

HIPERLIPOPROTEINEMIAS

Lic. Mónica Vacaflor de Loayza
DOCENTE

Este concepto de Hiperlipoproteinemias agrupa una serie de trastornos del metabolismo lipídico de diferente etiología e intensidad en que la concentración sérica de determinadas clases de lipoproteínas se eleva por encima de los valores normales.

Y se manifiesta por un aumento en la concentración plasmática de colesterol y / o triglicéridos.

I OBJETIVOS DE LA DIETA

- 1.- Corregir los estados de sobrepeso u obesidad.
- 2.- Contribuir a la normalización de las concentraciones de colesterol y triglicéridos plasmáticos.
- 3.- Contribuir a prevenir la enfermedad arterioesclerótica.

II. FACTORES A CONSIDERAR PARA LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA

- 1.- ANAMNESIS NUTRICIONAL
- 2.- PRUEBAS ANTROPOMÉTRICAS

Para evaluar el estado nutricional del paciente y orientarlo al diagnóstico de la obesidad.

Utilizar los indicadores:

- a) Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal
- b) Pliegue Cutáneo
- c) Suma de cuatro pliegues
- d) Relación Perímetro Cintura Cadera

3.-PRUEBAS BIOQUIMICAS

Niveles de colesterol y triglicéridos en suero:

Un aumento importante en cualquiera de las lipoproteínas puede dar como resultado hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, o combinaciones variables de ellas.

COMPONENTES	UNIDAD CLASICA mg/dl	SISTEMA INTERNACIONAL mmol/l
Colesterol	90-200	2.3-5.18
HDL	>45	>1.164
LDL	70-140	1.8-3.64
Triglicéridos	40-150	0.45-1.70

Tabla2: Valores de referencia en la población Boliviana. Departamento de Bioquímica. IBBA-1994.

HIPERPROTEINEMIAS PRIMARIAS CLASIFICACIÓN FENOTÍPICA DE LAS HIPERLIPOPROTEINEMIAS

FENOTIPO	LIPOPROTEINA ELEVADA	LIPIDOS ELEVADOS
TIPO I	QUILOMICRONES	TRIGLICERIDOS
TIPO IIA	LDL	COLESTEROL
TIPO IIB	LDL Y VLDL	COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS
TIPO III	LDL	COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS
TIPO IV	VLDL	TRIGLICERIDOS
TIPO VI	QUILOMICRONES Y VLDL	TRIGLICERIDOS

HIPERPROTEINEMIAS SECUNDARIAS

El tratamiento de una hiperlipidemia secundaria se debe encauzar a la enfermedad principal.

FENOTIPO	ENFERMEDADES RESPONSABLES
I	DIABETES MELLITUS MAL CONTROLADA PANCREATITIS AGUDA, DISGAMAGLOBULINEMIA LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO
IIA	HIPOTIROIDISMO SINDROME NEFROTICO, COLESTASIS ANOREXIA NERVIOSA, DISGAMAGLOBULINEMIAS
III	SINDROME NEFROTICO CONTRACEPTIVOS DISGAMAGLOBULINEMIA
III	HIPOTIROIDISMO DIABETES MELLITUS MAL CONTROLADA DISGAMAGLOBULINEMIA
IV	DIABETES MELLITUS MAL CONTROLADA OBESIDAD, HEPATITIS AGUDA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA ALCOHOLISMO, DISGAMAGLOBULINEMIA TRANSPLANTE RENAL, SINDROME DE CUSHING SEPSIS, ESTRES, ACROMEGALIA
V	DIABETES MELLITUS MAL CONTROLADA ALCOHOLISMO CONTRACEPTIVOS ESTEROIDEOS

III PRESCRIPCION DIETETICA

- 1.- Se reconoce la dieta como a uno de los principales determinantes de los niveles de triglicéridos y colesterol del suero, y es el fundamento de la terapia de todas las clases de hiperlipidemias.
- 2.- El consumo de grandes cantidades de colesterol, grasas saturadas, azúcar y exceso de calorías se liga con las elevaciones de triglicéridos y colesterol del suero y niveles bajos de cHDL, aumentando la morbilidad y mortalidad por padecimiento coronario.
- 3.- Para poder reducir o normalizar los niveles de lípidos en el suero de un paciente determinado, es necesario elaborar una dieta con base en el tipo (fenotipo) de anomalía de lipoproteína que se haya demostrado en ese caso.
- 4.- El tratamiento inicial de toda dislipidemia deberá ser una modificación de los hábitos dietéticos.

