

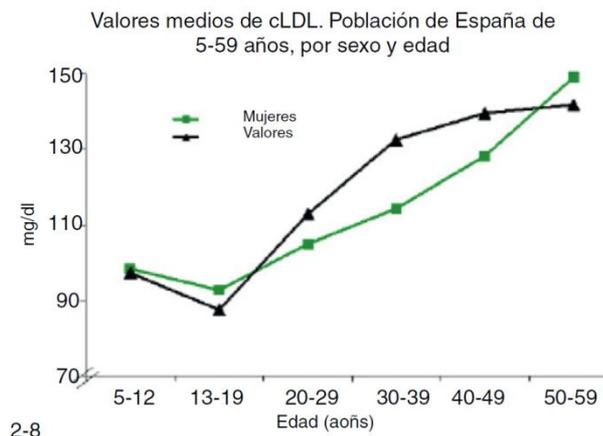
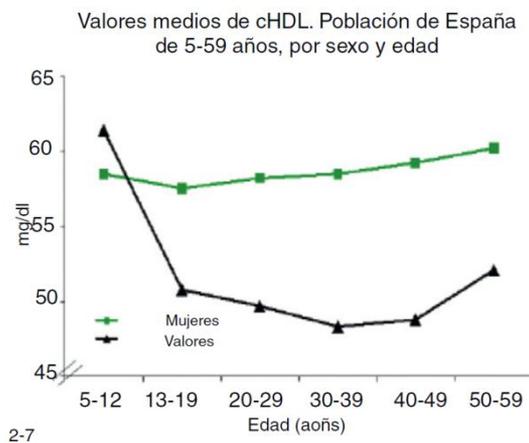
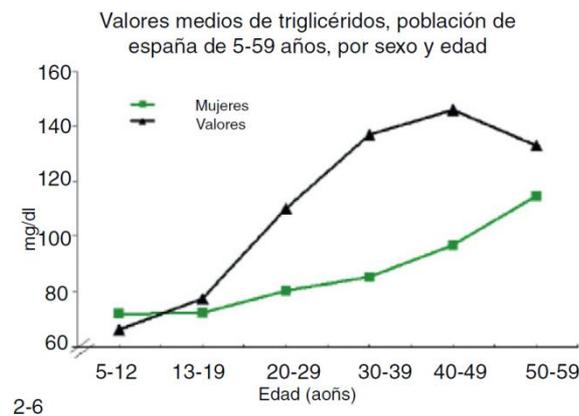
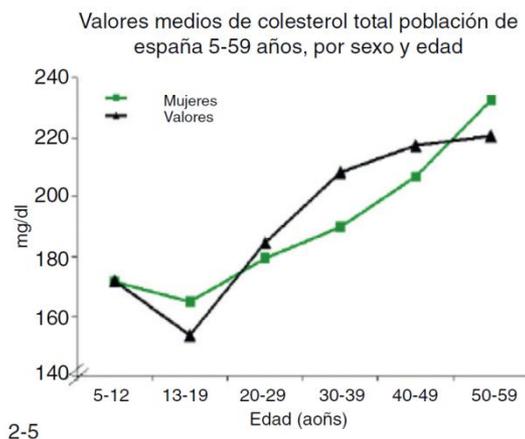
TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LA DISLIPEMIA

