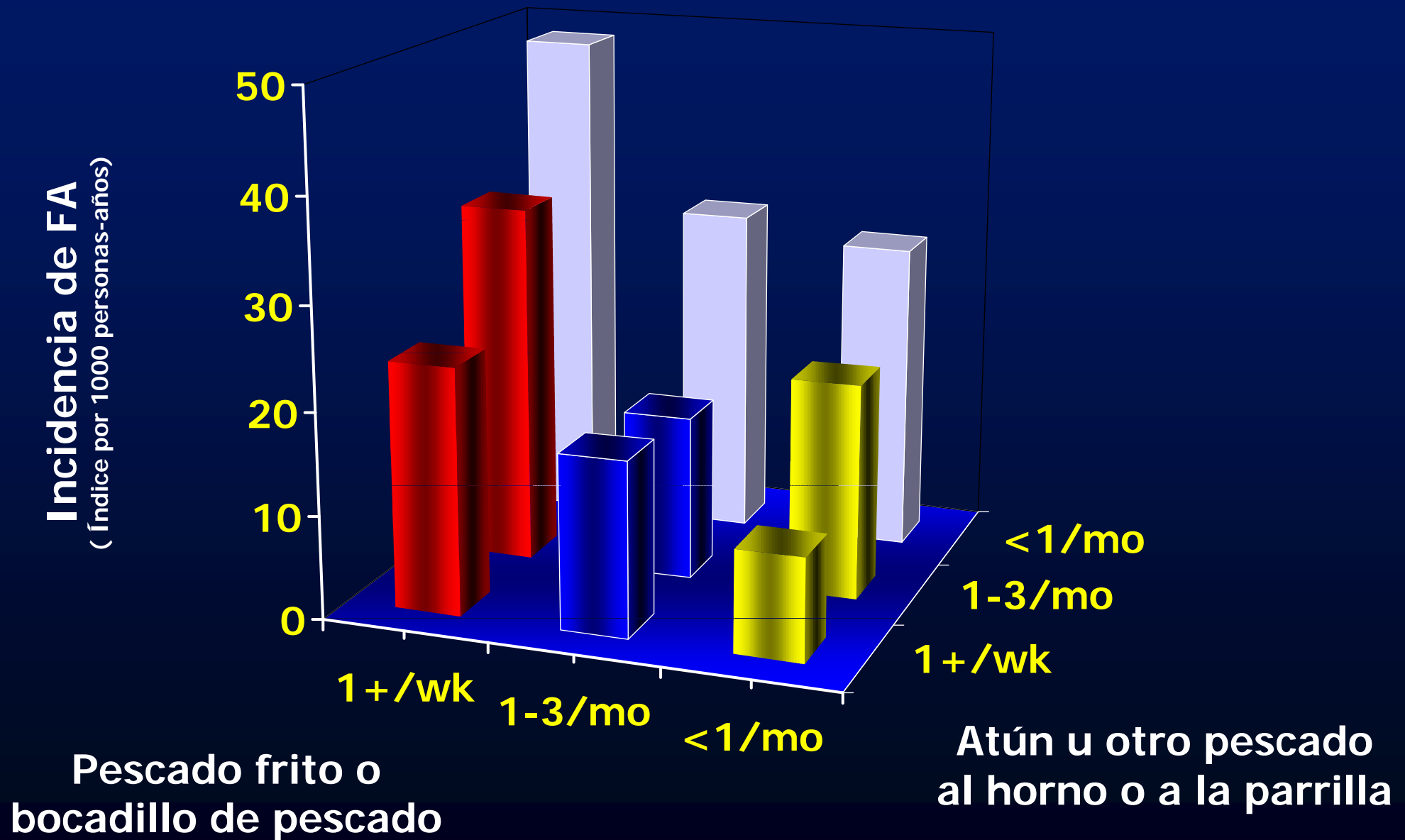
**Pescado frito**  
**No tanto beneficio**