El contenido calórico de la dieta influye sobre la tasa de lípidos circulantes,

Las dietas hipercalóricas estimulan la producción hepática de triglicéridos y de la apoproteína B de las lipoproteínas de muy baja densidad VLDL-apo B.

Las dietas hipocalóricas producen un descenso del colesterol y triglicéridos y una elevación del c-HDL-

PRESCRIPCION DE PROTEINAS

- Este nutriente en la dieta, no tiene efectos sobre los niveles de los lípidos séricos, proporcionándose de 11% a 15% del total de calorías.
- La nutricionista deberá tener en cuenta que algunas proteínas tienen efectos hipocolesterolemiantes y/o hipocolesterolemiantes.

PRESCRIPCION DE CARBOHIDRATOS

- Los hidratos de carbono de la dieta ejercen una acción neutra sobre los niveles de colesterol total.
- Los límites adecuados son de 50% a 60% del aporte calórico diario.
- Se deberá tener en cuenta que:
 - a) Las dietas ricas en carbohidratos reducen el c-HDL.
 - b) Una dieta pobre en grasa y con alto contenido en hidratos de carbono eleva la trigliceridemia.
 - c) Se debe utilizar alimentos con alto contenido en polisacáridos por el alto contenido en fibra evitando los mono y disacáridos.

PRESCRIPCION DE GRASAS

El aporte calórico de la grasa estará entre 25% y 30% no debe superar el 35% del VCT.

a) Acidos Grasos Saturados

La ingesta incrementa el colesterol total y el c-LDL, principalmente el ácido palmítico (C16:0) por lo que se recomienda disminuir su contenido en la dieta al 10% o menos del contenido calórico total, en las hipercolesterolemias graves su ingesta será inferior al 7%.

b) Acidos Grasos monoinsaturados

Se considera a este tipo de grasa con un efecto neutro para las cifras de colesterol, sin embargo, algunos autores han comprobado que dietas ricas en ácido oleico elevan el c-HDL y pueden reducir la tasa de c-LDL.

Las dietas ricas en ácidos grasos monoinsaturados aumentan la resistencia de las LDL a ser oxidadas lo que no ocurre con los ácidos grasos poliinsaturados. De esta forma las monoinsaturadas contribuirían a reducir la aterogenicidad de las LDL protegiéndolas de la oxidación.

El contenido en la dieta deberá ser de 10% al 15% del VCT.

c) Acidos Grasos Poliinsaturados

Son esenciales al no poderse sintetizar en nuestro organismo por ello son imprescindibles en la dieta, disminuyen la colesterolemia a expensas de reducir el c-LDL, los ácidos grasos de cadena larga y alto grado de insaturación reducen además los triglicéridos.

Los poliinsaturados n-3 inhiben la síntesis hepática de VLDL.

Se deberá aportar el 10% del VCT. Aportes superiores al 15 % pueden reducir la tasa de c-HDL y favorecer la litogénesis biliar por lo que no son recomendables.

COLESTEROL DIETETICO

El colesterol presente en los alimentos es capaz de modificar las concentraciones de colesterol plasmática. El colesterol de la dieta llega al hígado transportado por los quilomicrones residuales, que son captados por receptores que ligan y se suma al pool de colesterol intrahepático produciendo diversas acciones: disminuye su síntesis endógena, aumenta su excreción biliar disminuye la síntesis de receptores LDL en el hepatocito, incrementa los niveles plasmáticos de LDL y favorece el depósito de c-LDL en las paredes de las arterias.

Es recomendable que el contenido de colesterol en la dieta sea inferior a 300mg/día