Gabriela Nicola Orejas y Maite Colomar Ferrer

Dislipemia

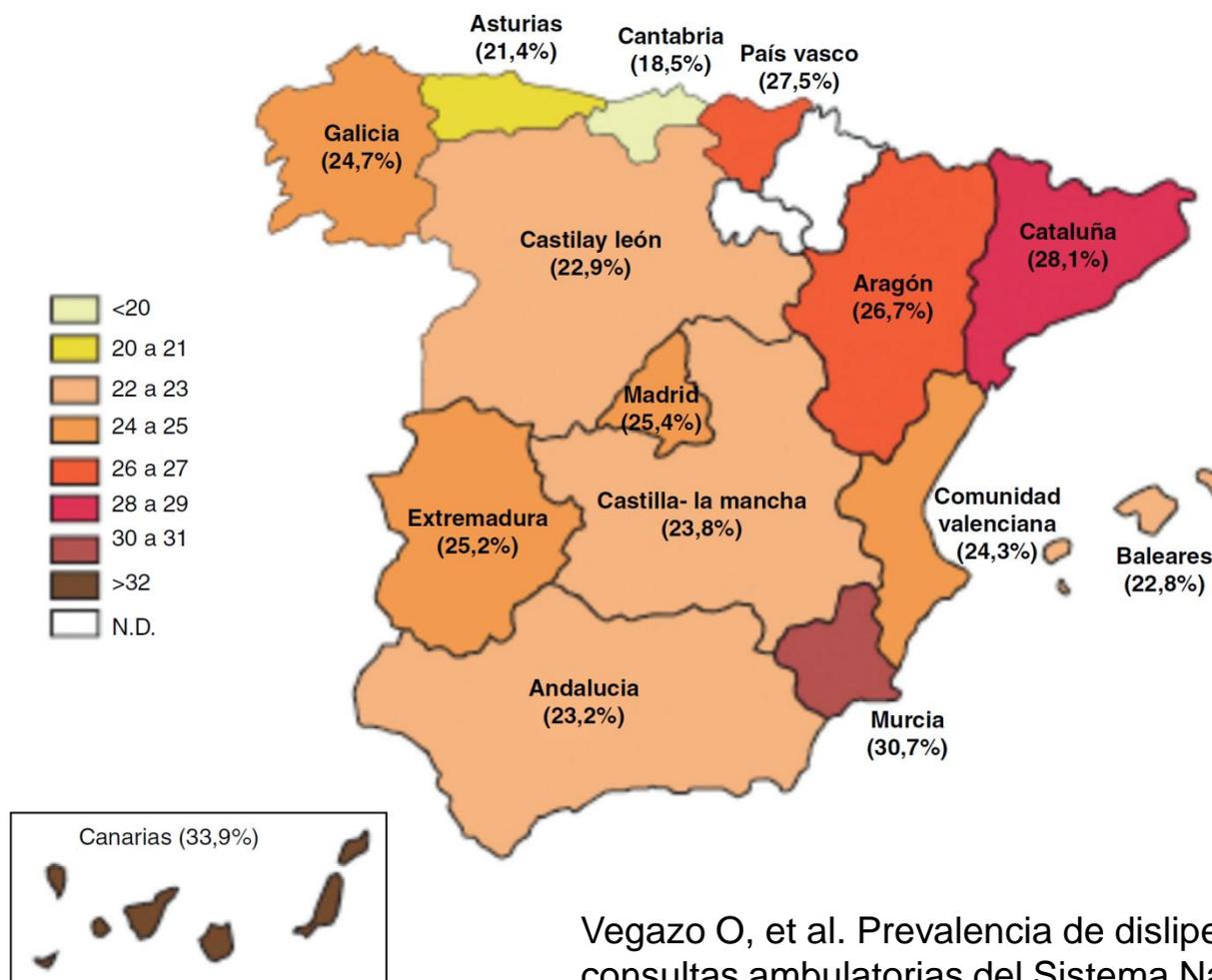
	COLESTEROL TOTAL	TRIGLICÉRIDOS
Normocolesterolemia	< 200 mg/dl (< 5,18 mmol/l)	
Hipercolesterolemia límite	200-249 mg/dl (5,18-6,45 mmol/l)	< 200 mg/dl (2,27 mmol/l)
Hipercolesterolemia definida	Prevención primaria: ≥ 250 mg/dl (≥ 6,48 mmol/l) Prevención secundaria/diabetes: ≥ 200 mg/dl (≥ 5,18 mmol/l)	< 200 mg/dl (< 2,27 mmol/l)
Hipertrigliceridemia	< 200 mg/dl (< 5,18 mmol/l)	≥ 200 mg/dl (≥ 2,3 mmol/l)
Hiperlipemia mixta	≥ 200 mg/dl (< 5,18 mmol/l)	≥ 200 mg/dl (≥ 2,3 mmol/l)

Prevalencia dislipemia en España



Valores medios de los parámetros lipídicos, según sexo y edad. Fuente: Gómez-Gerique JA et al. Perfil lipídico de la población española: estudio DRECE. Med Clin. 1999;113:730-5.

