



Nombre del alumno: Lourdes aylin Velasco herrera

Maestra: Daniela Monserrat Méndez guillen

Materia: Nutrición en enfermedades cardiovasculares

Tema: ensayo

Fecha: 25 de mayo del 2024

Ateroesclerosis y enfermedad cardíaca coronaria

Se trata de una respuesta crónica, inflamatoria y local a ciertos factores de riesgo, como altas concentraciones de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL), que son dañinos para la pared arterial. Entre los depósitos de grasa y el recubrimiento interno arterial se forma una capa protectora de fibrina (ateroma). Los ateromas producen enzimas que provocan que la arteria se dilate con el tiempo, compensando así el estrechamiento causado por la placa.

El pronóstico clínico de la función arterial alterada secundaria a ateroesclerosis depende de la localización de la alteración. En las arterias coronarias la ateroesclerosis causa angina de pecho o dolor torácico, IM y muerte súbita; en las arterias cerebrales causa ictus y ataques isquémicos transitorios. Así pues, la ateroesclerosis es la causa subyacente de muchas ECV.

Pero también tenemos al colesterol que es transportado a las paredes celulares por las lipoproteínas de baja densidad (LDL), especialmente las partículas de menor tamaño. Para atraer y estimular a los macrófagos, el colesterol debe ser liberado de las LDL y oxidado, un paso clave en el proceso inflamatorio en curso.

Cada clase de lipoproteínas representa realmente una línea continua de partículas. El cociente entre proteína y grasa determina la densidad; así pues, partículas con más cantidad de proteína son las más densas.

También es un hecho que estas lipoproteínas ricas en lípidos, quilomicrones y remanentes de VLD son aterogénicas porque activan plaquetas, la cascada de la coagulación y la formación de trombos. Todas contienen la lipoproteína apo B. Donde Las concentraciones de triglicéridos en ayunas se clasifican como normales (500 mg/dl), en el límite alto (150-199mg/dl), altas (200-499 mg/dl) y muy altas (>500 mg/dl).

La determinación de triglicéridos se considera actualmente parte del síndrome metabólico, junto a la intolerancia a la glucosa, la hipertensión, el colesterol de HDL reducido y el aumento de colesterol de LDL.

Los pacientes suelen tener también hiperquilomicronemia, y precisan dietas muy pobres en grasas (es decir, 10-15% de las calorías en forma de grasas) y medicamentos. Pero también influye la HF (hiperlipidemia tipo IIa) que es un trastorno monogénico presente en todo el mundo, que afecta a unos 10 millones de personas. Es un factor de riesgo principal para ECC; el 85% de los hombres y el 50% de las mujeres con HF tendrán un problema coronario antes de los 65 años.

Donde en pacientes con HFC se pueden observar varios patrones de lipoproteínas. Estos pacientes pueden presentar: 1) aumento de LDL con triglicéridos normales (tipo IIa); 2) aumento de LDL con aumento de triglicéridos (tipo IIb), o 3) aumento de VLDL (tipo IV). A menudo estos pacientes tienen las LDL pequeñas y densas asociadas con ECC.

Los pacientes con HFC suelen tener otros factores de riesgo como obesidad, hipertensión, diabetes o síndrome metabólico. Si las medidas relacionadas con el estilo de vida son ineficaces, el tratamiento debe incluir medicamentos. Los pacientes con elevadas concentraciones de triglicéridos también deben evitar el consumo de alcohol.

Con el fin de tener un diagnóstico cardiovascular se usan inicialmente pruebas no invasivas, como electrocardiograma, prueba de esfuerzo, gammagrafía con talio y ecocardiografía. Una prueba invasiva más definitiva es la angiografía (cateterismo cardíaco), en la que se inyecta un contraste en las arterias y se obtienen imágenes radiográficas del corazón.

Se ha demostrado que la reducción de los factores de riesgo disminuye la ECC en personas de cualquier edad. Cerca de la cuarta parte de la reducción de ECC es atribuible a un mejor tratamiento; más de la mitad deriva del descenso de los factores de riesgo. Muchos problemas coronarios podrían prevenirse adoptando un estilo de vida saludable.

Se tiene conciencia de que cerca del 20% de todos los hombres no tenía actividad física. Con la alta prevalencia de obesidad, la actividad física es una prioridad absoluta. La actividad física reduce el riesgo de ECC al retrasar la aterogénesis, aumentar la vascularización miocárdica, incrementar la fibrinólisis, elevar el colesterol de HDL, mejorar la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina, ayudar al control del peso y reducir la presión arterial.

Pero también hay factores que no se pueden modificar como lo son los antecedentes familiares, la menopausia, entre otras cosas que pueden desencadenar la enfermedad sea la persona súper sana o no. También hay factores que se pueden controlar como algunas enfermedades o como lo puede ser el estrés, la diabetes, la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo ya que con el correcto control de estos y llevando o tratar de llevar buenos hábitos se pueden evitar de alguna manera problemas más serios o incluso la muerte.

Bibliografía:

- Universidad del sureste, antología de nutrición en enfermedades cardiovasculares, 2024, pdf.