

# Talaric®

**Suplemento Alimenticio**

Aceite de Chía (Omega 3 y 6),  
Colina y Coenzima Q10



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

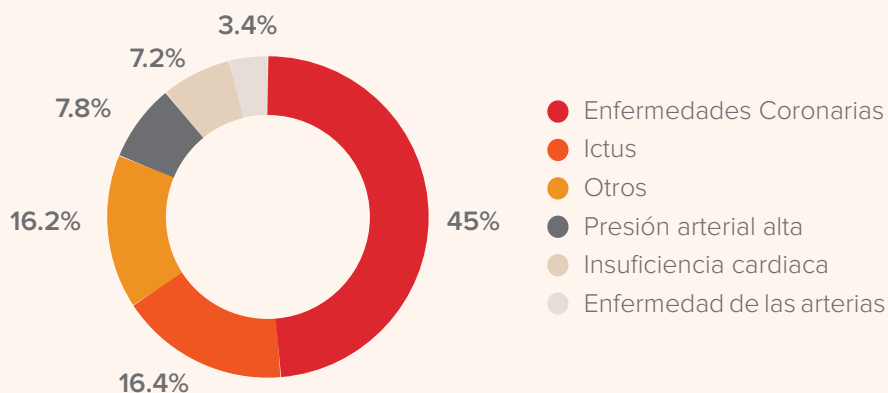
de la Pre a la Postmenopausia.



Las **enfermedades cardiovasculares** (ECV) son la principal causa de muerte en mujeres en todo el mundo y suponen una causa superior a la ocasionada por todos los cánceres combinados.<sup>1,2</sup>

Las **mujeres premenopáusicas** están protegidas frente a las enfermedades cardiovasculares si las comparamos con los hombres de edad similar. Está bien establecido que la morbilidad por enfermedad cardiovascular en mujeres premenopáusicas es realmente muy baja y significativamente inferior a la que se da en hombres de la misma edad.<sup>3</sup> Los fallecimientos por cardiopatía coronaria raramente se producen por debajo de los 50 años en mujeres, pero después de los 50 años de edad más de la mitad de todas las muertes del sexo femenino se deben a enfermedad cardiovascular. Después de la menopausia los índices de riesgo cardiovascular aumentan entre tres y cinco veces, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares provocan más muertes que todas las otras causas de enfermedad combinadas y ello debe guardar relación con la menopausia y el déficit estrogénico que la caracteriza.<sup>2,3</sup>

### Porcentaje de morbilidad por categoría cardiovascular en pacientes menopáusicas.



**Fuente:** Modificado y traducido al español de Collins, P., Rosano, G., Casey, C., Daly, C., Gambacciani, M., Hadju, P., ... & Simon, T. (2007). Management of cardiovascular risk in the peri-menopausal woman: a consensus statement of European cardiologist and gynaecologist. *European heart journal*, 28(16), 2028-2040.

La causa de la menor incidencia de enfermedad cardiovascular durante el periodo fértil es un efecto ateroprotector de los estrógenos con un perfil lipídico favorable, con un mayor nivel de **HDL** y menores niveles de **LDL**, así como de colesterol total; asimismo, hay una importante acción directa del estrógeno sobre el endotelio vascular.<sup>2,3</sup>

