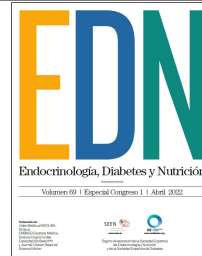




Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-058 - LA BAJA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SE ASOCIA A UNA MAYOR PRESENCIA Y gravedad DE ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN LA COHORTE ILERVAS

È. Àlvarez Guivernau^a, M. Idalia Rojo-López^a, E. Castro^{d,e}, J. Julve^{a,b,f}, E. Castelblanco^{b,c}, N. Alonso^{b,g,h}, M. Bermúdez^d, E. Fernández^e, D. Mauricio^{a,b,c,i} y M. Granado-Casas^{a,b,c,d}

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona. ^bCIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ^cDAP-Cat Group, Unitat de Suport a la Recerca Barcelona, Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona. ^dInstitut de Recerca Biomèdica de Lleida Fundació Pifarré IRBLleida, Universitat de Lleida, Lleida. ^eFundació Renal Jaume Arnó, Lleida. ^fDepartamento of Bioquímica y Biología Molecular, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^hDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ⁱFacultad de Medicina, Universitat of Vic (UVIC/UCC), Vic.

Resumen

Objetivos: La hipótesis de este estudio fue que una mayor adherencia a la dieta mediterránea (DMed) se asocia a una menor presencia de enfermedad aterosclerótica subclínica (EAS). El objetivo fue evaluar la asociación entre DMed y EAS en una cohorte amplia de individuos del área mediterránea.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a 8,116 individuos del proyecto ILERVAS. Se valoró la EAS ecografía de arterias carótidas y femorales, incluyendo como variables tanto la presencia de placa como el número de territorios con placa (carga de placa). La adherencia a DMed fue evaluada mediante el cuestionario de adherencia a dieta mediterránea MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Score) de 14 puntos. Como criterio de inclusión principal de la cohorte, se consideró la presencia de al menos un factor de riesgo cardiovascular. Se excluyeron a los pacientes con historia de diabetes, enfermedad renal crónica o algún evento cardiovascular previo. Se realizaron análisis bivariable y multivariable.

Resultados: Los sujetos que presentaron EAS eran de mayor edad [media (DE) = 57,9 (6,4) y 56,1 (6,1); p 0,001, respectivamente], tenían mayor frecuencia de hábito tabáquico (65,1% y 48,9%; p 0,001), hipertensión (42,5% y 33,0%; p 0,001), dislipemia (53,4% y 47,5%; p 0,001), HbA_{1c} más elevada [media (DE) = 5,6% (0,4) y 5,5% (0,4); p 0,001], así como un mayor perímetro de circunferencia abdominal [media (DE) = 101,5 cm (11,7) y 100,2 cm (12,2); p 0,001], en comparación con aquellos sujetos sin EAS. En el análisis bivariable, en relación con la presencia y carga de placa ateromatosa (PA), una mayor puntuación de MEDAS se asoció a inferior presencia y carga de PA (OR 0,95, IC95% [0,92-0,98]; p = 0,001, y OR 0,94, IC95% [0,92-0,97]; p = 0,001, respectivamente). El análisis multivariable ajustado mostró que una mayor puntuación en el MEDAS fue un factor protector en relación con la carga de PA [RR 0,97, IC95% (0,96-0,98); p 0,001]. Además, una adherencia moderada-alta a la DMed (7-14 puntos) se asoció a menor carga de PA en comparación con una baja adherencia a la DMed (RR 0,90 [0,87-0,94]; p 0,001).

Conclusiones: Nuestros hallazgos apuntan a un papel protector de la DMed para el desarrollo de EAS en una población mediterránea con alto riesgo cardiovascular. Son precisos más estudios al respecto para establecer

una relación causal entre ambas variables.