Prevalencia dislipemia en España



Vegazo O, et al. Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HISPALIPID. Med Clin (Barc). 2006;127:331-4.

Causas Hiperlipemia (primarias)

GENOTIPO	FENOTIPO	CT	TG	HERENCIA	DEFECTO	FRECUENCIA	RCV
Hipercolesterolemia familiar monogénica	Ila	↑↑	N	Dominante	r-c-LDL	Heterocigoto 1-2/1.000 Homocigoto 1/1.000.000	+++++
Hipercolesterolemia poligénica	Ila	↑	N	Poligénica	No conocido	5/100	++
Hipertrigliceridemia familiar	IV	N ó ↓	↑	Dominante	No conocido	Heterocigoto 1/100 Homocigoto 2/1.000	0 ó +
Hiperlipemia familiar combinada	Ila, IIb, IV	N ó ↑	N ó ↑	Dominante	No conocido	Heterocigoto 1/100 Homocigoto 3-5/1.000	+++
Disbetalipoproteinemia familiar	III	↑	↑	Recesiva	Apo E	1/2.000-5.000	+++
Hiperquilomicronemia	I, V	N	↑↑↑	Recesiva	↓LPL ↓Apo C-II	1/1.000.000	0
Hiperalfalipoproteinemia	Ila	↑	N	Dominante poligénica	↑Apo A-I ↓PTEC	1/000	—

Causas Hiperlipemia (secundarias)

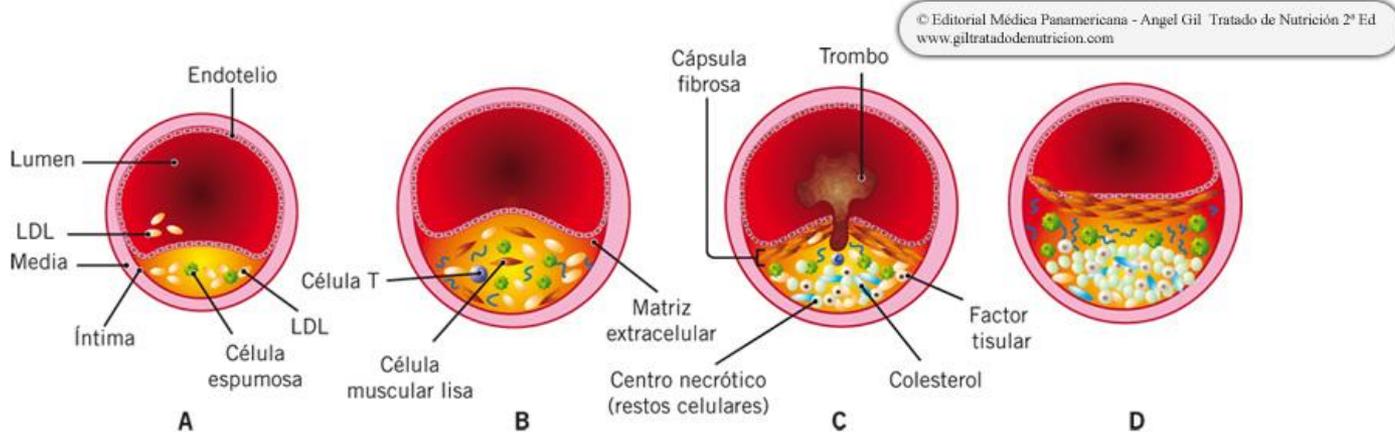
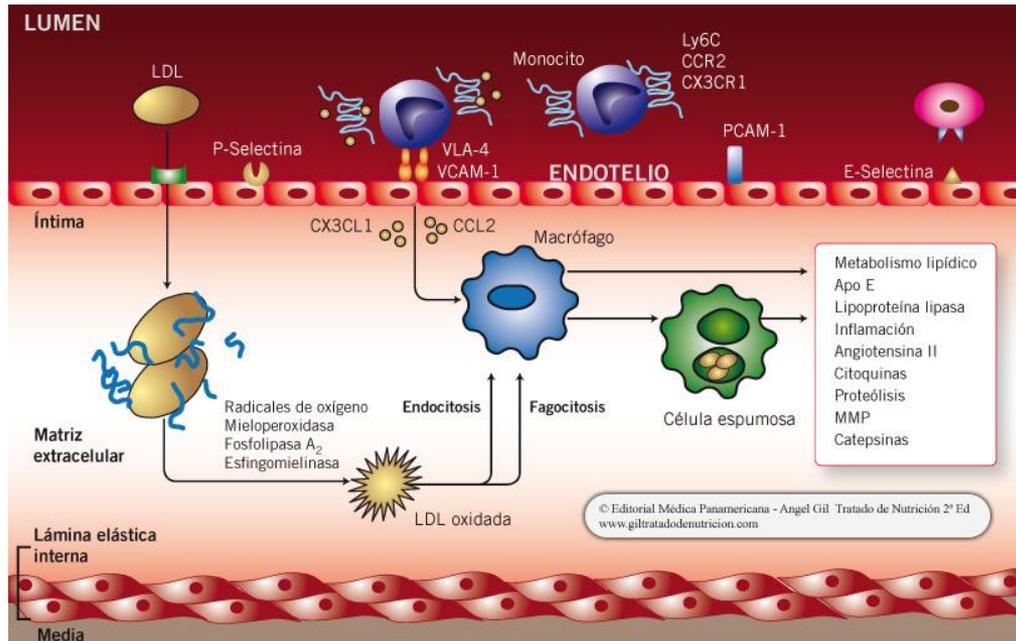
CAUSAS	TIPO HIPERLIPEMIA
Enfermedades endocrinas y del metabolismo	
Diabetes	Hipertrigliceridemia/mixta
Obesidad	Hipertrigliceridemia/mixta
Hipotiroidismo	Hipercolesterolemia
Síndrome de Cushing	Hipercolesterolemia
Síndrome de ovario poliquístico	Hipertrigliceridemia
Hiperuricemia/gota	Hipertrigliceridemia
Enfermedades hepato-biliares	
Insuficiencia hepática	Hipertrigliceridemia
Colestasis	Hipercolesterolemia
Enfermedades renales	
Insuficiencia renal crónica	Hipertrigliceridemia
Síndrome nefrótico	Hipercolesterolemia
Trasplante renal	Hiperlipemia mixta
Otras causas	
Anorexia nerviosa	Hipercolesterolemia
Lupus eritematoso	Hipertrigliceridemia
Porfiria	Hipercolesterolemia
Embarazo y lactancia	Hipertrigliceridemia/hipercolesterolemia
SIDA	Hipertrigliceridemia

