

Enfermedades cardiovasculares y su relación con el consumo de aceite de palma

Katerine Villa ND. MsC¹

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de entidades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos (1), comprometiendo en muchas ocasiones órganos vitales como el cerebro, los riñones y el corazón. (1)(2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades cardiovasculares se mantienen como la primera causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (1)(3), pese al auge de las enfermedades tumorales y la aparición de nuevas patologías infecciosas. Según la OMS se calcula que en 2015 murieron 17 millones de personas por esta causa (7,6 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 5,7 millones a los accidentes cerebrovasculares) (3), y que para el 2020, las muertes aumentarían de un 15% a 20% (1).

En Colombia, las primeras causas de muerte siguen siendo las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, entre el 2005 y 2014 la tendencia fue disminuyendo, pasando de 166,43 a 146,96 muertes por cada 100.000 habitantes, que significa una reducción de 9,90%, (30,08% (595.289) de las muertes por ECV)(4).

Dentro del amplio conjunto de las enfermedades cardiovasculares están, (3)(5)

- la cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco;
- las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
- las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
- la cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
- las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y
- las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Es importante tener en cuenta que la cardiopatía isquémica es una causa fundamental de muerte (5), y en general las patologías cardiovasculares son una causa de ausentismo laboral, muertes prematuras, disminución de los años de vida productiva y deterioro de la calidad de vida en general (1)(5), aumentando el gasto sanitario con medicamentos de por vida, cirugías mayores y estancias hospitalarias prolongadas.

¹ Nutricionista Dietista, Universidad Javeriana. Especialista en Obesidad y Trastornos de la conducta alimentaria, Universidad Autónoma de Barcelona. Correo: villa.katerine@gmail.com.

Las enfermedades cardiovasculares afectan por igual a hombres y mujeres, y aunque anteriormente se asociaba una mayor prevalencia a los países industrializados, hoy en día más del 80% se producen en países en vía de desarrollo (5)

Según la Organización Mundial de la Salud, los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular pueden ser prevenidos oportunamente, estos son: hipertensión arterial (HTA), dislipidemias, consumo de tabaco, inactividad física, obesidad y dieta malsana (1)(4). Hay una amplia evidencia que demuestra que encaminar las estrategias de prevención y detección temprana en la población en estos factores de riesgos, evitaría en un 80% las enfermedades cardiovasculares (6), además de disminuir los gastos en el sistema de salud y aumentar la esperanza y calidad de vida(2), y no solo de quien padece la enfermedad, sino de los familiares y la población en general. De ahí la importancia en la implementación de estrategias a nivel poblacional e individual.

Dentro de los factores de riesgo de mayor impacto para las enfermedades cardiovasculares, se encuentran las dislipidemias, y por eso el cambio de hábitos es fundamental para disminuir tal riesgo. La evidencia y especialmente los estudios controlados aleatorizados (ECA) a la fecha, han mostrado que reducir las grasas trans y las grasas saturadas tienen un nivel de evidencia A en cuanto su impacto para reducir la concentración de colesterol total y las lipoproteínas de baja densidad (LDL por sus siglas en inglés), asimismo al disminuir las grasas trans de la dieta aumenta la concentración de lipoproteínas de alta densidad (HDL por sus siglas en inglés) con nivel de evidencia A, importante como factor protector para eventos cardiovasculares. (6) (7).

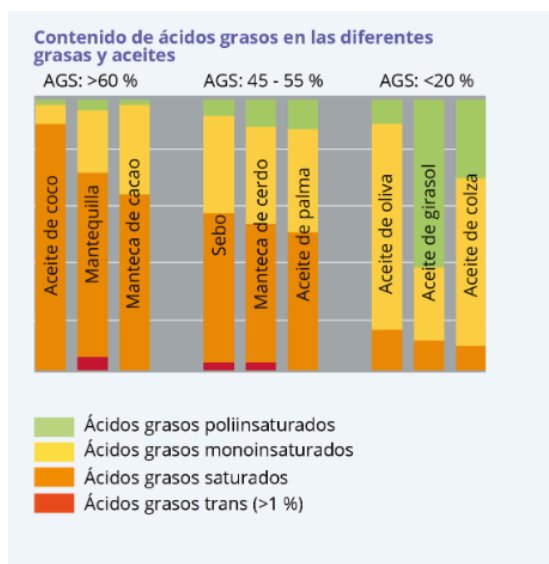
Es ampliamente conocido que la dieta mediterránea está considerada desde hace años como el mejor patrón de alimentación para llevar un estilo de vida saludable y reducir los niveles de colesterol total, la fracción de LDL y aumentar la concentración de HDL (6). Incluso, el estudio PREDIMED muestra que la dieta mediterránea es aún más importante en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular en pacientes con alto riesgo, haciendo alusión a que lo más importante no es la cantidad de la grasa a consumir siempre que no sea superior al 35% (11% de grasas saturadas) de las calorías totales como recomiendan las guías ESC/ EAS 2016, sino la calidad de esta.

