

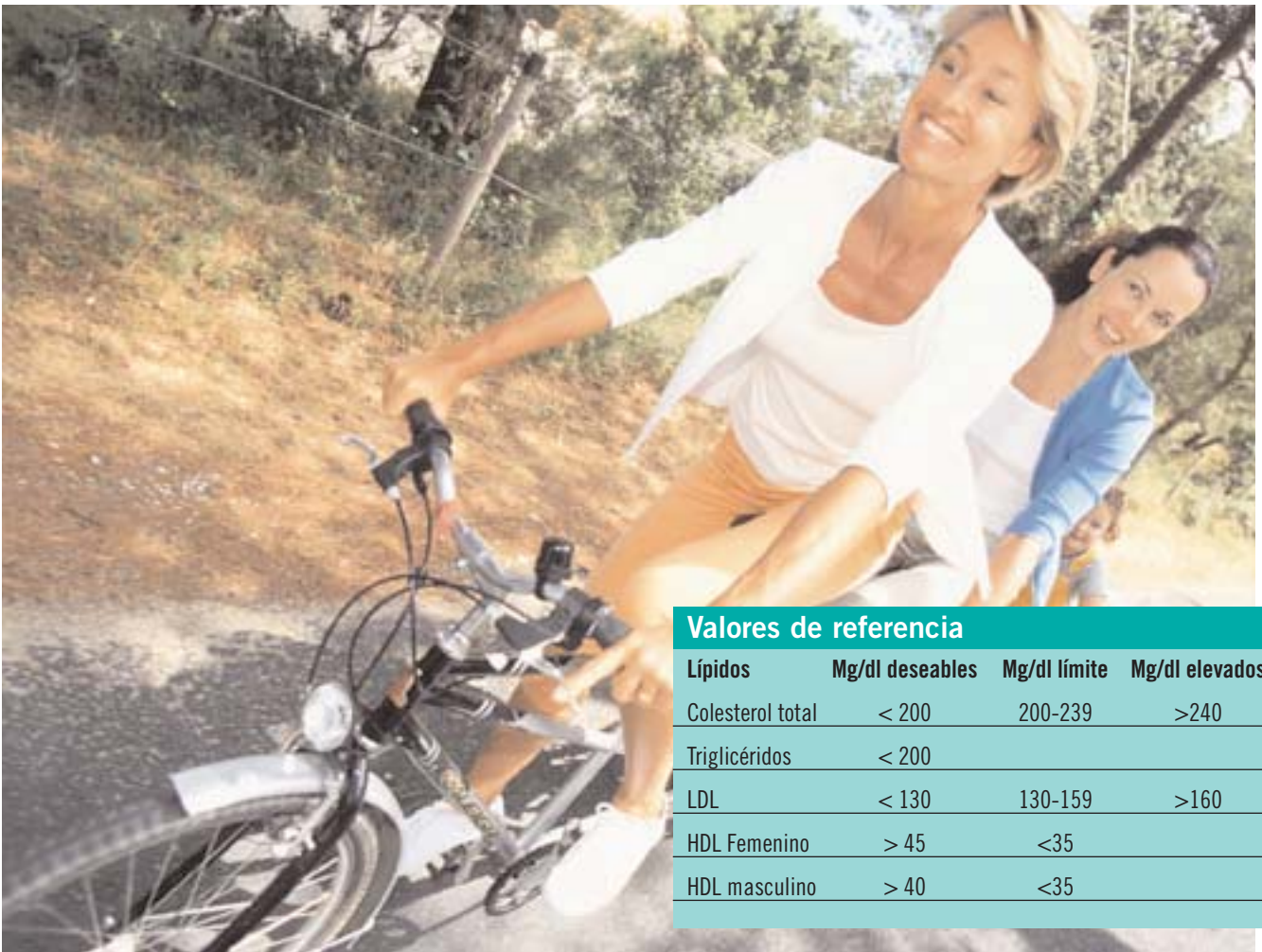
Un riesgo potencial que exige

Las grasas o lípidos son indispensables para la vida porque son fuente de energía, sirven para la síntesis de hormonas, protegen nuestras vísceras... Su distribución por el cuerpo se produce a través de la sangre. Pero su exceso o defecto en la sangre, conocido como dislipemia, puede provocar importantes alteraciones que ocasionen graves efectos en el corazón, arterias y cerebro. Dado nuestro estilo de vida (sedentario y con una dieta demasiado rica en grasas), al hablar de dislipemias nos referimos más al exceso de lípidos o hiperlipidemias. Y si hay dos grasas cuyos niveles conviene vigilar, se deben citar sin duda el colesterol y los triglicéridos, pues su exceso –muy especialmente el del colesterol– es generalmente un factor de riesgo cardiovascular.

Dieta y estilo de vida

Las grasas son insolubles en agua y para circular por la sangre van unidas a proteínas. El complejo resultante son las lipoproteínas. Dos de ellas interesan sobremanera a médicos y pacientes: las de baja densidad o LDL, el temido 'colesterol malo', y las de alta densidad o HDL, el 'colesterol bueno'. Sus variaciones, al alza en el caso del LDL y a la baja en el HDL, constituyen un potencial riesgo para la salud.