**n / 1000 personas año**



**Consumo de atún y otros pescados, en raciones**

# Ingesta de Pescado y Riesgo de Fibrilación Auricular

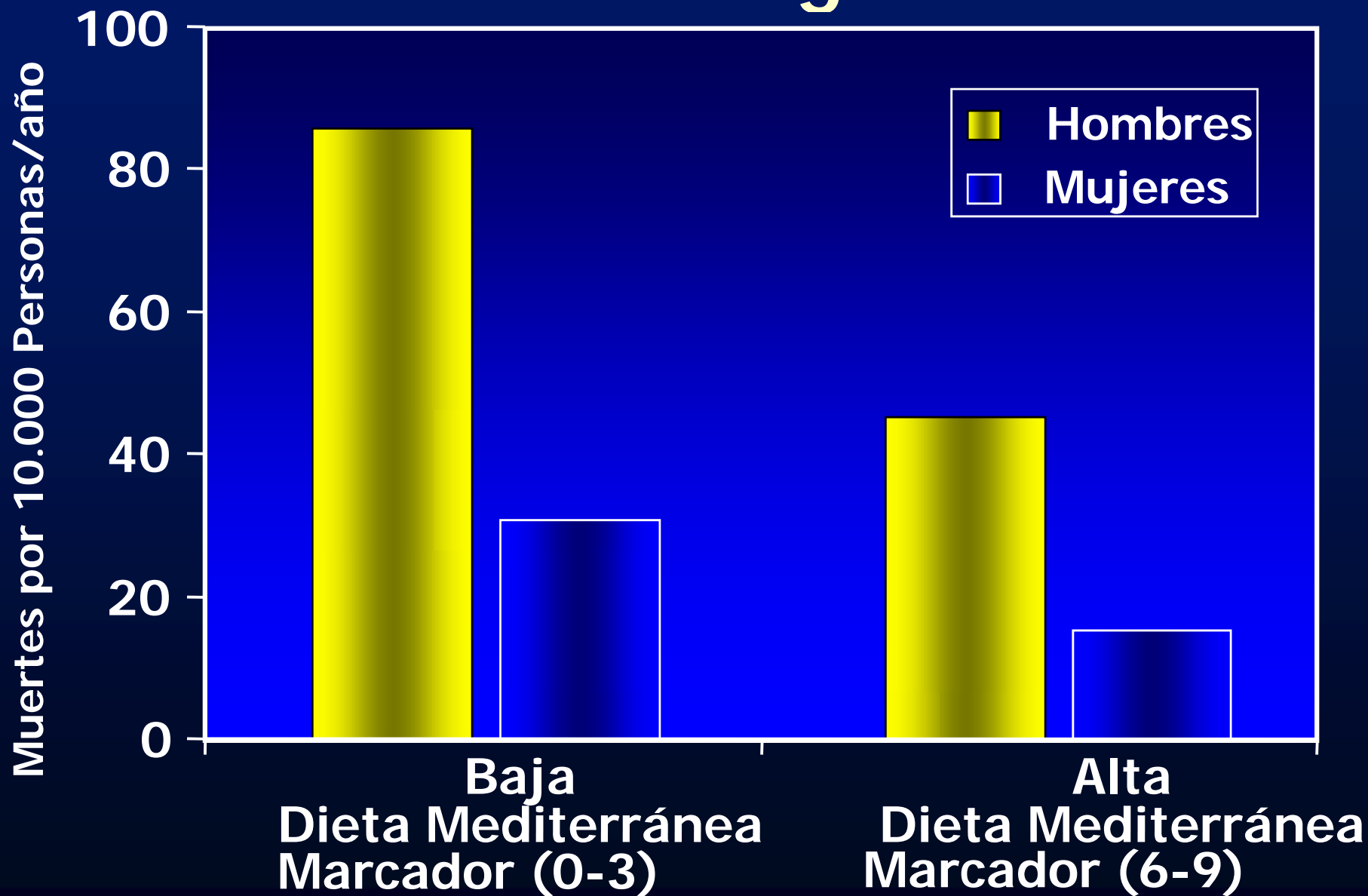


# Ac Grasos MONOINSATURADOS

**DIETA MEDITERRANEA 13-20%**

- Mejora el perfil lipídico ¿ HDL ?
- Disminuye Glucemia, Insulinemia y PA.