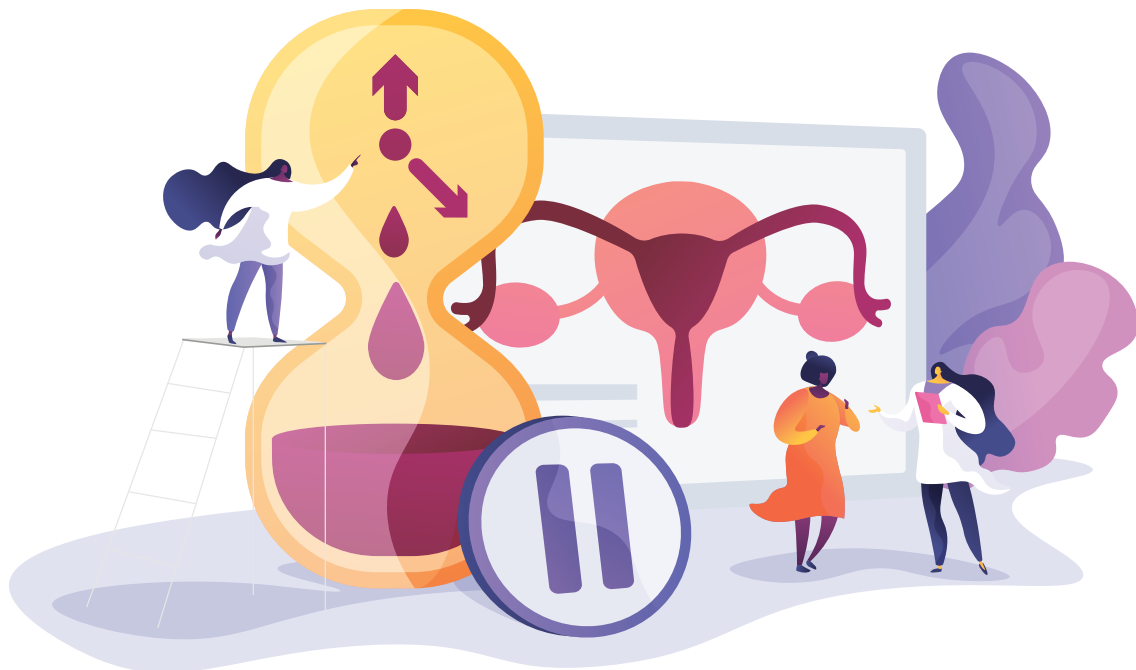
Los síntomas y consecuencias clínicas asociadas a la menopausia son variadas: a corto plazo aparecen, sobre todo, síntomas vasomotores y alteraciones tróficas del tracto genital. A más largo plazo la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular toman protagonismo.<sup>3</sup>

El proceso de envejecimiento natural, la adquisición de hábitos dañinos como el sedentarismo y el tabaquismo así como el hipoestrogenismo contribuyen a la aparición de factores de riesgo cardiovascular y aterosclerosis en las mujeres postmenopáusicas.<sup>4</sup> El hipoestrogenismo sólo constituye un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es multifactorial. Entre los factores que pueden desencadenar o agudizar una enfermedad cardiovascular, es posible que algunos se vean influenciados por los efectos de la menopausia y la edad. Después de interrumpirse la menstruación, el declive de las hormonas ováricas induce cambios interrelacionados con las funciones metabólicas y hemodinámicas, lo cual conduce a una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipidemia y síndrome metabólico, en comparación con el periodo premenopáusico. Las guías del **Colegio Americano de Cardiología y de la Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA)** reconocen el estado posmenopáusico como un factor de riesgo para **ECV**.<sup>2</sup>

La menopausia prematura se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedad coronaria y, de manera menos constante, con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular.<sup>1</sup> La menopausia antes

de los 40 años se vincula con un incremento dos a tres veces de infarto de miocardio.<sup>2</sup> Hay datos que señalan cómo la menopausia precoz se asocia con elevaciones puntuales de la presión arterial, sobre todo de la diastólica y el cese brusco de la función ovárica cuando se practica una ooforectomía bilateral es más pernicioso para el sistema cardiovascular que cuando la menopausia se instala de forma pausada y natural.<sup>3</sup>

Los perfiles de lípidos comienzan a cambiar durante la transición menopáusica y en las mujeres postmenopáusicas se deteriora en los primeros años.<sup>2,3</sup> En la **Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas**, los valores de colesterol total y **LDL** fueron superiores en las postmenopausia que en la premenopausia. Algunos estudios han demostrado un aumento de 6-25% del colesterol total, 11-20% de **colesterol- LDL**, 9-11% de **triglicéridos** y 25-50% de Lp(a) después de la menopausia, sin cambios importantes en el **colesterol-HDL**. Además, la falta de estrógenos modifica las lipoproteínas de baja densidad haciéndolas más pequeñas, densas y susceptibles a la oxidación.<sup>4</sup>