Causas Hiperlipemia

(Fármacos y alteraciones lipídicas secundarias)

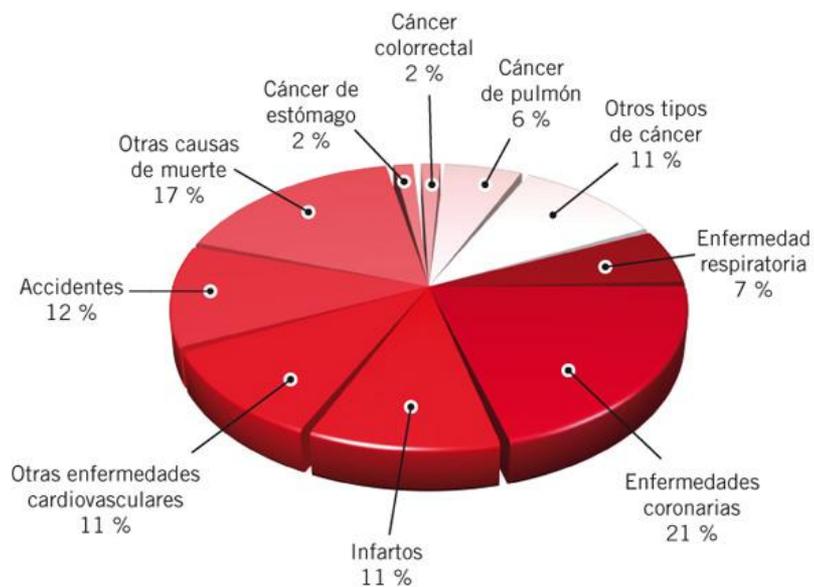
FÁRMACOS	
Anticonceptivos orales	Hipertrigliceridemia
Estrógenos	Hipertrigliceridemia
Prostágenos	Hipercolesterolemia
Anabolizantes	Hipercolesterolemia
Diuréticos	Hipertrigliceridemia/hipercolesterolemia
Betabloqueantes	Hipertrigliceridemia
Corticoides	Hipercolesterolemia/mixta
Retinoides	Hipertrigliceridemia/hipercolesterolemia
Ciclosporina, azatioprina	Hipercolesterolemia
Inhibidores de proteasas	Hipercolesterolemia/hipertrigliceridemia
Carbamazepina, fenitoína	Hipercolesterolemia
Ácido valproico	Hipertrigliceridemia
Clozapina, olanzapina	Hipertrigliceridemia/hipercolesterolemia