Las concentraciones de colesterol total (CT) y de triglicéridos (TG), así como de las fracciones HDL y LDL, son muy variables por la interacción entre el ambiente y los genes. La concentración de lípidos en sangre viene determinada en gran medida por la dieta y el estilo



Valores de referencia

Lípidos	Mg/dl deseables	Mg/dl límite	Mg/dl elevados
Colesterol total	< 200	200-239	>240
Triglicéridos	< 200		
LDL	< 130	130-159	>160
HDL Femenino	> 45	<35	
HDL masculino	> 40	<35	

un análisis individual

de vida. Es decir, las concentraciones de CT y de TG que son considerados como indicadores de un problema de exceso se fijan en función de los valores de la distribución de cifras en la población general. Diversos estudios han evidenciado que el riesgo coronario se eleva de forma exponencial a partir de cifras de colesterol total de 200 mg/dl. Y de forma muy particular con la fracción LDL o colesterol malo alta.

Estos valores sirven de referencia, pero cada caso hay que estudiarlo de forma individual. Además, su significado como factor de riesgo cardiovascular varía si está asociado o no a otros, como el tabaquismo, la edad, las cifras de tensión arterial, la asociación a diabetes, y a otras variables. Una persona que tenga 250 mg/dl de colesterol puede tener un riesgo bajo si sólo tiene hipercolesterolemia. Pero si fuma, tiene la tensión alta, antecedentes familiares de colesterol alto, diabetes, etc., esa cifra se considera elevada. Conviene contrastar de manera individual el riesgo, y para ello existen métodos de cálculo del riesgo cardiovascular. Han sido muy utilizadas las tablas de Framingham, pero sobrevaloran el riesgo para la población española y por ello se está validando una que se ajuste a nuestras características. Estas tablas y otras que se manejan calculan la probabilidad de desarrollar un problema cardiovascular grave (infarto, angina de pecho, muerte súbita, accidente cerebro-vascular...) en un plazo de diez años.

Tipos de hiperlipidemias

Las dislipemias por exceso o hiperlipidemias pueden ser de muchos tipos, pero se pueden englobar en dos grupos:

Hiperlipidemias primarias: ocasionadas por una elevada ingesta de grasas saturadas, por un aumento de su síntesis y por factores genéticos. Hay una variedad de hipercolesterolemia familiar que puede ser muy grave, ya que ocasiona lesiones arterioscleróticas a edades jóvenes.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

Tanto para reducir el nivel de colesterol como para prevenir la arteriosclerosis en la población general, es aconsejable:

- Llevar una dieta variada con abundancia de cereales, verduras y frutas.
- Disminuir el consumo de carnes rojas, huevos, leche entera y derivados (helados, nata, mantequilla, quesos grasos, yogures enteros,...).
- Consumir aceite de oliva y evitar los aceites de coco y palma muy utilizados en productos de bollería, fritos y precocinados.
- Aumentar el consumo de pescados blancos y especialmente los azules (sardina, trucha, salmón, atún, caballa...).
- Reducir el peso con una dieta baja en calorías.
- Evitar el consumo de alcohol o consumirlo muy moderadamente.
- No fumar.
- Practicar ejercicio físico de forma regular.

Hiperlipidemias secundarias: alteraciones del metabolismo lipídico que se dan cuando hay diabetes, hipotiroidismo, enfermedad renal, hepatopatías, consumo elevado de alcohol y toma de fármacos como diuréticos o corticoides.

Tanto las primarias como las secundarias conllevan un incremento del riesgo cardiovascular mediado por el desarrollo de arteriosclerosis.

Prevención

La prevención de la enfermedad cardiovascular implica una estrategia para identificar a las personas según sus situaciones de riesgo. No se recomiendan las campañas masivas de exploración pero sí las detecciones ocasionales en el paso por una consulta médica. El tratamiento de las dislipemias, a excepción de las formas graves, es una labor del médico de familia. Antes de los 35 años en los hombres y de los 45 en las mujeres hay que realizar una determinación de colesterol. A partir de los 45 años, conviene hacerlo cada 5 años hasta los 75.

Si se detecta una tasa elevada, hay que repetir la prueba a los 2 ó 3 meses. Y si persiste, es recomendable un cálculo del riesgo cardiovascular y completar el estudio con una exploración

cardiovascular básica, una analítica de sangre y orina con determinación de fracciones del colesterol LDL, HDL, triglicéridos, glucosa, creatinina, ácido úrico y transaminasas, y un electrocardiograma.

Tratamiento

Establecido el nivel de riesgo, se marca el tratamiento, que se fundamenta en medidas higiénicas, dietéticas y farmacológicas. En el caso del colesterol por encima de 240, las medidas iniciales son higiénicas y dietéticas, y su objetivo es reducir el LDL. Si después de tres meses no se alcanza el objetivo (LDL < 160 mg/dl) se planteará el tratamiento farmacológico, que dependerá del nivel de riesgo y del perfil de la persona. Habitualmente se usan las estatinas, los fármacos más efectivos, si bien en algunas ocasiones hay que recurrir a otros como las resinas y los fibratos, y, desde fechas recientes, a los inhibidores de la absorción del colesterol. La adhesión al tratamiento es fundamental pero no resulta fácil: el paciente no percibe la hipercolesterolemia como una enfermedad molesta o dolorosa, ni siquiera como un peligro. Las modificaciones del estilo de vida constituyen el primer escalón en el tratamiento de la hipercolesterolemia y de las dislipemias en general. ◀