- Aumenta las concentraciones plasmáticas de apo A-1 (antiaterogénico).
- Probable efecto beneficioso sobre hemostasia y trombogénesis.
- Inocuidad establecida durante siglos.
- Sabroso (condimento habitual)

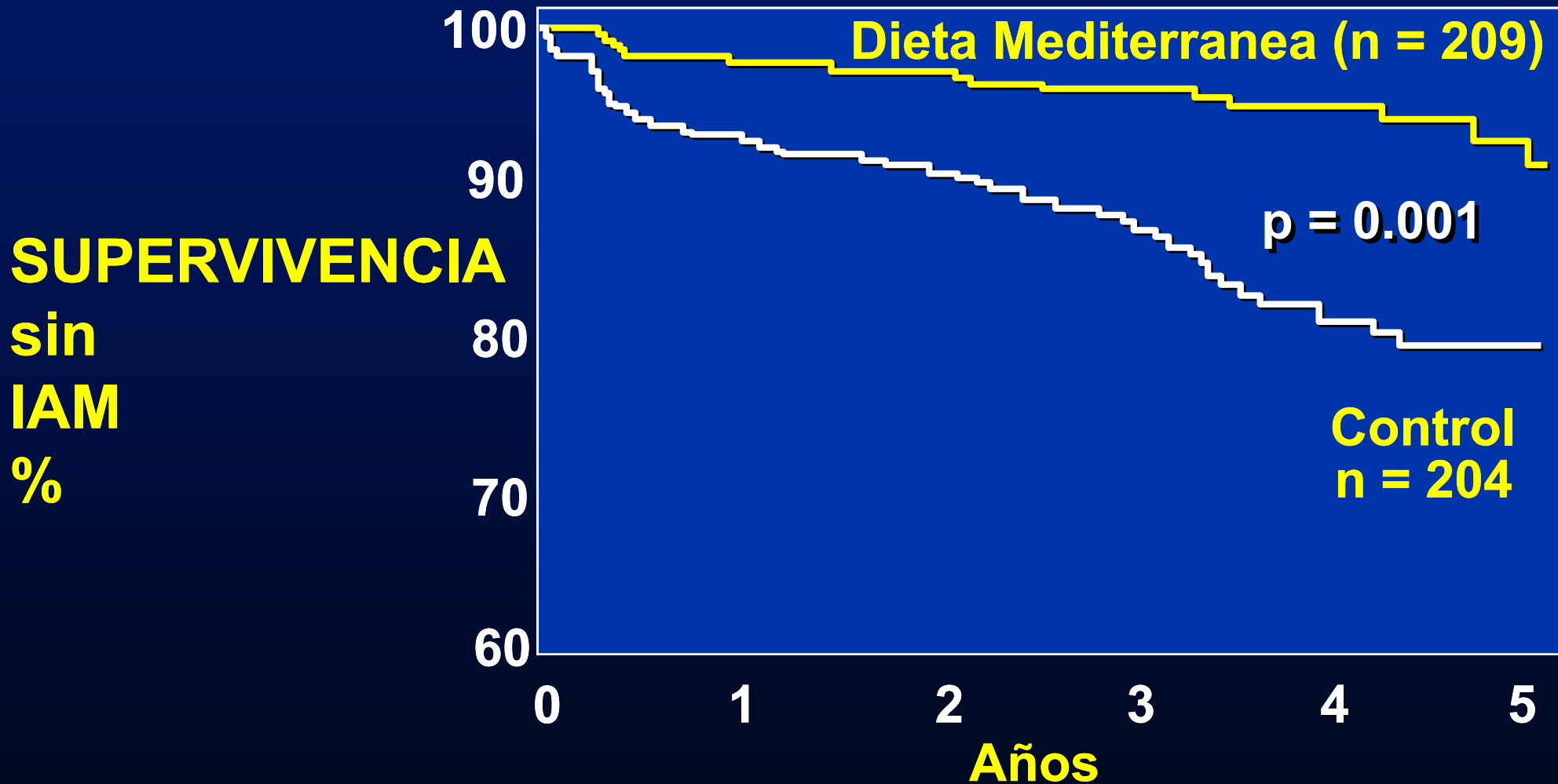
# Dieta mediterránea y Mortalidad. Población general



