

Mesa de comunicaciones 20: Promoción de la salud**Concurrent session 20: Health promotion****AUTORES/AUTHORS:**

Ruben Colominas, Elisa Puigdomenech, Amalia Rodriguez, Lourdes Lasasosa, Maria Jose Calvo, Fani Rodrigo, Marta Sanjuan, Luis Garcia, Carlos Martin

TÍTULO/TITLE:

La Dieta mediterránea, el antídoto contra la obesidad: Descriptiva basal del estudio Evident.

INTRODUCCIÓN

Las causas principales de enfermedades no transmisibles, muchas de ellas relacionadas con la obesidad, son una alimentación poco saludable y la falta de AF (1).

1. La obesidad y su prevalencia

La obesidad es una enfermedad crónica con una prevalencia creciente desde los años 60 (2). En los últimos 10 años su prevalencia ha aumentado entre un 10 y un 50 por ciento en la mayoría de los países europeos (3).

El incremento de personas obesas no se da solo en países desarrollados como pasaba en un principio; actualmente esta tendencia se da también en los países en vía de desarrollo (1).

Las cifras en España son significativas el 14,5% de la población es obesa y el 38,5% tiene sobrepeso. Así, 1 de cada 2 adultos tiene un peso superior al recomendable (3), y se prevé que estas cifras sigan en aumento.

1.2-Causas

La obesidad se desarrolla cuando se ingiere más de lo que se gasta durante un determinado periodo de tiempo. Se piensa que el incremento de su presencia en la población es consecuencia directa de los cambios que se han dado en nuestro entorno, como la disponibilidad de instrumentos que ahorran esfuerzo físico en el trabajo, el transporte motorizado, los entretenimientos sedentarios como ver la televisión, y un fácil acceso a alimentos ricos en calorías a un menor precio (4, 5).

1.3-Consecuencias

La obesidad como enfermedad crónica se asocia con numerosas complicaciones de la salud, enfermedades y aumento de la mortalidad, sus enfermedades relacionadas reducen la longevidad y la calidad de vida de las personas afectadas (2).

A parte de las consecuencias que tiene su padecimiento sobre la salud del propio individuo, se ha estimado que la obesidad y las enfermedades relacionadas a la misma suponen un coste sanitario del 7% en España (6, 7).

Las elevadas tasas de obesidad en todo el mundo han estimulado el interés tanto por los hábitos alimentarios como por el nivel de AF.

Para mantener el peso a un nivel adecuado es necesario que haya un equilibrio entre la energía que se gasta y la energía que se ingiere (4).

2-La dieta mediterránea

Una buena manera de controlar la energía que se ingiere es el seguimiento de la DM.

El concepto de DM surgió del Estudio de los Siete Países, coordinado por Ancel Keys en 1950, en el que se mostraba que la población de Creta tenía una tasa baja de enfermedad cardiovascular y de ciertos tipos de cáncer (5).

Las características principales de esta alimentación son un alto consumo de productos vegetales (frutas, verduras, legumbres, frutos secos), pan y otros cereales (trigo), aceite de oliva como grasa principal i consumo de vino en cantidades moderadas (4).

Pero, cuando mencionamos la DM nos estamos refiriendo a mucho más que a una pauta nutricional, en definitiva, es el estilo de vida que durante siglos ha mantenido la región mediterránea. Incluye una AF moderada favorecida por un clima benigno. Todo esto hace de la DM un excelente modelo de vida saludable (4, 8).

Existen varios mecanismos fisiológicos que pueden explicar porque componentes clave de la DM podrían proteger de la ganancia de

peso. Al ser una dieta rica en alimentos vegetales, proporciona una gran cantidad de fibra, la cual aumenta el efecto de saciedad a través de mecanismos como la masticación prolongada, el incremento de la distensión gástrica, y el aumento de liberación de coliscitoquinina (hormona que actúa en la liberación de enzimas digestivas). Además la DM tiene una densidad energética baja comparada con otros modelos dietéticos. Su mayor contenido de agua conduce a un aumento de la saciedad y a un menor consumo de calorías, ayudando así a prevenir la ganancia de peso (9).

El contenido moderadamente elevado de grasas de la DM (más del 30% de la energía), debido al uso habitual del aceite de oliva o de frutos secos ha sido un tema de preocupación debido a los posibles efectos sobre la ganancia de peso (9). Sin embargo algunos estudios prueban que dietas altas en grasa no son la principal causa de obesidad (9, 10, 11), y que el empleo de grasas monoinsaturadas en vez de grasas saturadas puede promover la pérdida de peso (12).

A pesar de las evidencias fisiológicas, los indicios epidemiológicos actuales son inconsistentes, aún así la evidencia apunta hacia un posible papel de la DM en la prevención de obesidad (9, 13).

2.1-El seguimiento de la dieta mediterránea

En la actualidad existe un progresivo abandono de la DM por la influencia de nuevos hábitos y costumbres alimentarias poco saludables, que ya está teniendo repercusiones en los países mediterráneos. La dieta se ha visto afectada por diversos factores, como las técnicas de conservación alimentaria, la incorporación de la mujer al mercado laboral, mayores ingresos económicos, esto ha supuesto un cambio tanto en la elección de los alimentos como en la forma de condimentarlos (14). Ha aumentado el consumo de carnes sobretodo de cerdo, por lo que el aporte de aceite ya no representa el mayor aporte de grasa en la dieta (9).