Los datos obtenidos del estudio **US National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES)** muestran que la cantidad de LDL es dos veces más elevada en la población de 55 a 64 años, contra el grupo de 45 a 54 años, y cuatro veces más en comparación con menores de 45 años. Ese aumento ocurre también en mujeres más jóvenes que se han sometido a una ooforectomía bilateral, mostrando la relación causa-efecto de la disminución del estrógeno.<sup>2</sup>

Las mujeres con un colesterol total superior a 265 mg/dL tienen tres veces más posibilidad de presentar una enfermedad cardiovascular, a diferencia de aquellas que muestran un valor normal. La disminución de **HDL** en 10 mg/dL aumenta la posibilidad de enfermedad cardiovascular entre 40 y 50%. De la misma forma que el aumento de colesterol total y de su fracción **LDL** aumentan el riesgo de **ECV**, también se confirma la relación inversa. Por cada reducción de 1% de **LDL** disminuye el riesgo de sufrir un episodio coronario en 1.7%. Asimismo, la reducción de 10.4% en los niveles de **LDL** conduce a una disminución en el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias de entre 16 y 19%. Por otra parte, por cada aumento de 10 mg/dL en los niveles de **HDL**, disminuye 42% el riesgo cardiovascular.<sup>2</sup>

La **menopausia** también se relaciona con cambios desfavorables en el peso corporal y la distribución de grasa, sensibilidad a la insulina y el tono simpático que amplifica el efecto directo de la deficiencia de hormonas ováricas y del envejecimiento.<sup>2</sup> El déficit estrogénico será aterogénico no sólo por inducir alteraciones lipídicas, también se pueden desarrollar mecanismos oxidativos y procoagulantes, así como facilitar cierto grado de disfunción endotelial.<sup>3</sup>



Las mujeres al envejecer ganan peso a una tasa de 0.55 kg/año, ganan grasa corporal 0.41 kg/año y pierden tejido magro a razón de 0.11 kg/año. No hay cambios del metabolismo basal con la edad antes de los 48 años, pero a partir de entonces disminuye 4 a 5% por década. La reducción de producción de estrógenos se acompaña de aumento de grasa corporal intraabdominal sobre todo los primeros dos años y las mujeres con exceso de grasa intraabdominal tienen mayor mortalidad cardiovascular y más anomalías metabólicas.<sup>4</sup>

Los esteroides sexuales modifican el metabolismo de la glucosa e insulina y algunos estudios epidemiológicos señalan que con la menopausia existiría una tendencia a sufrir intolerancia a la glucosa.<sup>3,4</sup> Las mujeres posmenopáusicas sanas, no obesas, experimentan una reducción en la tolerancia a los carbohidratos al aumentar la resistencia a la insulina.<sup>2</sup>

Con la **menopausia fisiológica** se observa una tendencia ascendente de las cifras de presión arterial, aunque otros factores como la edad también deben ser operativos.<sup>3</sup> Después de la menopausia el flujo sanguíneo desciende en todos los lechos vasculares; por el contrario, aumentan los niveles de endotelina y ocurre la vasoconstricción en respuesta a los desafíos de la acetilcolina. Las concentraciones plasmáticas circulantes de óxido nítrico disminuyen y aumentan las de la enzima convertidora de angiotensina.<sup>2</sup>

Los cambios metabólicos en la **postmenopausia** contribuyen al desarrollo del síndrome metabólico, que aumenta su frecuencia y explica en parte, la aceleración de la enfermedad cardiovascular.<sup>4</sup>

