

EDITORIAL

Nunca es tarde para mejorar nuestros hábitos



Never it is too late to improve our habits

Ramón Estruch^{a,b,*} y Emilio Sacanella^{a,b}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b CIBER OBN, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Las enfermedades asociadas con la inactividad física y las dietas poco saludables como la enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial, la diabetes tipo 2 y la dislipemia están entre las que causan mayor morbilidad en los países occidentales¹. Así, la enfermedad cardiovascular se considera responsable del 42 y 52% de las muertes en varones y mujeres, respectivamente² cifras que son un 50% inferiores a las observadas hace 3 décadas. De ahí que la prevención y el tratamiento de esta enfermedad siga siendo una prioridad de salud pública.

Actualmente disponemos de la mejor evidencia científica que apoya que estas enfermedades³, determinados tipos de cáncer⁴ y algunas demencias⁵ son prevenibles con pautas higiénico-dietéticas. Por este motivo, las acciones dirigidas a promocionar hábitos de vida saludables (dieta y actividad física) entre la población deberían ser un ingrediente indispensable de cualquier programa preventivo, además de ser el primer escalón terapéutico, como así recogen las principales sociedades e instituciones europeas⁶ y norteamericanas⁷ en sus guías y recomendaciones. Sin embargo, la práctica asistencial diaria está muy alejada de estas recomendaciones, ya que usualmente tales pautas se posponen o se obvian. En concreto, los esfuerzos preventivos realizados tanto por médicos de atención primaria como por especialistas suelen dirigirse a la prescripción de tratamientos «preventivos» farmacológicos (hipolipemiantes, antihipertensivos y otros), en vez de dar prioridad a la educación para modificar los estilos de vida. Un mejor conocimiento y una cultura de implementación de pautas higiénico-dietéticas, especialmente en los centros de atención primaria, no solo disminuiría el gasto farmacéutico a largo plazo, sino que también reduciría las comorbilidades y los efectos adversos debidos a estos fármacos, resultando en un inmenso beneficio global para la salud de la población y la economía del país⁸.

A pesar de que algunos expertos consideran que «es más fácil cambiar de religión que de hábitos de vida», existen evidencias científicas que nos demuestran que no tiene porque ser así. Se ha comprobado la eficacia de intervenciones sobre los hábitos de salud que mejoran diferentes aspectos pronósticos en supervivientes de cáncer colorrectal⁹, hábitos dietéticos en pacientes hipertensos¹⁰

o dislipémicos¹¹ o reducen peso en pacientes con apnea obstructiva del sueño¹². Finalmente, un reciente metaanálisis sobre los efectos de intervenciones dietéticas y conductuales de mediana o alta intensidad concluye que estas terapias son capaces de producir cambios, aunque no de gran magnitud, en los hábitos de las personas intervenidas. Así, por ejemplo, con las intervenciones se logra incrementar el consumo de fruta y verdura a 2 raciones al día o reducir la grasa total ingerida en un 1,5% de la energía total. Respecto al ejercicio, se logra incrementar la actividad física una media de 40 min a la semana¹. Se tratan, pues, de pequeños logros, pero suficientes para conseguir reducciones significativas en los parámetros de medida de adiposidad, presión arterial y concentración sérica de colesterol¹. En este contexto, merece destacarse que, aunque los cambios logrados con estas intervenciones sean de poca magnitud, reducciones medias de la presión sistólica de solo 2 mmHg se acompañan de una reducción del riesgo de enfermedad coronaria del 6% y de sufrir un accidente vascular cerebral del 16%¹³. Asimismo, reducciones en la concentración sérica de colesterol de alrededor del 10% suponen una reducción en la incidencia de enfermedad coronaria de un 25%¹⁴. Sin embargo, es cierto que el porcentaje de mayores de 65 años en esos estudios es relativamente bajo reforzando la idea de muchos autores que creen que los esfuerzos para conseguir hábitos saludables hay que hacerlos con niños y jóvenes, y olvidarse tanto de adultos y ancianos porque consideran que cambiar los hábitos en estos grupos es una tarea poco rentable, ineficiente o incluso imposible.

