

Menopausia, navidad, sobrepeso, grasas y hábitos alimenticios

Esta época del año llena de significado afectivo y familiar, espíritu religioso y mundano y con muchas celebraciones que, como todas, se hacen alrededor de la comida y la bebida, también es época de preocupación individual y colectiva, de médicos y pacientes por la posibilidad de un incremento de peso con todas sus consecuencias

Ahora, ¿por qué la menopausia? Porque -diría- es una etapa de la vida en que por los años y por el perfil hormonal que se maneja, hay aumento de peso de forma casi «natural». La situación es particularmente más importante ahora que antes por la real epidemia de obesidad que está produciéndose en el mundo, del cual nosotros no podemos excluirnos.

Desde hace más de 40 años se ha dicho -con sentido común- que el peso se regula comiendo menos y moviéndose más. Sin embargo, en la actualidad más de una tercera parte de los norteamericanos se consideran obesos y en el mundo más de medio billón de personas son obesas.

Obviamente, así como han aparecido a través del tiempo miles de formas de cómo criar adecuadamente a los hijos, han aparecido también miles de recetas acerca de cómo no subir de peso y aun como salir del rango de la obesidad. Muchos de estos intentos han sido basados en experiencias personales, o en conocimientos y trabajos científicos que usualmente no dan resultados a todo el mundo y que funcionan transitoriamente.

De allí aparece el concepto de hábitos alimenticios y de estilo de vida, incluyendo el ejercicio como un elemento indispensable. Pero cuando se habla de cambios de hábitos alimenticios, aparecen todos los conceptos: hay que comer frutas y verduras, no hay que comer carnes rojas sino blancas, lo ideal es comer piña en ayunas... además parecen todos los suplementos naturales de la industria alterna a la farmacológica, y sobre todo nada de grasas ni frituras.

En este último concepto quiero extenderme un poco. Publicaciones recientes² sugieren que las grasas -como lo dijo en su tiempo el profesor Robert C. Atkins- no son tan dañinas para el peso. Al contrario, son benéficas.

La fisiología de la obesidad -acumulación de grasa- tiene características peculiares como la acumulación en sitios específicos del cuerpo, de acuerdo con el género, que ocurre en respuesta al aumento de la insulina circulante. Por dicha razón, las personas con resistencia a la insulina -y, por lo tanto, hiperinsulinémicos- tienen tendencia a la obesidad. Una vez la insulina está aumentada aguda o crónicamente, esta hace que la glucosa entre en la célula y se acumule como grasa. Por otra parte, la grasa por sí misma no aumenta la insulina. Por lo tanto, el consumo de carbohidratos es lo que aumenta la acumulación de grasa en las células. Además, entre más digerible el carbohidrato, más y mayor el aumento de glucosa en sangre -la fibra y las grasas en los alimentos disminuyen el proceso-.¹

Ahora, el segundo tópico es que la dislipidemia casi en la totalidad de los casos es de origen genético e idiosincrático.

Las personas dislipidémicas que mejoran con dietas estrictas lo deben hacer basadas en la disminución del consumo de carbohidratos más que de grasa -obviamente evitando los excesos-. Al respecto, después de 11 años han aparecido unas guías prácticas para el manejo de las dislipidemias -que quiero compartir desde aquí-, especialmente con estatinas y que esencialmente han clasificado 4 subgrupos para quienes el uso de estatinas da como resultado que el beneficio supera los riesgos²:

1. Enfermedad cardiovascular con arterioesclerosis clínicamente evidente.
2. Lipoproteínas de baja densidad (LDL) de al menos 190 mg/dl.
3. Diabetes tipo 1 o tipo 2 y un nivel de LDL colesterol de 70 mg/dl o mayor.
4. Riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular de al menos 7.5%.

También se ha caracterizado en quienes según los datos disponibles no se justifica el uso de estatinas:

1. Más de 75 años de edad, a menos que esté presente la enfermedad cardiovascular arterioesclerótica.
2. Necesidad de hemodiálisis.
3. Falla cardíaca clase II o IV de la clasificación de New York Heart Association.

Finalmente, se presentan cambios considerables en los patrones de la práctica clínica si se siguen estas guías incluyendo:

1. El no uso de terapia para bajar el colesterol en ciertos grupos de pacientes.
2. Eliminación de la medición rutinaria de los niveles de LDL en pacientes que reciben terapia con estatinas, porque ya no se enfatizan niveles determinados.
3. Evitar el uso de agentes no estatinas en pacientes tolerantes a las estatinas.
4. Un uso más conservador de estatinas en pacientes mayores de 75 años de edad, quienes no tienen evidencia clínica de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica.
5. Disminuir el uso de marcadores subrogados tales como proteína C reactiva y puntajes de calcio.
6. El uso de un nuevo calculador de riesgo que sea propicio para tener un mayor número de pacientes en estatinas.

Referencias

1. Taubes Gary. Scientific American 2013, pág. 52.
2. Keaney JF. New England Journal of Medicine 2013 nov. 27.

Gustavo Gómez Tabares
Editor jefe