Consecuencias Dislipemia



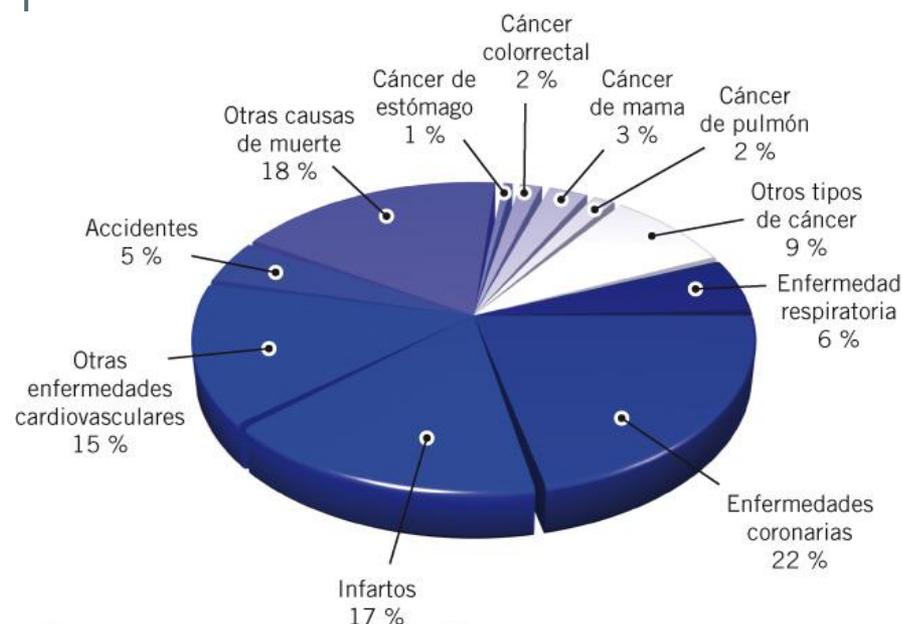
Mortalidad (%) segun su causa en Europa.

European Cardiovascular Disease Statistics 2008.