Dentro de la dieta mediterránea el aceite de oliva es el que se recomienda por su perfil mayormente de ácidos grasos monoinsaturados y sus beneficios para la salud, sin embargo, la combinación de diferentes aceites también es importante, dado que cada aceite contiene diferentes concentraciones de ácidos grasos también benéficos. Uno de los aceites más debatidos para su consumo es el aceite de palma, dada su composición de un 50% de AGS, mayoritariamente ácido palmítico, AGM (Ácido oleico) y AGP (ácido linoleico). Según la evidencia y un informe técnico de 2017 del Centro Cochrane Iberoamérica y la Fundación Española para la ciencia y la Tecnología (MINECO), no hay resultados concluyentes para relacionar el consumo de aceite de palma

y el aumento de colesterol total, LDL y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (8). Específicamente, el informe respondía a la pregunta, “*En la población general, ¿el consumo de aceite de palma aumenta el riesgo de enfermedades y la morbilidad más o menos que otros tipos de aceites?*”², en el cual se hizo una búsqueda a mayo de 2017 incluyendo las bases bibliográficas de PubMed, guías clínicas, directrices internacionales, posición de sociedades expertas y revisiones sistemáticas. A la fecha no se encontró guías clínicas o directrices que fueran específicas para el consumo de aceite de palma y enfermedades cardiovasculares. Se rescataron tres guías relevantes, dos del National Institute for Health and clinics Excellence (NICE) del Reino Unido y las guías americanas de recomendaciones dietéticas publicadas en 2015, donde se hacen recomendaciones generales en cuanto el consumo de grasa, enfatizando en la disminución de grasas saturadas a menos del 10% del valor calórico total y evitar el consumo de grasas trans (8).

Aceite de palma y contenido de grasas saturadas

Como se mencionó anteriormente, el aceite de palma contiene un 50% de grasas saturadas, un porcentaje mucho mayor que otros aceites vegetales, sin embargo, se debe aclarar que el ácido graso palmítico no tiene la misma aterogenicidad que otros ácidos grasos saturados, como el mirístico, que esta estudiado y sustentado que es el principal ácido graso saturado que incide en el aumento del colesterol sérico (9). En la siguiente imagen se muestra la comparación del aceite de palma con otros aceites vegetales y grasas.



²Centro Cochrane Iberoamérica y la Fundación Española para la ciencia y la Tecnología (MINECO). Evaluación científica de mensajes de alimentación y nutrición. Rescatado el 29 de agosto de, <https://www.upf.edu/documents/35405748/36238404/03-palma-15g.pdf/16c83a15->

Los estudios sugieren que el aceite de palma tiene una absorción más lenta y un menor efecto en la formación de ateromas (8), esto debido a que el aceite de palma también contiene un 42% de ácido oleico que tienen un efecto favorable en la prevención de ECV (9) (10). Además, también contiene tocotrienoles (componente de la vitamina E) el cual está demostrado con amplia evidencia a nivel mundial que tienen un efecto hipocolesterolémico, antitrombótico y favorecen de esta manera la regresión en la placa ateromatosa (10)

En los últimos años se ha investigado la relación del consumo de aceite de palma y la enfermedad cardiovascular, algunos estudios han encontrado hallazgos y relaciones positivas con intervalos de confianza de 95%, sin embargo, la evidencia no es concluyente dado el corto tiempo del estudio, muestras que no son heterogéneas o conflicto de interés por parte de los autores. Una de estas revisiones incluyó 27 estudios, la mayoría ensayos clínicos aleatorizados, y comparó el impacto que tiene el consumo de aceite de palma con otros aceites vegetales con menor contenido de ácidos grasos saturados, mostrando que el colesterol total aumentaba, pero los triglicéridos no, sin embargo, la mayoría de los resultados fueron heterogéneos y no pueden darse como concluyentes, con una confianza moderada baja. (8)

También se han realizado estudios comparando el aceite de palma con el aceite de cártamo, alto en ácido oleico y su impacto en la fracción de LDL, mostrando que no se observaban diferencias en el perfil lipídico (10).

Teniendo en cuenta que no hay evidencia que indique que el ácido palmítico aumenta el riesgo de ECV, y que además el aceite de palma contiene ácidos grasos insaturados, el aceite de palma puede consumirse con moderación siempre que esté dentro de una alimentación equilibrada. El ILSI Nor-Andino publica en 2017 un documento técnico en el que concluye que no hay suficientes indicadores de riesgo cardiovascular para hacer recomendaciones diferentes de ácidos grasos saturados o más específicas (10)