No obstante, existen otros estudios cuyas conclusiones indican lo contrario. Campbell et al. han demostrado que se pueden cambiar hábitos dietéticos (consumo de fruta y verdura) en un grupo de supervivientes de cáncer de colon con edad media de 66 años¹⁵, y está en marcha el estudio *Counseling Older Adults to Control Hypertension* (COACH) que pretende mejorar la dieta de pacientes mayores de 60 años que padecen hipertensión arterial para optimizar su control¹⁶. En nuestro país el estudio Prevención con Dieta Mediterránea (PREDIMED) también ha demostrado que es posible cambiar la dieta de personas adultas o ancianas para reducir el riesgo cardiovascular^{3,17}. Este estudio se diseñó para demostrar con el máximo nivel de evidencia científica los efectos de una intervención con dieta mediterránea tradicional en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular^{3,17}. Se incluyeron 7.447 participantes con alto riesgo vascular y una edad media de 67

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: restruch@clinic.ub.es (R. Estruch).

años que se asignaron de forma aleatoria a 3 grupos de intervención dietética: a un grupo se les aconsejó seguir una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra, a otro grupo seguir una dieta mediterránea suplementada con frutos secos, y al tercer grupo seguir una dieta baja en todo tipo de grasa, todos con ellos con un seguimiento medio de casi 6 años.

A los participantes se les convocó a una sesión individual y grupal con una dietista cada 3 meses, sesiones en las que se les daba recomendaciones orales y escritas para el seguimiento de la dieta correspondiente. De igual modo, en función de los resultados de un cuestionario validado de 14 puntos sobre la adherencia a la dieta mediterránea tradicional¹⁸, el participante recibía consejos personalizados de los cambios que debía introducir en su alimentación para aproximarse a un patrón de dieta mediterránea ideal. En el grupo dieta mediterránea y aceite de oliva, el objetivo era consumir >40g/d de aceite de oliva virgen, porque es el consumo medio que se ha visto protector en países con baja incidencia de enfermedad cardiovascular¹⁹. Dados los efectos cardioprotectores de los alimentos ricos en ácido alfa-linolénico, como las nueces, el aporte de este fruto seco fue mayor que el de avellanas y almendras. A este grupo se le aconsejó una ingesta de 30g/d porque parecía la más aceptable para un consumo de 4 a 6 años porque, según los de los estudios epidemiológicos²⁰, parece una dosis suficiente para conseguir la protección cardiovascular requerida.

Nos preocupaba que los participantes fueran capaces de cambiar sus hábitos alimentarios hacia el objetivo fijado y, paralelamente, mejoraran sus factores de riesgo vascular sin aumentar peso. En un estudio piloto realizado con los primeros 772 participantes ya pudo comprobarse que los incluidos en los grupos de intervención con dieta mediterránea, además de mejorar su adherencia a la dieta mediterránea tradicional a los 3 meses, también mejoraron el metabolismo de la glucosa, redujeron la presión arterial, mejoraron el perfil lipídico, y disminuyeron los marcadores séricos de inflamación^{21,22} y oxidación²³. Al año, se comprobó además que esta intervención también incrementaba el tamaño de las partículas de HDL, y en el grupo suplementado con frutos secos se acompañaba de un cambio en las proporciones de subfracciones de LDL hacia partículas menos aterogénicas²⁴. En este contexto, no extraña que se hallara una reducción de un 50% en la incidencia de nuevos casos de diabetes en el grupo suplementado con aceite de oliva virgen extra²⁵. En cambio, no se observaron cambios en el peso corporal ni a los 3 meses ni al año²¹.

Vistos estos efectos sobre todos los factores de riesgo vascular, cabía esperar también un efecto protector en la incidencia de complicaciones cardiovasculares. Efectivamente, los grupos que siguieron una dieta mediterránea más aceite de oliva virgen extra y frutos secos presentaron una reducción del riesgo relativo de muerte cardiovascular, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral de aproximadamente un 30% (fig. 1). Merece destacarse que estos efectos se observaron en todos los diferentes subgrupos de participantes, incluidos los mayores y menores de 70 años. También se analizaron los efectos de diferentes variantes genéticas sobre fenotipos intermedios (lípidos, presión arterial, etc.) y su interacción con la dieta, y también los efectos de estas interacciones sobre fenotipos finales (enfermedad cardiovascular). En este contexto, se comprobó que la dieta mediterránea puede incluso reducir el riesgo genético. Así, se halló que la intervención con dieta mediterránea anulaba los efectos adversos del polimorfismo del *transcription factor 7-like 2* (TCF7L2)rs7903147, que se relaciona con un mayor riesgo de diabetes e ictus²⁶.