Varones

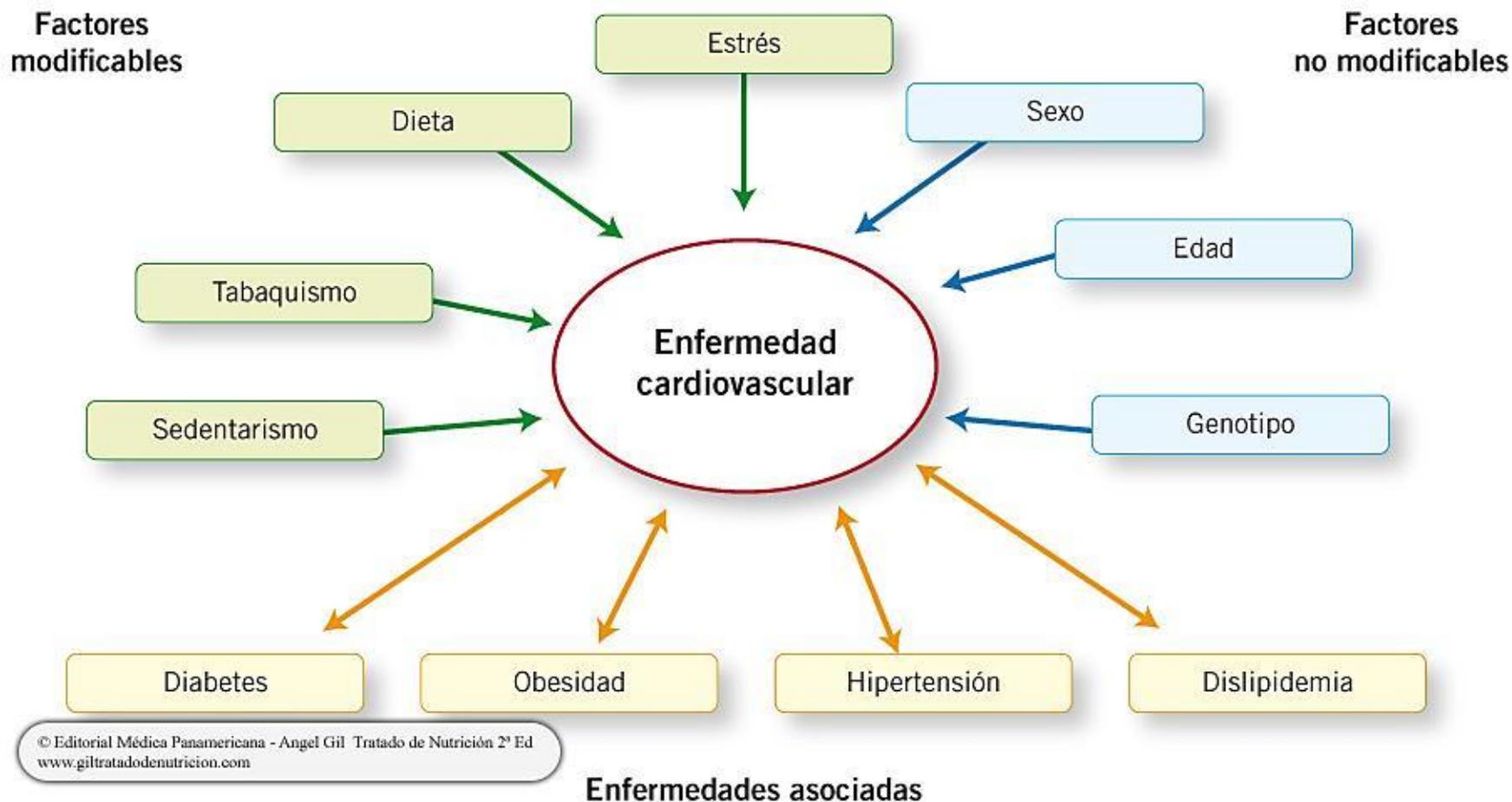
© Editorial Médica Panamericana - Angel Gil Tratado de Nutrición 2ª Ed
www.giltratadodenutricion.com



Mujeres

© Editorial Médica Panamericana - Angel Gil Tratado de Nutrición 2ª Ed
www.giltratadodenutricion.com

Factores de riesgo cardiovascular



Riesgo Evento Cardiovascular.

- **Muy alto riesgo:**

- CVD conocido
- DM2 o DM1 con microalbuminemia.
- Muy altos niveles de un solo factor de riesgo
- Enfermedad Renal Crónica.

- **Alto riesgo:**

- Altos niveles de un solo factor de riesgo como dislipemia familiar o hipertensión severa
- Un SCORE $\geq 5\%$ y $\leq 10\%$ de riesgo de muerte por CAD a 10 años.