# Prevención Secundaria de la C.I.

## DIETA

*Lyon Diet Heart Study*



*Lorgeril M et al. Circulation 1999; 99: 779*

# COLESTEROL

- Se encuentra en huevos, vísceras, marisco, carnes y derivados.
- El colesterol dietético tiene una influencia sobre la colesterolemia menor que los AGS.
- Se absorbe 200-600 mg/d, 40-50% de lo ingerido.
- El alelo E<sub>4</sub> de la apolipoproteína E, determina mayor absorción.
- La bilis proporciona entre 800-1200 mg/d.

**INGESTA MENOR 300 mg/dia**

# Interfieren la absorción del colesterol

- **FISIOLOGICOS**

- Transito intestinal
- Poder detergente de Ac biliares
- Apo E4

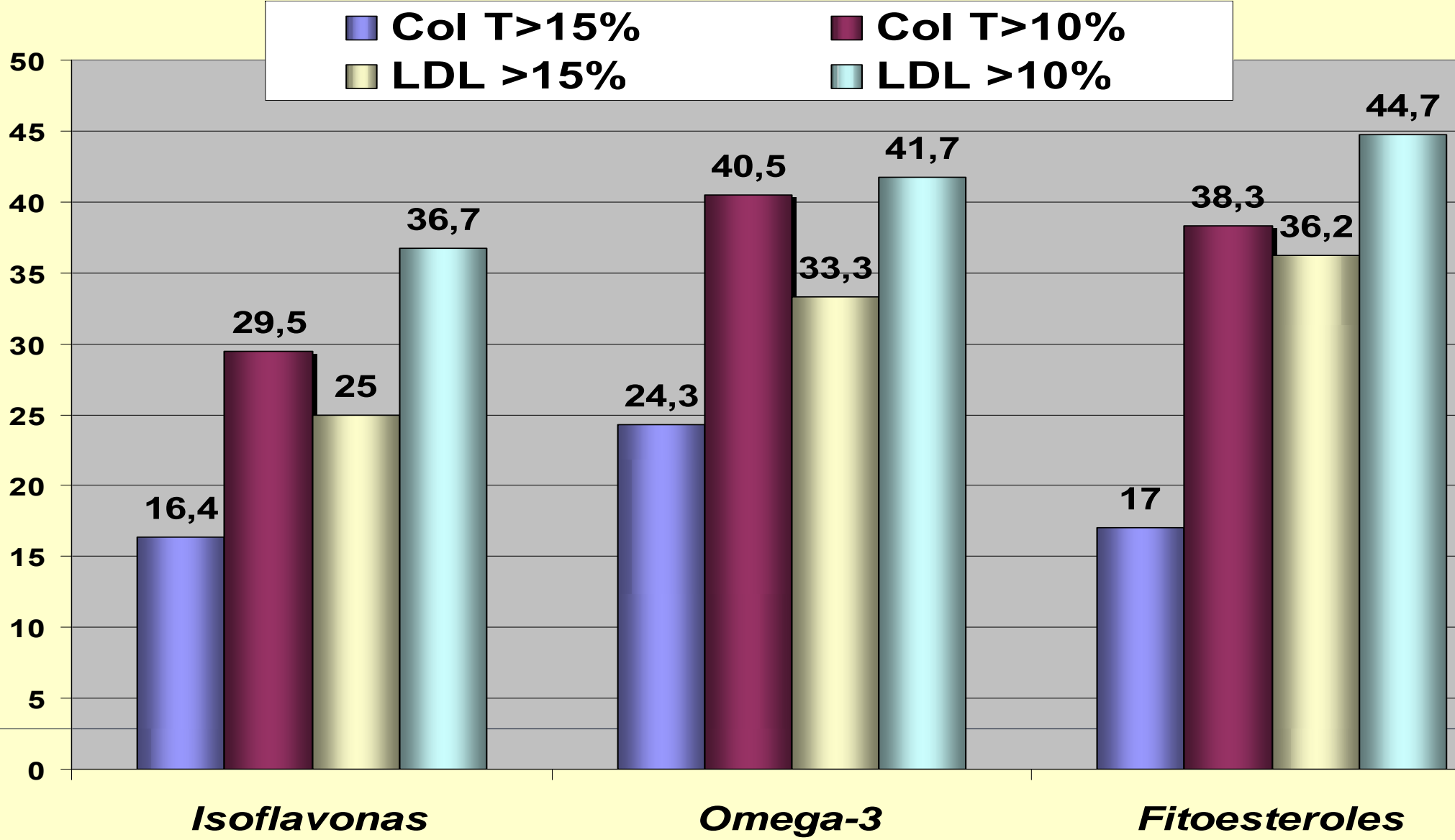
- **DIETETICOS**

- Fibra alimentaria en general
- Fitosteroles
- Esteroles vegetales y marinos  
Sitostanol
- Lecitina de soja
- Olestra y otras grasas inabsorbibles

# ESTUDIO ACTICOL

GRUPO BARBANZA

PORCENTAJE DE REDUCCION



# Hidratos de carbono y fibra

- Se encuentra en vegetales-50-60% calorías /d
- HC (< HDL, 4mg por 10% de grasa reemplazada)
  - Complejos (almidón) de absorción lenta
