

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LAS DISLIPIDEMIAS

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbilidad y mortalidad de muchos de los países del mundo que tienen adecuada cantidad de alimentos. Argentina está entre ellos y, la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, da cuenta de esta realidad. Los registros de colesterol elevado, referido por la población encuestada, fue cercana al 30%.

Más allá de la prevención, hay que plantear qué tratamiento se le imparte a la tercera parte de la población adulta de nuestro país. Son varias las guías de tratamiento originadas en Estados Unidos (ATP III, Guía AHA/ACC 2013) o Europa (Guías ESC, guías inglesa, alemana, etc.). En ellas se establecen claramente las distintas categorías de población con riesgo cardiovascular que requieren tratamiento farmacológico, fundamentalmente con estatinas.

Las estatinas han demostrado sus grandes beneficios en la disminución de mortalidad por todas las causas, de mortalidad cardiovascular, de infarto de miocardio no fatal o de ACV no fatal. Éstas funcionan bien en casi todos los individuos, independientemente del sexo, edad, etnias o hábitat. En cuanto al tratamiento no farmacológico, el cambio de estilo de vida incluye actividad física y alimentación adecuada. El ejercicio es excelente tanto en la prevención como en el tratamiento de las dislipidemias. La controversia aparece cuando hablamos de alimentación recomendada.

¿En qué se parece la comida de un norteamericano, un alemán, un español o de un canadiense a la de un argentino? En que todos comemos para obtener energía con los tres macronutrientes, las vitaminas y minerales necesarios. Pero nada tiene para comparar un desayuno americano con uno argentino, por mencionar un ejemplo.

En personas con dislipidemias, en cuanto a cantidad de proteínas, salvo en enfermedad renal crónica avanzada, no hay muchos comentarios que hacer. Cuando, en cambio, nos referimos a hidratos de carbono y grasas, la cosa cambia drásticamente.

En carbohidratos son fundamentales las diferencias entre los simples de rápida absorción, de los de frutas y verduras, de absorción más lenta, de los complejos asociados al almidón respecto a los polisacáridos no almidón; en definitiva, una vez más la similitud química para nada implica similitud fisiológica.

Al momento de mencionar las grasas de la alimentación, las controversias son mayores: "Las grasas saturadas de origen animal son malas", fue un paradigma que hizo aparecer en escena a las grasas trans como las "salvadoras" hasta que, 30 años después terminamos de comprobar cuánto más nocivas son éstas respecto de las saturadas para la salud cardiovascular. Pero las grasas saturadas tampoco son todas iguales: los ácidos láurico, mirístico de los lácteos enteros distan mucho de los palmítico y esteárico de las carnes. Los primeros son francamente más aterógenos.

Las grasas poliinsaturadas omega 6 (ácido linoleico) presentes en los vegetales tampoco se parecen a los omega 3 de origen terrestre (ácido alfa linolénico) y menos a los de origen marino (ácidos eicosapentaenoico y docosahexaenoico). Finalmente el comodín es el ácido oleico, perteneciente a los monoinsaturados omega 9. En el ser humano, el ácido oleico mantiene estable el colesterol intracelular como oleato de colesterol, evita la oxidación de los poliinsaturados, reduce el LDL-colesterol e incrementa levemente el HDL-colesterol.

Cuando estamos frente a una persona con hipertrigliceridemia, donde debemos disminuir la cantidad de hidratos de carbono a menos del 55%, seleccionando calidad de los mismos, nos vemos obligados a incrementar las grasas; si se hace a expensas del ácido oleico, el círculo saludable cierra perfectamente.

En el otro extremo, cuando hablamos de portadores de hipercolesterolemia, disminuimos grasas, pero no debemos ser tan restrictivos con el ácido oleico para lograr una disminución del LDL-colesterol.

Para concluir, ¿en qué alimentos se piensa cuando decimos ácido oleico? Sin dudas, para nuestras costumbres, la respuesta suele ser aceitunas, palta y aceite de oliva, similar a las "dietas mediterráneas". Sin embargo, esta misma pregunta, realizada en un ambiente sajón, obtendría como respuesta carne de cerdo que como sabemos contiene 50% de monoinsaturados en su grasa subcutánea junto con el otro 50% de grasas saturadas.

Para concluir, ¿en qué alimentos se piensa cuando decimos ácido oleico? Sin dudas, para nuestras costumbres, la respuesta suele ser aceitunas, palta y aceite de oliva, similar a las "dietas mediterráneas". Sin embargo, esta misma pregunta, realizada en un ambiente sajón, obtendría como respuesta carne de cerdo que como sabemos contiene 50% de monoinsaturados en su grasa subcutánea junto con el otro 50% de grasas saturadas.

A modo de cierre: sí podemos prescribir la misma estatina o un similar plan de actividad física pero no debemos copiarnos de guías muy bien diseñadas para las poblaciones que motivaron el trabajo de expertos sin que analicemos, con criterio científico, que nuestra población, con su cultura alimentaria, no es la misma.

Dr. Silvio D. Schraier

Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Nutrición