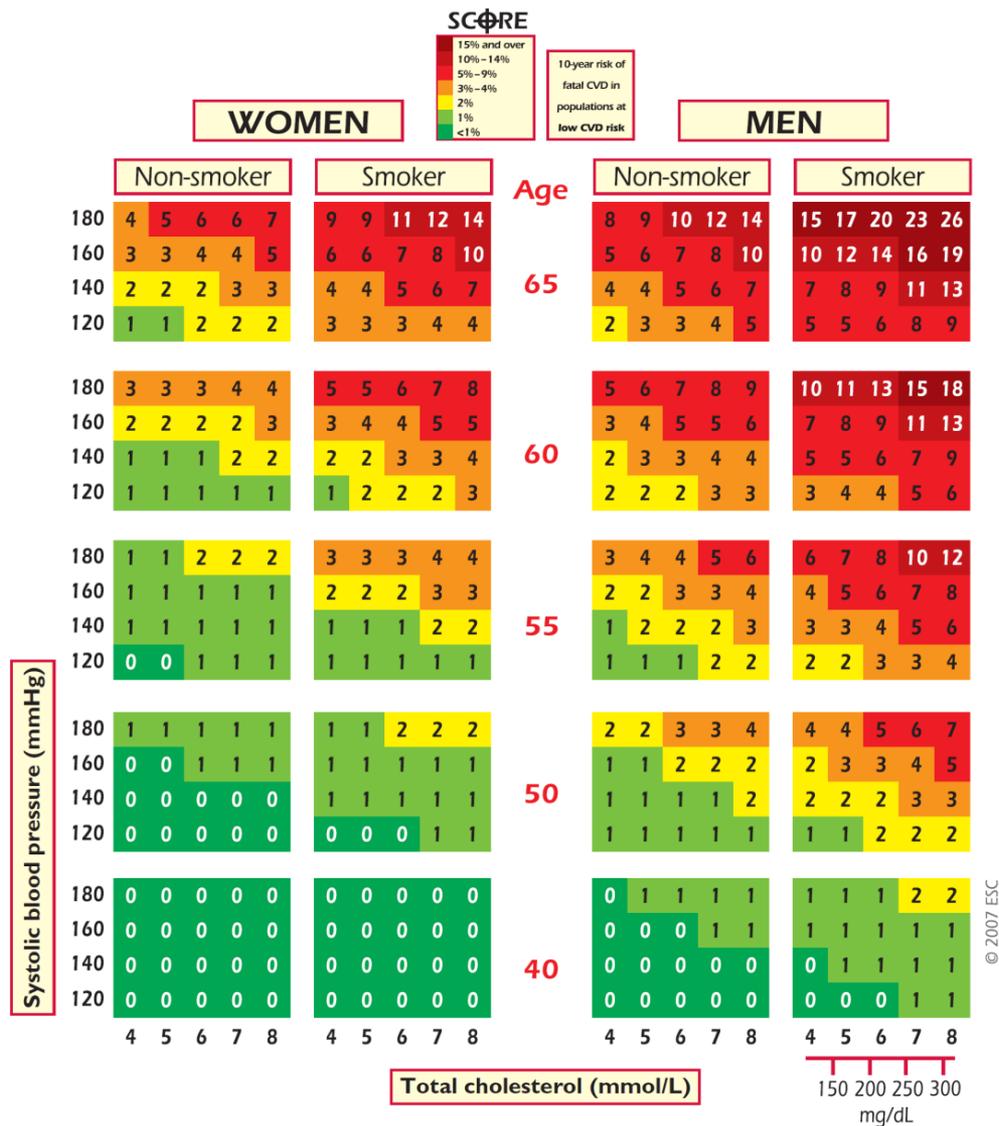
- **Riesgo moderado:**

- Un SCORE $\geq 1\%$ y $\leq 5\%$ a 10 años.
- Edad media adulta, hx familiar de muerte prematura por ECV, obesidad central, HDL, TC, CRP, fibrinógeno, actividad física, homocisteína, apo B, clase social.

- **Bajo riesgo:**

- Un SCORE $\leq 1\%$

Riesgo ECV (cuantitativo)