  - Simples (azúcares) de absorción rápida.
- FIBRA (< LDL entre 5-10%)
  - Insoluble (celulosa, lignina)-Cereales
  - Soluble (gomas, mucílagos, pectinas)-Legumbres, verduras y frutas.



- Esteroles vegetales
- Potasio
- Antioxidantes
- Ac Fólico



**TABLA 1-1 Efecto de diferentes componentes de la dieta sobre el perfil lipídico**

	<i>CT</i>	<i>c-LDL</i>	<i>c-HDL</i>	<i>c-VLDL</i>	<i>TG</i>
Colesterol	↑	↑	↑	→	→
AGS	↑	↑	↑	→	→
AGM	↓	↓	↑	→	→
AGP n-6	↓	↓	↓	→	→
AGP n-3	↓	↓	↓	↓	↓
Hidratos de carbono	↓	↓	↓	↑	↑
Exceso calórico	↑	↑	↓	↑	↑

*c-VLDL*, colesterol ligado a lipoproteínas de muy baja densidad; *CT*, colesterol total; *TG*, triglicéridos.

De Garrido et al, 1997.

# JUSTIFICACION Y EFICACIA DE LA DIETA

- SE HA DESCRITO LA NO PROGRESIÓN E INCLUSO REGRESION DE LA PLACA SOLO CON MED.NO.FAR(1)
- NO AUMENTO DE LA MORTALIDAD NO CORONARIA
- EFECTO BENEFICIOSO POR OTROS MECANISMOS NO PLEIOTROPICOS.
- LA HIPERLIPIDEMIA MODERADA SUELE SER EFICAZ CON DIETA
- LOS TRIGLICÉRIDOS RESPONDEN MUY BIEN A LA DIETA.
- SE PUEDE EVITAR LA TOMA DE FARMACOS