Los resultados finales del estudio demuestran de forma concluyente que la dieta mediterránea es muy eficaz en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Pero, tal vez el principal mensaje a destacar es que nunca es tarde para mejorar nuestros hábitos alimentarios. Contrariamente a lo que podría pensarse inicialmente,

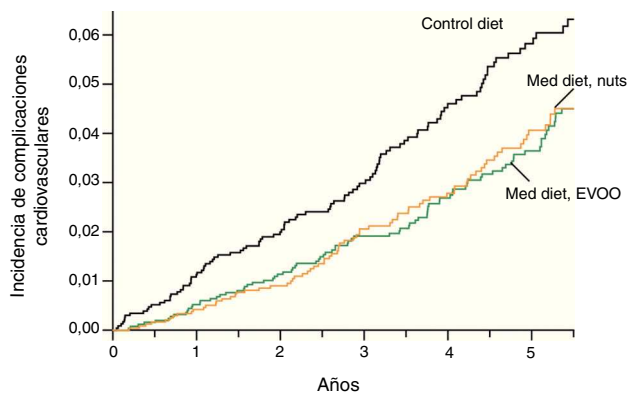


Figura 1. Incidencia de complicaciones cardiovasculares en los 7.447 participantes en el estudio PREDIMED, según análisis de estimaciones de Kaplan-Meier. La variable final analizada es un agregado de complicaciones cardiovasculares que incluye muerte de causa cardiovascular, infarto de miocardio y/o accidente vascular cerebral (modificado de Estruch et al.²).

Hazard ratio (IC 95%) estratificados por centro (modelo de Cox).

Control diet: dieta control; EVOO: aceite de oliva virgen extra; Med diet: dieta mediterránea; nuts: frutos secos.

Control diet vs Nuts: 0,70 (0,53-0,94); Control diet vs EVOO: 0,70 (0,53-0,91).

los participantes del estudio PREDIMED mejoraron sus hábitos alimentarios hacia un patrón dietético más saludable, más próximo a la dieta mediterránea tradicional, cambios que ya se aprecian a los 3 meses de la intervención dietética²¹. Asimismo, merece señalarse que los cambios ocurridos no fueron muy llamativos, un incremento de algo más de 2 puntos en la escala de 14 puntos de adherencia a la dieta mediterránea, pero fueron suficientes para conseguir reducir en un 30% el riesgo relativo de sufrir una complicación cardiovascular, efecto parecido al conseguido por las estatinas, pero sin los efectos secundarios que pueden causar estos fármacos y sin coste para el sistema sanitario. Como la mediana de edad de los participantes del estudio PREDIMED se acercaba a los 70 años, podemos afirmar que nunca es tarde para cambiar (mejorar) nuestros hábitos alimentarios, incluso en personas asintomáticas, aunque puede que para ello se requiera de colaboración por parte de enfermeras y/o dietistas. Además, tampoco hace falta proponerse grandes objetivos, ya que los pequeños cambios que logremos en la dieta de nuestros pacientes tienen ya efectos manifiestos en nuestros factores de riesgo vascular objetivables a los 3 meses, y lo más importante, son suficientes para evitar que sufran una complicación cardiovascular mayor, como son un infarto de miocardio, un accidente vascular cerebral o incluso la muerte de causa cardiovascular.

Bibliografía

1. Lin JS, O'Connor E, Wjittlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010;153:736-50.
2. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: Epidemiological update. *Eur Heart J.* 2013;34:3028-34.
3. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med.* 2013;368:1279-90.
4. Bamia C, Fagard R, Buckland G, Grioni S, Agnoli C, Taylor AJ, et al. Mediterranean diet and colorectal cancer risk: Results from a European cohort. *Eur J Epidemiol.* 2013;28:317-28.
5. Lourida I, Soni M, Thompson-Coon J, Purandare N, Lang IA, Ukoumunne OC, et al. Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: A systematic review. *Epidemiology.* 2013;24:479-89.
6. Mancia G, Lagiou P, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013;31:1281-357.