Aceite de palma y grasas trans

El informe publicado en 2017 de MINECO, también comparó el consumo de aceite de palma con los aceites que contienen grasas hidrogenadas, la revisión incluyó nueve estudios y concluyó que el consumo de aceite de palma aumenta la concentración de HDL, en comparación a las otras grasas que contienen grasas trans (AGT), con un intervalo de confianza de 95%, sin embargo, los resultados también son heterogéneos y no son concluyentes. Sin embargo, es importante resaltar que el disminuir el consumo de grasas trans de la alimentación es una recomendación ampliamente conocida y sustentada para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Una revisión publicada en la revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Bogotá en 2016, mostró que un aumento del 2% de la ingesta total de energía proveniente

de ácidos grasos trans se asocia en un 23% al aumento de riesgo cardiovascular, debido a que las grasas trans aumentan la concentración de colesterol total, LDL y disminuyen la fracción de HDL (7). El ILSI nor-andino en su documento técnico ratifica que una ingesta de grasas trans superior al 2% del valor calórico total se relaciona con diversos factores de riesgo cardiovascular y contribuye a aumentar el riesgo de enfermedad coronaria. Además, el consumo de grasas trans también se encuentra relacionada con una ganancia de peso, que es otro factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (7). Las grasas trans están siendo estudiadas desde hace décadas y tienen amplia evidencia de su impacto negativo en la salud, no solo en la alteración del cambio en el perfil lipídico y ganancia de peso, sino también en una asociación positiva con algunos tipos de cáncer como el de mama y resistencia a la insulina (7), por esta razón su consumo debe ser muy limitado dentro de la alimentación diaria. Cada país cuenta con una regulación y es deber de la industria alimentaria informar a la población sobre el contenido de grasas trans. En Colombia, la resolución 2508 entro en vigor en 2012, un reglamento técnico para los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o saturadas.

Por otra parte, las guías americanas de 2015, recomiendan limitar el consumo de grasas trans, las guías ESC/ECA de 2016 recomiendan como medida importante para le prevención de ECV minimizar las grasas trans hasta menos del 1% de la energía diaria.

Teniendo en cuenta esto, el aceite de palma se puede incluir dentro de una alimentación saludable, dado que su contenido de grasas trans es menos del 1%, un 42% de ácido oleico y no hay relación con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o alteraciones en el perfil lipídico. Su consumo debe estar dentro de una alimentación saludable y equilibrada. Las recomendaciones dietéticas para una dieta saludable según las guías europeas son:

- Grasas menos del 35% del requerimiento energético (11% grasas saturadas y menor a 7% si existe hipercolesterolemia)
- Azúcar añadido: menos del 11% del requerimiento energético diario
- Fibra: mínimo 18 gramos al día
- Sal: máximo 6 gramos al día en adultos.
- Frutas y verduras: mínimo 5 porciones al día

Referencias

(1) Torres CI, Illera D, Acevedo DE, Cadena M, Meneses LC, Ordoñez PA, Pantoja LN, Pastás M. Riesgo cardiovascular en una población adolescente de Timbío, Colombia. *RevUnivInd Santander Salud*. 2018; 50(1): 59-66. doi: 10.18273/revsal.v50n1-2018006

(2) Machado-Alba, Jorge E, & Machado-Duque, Manuel E. (2013). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia afiliados al sistema de salud en Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(2), 205-211. Recuperado en 30 de agosto de 2018, de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200007&lng=es&tlng=es.

(3) OMS. Datos y cifras. (2017). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado en 28 de agosto, de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

(4) Ministerio de salud y protección. Análisis de la situación de salud en Colombia (ASIS), Noviembre de 2016.

(5) Sociedad Española de Cardiología. Informe de la salud cardiovascular en España en el contexto europeo. Rescatado el 28 de agosto de, <http://secardiologia.es/images/stories/file/salud-cardiovascular-espana-europa.pdf>

(6) Alberico L., Ian G, WiklundO, Et al. (2017). Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias, grupo de trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Revista Española de Cardiología, 70:115.e1-e64 - Vol. 70 Núm.02 DOI: 10.1016/j.recesp.2016.11.052

(7) Cabezas C, Hernández B, Vargas M. (2016). Aceites y grasas: efectos en la salud y regulación mundial. Revista de la Facultad de Medicina, 64 No. 4: 761-8 761.

(8) Centro Cochrane Iberoamérica y la Fundación Española para la ciencia y la Tecnología (MINECO). Evaluación científica de mensajes de alimentación y nutrición. Rescatado el 29 de agosto de, <https://www.upf.edu/documents/35405748/36238404/03-palma-15g.pdf/16c83a15->

(9) Castro-Bolaños, Monserrat, Herrera-Ramírez, Carlos H, & Lutz-Cruz, Giselle. (2005). Composición, caracterización y potencial aterogénico de aceites, grasas y otros derivados producidos o comercializados en Costa Rica. *Acta Médica Costarricense*, 47(1), 36-42. Recuperado agosto 31, 2018, de, http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000100006&lng=en&tlng=es

(10) ILSI Nor- andino. (2017). Informe técnico. ácidos grasos saturados VS ácidos grasos trans: efectos diferenciados en nutrición y salud pública.