Sin duda el factor edad incrementa de forma exponencial el riesgo cardiovascular de los sujetos que ya presentan uno o varios factores de riesgo. Sin embargo, en la mujer el efecto “edad” estaría atenuado en la premenopausia y durante los primeros años de la menopausia precisamente por el efecto protector de los estrógenos. Probablemente con la edad aumentan los mecanismos de oxidación y ello también se traduciría de forma negativa en el sistema cardiovascular. En este contexto se viene señalando desde hace años que es precisamente el déficit estrogénico en general el principal responsable de la mayor susceptibilidad femenina en la época postmenopáusica para padecer enfermedades cardiovasculares.<sup>3</sup>

No se pueden atribuir todas estas anomalías sólo a la privación hormonal, sino también a la carga genética y al proceso de envejecimiento per se, así como a los hábitos dañinos como la inactividad física y el consumo excesivo de calorías y grasas saturadas. Es posible concluir que en la postmenopausia es obligatorio evaluar el estado metabólico de la mujer y detectar los factores de riesgo que favorecen la tan temida enfermedad cardiovascular.<sup>4</sup> Las recientes actualizaciones de las pautas sobre colesterol y prevención primaria

del American College of Cardiology/American Heart Association respaldan las evaluaciones de riesgo cardiovascular y guiar la prescripción de estatinas para mujeres asintomáticas en la mediana edad con riesgo intermedio de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.<sup>1</sup>

Los nutracéuticos son componentes o derivados alimenticios que ofrecen una alternativa segura y generalmente bien tolerados.<sup>5</sup>

Algunos nutracéuticos tienen la posibilidad de actuar simultáneamente en múltiples etapas del daño vascular inducido por lípidos y los convierte en candidatos potenciales para mejorar los efectos hipolipemiantes cuando se usan en combinación con una dieta o medicamentos. Además, pueden tener una gran cantidad de efectos pleiotrópicos positivos, incluida la mejora de la disfunción endotelial y la rigidez arterial, así como las propiedades antiinflamatorias y antioxidantes.<sup>6</sup>

En 2018 un panel internacional de expertos en lípidos revisó los beneficios clínicos de varios nutracéuticos, ya sea solos o en combinación con otros nutracéuticos, concluyendo que se ha demostrado que tienen propiedades reductoras de LDL-C, así como otros efectos beneficiosos no lipídicos, que incluyen mejoras en la función vascular con informes limitados de efectos adversos.<sup>5</sup>

**La profilaxis y detección precoz de enfermedad cardiovascular es tarea obligada.<sup>3</sup>**

## Referencias

1. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, Finnerman P, et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease. JAMA 2019. Published online. doi:10.1001/jama.2019.19191. 2. Bedoya R. Cambios cardiovasculares en la menopausia. En: González LA. Programa de actualización continua en ginecología 5. Libro 1 climaterio, menopausia. Situaciones clínicas especiales. 2018. Intersistemas SA de CV. pp 40-47. 3. Casado S, García M, Casado V y López-Farré A. Menopausia y enfermedad cardiovascular. Hipertens Riesgo Vasc. 2001;18(5):225-231. 4. Morato L, Malacara JM. Condiciones metabólicas y hormonales en la menopausia. Rev Endocrinol Nutr. 2006;14(3):149-155. 5. Ward NC, Watts GF, Eckel RH. Statin toxicity. Mechanistic insights and clinical implications. Circ Res. 2019;124(2):328-350. 6. Cicero AFG, Colletti A, Bajraktari G, Descamps O, et al. Lipid lowering nutraceuticals in clinical practice: position paper from an international lipid expert panel. Arch Med Sci. 2017;13(5):965-1005.



ES VITAL PROTEGER EL CORAZÓN PARA DISFRUTAR

# MÁS NOCHES DE PELÍCULA.



BIENESTAR EN EQUILIBRIO



Escaneé el código para visitar nuestro sitio web.

**NUEVO**



Este producto no es un medicamento. El consumo de este producto es responsabilidad de quien lo recomienda y lo usa.