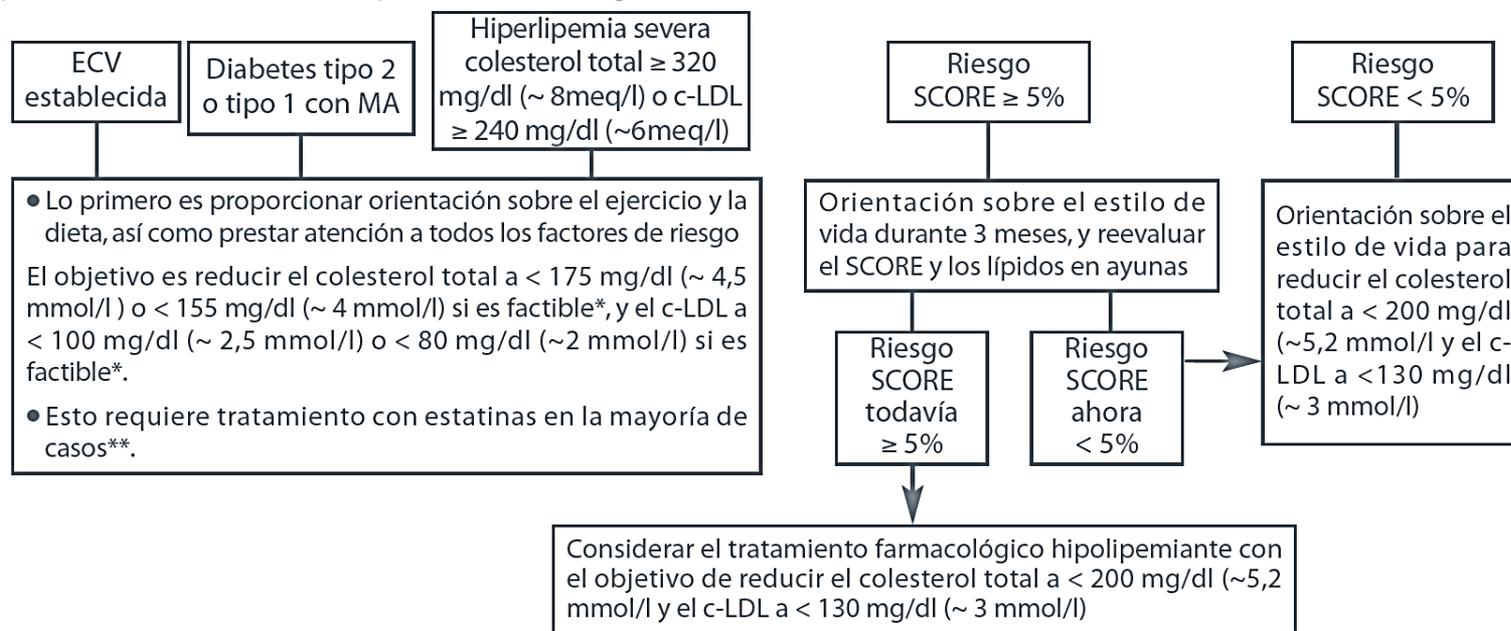


Riesgo ECV (cualitativo)

- 1. Sedentarismo y obesidad, especialmente la obesidad central (perímetro de cintura > 102 cm en el varón y > 88 cm en la mujer).
- 2. Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (< 55 años en varones y < 65 años en mujeres).
- 3. Portadores de un síndrome metabólico.
- 4. El riesgo en diabéticos comparados con no diabéticos puede ser 5 veces superior en mujeres y 3 en varones.
- 6. c-HDL bajo o triglicéridos elevados, microalbuminuria, proteína C reactiva, lipoproteína(a).
- 7. Personas asintomáticas con pruebas de arteriosclerosis preclínica. Por ejemplo, índice tobillo-brazo reducido o evidencias obtenidas mediante imagen: ultrasonografía carotídea, TC o resonancia magnética.

Manejo de los lípidos en función del riesgo cardiovascular

En todos los casos hay que buscar y abordar todos los factores de riesgo. Aquellos pacientes con ECV establecida, diabetes tipo 2 o de tipo 1 con microalbuminuria o con hiperlipemia severa, ya tienen un riesgo elevado. Para las demás personas, se pueden usar las tablas SCORE para calcular el riesgo de mortalidad cardiovascular total en prevención primaria.



Los objetivos del tratamiento no están definidos para el c-HDL y los triglicéridos, pero un c-HDL < 1 mmol/l (40 mg/dl) para los varones y < 1,2 mmol/l (45 mg/dl) para las mujeres, y unos triglicéridos en ayunas de > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) son marcadores de riesgo cardiovascular aumentado.

* Particularmente en pacientes de especial alto riesgo.

**Algunos grupos recomiendan estatinas para todos los pacientes con ECV y la mayoría de los pacientes diabéticos independientemente de los valores basales.

Bibliografía y Lectura Recomendada

- Documento de consenso SEMERGEN-SEA del Abordaje común del paciente dislipémico. Edicomplet 2010.
- European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (EHJ 2012)
- Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe (EHN November 2011)
- ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipemias. EHJ 2011.