# OTRAS MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

- **OBESIDAD.- FRCV mayor (1)**
- El perímetro de cintura es el parámetro clínico que mejor se relaciona con la cantidad de tej adiposo visceral.(2)
  - **Dislipemia >LDL, Trig y < HDL**
  - **Resistencia a insulina**
  - **HTA; Riesgo incrementado 2-4 veces (3)**
  - **Trombogenesis y Fibrinólisis**
- **PERDIDA DE PESO**
  - **Una < de 1Kg de peso produce una < 2mg Col T y 1% c LDL, y > 0,40mg/dl de HDL**
  - **Síndrome metabólico.**
  - **Mas rentable que la restricción salina en el control HTA.**



# OTRAS MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

- **La pérdida de peso del 5-10% y la actividad física moderada de 30 minutos al día son las metas recomendadas..**

- **HTA**
- **Hiperlipemia**
- **Tabaquismo**
- **Obesidad**
- **Diabetes**

## EJERCICIO FISICO AEROBICO

INTENSIDAD 60-90% FCM

DURACION 20-45 minutos

FRECUENCIA 3 a 5 sesio/sem



# Cambios en Estilo de Vida para Control de la HTA

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada PSS, rango
Reducción peso	Mantenimiento peso corporal normal (IMC, 18.5-24.9)	5-20 mmHg/10-kg reducción peso
Adopción plan DASH DIETA	Dieta rica en frutas, vegetales, productos desnatados con reducido contenido en grasas saturadas y totales	8-14 mmHg
Reducción sodio en dieta	Reducción ingesta sodio a no más de 100 mEq/L (2.4 g de sodio o 6 g cloruro de sodio)	2-8 mmHg
Actividad física	Realizar actividad física regular: paseo rápido (al menos 30 minutos diarios la mayoría de días de la semana)	4-9 mmHg
Moderación consumo alcohol	No consumo de más de 2 bebidas /día ( 30 mL o 1 oz de etanol) en la mayoría de los hombres y no más de 1 bebida/día en mujeres y personas de poco peso	2-4 mmHg

*Chobanian, et al JAMA, 2003;289-19:2560-2572*

# TABACO



**NO FUMAR :**

**Disminuye el RCV un 50% el primer año <sup>(1)</sup>**

- **Rapida regresión de las alteraciones endoteliales hemodinámicas y protromboticas.**
- **Normalización lipídica en 1 mes (> HDL 4-6 mg/dl)**
- **En 2 ó 3 años misma tasa de mortalidad por cardiopatía**
- **Riesgo coronario revierte en 5-10 años,**

# Estrategias de prevención CV

**Dislipemia**

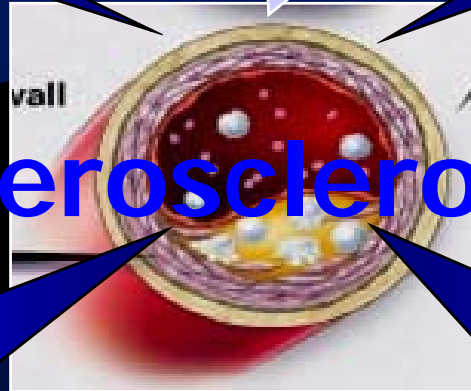
Dieta (AGS, Col)  
Disminucion peso  
Ejercicio fisico  
No fumar  
¿Alcohol?

NO  
FARMACOLOGICAS  
Dieta. Ejercicio  
Normopeso. No  
fumar

**Hipertensión**

Dieta (Sal )  
Disminución de peso  
Ejercicio fisico

**Aterosclerosis**



**Hiperglicemia  
Insulinorresistencia**

Dieta  
(Monosacaridos)  
Disminución de peso  
Ejercicio fisico

**Agregación y Activación  
Plaquetaria**

Dieta (AGS, si AGP)  
No Fumar  
Ejercicio fisico  
Disminución peso