7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl. 1:S14–80.
8. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: Cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:530–40.
9. Hawkes AL, Chambers SK, Pakenham KI, Patrao TA, Baade PD, Lynch BM, et al. Effects of a telephone-delivered multiple health behavior change intervention (CanChange) on health and behavioral outcomes in survivors of colorectal cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2013;31:2313–21.
10. Lin PH, Yancy Jr WS, Pollak KI, Dolor RJ, Marcello J, Samsa GP, et al. The influence of a physician and patient intervention program on dietary intake. *J Acad Nutr Diet*. 2013;113:1465–75.
11. Voils CI, Coffman CJ, Yancy Jr WS, Weinberger M, Jeffreys AS, Datta S, et al. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of CouPLES: A spouse-assisted lifestyle change intervention to improve low-density lipoprotein cholesterol. *Prev Med*. 2013;56:46–52.
12. Hood MM, Corsica J, Cvengros J, Wyatt J. Impact of a brief dietary self-monitoring intervention on weight change and CPAP adherence in patients with obstructive sleep apnea. *J Psychosom Res*. 2013;74:170–4.
13. Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: Observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*. 2007;334:885–8.
14. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ*. 1994;308:367–72.
15. Campbell MC, Carr C, deVellis B, Switzer B, Biddle A, Amamoo MA, et al. A randomized trial of tailoring and motivational interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control. *Ann Behav Med*. 2009;38:71–85.
16. Ogedegbe G, Fernández S, Fournier L, Silver SA, Kong J, Gallagher S, et al. The Counseling Older Adults to Control Hypertension (COACH) trial: Design and methodology of a group-based lifestyle intervention for hypertensive minority older adults. *Contemp Clin Trials*. 2013;35:70–9.
17. Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: Design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol*. 2012;41:377–85.
18. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*. 2011;141:1140–5.
19. Linseisen J, Bergstrom E, Gafa L, González CA, Thiébaud A, Trichopoulou A, et al. Consumption of added fats and oils in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) centres across European countries as assessed by 24-hour dietary recalls. *Public Health Nutr*. 2002;5:1227–42.
20. Ellsworth JL, Kushi LH, Folsom AR. Frequent nut intake and risk of death from coronary heart disease and all causes in postmenopausal women: The Iowa Women's Health Study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2001;11:372–7.
21. Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, Ruiz-Gutiérrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors. *Ann Intern Med*. 2006;145:1–11.
22. Mena MP, Sacanella E, Vázquez-Agell M, Morales M, Fitó M, Escoda R, et al. Inhibition of circulating immune cell activation: A molecular antiinflammatory effect of the Mediterranean diet. *Am J Clin Nutr*. 2009;89:248–56.
23. Fitó M, Guxens M, Corella D, Sáez G, Estruch R, de la Torre R, et al. Effect of a traditional Mediterranean diet on lipoprotein oxidation: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2007;167:1195–203.
24. Damasceno NR, Sala-Vila A, Cofán M, Pérez-Heras AM, Fitó M, Ruiz-Gutiérrez V, et al. Mediterranean diet supplemented with nuts reduces waist circumference and shifts lipoprotein subfractions to a less atherogenic pattern in subjects at high cardiovascular risk. *Atherosclerosis*. 2013;230:347–53.
25. Salas-Salvadó J, Bulló M, Estruch R, Ros E, Covas MI, Ibarrola-Jurado N, et al.; for the PREDIMED Study Investigators. Prevention of diabetes with Mediterranean diets: A subgroup analysis of a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2014;160:1–10.
26. Corella D, Carrasco P, Sorlí JV, Estruch R, Rico-Sanz J, Martínez-González MÁ, et al. Mediterranean diet reduces the adverse effect of the TCF7L2-rs7903146 polymorphism on cardiovascular risk factors and stroke incidence: A randomized controlled trial in a high-cardiovascular-risk population. *Diabetes Care*. 2013;36:3803–11.