En las últimas 2 décadas España ha disminuido su adherencia a la dieta mediterránea y es el segundo país, después de Grecia, que más se ha alejado de la DM (15).

El País que ha registrado el mayor aumento en el aporte de grasas ha sido España, en donde la grasa constituía tan solo el 25% de la dieta hace 4 décadas, y ahora supone el 40%. (16).

Estos datos contrastan con la creencia que tiene la población, cuando se le pregunta a nivel general si siguen una dieta mediterránea el 41% de los encuestados responden que la siguen a menudo, el 21% la sigue mucho, mientras que tan solo el 26% piensa que la sigue a veces o nunca (17).

Las contribuciones que el tipo de comida de la dieta mediterránea da al beneficio de la salud han estado bastante investigadas, pero se ha prestado menos atención a otro tipo de factores como es el estilo de vida activo que puede que contribuya mas al beneficio que genera la propia dieta (18).

3-La actividad física

Está demostrado que si tratamos de aumentar la energía que gastamos es más fácil mantener el equilibrio con la energía que se ingiere, evitando así el sobrepeso y la obesidad. Aquí es donde interviene la AF como factor determinante (1).

Se define AF como la energía total que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar, ir a la compra, trabajar. De tal manera cuando hablamos de aumento de actividad física, hablamos de actividades extras que realizamos para conseguir un buen estado de forma y obtener un estilo de vida saludable (19).

Desde tiempos remotos los sabios ancianos ya sugerían que la AF es buena para la salud, aunque las investigaciones no empezaron hasta mediados del siglo XX. Las primeras investigaciones nos mostraban que los individuos con ocupaciones activas tenían una menor probabilidad de enfermedades de corazón que los individuos con ocupaciones sedentarias.

Actualmente sabemos que el ejercicio regular durante 150 min/semana con intensidad moderada reduce el riesgo de muchas enfermedades crónicas, y preserva la función del corazón (también psíquica y mental) entre las personas de la tercera edad, y aumenta la longevidad (20). Además el ejercicio regular nos ha mostrado que es uno de los mejores armas en el mantenimiento de peso (21, 22).

3.1-La prevalencia del sedentarismo y sus consecuencias

La prevalencia del sedentarismo es elevada en la Unión Europea. España, y otros países de la región mediterránea tienen mayores tasas de sedentarismo en comparación con países del norte de Europa (23).

Existe una estrecha relación entre los niveles bajos de AF y el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad, y se ha demostrado que la inactividad física tiene importantes efectos negativos en la salud (24). En Europa se estima que un 5-10% de la mortalidad total es atribuible a la inactividad física, y la mortalidad cardiovascular atribuible al sedentarismo oscila entre el 13 y el 35% (25).

Debido a que la prevalencia de obesidad está aumentando de forma alarmante, son imprescindibles campañas a nivel nacional, así como consejos de los profesionales de la salud en AP sobre el aumento de AF y su relación con la pérdida de peso (26).

En definitiva AF y dieta (mediterránea), son 2 armas fundamentales que se complementan a la perfección para combatir el sobrepeso y la obesidad (1, 27).

Objetivos

Evaluar la relación entre el cumplimiento de una dieta mediterránea (DM) y los parámetros asociados con perfil metabólico no aterogénico (At) en pacientes visitados en Atención Primaria (AP).

Métodos

Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Descriptiva basal de los primeros 974 pacientes incluidos en el estudio Evident reclutados en 6 centros de AP de España mediante muestreo aleatorio sistemático. El cuestionario incluyó: medidas antropométricas, analítica, medidas de la actividad física y de la DM mediante cuestionario validado. Se realizó un análisis mediante regresión logística no condicional.

Resultados

Se hallaron diferencias entre pacientes con y sin cumplimiento de DM (36,5% y 63,5%, respectivamente) en las siguientes variables: edad media, índice de masa corporal y porcentaje de grasa corporal (PGC). Se halló que los pacientes con sobrepeso grado 2 y obesos cumplen menos la DM (OR ajustada 0.65 [IC95% 0.45-0.94], $p=0.020$ y OR ajustada 0.44 [IC95% 0.27-0.69], $p<0.001$ respectivamente), así como aquellos con un PGC límite y obesos (OR ajustada 0,95 [IC95% 0.92-0.85], $p=0.003$) y los pacientes con un riesgo elevado de circunferencia de cintura(CC) (OR ajustada 0.68 [IC95% 0.48-0.94], $p=0.021$).

Discusión

Se demuestra que los pacientes que siguen una DM tienen menos riesgo de padecer obesidad. Así, es relevante la adopción de medidas preventivas relacionadas con nutrición y enfatizar el cumplimiento de la DM en AP.

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAPHY:

1-WHO. Obesity and overweight. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es>. Consultado: 5 Setiembre 2011.

2-Müllerová. Obesity prevention. Vnitr Lek. 2010; 56 (10): 1098-1102.

3-Nutrición y estrategia NAOS. Obesidad [internet]. Disponible en:

http://www.naos.aesan.mspes.es/gl/csym/saber_mas/articulos/obesidad.html. Consultado: 5 Setiembre 2011.

4-Wikipedia, La enciclopedia libre. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Obesidad>. Consultado en: 5 Setiembre 2011.

5-Fernández-Vergel R, Peñarrubia-María MT, Rispau-Falgàs A, Espín-Martínez, A, Gonzalo-Miguel L;Pavón-Rodríguez F. ¿Seguimos realmente una dieta mediterránea?